

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI: A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI, VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Lehoczki Ágnes

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
BUDAPEST



SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI: A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI, VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Szerző:

Lehoczki Ágnes

Kiadó:

Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet
www.uni-nke.hu

Felelős kiadó:

Prof. Dr. Kis Norbert rektorhelyettes
Címe: 1083 Budapest, Üllői út 82.

A kiadvány a KÖFOP-2.1.2-VEKOP-15-2016-00001 azonosítószámú,
„A jó kormányzást megalapozó közszolgálat-fejlesztés” című projekt
keretében készült el és jelent meg.

© Lehoczki Ágnes, 2020

© Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet, 2020

A mű szerzői jogilag védett. Minden jog, így különösen a sokszorosítás, terjesztés
és fordítás joga fenntartva. A mű a kiadó írásbeli hozzájárulása nélkül részeiben sem
reprodukálható, elektronikus rendszerek felhasználásával nem dolgozható fel,
azokban nem tárolható, azokkal nem sokszorosítható és nem terjeszthető.

TARTALOM

1. BEVEZETÉS	6
2. ÖNGYILKOSSÁGOT ELKÖVETŐ FOGVATARTOTTAK	8
2.1. Védőfaktorok	8
2.2. Rizikótényezők	9
2.2.1. <i>Intézeti, végrehajtási tényezők</i>	9
2.2.2. <i>A fogvatartotti, internális rizikófaktorok</i>	12
2.2.3. <i>Mentális zavar, pszichiátriai előzmény</i>	12
2.2.4. <i>Önsértés</i>	14
2.3. Interperszonális elmélet	14
2.3.1. <i>Az öngyilkossági ideációk – odatartozás és teher érzése</i>	15
2.3.2. <i>Az öngyilkosságra való képesség – a halálfélelem és a fájdalomtól való félelem kikapcsolása</i>	16
2.4. Az erőszak szerepe	16
2.5. Tipológia	18
2.6. Szűrés	21
2.7. Prevenció	23
2.8. Terápia	24
3. SÚLYOS PSZICHIÁTRIAI BETEGEK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSBAN	26
3.1. Előfordulási gyakoriság	26
3.2. Transzintitucionalizáció, a pszichiátriai betegek kriminalizációja és forgóajtó-effektus	27
3.3. A súlyos pszichiátriai betegek inkarcerációjával megjelenő problémák	28
3.4. A skizofrén elkövetők	30
3.5. Kezelési lehetőségek a börtönkörnyezetben	32
3.6. Rizikóbecslés	34
3.7. A szerhasználat	36
3.8. Átmenet a börtönből a közösségbe, elterelés, alternatív eljárások	37
4. NŐI FOGVATARTOTTAK	40
4.1. Elkövetési útvonalak	41
4.2. Rizikóbecslés és reintegrációs modellek	42
4.3. Csomópontok	46
4.3.1. <i>Abúzus, visszaélés</i>	46
4.3.2. <i>Pszichiátriai zavarok</i>	48
4.3.3. <i>Szerhasználat</i>	48

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

4. 4. Erőforrások	49
4. 4. 1. <i>Kapcsolatok, szociális támasz</i>	50
4. 4. 2. <i>A személyi állomány mint szociális támasz</i>	51
4. 4. 3. <i>Anyaság</i>	52
5. EXTRÉM HOSSZÚ ÍTÉLETET TÖLTŐ FOGVATARTOTTAK	55
5. 1. Az életfogytiglan mögött álló filozófiai megfontolások	55
5. 2. Az életfogytiglan pszichés kénjai	56
5. 3. Idősödés	57
5. 4. A halál kérdése	58
5. 5. Öngyilkosság	59
5. 6. Vallás	60
5. 7. Reintegráció	61
6. ÖSSZEFOGLALÁS	63
7. FELHASZNÁLT IRODALOM	65

1. BEVEZETÉS

A büntetés-végrehajtásban soha nincs nyugalom, hosszú ideig semmiképpen – sem a körleteken, sem a szélesebb szakmai körben. Az innovációs kényszer állandó mind a biztonsági, mind a reintegrációs területen. Természetesen az élet minden területén haladni kell a korrallal, de a büntetés-végrehajtásban ez a nyomás folyamatos és súlyos. Az innováció egyik lehetősége az ún. primer kutatás, azaz saját kutatások lefolytatása a hazai fogvatartotti populáción és kulturális közegben. A másik lehetőség az ún. szekunder kutatás (más néven desk research), amikor a már meglévő, tudományos szempontból megfelelően dokumentált adatok, eredmények, információk elemzésével és felhasználásával jutunk új tudáshoz.¹ Munkámban ez utóbbi lehetőséget igyekszem kiaknázni.

A nemzetközi szinten és különösen a hasonló jogi, társadalmi, büntetés-végrehajtási adottságokkal rendelkező országokban a fogvatartotti populáció átalakulóban van. Ez természetesen nem új jelenség, ahogyan a társadalom, úgy a börtön is folyamatosan alakul. De nincs okunk azt feltételezni, hogy ezek a változások a magyar büntetés-végrehajtást nem fogják idővel elérni. A hazai büntetés-végrehajtásnak megvan az előnye és lehetősége, hogy ezeket a várható változásokat – a külföldi minták ismeretében – felkészülten fogadja.

Tanulmányomban az olyan fogvatartotti csoportokat veszem górcső alá, amelyek a közeljövőben várhatóan új kihívás elé állítják a hazai büntetés-végrehajtást is akár a fogvatartotti létszám nagymérvű növekedése, akár a várhatóan megjelenő igények újszerűsége miatt: az öngyilkossági szempontból veszélyeztetett fogvatartottakat, a pszichotikus betegséggel küzdő fogvatartottakat, a női fogvatartottakat és az extrém hosszú időt töltő fogvatartottakat. Ez utóbbi témába integráltan ismertetem a fogvatartotti populáció öregedésével és az időskorú fogvatartottakkal foglalkozó eredményeket is – meglepő módon ebből meglehetősen kevés született az elmúlt években, pedig egy egyre jelentősebb tényező a fent említett átalakulásban. Természetesen számos más fogvatartotti csoport is jogosan kerülhetett volna ebbe a körbe: a fiatalok, a szexuális elkövetők, a függőségekkel küzdők, az első büntényesek, a sor meglehetősen hosszú, és mindig bővíthető. Ugyanakkor a terjedelmi korlátok szelektálásra kényszerítettek, amely szükségszerűen valamelyest szubjektív volt. Választásaimat elsősorban két tényező befolyásolta: egyrészt a nemzetközi szakirodalom áttekintése során kialakult benyomásaim azzal kapcsolatosan, hogy jelenleg melyek a legfontosabbnak kezelt témák és a leginkább előremutató tendenciák; másrészt a hazai büntetés-végrehajtási szakmától érkező jelzések és gyakorlati igények.

Ezeket a területeket az elmúlt öt évben angol nyelven született, pszichológiai tartalmú kutatási tendenciákat és eredményeket foglalom össze.² Mivel tanulmányomban a vizsgált időszak összes releváns, angol nyelvű, pszichológiai vonatkozású szakcikkét feldolgozom, ezért a felhasznált irodalom egyben bibliográfiának is tekintendő.

A fejezetek belső felépítése nem egységes, mert a témákat és a struktúrát a fellelt publikációkat követve alakítottam ki. Természetesen vannak minden téren felbukkanó témák (pl. a rizikóbecslés, a reintegrációs sajátosság-

¹ HORNYACSEK 2014.

² Ettől az időszaktól csak akkor térek el a felhasznált irodalmakról, ha olyan elméletet vagy fogalmat kell bemutatnom, amely ennél korábban jelent meg, ugyanakkor a jelenlegi fejlemények megértéséhez feltétlenül szükséges az ismerete.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTIVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

gok stb.), de a hangsúlyok eltérőek, és vannak olyan témák, amelyek speciálisan egy-egy csoportot érintenek (pl. az anyaság kérdése a női fogvatartottaknál).

Az alábbi szakmai folyóiratok 2013. január 1. és 2017. december 31. között megjelent összes számát dolgoztam fel:

- *Behavioral Sciences and the Law*
- *British Journal of Clinical Psychology*
- *Crime & Delinquency*
- *Crime, Media, Culture*
- *Criminal Behaviour and Mental Health*
- *Criminal Justice and Behavior*
- *Criminal Justice Review*
- *Criminology*
- *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*
- *Development and Psychopathology*
- *European Journal of Criminology*
- *Forensic Science International*
- *Homicide Studies*
- *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*
- *Journal of Clinical Psychology*
- *Journal of Correctional Health Care*
- *Journal of Interpersonal Violence*
- *Lancet*
- *Legal and Criminological Psychology*
- *Psychological Review*
- *Psychological Science*
- *Psychological Science in the Public Interest*
- *Psychological Services*
- *Psychological Medicine*
- *Punishment & Society*
- *Suicide and Life-Threatening Behavior*
- *The Howard Journal of Crime and Justice*
- *The Journal of Clinical Psychiatry*
- *The Journal of Psychiatry & Law*
- *The Prison Journal*

Reményeim szerint az olvasó egy igazán naprakész, friss, a legmodernebb tudásunkat tartalmazó művet foghat a kezébe, amely segítségére lesz a hazai büntetés-végrehajtás gyakorlati és stratégiai területének is abban, hogy a jövő kihívásait a lehető legfelkészültebben, tervekkel és megoldásokkal felvértezve fogadja.

2. ÖNGYILKOSSÁGOT ELKÖVETŐ FOGVATARTOTTAK

A világ büntetés-végrehajtási intézeteiben az öngyilkosság állandó problémát jelent, mivel vezető ok a fogvatartotti elhalálozások tekintetében,³ azonban egyértelműnek tűnik, hogy az alkalmazott intervencióknak van eredménye. Az elmúlt öt évben a nemzetközi szakirodalomban megjelent releváns tanulmányok az öngyilkossági prevenciók módszerek, terápiás eljárások, mérőeszközök és szűrőmódszerek, rizikófaktorok és védőfaktorok börtönspecifikus szempontjainak és alkalmazhatóságának kutatása köré összpontosultak. Az alábbiakban áttekintést adok arról, hogy ezeken a területeken milyen kutatások és milyen eredmények születtek ebben az időszakban.

2.1. VÉDŐFAKTOROK

Bár a modern reintegrációs szemlélet egyre inkább az erősségeken alapuló megközelítések felé fordul, a fogvatartotti öngyilkosság területén különösen hiányos a védőfaktorok tanulmányozása⁴, azaz hogy mik lehetnek a fogvatartott erőforrásai akut vagy krónikus öngyilkossági veszélyeztetettség esetén, amelyekre az ezzel kapcsolatos terápiás munka építhet.

Horon és társai⁵ tanulmányukban bemutatják a szuicid rizikó listát (Suicide Risk Assessment Checklist), amely a klinikusok számára készített nem validált lista. 36 rizikótényező mellett felsorol 11 védőfaktort is, melyek az alábbiak:

- Családi támogatás
- Házastársi támogatás
- A gyermekekkel való törődés
- Hitbéli, egyházi támogatás
- Mások segítése
- A bűncselekménnyel kapcsolatos belátás
- Realisztikus életterv
- Testmozgás
- Csoportos tevékenységek
- Munkahelyi teljesítmény

³ CRAMER ET AL. 2017; HORON ET AL. 2013; RIVLIN ET AL. 2012.

⁴ CRAMER ET AL. 2017.

⁵ HORON ET AL. 2013.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Cramer és társai⁶ áttekintették az elmúlt évek rizikó- és védőfaktorokkal kapcsolatos kutatásait. Áttekintő tanulmányukban az alábbi, empirikusan igazolt védőfaktorokat azonosították:

- A letális⁷ eszközök eltávolítása
- Állandó 24 órás megfigyelés a létesítményben
- Ok az életben maradásra
- Szociális kapcsolódás
- Kommunikáció a családdal
- Támogató csoportokban való részvétel
- A gyógyszerhasználattal kapcsolatos oktatás
- Szociális támogatást biztosító zárkaelhelyezés
- Vallásos szolgáltatások igénybevétele
- A pozitív fogvatartotti viselkedések támogatása
- A zárka őrhelyhez közeli elhelyezése

Jól látható, hogy a két lista között meglehetősen nagy az átfedés, ugyanakkor az utóbbi lista nagyobb hangsúlyt helyez a szituációs prevencióra⁸ is. Bár az eszközök eltávolítása és a folyamatos megfigyelés megakadályozhatja a fogvatartottat a öngyilkosság kivitelezésében, az okokat természetesen nem szünteti meg. A szituációs prevenció és a krízisintervenció fontosságát nem szabad lebecsülni, hiszen minden egyéb beavatkozáshoz életben lévő személyre van szükség.

2. 2. RIZIKÓTÉNYEZŐK

Természetesen a rizikótényezők jóval nagyobb figyelmet kaptak és kapnak a szakirodalomban. Az alábbiakban ezeket tekintem át.

2. 2. 1. Intézeti, végrehajtási tényezők

A deprivációs elmélet értelmében a fogvatartotti öngyilkosság egyik összetevője bizonyosan maga a börtönkörnyezet, azaz a börtönnek vannak olyan jellegzetességei, amelyek fokozzák az öngyilkossági rizikót.⁹ Cramer és társai¹⁰ összefoglalása alapján az inkarcerációs folyamattal, a végrehajtással, az intézettel kapcsolatos együtt járó rizikótényezők az alábbiak:

⁶ CRAMER ET AL. 2017.

⁷ Letális: halált okozó, halálos.

⁸ Szituációs prevenció: olyan körülmények teremtése, melyek nem teszik lehetővé, ezzel megelőzik a öngyilkosság elkövetését.

⁹ SMITH ET AL. 2013.

¹⁰ CRAMER ET AL. 2017.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

- Maga az inkarceráció¹¹
- Előzetes letartóztatás (a letöltéssel szemben)
- Izoláció
- Veszteségek (szabadság, támogatás, gazdasági, autonómia)
- Pszichológiai kín
- A kielégítő pszichiátriai/mentálhigiénés szolgáltatás és személyzet hiánya
- Az intézet vagy a szervezet alulfinanszírozottsága
- Elkülönítés/speciális körleten elhelyezés
- Kortárs bántalmazás, megfélemlítés, interperszonális konfliktus
- Fegyelmi vétségek
- Hozzáférés a letális eszközökhöz (pl. önakasztáshoz)
- Túlterhelt vagy kiégett személyi állomány
- Elégtelenül képzett személyi állomány
- A személyi állomány negatív attitűdjei a fogvatartottakkal és a mentális betegségekkel szemben

Az inkarceráció folyamata együtt jár a szociális elutasítottság érzésével, valamint azzal, hogy akadályozottá válik a fogvatartott szociális kapcsolódása (lásd alább az interperszonális elméletnél). Veszélyeztető lehet az a kudarcélmény, ami a prizonizációval éri az egyént, és jelentős stresszt jelentenek a veszteségek és az egzisztenciális aggodalmak, amelyek szükségszerűek. Ezen kívül az inkarceráció önmagában öngyilkossági rizikót képviselő izolációs esemény.¹²

Az előzetes letartóztatás időszaka veszélyeztetőbb, mint az ítélet töltése.¹³ Van Ginneken¹⁴ ezzel összefüggésben rámutat, hogy az öngyilkosságok legtöbbször a bekerülést követő egy hónapban történik, és majdnem a negyedik az első héten. Az előzetes letartóztatás több szempontból rendkívül nehéz időszak a fogvatartott számára, a családtól, a szociális hálótól való hirtelen szeparáció és az eljárás kimenetével, kapcsolatainak és egzisztenciájának alakulásával kapcsolatos bizonytalanság miatt. Az előzetes letartóztatást végrehajtó intézetekben emellett rendszeres a túlzásfoltosság, a fogvatartotti populáció összetétele instabil és gyorsan változik. Különösen nehéz ez azoknak, akik először szembesülnek ezzel a bizonytalan szituációval.

A túlzásfoltosság szintén gyakran emlegetett rizikófaktor, mint amely direkt korrelációban van az öngyilkossági rátával.¹⁵ Van Ginneken és munkatársai¹⁶ vizsgálatukban Angliában és Walesben 2000–2014 között azonban nem találtak direkt összefüggést az öngyilkossági mutatókkal, mert bár valóban több az öngyilkosság a túlzásfolt intézetekben, mégis úgy tűnik, ez inkább az intézet nagy méretével és forgalmával függ össze. Mindenesetre

¹¹ Inkarceráció: bebörtönzés.

¹² CRAMER ET AL. 2017.

¹³ DUTHÉ ET AL. 2013; CRAMER ET AL. 2017.

¹⁴ VAN GINNEKEN–SUTHERLAND–MOLLEMAN 2017.

¹⁵ HORON ET AL. 2013; VAN GINNEKEN–SUTHERLAND–MOLLEMAN 2017.

¹⁶ VAN GINNEKEN–SUTHERLAND–MOLLEMAN 2017.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

a túlszűfolttség nagyban hozzájárul a negatív börtönélményhez: még inkább csökken a privát szféra, kevesebb a lehetőség az értelmes időtöltésre, ezzel szemben több időt töltenek a fogvatartottak bezárva. A túlszűfolttség a személyi állományon keresztül is negatívan hat: rontja a személyi állomány és a fogvatartottak közötti szupportív viszonyt,¹⁷ és a személyi állomány képességét és kapacitását a fogvatartottak monitorozására. Érdekes, hogy a túlszűfolttség – legalábbis szituációsan – védőfaktor is lehet az öngyilkossággal szemben, mert a zsűfolt zárcákban a fogvatartottak folyamatosan egymás közvetlen megfigyelése alatt állnak.

Az izolált elhelyezés és különösen a büntető jellegű izoláció szintén fontos és az elmúlt években vizsgált öngyilkossági rizikófaktor.¹⁸ Duthé és munkatársai¹⁹ francia fogvatartottak körében végzett vizsgálatukban azt találták, hogy az elkülönítésbe kerülő fogvatartottak eleve problémásak, ami jelzi, hogy nehezebben alkalmazkodnak a prizonális körülményekhez. Az izoláció ront a fogvatartott mentális állapotán, a már meglévő problémáin, és ez a helyzet esetleg arra kényszeríti, hogy egyre drámaibb eszközökhöz folyamodjon és egyre szélsőségesebb rizikót vállaljon az öngyilkossági gesztusok során. Ezek a hatások az izoláció után is fennmaradnak és fokozhatják az öngyilkosság élettartam-rizikóját, mert egyrészt csökken a fogvatartott érzékenysége a halálfélelemmel és a fájdalomtól való félelemmel szemben, és az ilyen alkalmak, ha nem halálosak, tanulási folyamatként épülnek be az öngyilkossággal kapcsolatos élmények közé.²⁰ Mindezek miatt a nemzetközi szakirodalom ajánlása az, hogy az egyszemélyes elhelyezést és különösen a büntető izolációt a lehető legkorlátozottabban szabad csak alkalmazni, és ha mégis elkerülhetetlen, akkor a végrehajtás során nagyobb figyelem szükséges az öngyilkosságra alkalmas eszközök szigorú korlátozására és pszichiátriai-pszichológiai ellátás biztosítására.²¹

A büntetés-végrehajtási személyi állomány bizonyos jellemzői is emelhetik a rizikót. Ha a fogvatartottakkal kapcsolatban lévő állomány tagjai nem megfelelően képzettek vagy túlterheltek, kiégettek, akkor nem veszik észre a figyelmeztető jeleket. A kiégés és különösen a mentálhigiénés szakterület kiégése akár növelheti is az öngyilkossági rizikót, mert rontja a koncentrációt, a döntéshozó képességet, a szupportív viszonyulást. Emellett a fogvatartottakkal, büntetés-végrehajtási feladatokkal kapcsolatos negatív attitűdök is rontják a személyi állomány és a fogvatartottak közötti viszonyt, rontva ezzel mind a felismerés, mind az intervenció hatékonyságát.²²

Duthé és munkatársai²³ igazolták a kapcsolatot a kriminális profil és az öngyilkosság között, miszerint a fő bűncselekménytípus (erőszakos) jóval nagyobb hatással van az öngyilkossági rizikóra, mint az ítélet hossza.

¹⁷ Szupportív: támogató, segítő.

¹⁸ ROMA ET AL. 2013; CRAMER ET AL. 2017; MANDRACCHIA–SMITH 2014; HORON ET AL. 2013; DUTHÉ ET AL. 2013.

¹⁹ DUTHÉ ET AL. 2013.

²⁰ CRAMER ET AL. 2017.

²¹ ROMA ET AL. 2013.

²² CRAMER ET AL. 2017.

²³ DUTHÉ ET AL. 2013.

2. 2. 2. A fogvatartotti, internális rizikófaktorok

Az internális, azaz a fogvatartott adataiból származó rizikófaktorok jóval több figyelmet kapnak a nemzetközi szakirodalomban és kutatásokban. Cramer és társai²⁴ összefoglalása alapján ezek az alábbiak:

- Első bekerülés
- Fiatal kor
- Kaukázusi rassz
- Férfi nem
- Pszichiátriai előzmény és diagnózis
- Hosszú ítélet
- Alkohol/droghasználat
- Agresszió
- Reménytelenség
- Impulzivitás
- Introverzió
- Emocionális instabilitás
- Akut és krónikus mentális betegség
- Szomatikus betegség
- A pszichiátriai diagnózist vagy kezelést illető stigmatizáltság

2. 2. 3. Mentális zavar, pszichiátriai előzmény

Az egyik legfontosabb rizikófaktor a súlyos pszichiátriai vagy mentális betegség – például poszttraumás stressz szindróma (a továbbiakban PTSD),²⁵ depresszió, skizofrénia – jelenléte. Egy áttekintő kutatás azt találta, hogy a pszichiátriai diagnózis jelenléte hatszorosára emeli a szuicid halál rizikóját.²⁶ A több öngyilkossági kísérletet elkövetőknek jellemzően jelentősen súlyosabb patológiáik vannak, mint azoknak, akiknek csupán egy kísérlet van az előzményükben. A több kísérlettel bírónak ráadásul korábban indul a depressziójuk, és krónikusabbak az öngyilkossági ideációik, ugyanakkor nem magasabb náluk a reménytelenség.²⁷ A komorbiditás, azaz több mentális zavar egyidejű jelenléte szintén súlyosbítja a veszélyeztetettséget.²⁸

²⁴ CRAMER ET AL. 2017.

²⁵ Poszttraumás stressz szindróma, PTSD: olyan elhúzódó, szorongásos tünetegyüttes, amely extrém súlyos testi-lelki megrázkódtatások után, annak hatására alakul ki: a traumával kapcsolatos élmények feldolgozatlansága, újra és újra átélése gondolatban, a megismétlődéstől való rettegés, állandó feszültség.

²⁶ GOODING ET AL. 2017.

²⁷ HORON ET AL. 2013.

²⁸ FAZEL–WOLF–GEDDES 2013.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVESELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Fazel és társai²⁹ a pszichiátriai diagnózissal rendelkező és nem rendelkező fogvatartottak öngyilkosságaival kapcsolatos, megfigyeléses tanulmányok metaanalízisét³⁰ folytatták le. Tanulmányukban elsősorban a bipoláris zavarra koncentráltak (mániás depresszió), mivel ez a kórkép különösen szoros kapcsolatban van az öngyilkossággal a civil pszichiátriai eredmények szerint, így feltételezték, hogy ez a diagnózis az inkarcerációval kombinálódva többszörözi az öngyilkossági rizikót. Bár korábbi kutatások már kimutatták a pszichiátriai diagnózis és a hospitalizáció korrelációját a fogvatartotti öngyilkossággal, de specifikusan a bipoláris zavar eddig nem került fókuszba. Összesen 37 tanulmányt vizsgáltak meg, ebből 5 foglalkozott a bipoláris zavar és az öngyilkosság kapcsolatával fogvatartottak körében. Eredményeik nem mutattak emelkedett öngyilkossági rizikót a bipoláris zavarnál a többi pszichiátriai zavarhoz köthető, természetesen magas rizikóhoz képest, ami nem egyezik a civil populáción látható jelenségekkel. A depresszióhoz képest jóval veszélyeztetőbbnek találták a pszichotikus kórképeket. Kiemelik azonban, hogy figyelmet igényel a figyelemzavar/hiperaktivitás zavar (ADHD), mivel ez igen gyakori a fogvatartotti populációban, és nem kizárt, hogy a bipoláris zavart tévesen ADHD-ként kezelik. A pontos diagnózis azért is fontos, mert a nem megfelelő vagy hiányzó gyógyszerelés a személy állapotának romlását, a betegség progresszióját és az öngyilkossági veszélyt is fokozza.

Érdekes módon vannak olyan adatok, amelyek szerint az elsősorban személyiségzavarral bíró fogvatartottak ugyanakkora vagy nagyobb letalitással³¹ követnek el öngyilkossági kísérleteket, mint a súlyosabb diagnózissal bírók.³² Az elmúlt években ezzel kapcsolatban a pszichopátia öngyilkosságban betöltött szerepét vizsgálták Smith és munkatársai.³³ A pszichopátiás személyiséget, amelynek gyakorisága természetesen emelkedett a börtönben, hagyományosan védőfaktorok gondolták az öngyilkossággal szemben az egocentrizmus és a negatív affektusok csökkent szintje miatt. A korábbi kutatások a primér pszichopátia³⁴ és öngyilkosság között negatív vagy irreleváns korrelációt találtak. A szekunder pszichopátia azonban pozitívan korrelál a kísérletekkel és az öngyilkossági ideációval. Ezek az eredmények kriminális populáción is alátámasztást nyertek, bár ezeknek a kutatásoknak komoly korlátai vannak. 399 fogvatartottal végzett kérdőíves vizsgálatuk eredményei szerint a másodlagos pszichopátiás vonásokkal bíró fogvatartottaknál gyakoribb volt a többszörös öngyilkossági kísérlet, az elsődleges pszichopátia

²⁹ FAZEL–WOLF–GEDDES 2013.

³⁰ Metaanalízis: összegző elemzés, amely több, hasonló kérdést vizsgáló, a szakirodalomban megjelent közlemény adatait összevontan elemzi.

³¹ Letalitás: halálozási arány.

³² HORON ET AL. 2013.

³³ SMITH ET AL. 2014.

³⁴ A tanulmány a pszichopátia modelljét alkalmazza. Eszerint az elsődleges pszichopátia vonásai elsősorban genetikai hatások eredményeként alakulnak ki, és főképp a kapcsolati és affektív működést érintik: sekélyesség, empátiahiány, megbánás hiánya, egocentrizmus, domináns és megtevesztő interperszonális stílus, extravertió, a megfelelő affektív reaktivitás hiánya, csökkent autonóm idegrendszeri reakciók és érzelmi élmények a negatív, félelemkeltő vagy stresszterhes ingerekre, alacsony szorongás. A másodlagos pszichopátia elsősorban környezeti hatások eredményeként alakulnak ki, mint például a súlyos elhanyagolás, traumák, visszaélés, és gyakran jelenik meg antiszociális, ingerkereső, impulzív tendenciákban. Ebben az esetben megnövekedett szintű a negatív affektív, mint a distressz, szorongás, depresszió, és az externalizáló viselkedések, mint az interperszonális hosztilitás, agresszió, szerhasználat. SMITH ET AL. 2014.

viszont nem járt együtt a korábbi kísérlet csökkent valószínűségével. A másodlagos pszichopátiával rendelkező fogvatartottaknak – a másodlagos pszichopátia kialakulása mögött álló tényezőket ismerve – vélhetően nehezebb lehet az életútjuk, és éppen ennek nyomán a szerzett képesség az öngyilkosságra is magasabb lehet. Összességében azonban a pszichopátia inkább sérülékenységet jelentő faktor az öngyilkosság tekintetében, mintsem direkt rizikó.

2.2.4. Önsértés

Az önsértések és a szuicid halál közötti kapcsolat nagyon szoros, még akkor is, ha az önsértés gyakori a fogvatartottak között, és ezek hátterében nem áll meghalási szándék. Az önsértés vezethet véletlenül is halálhoz, például amikor a felgyülemelő stressz miatti impulzív agresszió olyan önsértésbe torkollik, amely halálhoz vezet. De az önsértések során való hozzászokás a fájdalomhoz szintén hozzájárulhat ehhez.³⁵

Hawton és munkatársai³⁶ rendkívül széles körű kutatási eredményei szerint az öngyilkosság rizikója magasabb volt azoknál, akiknél előfordult önsértés, mint az általános fogvatartotti populációban, és az önsértést követő öngyilkosság veszélyét fokozta férfiaknál az idősebb kor, illetve a korábbi önsértés közepes vagy magas letalitása, nőknél az egy év alatt öt vagy több önsértés. Ez is rámutat arra, hogy az önsértések kezelése, menedzselése kulcsfontosságú tényező a szuicid prevencióban. Fontos megérteni azt a folyamatot, hogy mely fogvatartottak és hogyan jutnak el az önsértéstől az öngyilkosságig.³⁷

2.3. INTERPERSZONÁLIS ELMÉLET

A Joiner³⁸ által leírt interperszonális elmélet átfogó elképzelés, amely az öngyilkosságot magyarázó elképzeléseket, az eddig szórványosan elért eredményeket igyekszik integrálni.³⁹ Megjelenése óta kitörölhetetlen hatást gyakorolt a szuicidológiára.

Az elmélet alapfeltevése, hogy egy személy akkor van öngyilkossági veszélyben, ha mind az öngyilkossági vágy, mind az arra való képesség jelen van. Ahogy az látható, az öngyilkossági vágyak és elképzelések, valamint a képesség ezek végrehajtására egymástól függetlenül fejlődhetnek. A legnagyobb novum a korábbi elméletekhez képest, hogy azt mondja, sokkal kevesebben képesek az öngyilkosságra, mint ahányan vágnak rá.

³⁵ CRAMER ET AL. 2017.

³⁶ HAWTON ET AL. 2014.

³⁷ CRAMER ET AL. 2017.

³⁸ JOINER 2005.

³⁹ CERO ET AL. 2017.

2.3.1. Az öngyilkossági ideációk – odatartozás és teher érzése

Az elmélet szerint az öngyilkossági vágyat és ideációkat közvetlenül két pszichológiai állapot okozza.

Az egyik az, amikor a személy úgy érzi, hogy nem tartozik sehová és senkihez. Ez akkor alakul ki, amikor valaki vágya az iránt, hogy a számára fontos személyekkel jelentőségteljes kapcsolatba kerüljön, kielégítetlen. Bár a szociális kapcsolatok objektív markerei fontosak lehetnek, itt az egyén szubjektív megélése a fontos, a kapcsolódás és a reciprok törődés hiányának az érzése.

A másik tényező pedig az a hiedelem, miszerint a személy teher mások és a világ számára. Ennek háttérben elsősorban az áll, hogy a személy életvitelében inkompetensnek, elégtelennek érzi magát.⁴⁰

Habár mindkét komponens egymástól függetlenül is vezethet passzív öngyilkossági fantáziákhoz, az elmélet szerint ez a két tényező együttesen, valamint a reménytelenséggel kombinálódva akvitalja leghatékonyabban az öngyilkossági vágyakat, ideációkat. A Mandracchia és Smith⁴¹ által áttekintett kutatások ezt az elképzelést támogatják, és úgy tűnik, hogy egyéb faktorok is ezeken keresztül hatnak az öngyilkossági gondolatokra.

Az inkarceráció természetéből adódóan kedvez ennek a két faktornak. Az odatartozás akadályozottsága már önmagában abból is adódik, hogy a fogvatartott el van vágva a szociális hálójától. A bebörtönzéshez vezető körülmények pedig könnyen értékelhetők az inkompetencia jeleként, és a bebörtönzés persze meg is terhelheti a családot. Végül a fogvatartott úgy érezheti, hogy a halála többet ér, mint az élete.

Mandracchia és Smith⁴² voltak az elsők, akik az interperszonális elméletet a fogvatartotti populáción vizsgálták. 399 fő férfi fogvatartottat értek el kérdőíves vizsgálatukkal, és az öngyilkossághoz kapcsolható más faktorok mellett mérték az elmélet két ezen komponensét is. A hipotézisnek megfelelően azoknál volt a legerősebb az öngyilkossági ideáció, akik mindkét faktoron magas pontszámot értek el, tehát úgy érezték, hogy nem tartoznak sehova és terhet jelentenek a környezetük számára. Az elmélet azon részét is alátámasztják az eredmények, hogy nem ez a két faktor okozza a depresszív hangulatot és reménytelenséget és ezen keresztül az öngyilkossági ideációt, hanem önmagukban eredményezik az öngyilkossági vágyat.

Azon egyének harmada, akik öngyilkossági ideációkat tapasztalnak, egy ponton megkísérlik az öngyilkosságot. Ezért az ilyen fantáziák, vágyak és elképzelések feltárása a fogvatartottaknál elmaradhatatlan. Ezeket az élményeket természetesen nem szívesen jelzik a fogvatartottak, ezért lényeges az olyan indikátorok (pl. az odatartozás érzése, az önmaga tehernek érzése) megtalálása, amelyek nem közvetlenül kérdeznak rá az öngyilkossági vágyak jelenlétére, de jelzik meglétüket. Ez azért nagyon fontos, mert így a kevésbé látható, ám veszélyeztetett személyek is detektálhatók.⁴³

Cero és munkatársai⁴⁴ 590 fiatalos férfi fogvatartott körében félig strukturált interjú módszerével vizsgálták e két faktort, illetve ezek interakcióját. Eredményeik arra reflektálnak, hogy a fiatalosok körében magasnak

⁴⁰ SMITH ET AL. 2013.

⁴¹ MANDRACCHIA–SMITH 2014.

⁴² MANDRACCHIA–SMITH 2014.

⁴³ MANDRACCHIA–SMITH 2014.

⁴⁴ CERO ET AL. 2017.

mondható az öngyilkossági ideációk előfordulása. Az odatarozás érzésének akadályozottsága, valamint a mások számára teherként való önészlelés ugyan lineáris kapcsolatban van az öngyilkossági ideációkkal, de ez a kapcsolat nem volt erősebb, mint például a depresszió és az öngyilkossági gondolatok között.

2. 3. 2. Az öngyilkosságra való képesség – a halálfélelem és a fájdalomtól való félelem kikapcsolása

Az eddigi kutatásokban jóval kevesebb figyelmet kapott az interperszonális elmélet másik eleme: az öngyilkosságra való képesség. Ennek hiányában a öngyilkossági gondolatot az egyén nem tudja megvalósítani.⁴⁵ Voltaképpen a képesség az, ami fontos annak elkülönítésében, hogy kik fognak öngyilkosságot elkövetni és kik nem, mert vágy sok mindenkiben lehet, de a képesség lendíti át a személyt azon a ponton, amikor ezt a vágyat realizálja is.⁴⁶

Az öngyilkosság elkövetésére való képesség szintén két komponensből tevődik össze. Az egyik a halálfélelem csökkenése vagy hiánya, a másik a fájdalomtól való félelem csökkenése vagy hiánya. Ez a fizikailag vagy pszichésen fájdalmas ingereknek való ismétlődő kitettség során alakul ki, mert ezek fokozatosan növelik a fájdalomtoleranciát és érzéketlenítik a halálfélelemmel szemben.⁴⁷ Az olyan egyének magasabb fájdalomtoleranciáját és fájdalomérzékelési küszöbét, akik ismétlődően ilyen élményeknek vannak kitéve, laboratóriumi vizsgálatok is igazolják. Továbbá nemcsak a tolerancia növekedéséről lehet szó, hanem az opponens folyamatok elmélete szerint a fájdalmas és provokatív ingerek hatása egy idő után csökken, és az ellenkező hatása kerül előtérbe, megkönnyebbülést vagy örömrzést okozva.⁴⁸ Ez a folyamat teszi lehetővé az egyre letálisabb kísérletek végrehajtását.

Ezek a fájdalmas élmények lehetnek testmódosítások (pl. piercing), magas kockázatú viselkedések (pl. szerhasználat), erőszakos események megtapasztalása, átélése, végignézése vagy kivitelezése, gyermekkori szexuális és fizikai visszaélés, verekedések, fizikai erőszak és öngyilkossági előzmény a családban. Ebben a folyamatban a leghatékonyabb természetesen az öngyilkossághoz szorosan kötődő viselkedések gyakorlása, például ismétlődő önsértések, öngyilkossági kísérletek végrehajtása.⁴⁹

2. 4. AZ ERŐSZAK SZEREPE

Az erőszakos elkövetők felülreprezentáltsága az öngyilkosságot megkísérlő vagy elkövető fogvatartottak között – az erőszakos elkövetők két-háromszor olyan gyakran halnak meg öngyilkosság következtében, mint a nem erőszakos elkövetők – jól dokumentált a nemzetközi szakirodalomban.⁵⁰ Az agresszió és erőszak szerepével több kutatás is foglalkozott az elmúlt években.

⁴⁵ SMITH ET AL. 2013.

⁴⁶ JORDAN–SAMUELSON 2016.

⁴⁷ CERO ET AL. 2017; JORDAN–SAMUELSON 2016.

⁴⁸ SMITH ET AL. 2013; SOLOMON 1980.

⁴⁹ SMITH ET AL. 2013.

⁵⁰ HORON ET AL. 2013.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Az interperszonális elméletből az következik, hogy az agresszió és erőszak, illetve specifikusan az interperszonális erőszak növeli az öngyilkossági rizikót és a kísérlet komolyságát is. Az aktuális kutatások egyébként is mutatják, hogy az interperszonális erőszak növeli az öngyilkossági rizikót a korábban már öngyilkossági kísérletet elkövetőknél, és a öngyilkosság rizikója megnő emberölés elkövetése után.⁵¹ Horon és társai⁵² vizsgálatában azonban ennek ellentmondóan azt találták, hogy azoknak, akiknek több öngyilkossági kísérletük volt az előzményükben, és emiatt öngyilkossági szempontból veszélyeztetettebbnek tekintették őket, nem volt az előzményében több erőszakos bűncselekmény, ám több szabályszegést követtek el a prizonális helyzetben.

Swogger és társai⁵³ azt vizsgálták 96 fogvatartott körében kérdőíves módszerrel, hogy az agresszió két formája hogyan kapcsolódik az öngyilkossághoz. Eredményeik a proaktív agresszió és az öngyilkosság között nem találtak kapcsolatot, ám a reaktív agresszió és az élet során előforduló öngyilkossági kísérletek kapcsolatát megerősítik. Az impulzivitás lehet a potenciális kapcsolat a reaktív agresszió és az öngyilkossági kísérletek között, mivel azok az impulzív személyek, akik hajlamosak agresszív viselkedésre, valószínűbben realizálják a pillanatnyi autoagresszív késztetéseiket is. Ezért az impulzuskontroll fejlesztése alkalmas szuicidprevenációs módszer lehet, a reaktív agresszió mérése pedig az összesített agresszió mérésén kívül vagy ahelyett az öngyilkossági rizikó mérésében lehet hasznos.

Jordan és Samuelson⁵⁴ azt a hipotézist vizsgálta, miszerint az erőszaknak való kitettség (elkövetése, elszenvedése, végignézése) és ezzel összefüggően a traumatizáltság és az öngyilkossági rizikó direkt összefüggésben állnak olyannyira, hogy voltaképpen minél több erőszakot tapasztalt meg valaki, annál valószínűbb, hogy lesz kísérlete. Kutatásukban az USA-ban nemzeti pszichiátriai epidemiológiai adatbázisokat használták fel, közel 21.000 fő adatait dolgozták fel, ebből 831-en számoltak be öngyilkossági előzményről. Ugyan a vizsgálat nem fogvatartotti mintán készült, ám következtetései rendkívül fontosak a büntetés-végrehajtási populáció számára. Eredményeik alátámasztják, hogy a trauma növeli az öngyilkossági rizikót, de azt nem, hogy az ismétlődő trauma tovább növelné. A trauma erőszakos jellege szintén nem növelte tovább az öngyilkossági rizikót, ugyanakkor az erőszakos cselekmény ismétlődő elkövetése kapcsolatban volt a magas öngyilkossági rizikóval. Azaz a másoknak való fájdalomkózos ismétlődő aktusa vezet a magasabb öngyilkossági képességhez, mintsem a trauma látványa vagy elszenvedése. Ebben természetesen összetevő lehet a szégyen vagy bűntudat, amelyben a személy úgy érzi, hogy értéktelen és megbocsátásra érdemtelen, nem tartozik senkihez és mások számára teher. Ez hozzájárul az öngyilkossági ideációk kialakulásához és az erős szándékhoz az öngyilkossági kísérlet mögött, ez magyarázhatja, hogy az erőszakos elkövetők miért követnek el gyakrabban öngyilkosságot. Az erőszakos cselekmények számon tartása ezért a magas öngyilkossági rizikójú személyek detektálásában fontos tényezőnek tekinthető.

⁵¹ JOKINEN ET AL. 2010; LINDQVIST–LEIFMAN–ERIKSSON 2007.

⁵² HORON ET AL. 2013.

⁵³ SWOGGER ET AL. 2014.

⁵⁴ JORDAN–SAMUELSON 2016.

2.5. TIPOLOGIA

A tipológiáknak két haszna lehet. Az egyik, hogy a felismerést segíthetik azzal, hogy olyan mintázatokra világítanak rá, amelyek egyébként elsikkadnának, és segít a magyarázatban, értelmezésben. A másik, hogy a szuicid prevenciót segítheti úgy, hogy ezen mintázatok és háttértényezők mentén azonosítja a magas és legmagasabb kockázatot jelentő fogvatartotti csoportokat. Rivlin és munkatársai⁵⁵ átfogó tanulmányukban áttekintették a fogvatartotti öngyilkosságok ismert tipológiáit (1. táblázat), a fogvatartotti öngyilkosságok háttérében álló tényezőket vizsgálták, és ezen keresztül alkották meg saját tipológiájukat.

Szerző	Ország	A fogvatartotti öngyilkosság/ kísérlet tipológiája	Elsődlegesen használt módszer a tanulmányban
Danto (1973) ⁵⁶	USA	1. Megszégyenült súlyos elkövető 2. Kitartó, de izolált visszaeső 3. „Manipulatív” öngyilkossági kísérlet	Pszichológiai boncolás, az intézeti dokumentáció elemzése
Hatty és Walker (1986) ⁵⁷	Ausztrália	1. Korábban is szuicid, erőszakos fogvatartott, előzetes letartóztatásban vagy fogdában 2. Fellebbezéstől elesett vagy bizonytalan idejű büntetésű fogvatartott, akit ismeretlen környezetbe helyeznek büntetési céllal 3. Fiatal fogvatartott vagy elleni bűncselekményekkel az előzményben, munka és családi támogatás nélkül	Az intézeti dokumentáció elemzése
Dooley (1990) ⁵⁸	Egyesült Királyság	1. Prizonális szituáció 2. Külső nyomás 3. Büntudat a cselekmény miatt 4. Mentális betegség	Az intézeti dokumentáció elemzése

⁵⁵ RIVLIN ET AL. 2013.

⁵⁶ DANTO 1973, idézi RIVLIN et al. 2013.

⁵⁷ HATTY–WALKER 1986, idézi RIVLIN et al. 2013.

⁵⁸ DOOLEY 1990, idézi RIVLIN et al. 2013.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVESELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

Szerző	Ország	A fogvatartotti öngyilkosság/ kísérlet tipológiája	Elsődlegesen használt módszer a tanulmányban
Liebling (1992) ⁵⁹	Egyesült Királyság	1. Pszichiátriai beteg 2. Súlyos elkövető életfogytiglan- nal 3. Kiszámíthatatlan fiatal elkövető vagyonserzési bűncselekmények miatti ítélettel és hasonló jellege- tességeket mutatva a börtönpopu- láció felé is	Interjúk öngyilkosságot megkísér- lőkkel, tágan értelmezve
Lester és Danto (1993) ⁶⁰	USA	Durkheim alapján: 1. Egoista 2. Fatalista	Szakirodalmi áttekintés
Liebling (1995) ⁶¹	Egyesült Királyság	1. Gyenge megküzdők 2. Hosszú ítéletes fogvatartottak 3. Pszichiátriai betegek	Interjúk öngyilkosságot megkísér- lőkkel, tágan értelmezve
Rivlin, Ferris és mtsaik (2013) ⁶²	Egyesült Királyság és Wales	1. Megküzdési képtelen fogvatar- tott 2. Pszichotikus fogvatartott 3. Instrumentális motiváció 4. „Váratlan” kísérlet 5. Drogelvonásban lévő fogvatar- tott	Majdnem halálos öngyilkossági kí- sérletet elkövető fogvatartottakkal készített interjúk

1. táblázat: A fogvatartotti öngyilkosságok tipológiái

Forrás: Rivlin et al. 2013, 2.

Vizsgálatukban interjúkat készítettek 60 olyan fogvatartottal, akik majdnem halálos kísérletet követtek el. 5 csoportot találtak. Ez az öt kategória átfedésben van a korábbi tipológiák megállapításaival, ugyanakkor a prizonális öngyilkossági magatartás és az emögött álló háttér meglehetősen komplex, átfogó megértést tesz lehetővé.

Az öt kategória a következő:

1. A megküzdési képtelen fogvatartott – Ebben az esetben az öngyilkossági kísérlet háttérében az állt, hogy a fogvatartott képtelen volt megküzdési a börtönkörnyezetben. Ezek a személyek már a befogadáskor úgy érezték, hogy képtelenek alkalmazkodni a benti élethez. Viszonyuk a személyzettel általában nem volt jó, verbális vagy fizikai konfrontációba is kerülhettek velük. Ha volt családjuk, akkor annak hiányát különösen nehe-

⁵⁹ LIEBLING 1992, idézi RIVLIN et al. 2013.

⁶⁰ LESTER–DANTO 1993, idézi RIVLIN et al. 2013.

⁶¹ LIEBLING 1995, idézi RIVLIN et al. 2013.

⁶² RIVLIN et al. 2013.

zen viselték. Ezen kívül az állandó bezártság volt az, amelyet nagyon nehezen toleráltak. Ezzel párhuzamosan több traumatikus esemény is volt az életükben, az életútjuk, hátterük rosszabb volt a börtönpopulációban átlagosnál is. Általában problémás fogvatartottak voltak, akik nem voltak hajlandók segítséget kérni, különösen a személyi állománnyal való konfliktusos viszony esetén. Sokszor voltak izoláltak, akik az öngyilkosságot az egyetlen kiútnak tekintették elviselhetetlen és kétségbeejtő helyzetükből.

2. A pszichotikus fogvatartott – Az öngyilkossági kísérletet akut pszichotikus tünetek (téveseszmék, hallucinációk) motiválták. Az előtörténetben gyakran volt látható számos önsértés akusztikus hallucinációk hatására. Komorbid kórképek is jellemzőek voltak – különösen depresszió, szerfüggőség és PTSD (poszttraumás stressz szindróma) – a mintában minden fogvatartottnak legalább három diagnózisa volt. Mindennek ellenére csak a felük volt magas kockázatú fogvatartottként azonosítva a kísérlet idején.
3. Instrumentális motiváció – Ebben az esetben a kísérlet motivációja nem a halál volt, hanem valamilyen cél elérése. Emellett a fogvatartottak sokszor nagyon dühösek is voltak, mert úgy érezték, hogy nem kapnak figyelmet, kéréseiket figyelmen kívül hagyták, és úgy gondolták, hogy egy öngyilkossági kísérlet után a személyi állomány komolyan veszi majd az igényeiket. Sokszor volt látható önsértés az előzményben, gyakran ugyanilyen instrumentális típusú háttérrel, és mivel ezek akkor sikeresnek bizonyultak, az önsértés hatékony érdekérvényesítő eszközként jelent meg a számukra. Azzal általában nem voltak tisztában, hogy mennyire veszélyes az, amit csinálnak, különösen azért, mert az ismétlődő önsértések érzéketlenítették őket ezzel szemben. Ezek a fogvatartottak nehezen küzdöttek meg a börtönnel és nehezen illeszkedtek be, gyakran bántalmazták őket a többiek, és a személyzettel is gyakran kerültek konfliktusba. Ezen kívül sokszor nem volt tartalmas kapcsolatuk, így szociálisan izoláltak voltak.
4. A „váratlan” kísérlet – Az ilyen esetben az öngyilkossági kísérlet nem volt tervezett, és váratlanul érte magát a fogvatartottat is. Ezek a fogvatartottak egyébként viszonylag jól alkalmazkodtak a börtönkörnyezethez. Mivel már több büntetésük volt, ismerték a napi rutint, és nem találták ezt különösebben megterhelőnek. A hozzátartozóikhoz közel voltak elhelyezve, azok tudták őket látogatni rendszeresen. Ismerték a többi fogvatartottat és személyzetet, sokszor akár barátságos is volt a viszonyuk, és tudtak segítséget kérni szükség esetén. Kevés vagy semmilyen önsértő előzmény nem volt náluk. Az esetleg előforduló depresszió kívül jellemzően semmilyen más pszichiátriai kórkép nem volt látható esetükben. A fogvatartottat elborította a viszonylag rövid időn belül bekövetkező számos kedvezőtlen életesemény, amelyekből ha csak egy vagy kettő következik be, akkor valószínűleg mozgósítják a szupportív hálójukat és pszichológiai készségeiket, hogy legyőzzék a nehézségeiket. Az események kumulálódása azonban átlökte őket azon a ponton, amikor már nem tudtak megküzdeni. Ezen a ponton a cselekmény célja mindig és egyértelműen, ambivalencia nélkül a halál volt. Mivel a kísérlet impulzív volt, ezek a fogvatartottak általában nem voltak magas kockázatúként azonosítva. A kísérlet a fogvatartott számára énidegen volt, sokkolta a családját és őt magát is, szégyellte magát miatta. Utána azt mondták, hogy ez felébresztette őket, és soha többet nem próbálnának meg öngyilkosok lenni.
5. A drogelvonásban lévő fogvatartott – Ezek a szerfüggő fogvatartottak aktuálisan kerültek befogadásra, és a kísérlet idején éppen a drogelvonáson mentek keresztül. Az öngyilkossági kísérletet egyértelműen az elvonásnak tulajdonították. A személyi állománnyal általában nem volt jó a viszonyuk, mert meggyőződésük volt, hogy azok diszkriminálják őket, mert drogfüggők, ezért segítséget sem kértek tőlük. Legtöbbjük magas kockázatúként volt azonosítva.

2. 6. SZŰRÉS

A fogvatartotti populáció öngyilkossági rizikója nagyon magas. Ez nemcsak az inkarceráció alatt igaz, hanem szabadulás után is, különösen az első egy hónapban magas az öngyilkosságok gyakorisága.⁶³ A veszélyeztetettség azért rendkívül magas, mert az ilyen személyek életében nagyon sok hátrányos, megterhelő tényező van az inkarceráció során és az előtt is. Ennek ellenére a veszélyeztetett fogvatartottak kiszűrése mindig komoly nehézséget okozott.⁶⁴ Az öngyilkossági rizikó becslésének nehézsége a börtönkörnyezetben több tényezőtől ered: nagyon kevés az empirikus kutatás ezen a területen; a börtönben főleg externalizáló pszichopatológiákkal élő emberek vannak és nem internalizálók, amit egyébként az öngyilkossággal általában összefüggésbe hoznak; a manipulatív szándék feltételezése a valós rizikó alábecsléséhez vezethet.⁶⁵

A szűrés és felismerés fontossága azonban elsődleges. Ennek megfelelően a kutatások jelentős része a szűrőeszközök vizsgálatával, a fogvatartotti populáción való alkalmazhatóságával, illetve a prizonális kontextusra való áthelyezésével foglalkozik.

Rivlin és munkatársai⁶⁶ a Beck-féle szuicid szándék skála⁶⁷ (Suicide Intent Scale) alkalmazhatóságát vizsgálták börtönkörnyezetben. Ez a skála rendkívül elterjedt az elmúlt 30 évben az öngyilkossági rizikó felmérésében. Bár elsősorban civil pszichiátriai populáción való használatra készült, prizonális kontextusban is gyakran használják. 29 olyan személlyel végeztek interjú és kérdőíves vizsgálatot, akik majdnem halálos öngyilkossági kísérletet hajtottak végre. A majdnem letális öngyilkosságot elkövetők legtöbbszörénél magas volt a skálával mért öngyilkossági szándék. A skálával kapcsolatban azonban problémák merültek fel – annak ellenére, hogy korábban már széles körben használták. Néhány tétel változtatásra vagy átgondolásra szorul, mert nem biztos, hogy olyan releváns a prizonális körülmények között is. Ezek elsősorban a körülményekre vonatkozó részek (pl. eszközökhöz való hozzáférés stb.). A skála második fele azonban jól átültethető a börtönkörülmenyre.

Az interperszonális elmélet térhódítása kiterjed a mérőeszközökre is. Smith és munkatársai⁶⁸ a szerzett szuicid képesség skálával⁶⁹ (Acquired Capability for Suicide Scale) végeztek vizsgálatokat 399 fogvatartottal. A vizsgálat azt mutatta, hogy a skála nem teljesen konzisztens az elmélet szerzői által leírt kétfaktoros modellel (lásd fentebb, halálfélelem hiánya és a fájdalomtól való félelem hiánya). Egy négyfaktoros modell hozta a legjobb konceptuális illeszkedést, bár ebből csak három volt értelmezhető: általános félelemnélküliség, észlelt fájdalomtolerancia, ha-

⁶³ RIVLIN ET AL. 2013.

⁶⁴ SMITH ET AL. 2013.

⁶⁵ HORON ET AL. 2013.

⁶⁶ RIVLIN ET AL. 2012.

⁶⁷ A Suicide Intent Scale egy félig strukturált interjú, amely 15 itemből áll. Minden itemet 0–2 között lehet osztályozni. Az első 8 tétel a kísérlet objektív körülményeire vonatkozik, míg a második 7 önbevallós tétel a vizsgált személy szubjektív érzéseit, hiedelmeit és szándékait vizsgálja a kísérlet idején. A skála statisztikai mutatói az eddigi vizsgálatok során jónak bizonyultak. BECK–SCHUYLER–HERMAN 1974.

⁶⁸ SMITH ET AL. 2013.

⁶⁹ Az Acquired Capability for Suicide Scale egy 20 tételű eszköz, amely a halálfélelem hiányát és az észlelt fájdalomtoleranciát méri fel. Az eddigi vizsgálatokban a skála jó mutatókkal rendelkezett, de fogvatartotti populáción még nem vizsgálták ez előtt. VAN ORDEN ET AL. 2008.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVESELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

lálfélelem nélküliség, valamint az erőszak megfigyelő élvezete. Az első kettő mutatta a legszorosabb kapcsolatot az eredeti elmélettel.

Egyik faktor sem differenciálta azonban az öngyilkossági előzménnyel rendelkező és öngyilkossági előzménnyel nem rendelkező személyeket. Erre az egyik magyarázat az lehet, hogy a képesség csak akkor rizikófaktor, ha valakiben éppen az öngyilkossági vágy is jelen van. Ezt támogatja az az adat, hogy a jelen mintában alacsony volt az öngyilkossági ideációk szintje. A másik magyarázat szerint bár az volt a feltevés, hogy a fogvatartottaknak sok olyan tapasztalatuk van, amely a képességet kialakítja, de mégis az átlagos pontszám a kérdőívben alacsonyabb volt, mint a klinikai mintában. Lehet, hogy a kérdőív tételei nem megfelelően ragadják meg a konstruktumot ebben a populációban. Vannak tételek, amelyeket ebben a populációban egészen másként értelmezhetnek (például „nem félek semmitől”). Mindenesetre az eszköz alkalmazása további vizsgálatok és átalakítások hiányában börtönkörnyezetben nem javasolható.

Horon és társai⁷⁰ kutatásukban az öngyilkossági rizikó felmérésére szolgáló sztenderd mérőeszközöket hasonlították össze annak mentén, hogy differenciálnak-e az egyetlen öngyilkossági kísérletet elkövetők, a több kísérletet elkövetők vagy az öngyilkossági előzménnyel nem rendelkezők között (a kísérletek számával ugyanis egyenes arányban nő a szuicid halál esélye). Az alábbi mérőeszközöket vizsgálták: a korábban már említett Beck-féle öngyilkossági ideáció skálát, a Beck-féle reménytelenség skálát,⁷¹ a felnőtt szuicid ideáció kérdőívet,⁷² az öngyilkossági kísérlet okai kérdőívet⁷³ és az öngyilkossági rizikó listát.⁷⁴ Méréseik azt mutatták, hogy a sztenderd mérőeszközök validan és megbízhatóan használhatók a fogvatartotti populáción. A válaszadás megbízhatóságát is jónak találták. Konvergensek voltak a mérések, azok is, amelyek nem közvetlenül az öngyilkossági ideációra kérdeznek. A skálák közel ugyanúgy működtek a fogvatartotti populáción, mint a civil pszichiátriai populá-

⁷⁰ HORON ET AL. 2013.

⁷¹ A Beck Hopelessness Scale egy 20 ítemes, igaz-hamis válaszadást igénylő kérdőív, amely három faktoron mér: a jövőt illető reménytelenség, a motiváció elvesztése és a negatív elvárások. A cut-off pont 9, ami felett már öngyilkosság-specifikus kivizsgálást tartanak szükségesnek a szerzők. A skála mutatói kiválóak. A kérdőív ugyan nem tesz fel direkt kérdéseket az öngyilkossággal kapcsolatban, mégis az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz, mert a reménytelenség az öngyilkossággal stabilan és szorosan kapcsolatba hozott konstruktum. BECK-STEER 1989; PERCZEL FORINTOS-SALLAI-RÓZSA 2001.

⁷² Az Adult Suicidal Ideation Questionnaire egy 25 tételes kérdőív, amely 7 fokú skálán közvetlenül az öngyilkossági vágygal, tervekkel, előkészületekkel kapcsolatos gondolatok gyakoriságát méri az elmúlt hónap során. A validitási és reliabilitási mutatók kiválóan bizonyultak, és nagy epidemiológiai mintán prediktív validitást is mutatott. A cut-off pontszám 31, és 6 kritikus tételt azonosítottak, amelyek a kísérletet elkövetőket a nem elkövetőktől a leginkább differenciálták. REYNOLDS 1991.

⁷³ A Reasons for Attempting Suicide Questionnaire egy 14 tételes kérdőív. A vizsgálati személyeknek 5 fokú skálán kell az egyetértésüket jelezniük a tételeknél, amelyek az öngyilkosság motivációival kapcsolatos kijelentések. A kérdőív tehát az öngyilkossági gondolatok aktuális gyakoriságára közvetlenül nem kérdez rá. Az eredmények két faktort jeleznek, a belső izgatottság és extrapunitív/manipulatív. Az előbbi faktoron elért magas pontszámot találták erősen kapcsolódni az öngyilkossági vágyakozáshoz és előkészületekhez. A kérdőív mutatói jónak bizonyultak, cut-off pontszámot nem határoztak meg. HOLDEN ET AL. 1998.

⁷⁴ A Suicide Risk Assessment Checklist egy nem validált, 36 rizikótényezőt és 11 védőfaktort felsoroló lista, amely segítségként szolgál a klinikusoknak. A tanulmány szerzői ezt a listát az aktuális vizsgálat céljainak megfelelően kissé módosították.

ción. A Beck-féle öngyilkossági ideáció skála és a felnőtt öngyilkossági ideáció kérdőív differenciálták legjobban egymástól a három csoportot. A reménytelenség skála a variancia kis részét magyarázta, ezért nem alkalmas alapos döntés meghozására ebben a kérdésben. Az öngyilkossági kísérlet okai kérdőív szintén csupán közepes eredményt hozott, önmagában a szűrésre nem elég, de nagyon fontos részletekkel gazdagíthatja az ítéletalkotást. A kutatást végzők azt állapították meg, hogy a vizsgált eszközökkel jól meg lehetett állapítani az akut veszélyt elsősorban az öngyilkossági gondolatok gyakoriságára, negatív emóciókra, depresszióra, agitációra kérdezve; a krónikus veszélyt a kísérlet motivációjára, a pesszimizmus mértékére és a korábbi kísérletek intenzitására, letalitására, gyakoriságára kérdezve; és jól lehetett a segítségükkel tisztázni a kettő közötti interakciót az egyes eseteknél.

Gooding és munkatársai⁷⁵ a csapdába esettség és a legyőzöttség érzését – amelyek korábbi kutatások szerint a szándékos önsértéssel vannak stabil prediktív kapcsolatban –, valamint a reménytelenséget vizsgálták az öngyilkossági rizikóval összefüggésben, fogvatartottak körében. 3 mérőeszközt alkalmaztak: a legyőzöttség skálát,⁷⁶ a csapdába esettség skálát⁷⁷ és a már említett reménytelenség skálát. Eredményeik szerint a reménytelenség erős prediktora volt az öngyilkossági gondolatoknak, de nem differenciált a gondolatok és cselekvések között, ugyanakkor jobban bejósolta az öngyilkossági kísérletet vagy halált, mint a korábbi kísérletek. Az öngyilkossági veszély legerősebben a reménytelenség affektív faktora és a külső esemény általi csapdába esettség között volt. Ugyanakkor a csapdába esettség és a legyőzöttség összpontszáma nem bizonyult jó prediktornak az öngyilkossági rizikó tekintetében, ám igazolódtott az önsértéssel való szoros, prediktív kapcsolata.

2.7. PREVENCIÓ

Cramer és társai⁷⁸ áttekintő tanulmányukban összefoglalást adnak arról, hogy a büntetés-végrehajtási szuicid prevenciók útmutatások, szabályzók mit tartalmaznak, vagy az irányelvek szerint mit kell tartalmazniuk.

Az iránymutatásokat az egészségügyi vagy pszichiátriai szakterületnek felül kell vizsgálnia.

Fontos elem a képzési tartalom, amely az azonosítást, képzést, felmérést, megfigyelést, elhelyezést, jelentési kötelezettséget, kommunikációt, intervenciót, értesítést, felülvizsgálatot és a rendkívüli eseménnyel kapcsolatos megbeszélést érinti. Legalább 8 óra interaktív alapképzést kell a személyi állomány számára biztosítani az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökről, a büntetés-végrehajtási környezetben öngyilkossági magatartásra hajlamosító faktorokról, figyelmeztető jelekről és a szolgálati hely szuicidprevenciók tervének részleteiről. A képzést olyan személy vezesse, akinek közvetlen kapcsolata van a fogvatartottakkal és az egészségügyi, orvosi és büntetés-végrehajtási szakterület személyi állományával is. Az intézetek évente tartsanak egy 2 órás felfrissítő képzést. Az előljá-

⁷⁵ GOODING ET AL. 2017.

⁷⁶ A legyőzöttség skála 16 tételből áll, amelyek a legyőzöttség érzését a kudarcot vallott erőfeszítésben és az alacsony szociális státuszban ragadják meg. A felsorolt érzések gyakoriságát kell 5 fokú skálán jelölni, az elmúlt hétre vonatkoztatva. GILBERT–ALLAN 1998.

⁷⁷ A csapdába esettség skála 16 tételből áll, és a belső vagy külső események által érzett csapdába esettség érzését és a menekülés vágyát méri fel. 5 fokú skálán kell értékelni a személynek, hogy mennyire jellemzők rá ezek az érzések. GILBERT–ALLAN 1998.

⁷⁸ CRAMER ET AL. 2017.

róknak vagy azon más személyeknek, akik a szuicid prevenciók képzésért felelősek, amilyen hamar csak lehetséges javasolt elkezdni egy fejlesztő képzési folyamatot, lehetőleg oktatási instrukciókkal, gyakorlati képzéssel, és in vivo tapasztalattal a büntetés-végrehajtási környezetben. A képzés részét kell képeznie az intézetben belüli szakterületek közötti hatékony verbális kommunikációnak. Az elkülönítést végrehajtó személyi állományt ki kell képezni a figyelmeztető jeleket, szokatlan viselkedéseket és az öngyilkossági veszélyben lévő fogvatartottak segítségét illetően. Támogatni kell, hogy a fogvatartottak jelezzék, ha valamely társuk öngyilkossági veszélyben van.

A felmérésben és a kezelésben kerülni kell a fogvatartott öngyilkossági gesztusának negatív vagy manipulatív minősítését. Az alapos befogadási felmérésen túl a fogvatartottakat szűrni kell időszakosan és olyan nagyobb események után, mint például a bírósági események és szállítások. A szűrésnek az olyan általános öngyilkossági rizikófaktorokra kell irányulniuk, mint például az öngyilkossági viselkedés az előzményben. Ha a magas rizikójú fogvatartottat már azonosították, akkor a pszichiátriai szakterületnek ki kell dolgoznia egy megfigyelési és kezelési tervet, amelynek tartalmaznia kell folyamatos személyes megfigyelésre alkalmas elhelyezést, amely mentes az akasztásra alkalmas eszközöktől és tökéletes láthatóságot biztosít a személyi állomány számára. A kommunikációs láncolat az őrzést végző állományi tag, a részleg személyi állománya és a szuicid fogvatartott között legyen tiszta. Megfontolandó a „kevésbé korlátozó környezet” elve az elhelyezési döntések esetén: a szegregáció potenciális következményei és a fogvatartott által jelzett stresszterhelés közötti egyensúly megteremtése. Javasolt kijelölni egy konkrét állományi tagot a fogvatartott szupportív személyeként.

Öngyilkossági kísérlet vagy befejezett öngyilkosság esetén mind az orvosi, mind a mentálhigiénés személyi állomány részéről azonnal meg kell kezdeni az intervenciókat, hangsúlyozva az elsősegély és az újraélesztési képzés fontosságát a személyi állomány mindazon tagjainak részére, akik a fogvatartottakkal kapcsolatba kerülnek. Értesíteni kell a megfelelő elöljárókat és a családtagokat. A rendkívüli események megbeszélése mind a teljes személyi állománnyal, mind az érintett fogvatartottakkal ne maradjon el. Az öngyilkosságot követő 30 napon belül végre kell hajtani a pszichológiai elemzést.

Rivlin és munkatársai⁷⁹ ehhez még hozzátesszik az alábbiakat: a foglalkoztatás, értelmes tevékenység biztosítása; egyéb ellátásokhoz való hozzáférés, pl. gyászfeldolgozó csoportok; a pszichotikus fogvatartottak szigorú kiszűrése; a manipulatív kísérletek óvatos kezelése; fokozott odafigyelést biztosítani az olyan fogvatartottaknak, akik egyébként nem problémásak, de aktuálisan több súlyos életeseményt szenvednek el.

2. 8. TERÁPIA

Pratt és munkatársai⁸⁰ vizsgálták a kognitív viselkedésterápia alkalmazhatóságát szuicid fogvatartottak körében az öngyilkossági veszélyeztetettség csökkentésére. Ezek a terápiák a civil pszichiátriai gyakorlatban hatékonynak bizonyultak, a strukturált terápiás módszerek pedig a fogvatartottak esetében jól működnek már más területeken. Az inkarceráció voltaképpen tekinthető egy jó lehetőségnek is arra, hogy egy egyébként veszélyeztetett,

⁷⁹ RIVLIN ET AL. 2013.

⁸⁰ PRATT ET AL. 2015.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

de meglehetősen nehezen elérhető populációt elérjünk és kezeljünk. Vizsgálatukban 62 fogvatartott vett részt, ebből 42 fő csinálta végig a terápiát, amely 20 ülésből állt, heti két alkalommal, egyéni elrendezésben. A program kivitelezhetőnek bizonyult a börtönkörülmények között, bár a szerzők kisebb átalakításokra tesznek javaslatokat. Mindenesetre a kognitív viselkedésterápia pozitívan hatott az önsértések kimenetére, a pszichiátriai tünetekre, de ez nem generalizálódott az öngyilkossággal korreláló egyéb pszichológiai tényezőkre.

3. SÚLYOS PSZICHIÁTRIAI BETEGEK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSBAN

Az alábbi fejezetben egy olyan fogvatartotti kört vizsgálunk, amelynek speciális igényei egyértelműek, ugyanakkor az ennek való megfelelés több szakterület együttműködése nélkül nem valósítható meg. Ezt az nehezíti meg különösen, hogy azon szakterületek, amelyeknek együtt kell vagy kellene működniük, élesen eltérő perspektívából szemlélik ezt a populációt: a pszichiátriai szakma páciensként tekint rájuk, akiket gyógyítani kell, a büntetés-végrehajtás pedig elkövetőként, fogvatartottként, akitől a társadalmat meg kell védeni.

A súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottakra vonatkozó szakirodalom áttanulmányozásakor komoly nehézséget okozott a definíciós zavar. Mentális zavar, mentális betegség, súlyos mentális betegség – mindegyik kifejezés azt a populációt ragadja meg, amely pszichiátriai diagnózisokkal bíró személyekből áll. A pszichiátriai diagnózissal bíró fogvatartottak köre azonban meglehetősen heterogén, és ennek teljes körű felölelése jóval meghaladja e monográfia kereteit. Fejezetünkben ezért a mentális zavaroknak csupán arra a körére fókuszálunk, amely az utóbbi években a magyar büntetés-végrehajtásban is nehezen kezelhető jelenségévé vált: a súlyos pszichiátriai, vagyis pszichotikus zavarral élőkre.

3. 1. ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁG

A mentális betegek és pszichotikus betegek prevalenciájának felmérésének a büntetés-végrehajtási intézetekben fontos kezelést illető, gazdasági és szabályozási implikációi vannak.⁸¹

Korábbi kutatások a pszichotikus zavarok magas arányát jelzik a fogvatartotti populációban, ausztrál mintán a fogvatartottak között 7%-os prevalenciát találtak, amely 11,7-szerese a közösségi prevalenciának. Egy 2002-es nemzetközi áttekintő tanulmány szerint férfi fogvatartottak között átlagosan 3,7%, női fogvatartottak között átlagosan 4,0% a pszichotikus betegek aránya általánosságban a büntetés-végrehajtásban világszerte. A vizsgálat 2012-es frissítésekor férfi fogvatartottak között 3,6%, női fogvatartottak között 3,9% volt a pszichotikus betegek aránya. Az előfordulási gyakoriság tehát lényegében változatlan maradt a mért időszakban.⁸² 2007-ben New York egyik állami börtönében folytatott vizsgálat szerint a fogvatartottak 5,9%-a rendelkezett olyan diagnózissal, amelyet súlyos pszichiátriai megbetegedésnek tekinthetünk, és ezek 36%-a volt pszichotikus zavar.⁸³ Kanadai mintán 1991 és 2010 között több vizsgálat folyt, amelyek 2,2% és 6,4% között mutatták a skizofrénia/pszichotikus megbete-

⁸¹ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁸² BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁸³ GOTTFRIED–CHRISTOPHER 2017.

tegedések arányát, és ez az előfordulási gyakoriság nagyjából stagnál az elmúlt 15 évben. Ez az előfordulási arány körülbelül négyszer nagyobb a civil populációban mértnél. Ismét kanadai mintán 2005 és 2007 során Brown és munkatársai⁸⁴ vizsgálták a súlyos pszichiátriai betegek prevalenciáját a fogvatartottak között. A speciális pszichiátriai részlegeken elhelyezett betegek nem szerepeltek a mintában. Eredményeik szerint 3,6% volt a súlyos pozitív tünetek becsült aránya a mintában, ami egyezik a korábban mért adatokkal.

A szakirodalomban hangsúlyos téma az előzetes letartóztatást végrehajtó intézetek és az ún. letöltőházak fogvatartotti populációjában a súlyos mentális zavarok prevalenciájának eltérése vagy annak hiánya. A súlyos mentális betegek aránya nagyjából megegyezik a vizsgálatokban az előzetes fogvatartottak és az elítéltek között.⁸⁵ Ugyanakkor vannak vizsgálatok, melyek eltérő eredményeket kapnak.

Gottfried és Christopher⁸⁶ 2006-ban végeztek vizsgálatot, eredményeik szerint az előzetes letartóztatást és 1 évnél kisebb szabadságvesztés-büntetést végrehajtó intézetek fogvatartotti állományának 7,2%-a jelzett produktív pszichotikus tüneteket, azaz hallucinációkat és/vagy téveseszméket. Ezzel szemben az 1 évnél hosszabb szabadságvesztés-büntetést végrehajtó állami intézetek (state prison) fogvatartotti populációjának 4,2%-a számolt be aktív pszichotikus tünetekről. A két rezsim közötti eltérés hátterében állhat a jogerőre emelkedéssel beálló viszonylagos stabilitás az elhelyezésben, jövőképpen, kezelésben, illetve az ítélet befolyásolását célzó színlelés.

Kerle⁸⁷ eredményei még erőteljesebb eltolódást jeleznek, miszerint az előzetes intézetekben most körülbelül 4-6-szor annyi súlyos pszichiátriai beteg van, mint az általános populációban – a férfiak között 14,5%, a nők között 31%.

Brown és munkatársai⁸⁸ a már idézett vizsgálatban ugyanakkor az elítélt fogvatartottak körében magasabb előfordulását mérték a súlyos pszichiátriai tünetek jelenlétének, mint az előzetes letartóztatásban lévőknél.

Az eltérések oka lehet a vizsgált minták, módszerek vagy a vizsgált tünetek, diagnózisok kiválasztásának eltérése. Mindenesetre mindez jelzi, hogy ezen a területen további vizsgálódásokra van szükség.

3. 2. TRANSZINSTITUCIONALIZÁCIÓ, A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KRIMINALIZÁCIÓJA ÉS FORGÓAJTÓ-EFFEKTUS

Bár az elmúlt évtizedekben nő a pszichiátriai betegek száma a büntetés-végrehajtási intézetekben, az utóbbi évek ugrásszerű növekedése aggodalomra ad okot. Napjainkban az USA és vélhetően általában a nyugati kultúrák azzal a helyzettel kénytelenek szembesülni, hogy példátlan mennyiségű mentális beteg van jelenleg elhelyezve büntetés-végrehajtási intézetekben. Jelenleg az USA-ban a börtönök az elsődleges és legnagyobb pszichiátriai intézetekké váltak. Tovább ront a helyzeten, hogy a bekerülő betegek egy forgóajtószerű rendszerbe kerülnek. Ráadásul éppen a pszichiátriai populáció leginkább károsodott betegei azok, akik ebben a rendszerben megjelennek.⁸⁹

⁸⁴ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁸⁵ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁸⁶ GOTTFRIED–CHRISTOPHER 2017.

⁸⁷ KERLE 2016.

⁸⁸ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁸⁹ ABRACEN ET AL. 2014; HANEY 2017.

Általános elterjedt az a nézet, hogy az USA-ban a súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak a pszichiátriai kórházak 1960-as évekbeli bezárása és a járóbeteg- és közösségi ellátás előtérbe kerülése óta jelent problémát. Ez a nézet részben igaz, de nem abban a formában, hogy ezek a betegek a kórházból szinte egyenesen a börtönbe kerültek.⁹⁰

A deinstitutionalizáció (azaz a pszichiátriai kórházak felszámolása) időszaka után a transzinstitutionalizáció problémája következett, és ez tart ma is világszerte. Ez azt jelenti, hogy a súlyos pszichiátriai betegek a betegsé-
gükből adódó szélsőségesen instabil viselkedésük mentén gyakran megszegik a társadalmi szabályokat, antiszo-
ciális módon viselkednek, és végül büntetés-végrehajtási intézetekbe kerülnek. Így ezek a betegek lassan eltűntek
a pszichiátriai osztályokról, rendelőkől, és felbukkantak a büntetés-végrehajtásban, sokszor valamilyen kis súlyú
cselekmény miatt.⁹¹

Az itt kapott kezelés gyakran a minimum, modern és naprakész kezelési módok és az utánkövetés lehetősége
nélkül. A betegek szabadulásuk után nem boldogulnak a társadalomba való visszailleszkedéssel, újra és újra an-
tiszociális módon viselkednek, és visszakerülnek a büntetés-végrehajtás rendszerébe, amelyet sokszor alig hagytak
el. Ezt nevezik az ún. forgóajtó-effektusnak, amely jelen van az elmúlt 50 évben az USA-ban.⁹²

A pszichiátriai betegek helyzetének tarthatatlansága mellett jelentős probléma az a büntetés-végrehajtási
rendszerre nehezedő terhelés is, amelyet az ellátásuk jelent. Az iránymutatások az alábbiakban határozzák meg
a legfontosabb teendőket a probléma kezelésében, csillapításában:

A rendőröket képezni kell a pszichiátriai zavarok, és a pszichiátriai betegekkel való bánásmód területén.

Be kell vezetni és alkalmazni kell alternatív büntetési módokat a betegek számára, amelyeket nem járnak in-
karcerációval.

A pszichiátriai és a büntetés-végrehajtási szakmának együtt kell működnie.

Kötelező továbbképzéseket kell bevezetni az öngyilkosság prevenciójával és kezelésével kapcsolatban.

Fejleszteni kell az előzetes intézetekben és fogházakban elérhető pszichiátriai kezelési programokat.⁹³

3. 3. A SÚLYOS PSZICHIÁTRIAI BETEGEK INKARCERÁCIÓJÁVAL MEGJELENŐ PROBLÉMÁK

A pszichotikus betegek állapota időben változik, ami azt jelenti, hogy nem tűnnek esetleg mindig súlyosan beteg-
nek. Ettől azonban még magas rizikót képviselnek, és mentálisan nagyon sérülékenyek, egyensúlyukat nagyon
könnyen elvesztik.⁹⁴ Sérülékenységüket mi sem bizonyítja jobban, mint Steingrimsson és munkatársainak⁹⁵ ered-
ményei, akik 1983 és 2008 márciusa között 7665 izlandi férfi pszichiátriai kezelt mintáján mutatták ki, hogy a pri-

⁹⁰ LURIGIO 2013.

⁹¹ PALERMO 2014; KERLE 2016.

⁹² PALERMO 2014.

⁹³ KERLE 2016.

⁹⁴ HANEY 2017.

⁹⁵ STEINGRIMSSON ET AL. 2016.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

zonális tapasztalattal rendelkező pszichiátriai betegeknek kétszer akkor esélyük van adott időn belül meghalni, mint a nem bebörtönzött pszichiátriai betegeknek, és ez azt jelenti, hogy a halálozási arányuk a nem beteg populációénak többszöröse lehet. Érdekes adalék, hogy skizofrénia típusú diagnózisoknál a természetes halálnak volt nagyobb esélye, a bipoláris típusú zavaroknál pedig a nem természetes halálnak.

Ez az eredmény voltaképpen nem meglepő, ha arra tekintünk, hogy habár Kanada, az USA és a nyugati államok büntetés-végrehajtási szervezetei tettek erőfeszítéseket a mentális betegek ellátásának és kezelésének javítására, ez még mindig abban a közegben történik, amelyben a biztonság, a bürokrácia, a büntetés és a visszaesés megelőzése az elsődleges a kezeléssel szemben.⁹⁶ A legrosszabb börtönökben a mentálisan beteg fogvatartottak helyzetének súlyosságát nem lehet túlbecsülni. Természetesen vannak olyan intézetek és rendszerek, amelyek jobban alkalmazkodnak a pszichotikus fogvatartottak jelentette kihíváshoz. Azonban vannak olyan lényegi pszichológiai tényezők, amelyek általánosnak tekinthetők, mert természetesen adódnak a büntetés-végrehajtás alapvető struktúrájából és működési módjából.⁹⁷

A pszichiátriai és különösen a pszichotikus megbetegedések, köztük a skizofrénia, nagyon érzékenyek a környezeti ingerekre, így nagyobb stressz hatására rendkívül gyorsan következhet be állapotromlás. A börtön pedig telített veszélyekkel, dehumanizációval, deprivációkkal – rosszabb hely a sérülékeny, érzelmileg instabil személyek számára valószínűleg nem létezik. A börtön természetéből adódóan voltaképpen a nyitottságot, törődést hangsúlyozó terápiás közeg antitézise. Ez a környezet és bánásmód az ilyen betegeket különösen kiteszi a relapszus rizikójának, amelynek destruktív hatása a beteg további életére megjósolhatatlan.

Emellett ha a betegek érzékelik is, hogy állapotuk romlik, kezdik elveszíteni az irányítást önmaguk felett, az észlelésük megváltozik, orientációjuk romlik, akkor is nagyon nehezen mernek segítséget kérni. A fogvatartotti társadalomban a gyengeség nem megengedhető vagy elfogadható tulajdonságok. Ebben a közegben a mentálisan beteg címke rendkívül rossz pozíciót teremt a beteg számára, mert azt jelenti, hogy gyengék, megbízhatatlanok, és a személyi állománnyal függő viszonyban vannak, így gyakran válnak kizsákmányolás vagy bántalmazás áldozatává.⁹⁸

A pszichiátriai betegség minden valószínűség szerint romlik a börtönben, a rossz körülmények és a több fronton nehezített pszichiátriai és terápiás ellátás miatt is, melynek okai: a pszichoterápiás programok fenntartásának akadályai, kevés ágy a pszichiátriai ellátásban, kevés a megfelelően képzett személyzet, illetve a klinikai döntéshozók etikai dilemmái és érdek- és szerepkonfliktusai, a mentális állapotra vonatkozó szűrőmódszerek elégtelensége, hiányos vagy teljesen hiányzó pszichiátriai utógondozás, alulfinanszírozottság és az általános egészségügyi ellátórendszerrel való gyenge integráltság.⁹⁹

A súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak előzménye telve van traumákkal, a krónikus szegénységtől és megfosztottságtól kezdve az érzelmi, fizikai és szexuális visszaélésig és elhanyagolásig. Sokuk már kora gyerekkortól kezdve kezelést kap és hospitalizálva volt. Sokan komorbid szerhasználati problémákkal is küzdenek, amely a bün-

⁹⁶ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

⁹⁷ HANEY 2017.

⁹⁸ HANEY 2017.

⁹⁹ DE SMET ET AL. 2015; HANEY 2017.

tetés-végrehajtásban kapott alapszintű kezelésre adott reakciójukat jelentősen komplikálja. Annak ellenére, hogy kezelésük mennyire komplex kihívást jelent a civil egészségügyi szférában is, a büntetés-végrehajtási környezetben kapott kezelésük marginális vagy nem létező – legalábbis bizonyos intézetekben. Ugyanakkor az általánosítható, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben az ellátás szintje mindenképpen és általánosan alulmarad az elvárhatónak. Ennek többek között oka az is, hogy még a nagyon elkötelezett, nagyon jól képzett egészségügyi személyzetnek is a börtön punitív szemléletével, antiterapeutikus struktúrájával és régóta berögződött büntetés-végrehajtási gyakorlatával szemben kell dolgoznia, amennyiben a terápiás szempontokat és hatékony kezelési elveket próbálja első helyen érvényesíteni. A klinikai döntéshozók etikai dilemmái és érdek- és szerepkonfliktusai szintén nehezítik a megfelelő ellátást, például: egy bizonyos diagnózis megállapítása, amely jelzi a beteg állapotának súlyosságát, és ennek megfelelő kezelési tervek dokumentálása olyan ellátásra kötelezi a személyzetet és a rendszert, amelyet az nem tud biztosítani.

További nehézség, hogy a személyi állomány körében elterjedt az a nézet, miszerint ha valaki nem mutat látványosan bizarr és inadekvát magatartási és érzelmi tüneteket, akkor nem is beteg. Ugyanakkor a pszichotikus betegségek bizonyos szakaszaiban ezek nem feltétlenül vannak jelen, és a meglévők is elkerülhetik a figyelmet a börtön interperszonálisan és fizikailag felosztott és izolált, túlkontrollált közegében. A személyi állomány és a fogvatartottak közötti szeparációt a gyakorlat alakítja ki és tartja fenn, és ezt maga a szervezeti kultúra is megköveteli. A fogvatartotti populáció és a személyi állomány közötti kommunikáció elégtelensége ezt a problémát természetesen fokozza. Emiatt ha a fogvatartott nem tesz valami igazán dramatikusat, akkor a romló mentális állapot jeleit – a dekompenzáció, azaz a pszichózis kialakulásának megelőzésére esetleg még alkalmas időszakban – ritkán ismerik fel. Erre a felületes szemlék sem alkalmasak. A dekompenzálódást pedig a beteg önmagán a legritkább esetben képes felismerni – ez adódik a betegség természetéből –, így segítséget sem képes kérni. A börtönkörnyezet ráadásul erőteljesen gátolja az önbevallást, illetve a pszichiátriai betegség felvállalását. Ezért a pszichiátriai előzmény alapos dokumentációja és figyelembevétele különösen fontossá válik ilyen körülmények között, valamint a pszichiátriai betegeknek szánt programok és az időszakos szűrések kapnak fontos szerepet.

3. 4. A SKIZOFRÉN ELKÖVETŐK

Ugyan több típusú endogén pszichotikus patológia létezik, a börtönkörnyezetben a legnagyobb gyakorisága és jelentősége a skizofrénia spektrumba tartozó kórképeknek van.

A skizofrénia és az erőszakos bűnelkövetés közötti kapcsolat erősebbnek tűnik, mint a skizofrénia és nem erőszakos kriminalitás között – ez mutatkozott a vagyon elleni, a droggal kapcsolatos és a szexuális cselekmények esetében is.¹⁰⁰

A skizofrén elkövetőkkel kapcsolatos egyik hiedelem szerint homogén csoportot képeznek, ám a jellemzőik és a kriminális karrierük vizsgálata azt mutatja, hogy jól elkülöníthető csoportok írhatók le.¹⁰¹ Hodgins írta le az egyik

¹⁰⁰ VAN DONGEN ET AL. 2015; GOTTFRIED–CHRISTOPHER 2017.

¹⁰¹ LURIGIO 2013.

legismertebb felosztást, amelyben három csoportot azonosít. Az első csoport a korai kezdők. Náluk már korán, a pszichotikus tünetek indulása előtt megjelennek antiszociális vonások, amelyek gyermekkori beilleszkedési zavarokban, később a kriminalitásban mutatkoznak meg, és csak ezt követően alakul ki náluk a skizofrénia. A második csoportba a késői kezdők tartoznak. Ők általában felnőttkorban, a major pszichiátriai zavar megjelenése után kezdenek kriminális aktivitásba, ami a pszichotikus betegséggel együtt járó kognitív és percepciózavaroknak tulajdonítható. Habár a skizofrénia hamarabb elhagyják a kriminális pályát, mint más elkövetők vagy más pszichiátriai kórképpel rendelkezők, ez a csoport gyakran újra és újra erőszakos cselekményekbe bocsátkozik. A harmadik csoport voltaképpen a késői kezdő egy alcsoportjaként azonosítható: a késői elsőbűntényesek. Ők a harmincas éveik végén lévő, skizofrén betegséggel élő férfiak, akik hirtelen és váratlanul követnek el nagyon súlyos bűncselekményt. Az első bűncselekményüket a pszichotikus betegség kialakulása után követik el. Ugyanazt az utat követik, mint a késői kezdők, de a késői kezdők hajlamosabbak változatos komoly cselekményekkel kezdeni a kriminális karriert, az első bűntényesek azonban nagyon hirtelen és váratlanul, premorbid antiszociális személyiség jele nélkül követnek el valamilyen nagyon súlyos, gyakran halálos kimenetelű bűncselekményt.¹⁰²

Az eddigi kutatások a korai kezdők és késői kezdők között több területen találtak lényeges különbségeket. A korai kezdők iskolai teljesítménye gyakran gyengébb, alacsonyabb a végzettségük és gyakran munkanélküliek. A korai kezdők előzményében a büntetett előéletű szülő és szerhasználó apa gyakoribb, mint a késői kezdőknél, és gyakrabban szeparálódnak a szüleiktől gyerekkorban. A pszichotikus zavar tünettárával kapcsolatosan még nincsenek a két csoportot összehasonlító tanulmányok, de vannak arra utaló adatok, miszerint a korai kezdőknél hamarabb kerül sor az első hospitalizációra, gyakoribb az antiszociális személyiségzavar mint járulékos diagnózis és a robbanékony viselkedés már kora gyermekkorban, ami a csoport lényegéből adódóan nem meglepő. A pszichopátiás vonások is jellemzőbbek esetükben, és a szerfüggőség és -visszaélés is gyakoribb, valamint korábban kezdődnek ezek problémák az életút során. Több bűncselekményt követnek el, és minél hangsúlyosabb a skizofrénia mellett a pszichopátiás vonás, annál többet. A korai kezdők gyakrabban állnak alkohol vagy kábítószer befolysága alatt az elkövetéskor, mint a késői kezdők, áldozataik gyakrabban idegenek, míg a késői kezdők áldozataik gyakrabban családtagok. Habár az első bűntényesek csoportja néhány helyen említésre kerül, empirikus kutatás velük kapcsolatban ezidáig nem készült.¹⁰³

A kriminális skizofrén betegek e három csoportjával kapcsolatban Van Dongen végzett munkatársaival kutatásokat,¹⁰⁴ melyek eredményeit most összegezve adjuk közre. Kutatásuk holland mintán készült, az adatgyűjtés a vizsgálati személyek klinikai anyagának áttekintésével történt. 97 korai kezdő, 100 késői kezdő és 26 késői elsőbűntényes kategóriába sorolt elkövető szerepelt a kutatásban, valamint 115 nem pszichotikus elkövető és 129 nem kriminális skizofrén beteg.

Eredményeik alapján a korai kezdők jelentősen hasonlítottak a nem pszichotikus elkövetőkre a premorbid antiszociális és egyéb személyiségjellemzők tekintetében. Kriminalitásuk elsősorban a premorbid antiszociális személyiségnek tudható be, aminek jegyei már korai életkorban megmutatkoztak. A korai kezdők valószínűbben

¹⁰² VAN DONGEN ET AL. 2015; VAN DONGEN–BUCK–VAN MARLE 2014.

¹⁰³ VAN DONGEN–BUCK–VAN MARLE 2014.

¹⁰⁴ VAN DONGEN ET AL. 2015; VAN DONGEN–BUCK–VAN MARLE 2014; VAN DONGEN–BUCK–VAN MARLE 2015.

követtek el bűncselekményt reaktív módon, nyilvános helyen és választottak áldozatot a családon kívül. A késői kezdők esetében hasonlóak az eredmények, mint a korábbi kutatásokban, ugyanakkor a korai és késői kezdők nem bizonyultak olyannyira különbözőnek, mint ahogy várható volt, és a késői kezdők inkább a korai kezdőkre hasonlítottak, mint az elsőbűntényes csoportra. A szerhasználatot illetően a korai és késői kezdők csupán a használt mennyiségben különböztek, a használt szer típusában nem. A késői elsőbűntényes csoport eltért a másik két csoporttól az antiszociális személyiség, szociális funkcionálás, elkövetési jellemzők és a szerhasználat terén. A leglényegesebb eredmény, hogy az elsőbűntényesek egyáltalán nem mutatnak antiszociális, pszichopátiás jellemzőket. Az eredmények szerint az elsőbűntényes pszichotikus elkövetők valószínűbben követtek el reaktív típusú emberölést első bűncselekményként családtag sérelmére és ez a cselekmény valószínűbben emberölés. A szerhasználati problémák körülbelül 20-szor kisebb valószínűséggel fordultak elő körükben. Gyakrabban éltek vissza az alkohollal, a másik két csoport pedig kannabisszal és más szerekkel. A két késői kezdő csoportban gyakoribb volt az üldöztetéses és nagyzasos téveseszmék jelenléte, mint a nem kriminális pszichotikus betegeknél, ahogy a korai kezdőknél is. Az üldöztetéses és grandiózus téveseszmék erősebb tendenciát mutattak az elkövető, mint a nem elkövető betegek között, de különösen ebben a csoportban.

A korai és késői kezdők között talált különbségek eltérő kezelési stratégiákat tesznek indokolttá. Ez minden csoportban előtérbe helyezi a pszichotikus tünetek kezelését, a korai kezdőknél azonban a személyiség és a szerhasználat fókuszba helyezésével.

3. 5. KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK A BÖRTÖNKÖRNYEZETBEN

A súlyos pszichiátriai betegek heterogén csoportot képeznek. A nagy többségük felismeri, hogy beteg, és együttműködik a kezelővel, sőt igényli azt, gyakran munkaképesek, és nincs különösebb problémájuk az erőszakos magatartás vagy szerhasználat terén. Egy jelentős kisebbség azonban nem fogadja el a betegségét, nem működik együtt a kezelővel, akut pszichotikus tünetek és szerhasználati problémáik lehetnek, stressz hatására erőszakossá válhatnak, és az előző csoportnál jóval kisebb esélyük van a felépülésre. Ez az utóbbi kisebbség az, amelyik a legnagyobb rizikót képviseli a kriminalizálódás szempontjából.¹⁰⁵

Ehhez kapcsolódóan egy elterjedt hiedelem szerint a súlyos pszichiátriai zavarral küzdők kriminalizálódásának és visszaesésének megelőzése elsősorban a gyógyszerelésen múlik. A mentális zavar tipikusan önmagában azonban nem okoz kriminalitást, így ennek a kezelése önmagában nem fogja megelőzni a bűncselekmények elkövetését. A gyógyszerelés tehát szükséges, de önmagában nem elegendő eszköze a visszaesés megelőzésének, ezen kívül még számos egyéb tényező szükséges a pozitív eredményekhez.¹⁰⁶

Ezt tudomásul véve azonban ki kell jelentenünk, hogy a megfelelő pszichiátriai ellátás biztosítása a súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak számára kiemelt fontosságú, a kutatásnak és a gyakorlatnak együtt kell működnie ennek kialakításában. Fontos eszközként azonosították a megfelelő és korai felismerést, ennek szolgálatában pe-

¹⁰⁵ LAMB-WEINBERGER 2017.

¹⁰⁶ LURIGIO 2013,

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVESELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

dig a hatékony szűrőeszközök alkalmazását. Emellett a növekedést szolgáló programok alkalmazása, a kezelési célok fenntartása és a társadalomba való sikeres visszailleszkedés promotálása mind szükségesek a betegek-fogvatartottak számára.¹⁰⁷ A fogvatartott mentális betegsége ugyanis a dinamikus rizikófaktorok között szerepel (még krónikus betegség esetén is), ami tehát változtatható, terápiásan megközelíthető, és ezzel a visszaesési potenciál is javítható. A szociális munkásoknak és pszichológusoknak a betegekkel való munkájuk és az alkalmazott programok során dolgozniuk kell a betegek önértékelésének fejlesztésén, a változásra, változtatásra való személyes elhatározáson és a megfelelőbb szociális viselkedésen.¹⁰⁸

Abracen és munkatársai¹⁰⁹ kanadai kutatásában 136 olyan fogvatartott vett részt, akik félutas házban voltak elhelyezve, amely alacsony biztonsági fokozatú intézetként funkcionált. Az itt élők többsége nappal a közösségben munkát végez, majd estére visszatérnek az intézetbe. Itt napi 24 órában biztonsági személyzet van, valamint több pszichológus is dolgozik az itt élőkkel. Egyszerre 10 fogvatartott helyezhető el itt, akik mind szexuális bűnelkövetőként vannak nyilvántartva, de várható volt, hogy ebben a közegben a pszichiátriai betegségek száma is magasabb. A résztvevők aktáit tekintették át a háttérváltozók és a pszichiátriai előzmény tekintetében. Eredményeik azt mutatják, az aktuális szakirodalmi adatokkal egybevágóan, hogy a súlyos mentális betegségek legalábbis bizonyos típusainak van kapcsolata a visszaeséssel, ezért a pszichiátriai ellátás fejlesztésére van szükség a kriminális populációban. A tanulmány legfontosabb eredménye, hogy a legsúlyosabb patológiák, mint a pszichózis bejósolták a kezeléssel és a programokkal való együttműködés hiányát, amely korábbi adatok szerint egyértelműen kapcsolódik a visszaeséshez. Így mindenképpen vannak olyan útvonalak, amelyeken keresztül a súlyos és köztük a pszichotikus zavarok nagyobb rizikót jelentenek a visszaesést illetően, ezért ez a populáció speciálisan a számukra tervezett programokat igényelne.

Ezek között is fontosak a beteg fogvatartottak büntetés-végrehajtásból a közösségi pszichiátriai ellátásba való áthelyezését célzó programok.¹¹⁰ Ehhez szükséges az, hogy a kezelési tervet még szabadulás előtt meg kell alkotni, és ennek ki kell terjednie a szabadulás után szükséges járóbeteg ellátásra, a lakhatásra, a pszichológiai kezelés folyamatosságára és a gyógyszerelés felügyeletére. Csak a holisztikus kezelés hozhat eredményt a súlyos pszichiátriai betegek kriminális visszaesésének prevenciójában.¹¹¹

Emellett a börtönkörnyezet alakítása is pozitív hozzáadékkal járhat. De Smet és munkatársai¹¹² Belgiumban olyan súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak körében folytattak vizsgálatot, akik időskorúnak számítottak. A vizsgálatban 8 fő 60 éves vagy idősebb, súlyos pszichiátriai beteg fogvatartott személy szerepelt, akikkel személyes interjúkat folytattak, amelyeket aztán tartalomelemzésnek vetettek alá. Az eredmények azt mutatják, hogy a résztvevők több pozitív és kevesebb negatív élményt említettek a büntetés-végrehajtási kontextusban, mint más intézeti élmények kapcsán. A tanulmányban a résztvevők többen a börtönlétet olyan környezetnek írták le, amelyben alacsonyak

¹⁰⁷ GOTTFRIED–CHRISTOPHER 2017.

¹⁰⁸ PALERMO 2014.

¹⁰⁹ ABRACEN ET AL. 2014.

¹¹⁰ GOTTFRIED–CHRISTOPHER 2017.

¹¹¹ PALERMO 2014.

¹¹² DE SMET ET AL. 2015.

az elvárások, jól strukturált és kiszámítható. Az intézeti léttel kapcsolatban a leggyakrabban említett negatívumok az unalom, az életkornak nem megfelelő terápiás formák, a depresszió és a szorongás átélése és az alacsony színvonalú pszichoszociális támogatás voltak. Mind az elzárt, mind a feltételes szabadlábon lévő résztvevők a segítő kapcsolatok milyenségét látták az ellátás legfontosabb mutatójának.

A börtönkörnyezetben kiemelt fontosságú az izolációs elhelyezés alkalmazása a súlyos pszichiátriai betegekkel szemben. Különösen érzékeny terület a büntető jellegű elkülönítés. Egyes becslések szerint az izoláltan elhelyezett fogvatartottak 28-50%-a súlyos mentális betegséggel küzd. Hetente 3-5 órát töltenek a zárkájukon kívül, nagyon kevés a másokkal való interakciójuk, a programokon való részvételük. Az ilyen elhelyezés tarthat napokig, de akár évekig is. Számos kutatás jelzi, hogy az izolációs elhelyezés nem tesz jót sem az egyén egészségének, sem az intézet jóllétének, ráadásul az ilyen bánásmód embertelen. Az ilyen elhelyezés a napi börtönlétnél is jóval nagyobb stressznek és pszichés szenvedésnek teszi ki őket, amelyre ezek a betegek az átlagosnál jóval érzékenyebbek. A pszichotikus betegek egyensúlyának fenntartásában ugyanis nagy szerepe van a szociális kontaktusnak és interakciónak, az észlelések társas összehasonlításának vagy akár kontrolljának, a közös szociális valóságnak, ameltől az izoláció megfosztja őket. Az izolációban a pszichotikus beteg voltaképpen elveszti támpontjait, és keveredni kezd a valóság és a hiedelmek, a külső és belső világ. A súlyos pszichiátriai beteget izolációba tenni olyan, mint egy asztmást olyan helyen tartani, ahol csak kevés levegő van vagy semennyi. Nem meglepő módon ilyen körülmények között a súlyos állapotrosszabbodás is gyakoribb. Ha elkerülhetetlen, akkor a súlyos pszichiátriai betegek izolációja legyen rövid vagy módosított úgy, hogy emeljék a zárkán kívül történő kezelés és gyakorlatok terjedelmét, továbbá a súlyos pszichiátriai betegek fegyelmi eljárásába vonják be a pszichológiai/pszichiátriai szakterületet is.¹¹³

3. 6. RIZIKÓBECSLÉS

A súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak inkarcerációban töltött ideje alatt fontos kérdés a visszaesés rizikójának bejósolása, megbecslése is. Fontos látnunk azt, hogy a súlyos mentális betegség és a visszaesés milyen kapcsolatban állnak egymással. Különösen igaz ez akkor, amikor a feltételes szabadlábra bocsátásra kell javaslatot tenni vagy arról dönteni. Ennek ellenére ezen a területen nagyon kevés kutatás született. Ennek talán az lehet az oka, hogy az eddigi nézet szerint az egyéni stressz mértéke nem jó indikátora a visszaesésnek.¹¹⁴

Bár a forenzikus kivizsgálások esetében a sztenderdizált rizikóbecslő eszközök használata a megszokott módszer, nem teljesen világos, hogy feltételes szabadlábra bocsátás megítélésekor mely rizikófaktorokat ítélik a legfontosabbnak.¹¹⁵

¹¹³ STERN 2014; HANEY 2017.

¹¹⁴ ABRACEN ET AL. 2014

¹¹⁵ TABERNIK-VITACCO 2016.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

A rizikóbecslésben és a fogvatartottak rehabilitációjában elfogadott és bevált modellnek tekinthető, és számos metaanalízis alátámasztja a RNR-modell¹¹⁶ bevalását és hatékonyságát a visszaesés megelőzésében. Mindezeket az elveket alig tanulmányozták a pszichiátriai beteg fogvatartottak kontextusában. Az a kisszámú kutatás, amelyet lefolytattak ezen a területen, azt mutatja, hogy az RNR-modellnek van létjogosultsága, és használata javasolható a pszichiátriai beteg fogvatartottak körében is.

Canales és munkatársai¹¹⁷ vizsgálatukban 138 súlyos pszichiátriai beteg elkövető aktájából gyűjtötték az adatokat. A Level of Service (LS)/RNR-eszközzel¹¹⁸ azonosították a kriminogén szükségleteket és rizikókat. Eredményeik szerint a négy nagy rizikófaktor bizonyult itt is a legerősebb prediktív erejűnek, ugyanakkor a különböző diagnosztikus csoportoknál a kriminogén tényezők sajátos mintázata volt megfigyelhető. A pszichotikus fogvatartottak körében az elkövetési történet alskála és a specifikus rizikó/szükséglet szekció mutatkozott használható prediktornak a jövőbeli erőszakos magatartás tekintetében. Az elkövetési történet alskála az elkövető kriminális előzményét méri fel (pl. szexuális vagy nem szexuális elkövetés) és a kriminális aktivitás jellegét (pl. bolti lopás). A specifikus rizikó/szükséglet szekció pedig a potenciális kriminogén faktorokat tartalmazza, és az esetspecifikus rizikófaktorokról ad információt. Ez jelzi azt is, hogy szükséges a diagnózist is figyelembe venni a felmérés során, nemcsak általánosságban a pszichiátriai státuszt.

Korábban már kimutatták, hogy a súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak körében a programok befejezésének elégtelensége együtt jár a nagyobb visszaesési rátával.¹¹⁹ Cristani és munkatársai¹²⁰ kutatásukban igyekeztek azonosítani azokat a tényezőket, amelyek a súlyos pszichiátriai beteg vagy szerhasználó fogvatartottak között a lemorzsolódás bejósolják, illetve hogy ezek a tényezők az idővel változnak-e. A vizsgálathoz a büntetés-végrehajtási elterelési programok értékelését használták fel. Interjúkat készítettek 1289 személlyel, majd 6 és 12 hónap múlva vizsgálták a lemorzsolódást. 33% és 52%-os rátát találtak a két vizsgált időszakban felvett utánkövetéses interjúkban. Eredményeik szerint a lemorzsolódás leginkább az olyan férfiakat érintik, akik sok időt voltak elzárva a letar-

¹¹⁶ A Risk-Need-Responsivity modell lényegét három tényező adja: a rizikó, a szükséglet és a rezponzivitás elve. A rizikó elve azt mondja, hogy az esetkezelés és az intervenciók intenzitásának arányosnak kell lennie a fogvatartott rizikószintjével. A szükséglet elve azt mondja, hogy az intervencióknak a fogvatartott azon jellegzetességeit kell megcélzniuk, amelyek empirikusan leginkább kapcsolatba hozhatók a visszaesés-csökkentéssel. Ezek a jellemzők, amelyeket kriminogén szükségleteknek is neveznek, változhatnak az idővel a körülmények vagy akár a beavatkozások hatására, ezért kell az intervencióknak ezekre irányulniuk. A nyolc központi kriminogén szükséglet: kriminális magatartás az előzményben; antiszociális társakkal való kapcsolat és gyenge kapcsolat a proszociális kortársakkal; a kriminalitást pártoló hiedelmek, attitűdök, és értékek; antiszociális személyiségmintázat; nehézségek a tanulásban vagy munkában; diszfunkcionális családi vagy házastársi kapcsolatok; proszociális szociális és rekreációs aktivitások hiánya; szerhasználat. Az első négyet a visszaeséssel való nagyon szoros kapcsolata miatt a nagy négyesnek is nevezik. Végül a rezponzivitás elve a bizonyítékokon alapuló visszaesés-prevenációs eljárások alkalmazását hangsúlyozza – amelyek elsősorban kognitív-szociális tanulási modelleken alapulnak – és az eljárások személyre szabását a fogvatartott egyéni tanulási jellegzetességeihez igazodóan. CANALES ET AL. 2014.

¹¹⁷ CANALES ET AL. 2014.

¹¹⁸ A rizikóbecslő eszközök Level of Service családja a legszélesebb körben validált eszközök közé tartozik, és a leginkább elérhető a pszichiátriai beteg fogvatartottak felmérésére. Az eszköz jónak bizonyult a pszichiátriai betegek általános visszaesését illetően. CANALES ET AL. 2014.

¹¹⁹ ABRACEN ET AL. 2014.

¹²⁰ CRISTANI ET AL. 2014.

tóztatásuk előtti 30 napban, nehezen elérhető helyszínen laknak, az ő esetükben van tehát leginkább szükség új és proaktív stratégiákra az utánkövetésben. A diagnózist illetően csupán a bipoláris zavarnak volt hatása a lemorzsolódásra a többi kórképhez képest.

Hasznos adalék lehet a rizikóbecsléshez Nagtegaal és Boonmann¹²¹ vizsgálata. A tanulmány 447 fő feltételes szabadlábon lévő pszichiátriai beteget vizsgált Hollandiában. Két faktort vizsgáltak: egyrészt a szakértői javaslatokat a beteg próbára bocsáthatóságát illetően és ezek egybeesését a bírói döntéssel, másrészt a szakértő javaslatával egyezően vagy annak ellentmondóan próbán lévő betegek jellegzetességeit. Az adatokat állami adatbázisokból nyerték. Azt találták, hogy akiket a szakértő javaslata ellenére vagy annak megfelelően bocsátottak feltételes szabadlábra, nem különböztek a demográfiai és pszichopatológiai jellemzők tekintetében. A szakértő javaslata ellenére feltételes szabadlábon lévő páciensek előzményében azonban több volt a korábbi ítélet, és az indexcselekményük gyakrabban volt szexuális jellegű vagy vagyon elleni (erőszakkal vagy anélkül). Ez a csoport ritkábban volt próbaeltávozás¹²² a feltételes szabadlábra bocsátás előtt. És végül ennél a csoportnál a visszaesési ráta jóval magasabb volt, mint azoknál, akiket a szakértő javaslatára bocsátottak el, bár a visszaesés ismert statikus rizikófaktoraival korrigálva az eredményt, ez a különbség már nem volt jelentős. A feltételes szabadság feltételeinek megszegése nem volt eltérő a két vizsgált csoportban.

3. 7. A SZERHASZNÁLAT

A visszaesési rizikó és különösen az erőszakos magatartás rizikójának megbecsülésekor kiemelten kezelt faktor a szerhasználat. Ennek oka a súlyos pszichiátriai betegség, szerhasználat és erőszakos magatartás szoros összefüggése. A szerhasználat pszichiátriai betegség nélkül is rendkívül erős prediktora az erőszakos magatartásnak, de a szerhasznált könnyen és nagymértékben ronthatja a beteg mentális állapotát, kiújíthatja a pszichotikus tüneteket. Jelenleg a korábbi erőszakos magatartás és az aktuális vagy közelmúltbeli szerhasználat az a két rizikófaktor, amelyet az erőszakos magatartás legerősebb prediktorának tartanak a pszichiátriai populációban. Így egyáltalán nem lebecsülhető annak jelentősége, hogy a feltételes szabadlábra bocsátás előtt álló pszichiátriai beteg fogvatartott fog vagy nem fog kábítószerket vagy alkoholt használni.¹²³

A probléma jelentőségét jelzi, hogy a prizonális rendszerben a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt elkövetők az egyik leggyorsabban növekvő populáció, és a becslések szerint az USA büntetés-végrehajtási rendszerébe befogadott súlyos mentális betegséggel élő fogvatartottak körülbelül harmada rendelkezik komorbid szerhasználati zavarral is.¹²⁴

¹²¹ NAGTEGAAL–BOONMANN 2016.

¹²² A próbaeltávozás a magyar gyakorlatban adaptációs szabadságnak nevezett intézménynek feleltethető meg, és a fokozatos elbocsátási program része, és bár ez nem szükséges feltétele az elbocsátásnak, a kórházi vélemény gyakrabban tett javaslatot az elbocsátás ellen, ha nem volt az előzményben próbaeltávozás.

¹²³ TABERNIK–VITACCO 2016.

¹²⁴ CRISTANI ET AL. 2014; LURIGIO 2013.

A feltételes szabadság sikeréhez a szerhasználat kezelése mellett az olyan faktorok a legfontosabbak, mint az intenzív esetmenedzselés, a stabil lakhatás és a kezelés megfelelő folyamatossága a kórházból a közösségbe való áttérés során.¹²⁵

3. 8. ÁTMENET A BÖRTÖNBŐL A KÖZÖSSÉGBE, ELTERELÉS, ALTERNATÍV ELJÁRÁSOK

A súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak kezelésének felelőssége valójában valahol a büntetés-végrehajtás és a pszichiátriai egészségügyi ellátórendszer közé esik.¹²⁶ Elsősorban a populáció nagyságának és a prizonális kezelés kudarcának eredményeként az utóbbi időszakban fellendült az olyan elterelő programok aránya, és a nemzetközi szakirodalom fókuszába kerültek azok az intézmények, melyek a büntetés-végrehajtás felől a közösségi kezelés felé irányítják ezeket a személyeket.¹²⁷

Az egyik ilyen intézmény az úgynevezett Közösségi Pszichiátriai Kezdeményezés (KPK) (Community Mental Health Initiative, CMHI), amely speciális intervenció program a kanadai büntetés-végrehajtási rendszerben, és a súlyos pszichiátriai zavarral küzdő elítélteknek nyújt segítséget abban, hogy vissza tudjanak térni a társadalomba. Elsősorban az intézetből a közösségbe való átmenet során vannak jelen, és ebben az időszakban biztosítják a kezelés folyamatosságát. A cél a beteg fogvatartott mentális állapotának stabilizálása és a visszaesés megelőzése.

A program az alábbi komponensekből áll: a klinikai szociális munkások kiemelt elbocsátási tervet készítenek, amelyben segítik a fogvatartottat a szabadulás utáni ellátás megtervezésében; felkutatják a klinikai szociális munkásokat, pszichiátriai ápolókat a feltételes szabadulásra kijelölt területen; felkészítik a pszichiátriai szolgáltatókat például speciális szűrőeszközökkel és oktatással; támogatják a pszichiátriai tudatosságot oktatással és tréningekkel az intézeti és a közösségi büntetés-végrehajtási személyi állomány körében.

A KPK három klienskörben szolgáltat: olyan fogvatartottaknak, akik csak a szabadulási tervet kapják, olyan fogvatartottaknak, akik közösségi pszichiátriai ellátásban részesülnek és olyanoknak, akik mindkét ellátást megkapják. A programba való bekerülés a program klinikai teamjének döntése alapján történik. Összeállításakor a különböző problémákra vonatkozó legjobb gyakorlatokat gyűjtötték össze.¹²⁸

A KPK hatékonyságával kapcsolatban Stewart és mtsai¹²⁹ folytattak vizsgálatot, melyben 646 elítélt vett részt, akiknek az alábbiak közül legalább egy szerepelt a diagnózisukban: skizofrénia spektrum zavarok egyike, a funkcióképeséget jelentősen rontó személyiségzavar (amelybe az antiszociális személyiségzavar nem tartozott bele) és a funkcióképeséget jelentősen rontó agykárosodás vagy értelmi fogyatékoság. Az adatokat a rendelkezésre álló szervezeti adatbázisokból gyűjtötték. Az eredmények szerint azok a férfiak, akik csak közösségi pszichiátriai ellátást kaptak, jelentősen alacsonyabb visszaesési mutatókat produkáltak, mint azok, akik csak elbocsátási programban

¹²⁵ TABERNIK–VITACCO 2016.

¹²⁶ BROWN–HIRDES–FRIES 2015.

¹²⁷ CRISTANI ET AL. 2014.

¹²⁸ STEWART–FARRELL–MACDONALD–FEELEY 2017.

¹²⁹ STEWART–FARRELL–MACDONALD–FEELEY 2017.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVEISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

részesültek vagy egyáltalán nem kaptak közösségi ellátást. Ez az előny 3-6 hónapon belül látható volt, és 4 évig is fennmaradt. Kimutatható tehát, hogy a speciális közösségi pszichiátriai ellátás biztosítása a magas kockázatú, súlyos pszichiátriai beteg fogvatartottak számára mind rövid, mind hosszú távon csökkentheti a visszaesést. Különösen fontos támogatást adni a stabil lakhatáshoz, valamint a szerhasználatra figyelmet fordítani, illetve ezt kezelni, mivel a pszichiátriai beteg eleve nehezített visszailleszkedése a közösségbe akkor a leggyengébb, amikor a súlyos mentális zavarhoz szerhasználat is társul. Ráadásul ez a hatás már a szabadulást követően azonnal látható volt, és akár 10 évig is fennmaradt.

További, az elterelést előtérbe helyező alternatív eljárás, illetve intézmény a speciális pszichiátriai bíróságok köre, amelyek azt a problémát célozzák meg, hogy az igazságszolgáltatás rendszerében egyre több mentálisan beteg elkövető jelenik meg.¹³⁰ Céljuk, hogy a pszichiátriai betegeket eltereljék az igazságszolgáltatás rendszeréből az egészségügyi ellátórendszerbe, és csökkentsék vagy megszüntessék az ún. forgóajtó-effektust. Az emögött álló koncepció a terápiás jogtudomány elve, amely azt hangsúlyozza, hogy a jogot, amikor csak lehetséges, az érintett személyek mentális és fizikai jóllétének elősegítésére kell használni mindamelllett, hogy a társadalmi biztonság elvét is figyelembe kell vennie a bíróságnak.¹³¹ Annak érdekében, hogy a letartóztatott személyt a prizonizációtól eltereljék, a bíróság kezelési tervet állít fel, amely kiterjed a gyógyszeres kezelésre, a terápiára, a lakhatásra és a szociális és szakmai rehabilitációra. A feltételes szabadlábra helyezés feltételei között a két legfontosabb a veszélyesség kritikus küszöb alatti szintje, a másik bizonyos magatartási szabályok betartása. A súlyos mentális betegséggel küzdő fogvatartottak esetében a magatartási szabályok közé be lehet emelni a pszichiátriai járóbeteg ellátásban való rendszeres megjelenést, amely segítség lehet a kompenzált állapot fenntartásában és a kriminális aktivitástól való tartózkodásban. Az ilyen szabadulók kezelésében azonban az elterelés sikere gyakran az elérhető szolgáltatások színvonalától függ, és erre felkészült egészségügyi dolgozókra van szükség, akik értik annak az egyensúlynak a fontosságát és filozófiáját, amelyet meg kell teremteni a beteg jogai és a társadalom biztonsághoz való joga között. Ezen kívül rendkívül ébernek kell lenniük a beteg állapotával, annak változásaival és stabilitásával szemben.¹³²

Az eltereléssel kapcsolatban azonban számos probléma felmerül, melyeket Lamb és Weinberger¹³³ szakmai élelátással elemez az alábbiak szerint.

Ahhoz, hogy a súlyos mentális zavarral küzdők számát csökkentsék a büntetés-végrehajtási intézetekben, az szükséges, hogy elérhetővé váljon valamilyen beavatkozási lehetőség az igazságszolgáltatási eljárást eredményező magatartás esetén is, és hogy az egészségügyi ellátórendszer legyen felelős ezen betegek kezeléséért, és a szabadulás utáni ellátás biztosításáért. Az az elvárás, hogy ezt a rengeteg klienst a rendszer ellássa a jelenlegi terhelés mellett, irreális elvárásokat támaszt a jelenleg egyébként is túlterhelt rendszerekkel szemben.

Az ilyen betegek esetében nagyon gyakori, hogy nincs, vagy alig van támogató hálójuk (például család), képzetlenek, a lakhatásban is segítségre van szükségük, és ráadásul igen gyakran elutasítják a kezeléssel való együttműködést, továbbá szerhasználat-problémáik vannak. Mindezek együtt könnyen túlterhelhetik nemcsak az ellátórend-

¹³⁰ SNEDKER-BEACH-CORCORAN 2017.

¹³¹ SNEDKER-BEACH-CORCORAN 2017; GOTTFRIED-CHRISTOPHER 2017; LAMB-WEINBERGER 2017.

¹³² LAMB-WEINBERGER 2017.

¹³³ LAMB-WEINBERGER 2017.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVESELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

szert, hanem magát a klinikust is, aki igyekszik biztosítani a betege számára a megfelelő támogatást és struktúrát, valamint a hatékony kezelést a szabadulása után. Ráadásul ezek a betegek gyakran antiszociálisak és erőszakra hajlamosak, fizikailag is félelemkeltők lehetnek, mindezzel pedig nincs belátásuk. Sok klinikusnak sem affinitása, sem felkészültsége nincs a velük való munkára, a félelem, a túlterheltség és felkészületlenség pedig közvetlen és jelentősen káros hatással lehetnek nem csak a kliensre, hanem a klinikusra is. Szükséges tehát a klinikusok képzése, a szupervízió biztosítása, a kommunikáció fejlesztése, a csoporttámogatás biztosítása és a multidiszciplináris csoportok használatának fejlesztése.

Ezen túl a feltételes szabadság szabályainak betartását illetően az igazságszolgáltatási rendszer a klinikustól fog adatokat igényelni arról, hogy a beteg ezeket betartotta-e. Ezért a klinikusnak közvetlen ráhatása lesz a beteg helyzetére és az eljárás további alakulására, miközben a beteg állapotáért is felelős. Mindemellett etikai aggályokat is felvet az információk kiszolgáltatása. A pártfogóknak, bíróknak természetesen az elsődleges szempont a társadalmi biztonság megteremtése, a terápiás szempontot pedig sokszor nem veszik, nem vehetik figyelembe. Mindez hatalmas felelősség, és nehezen elérhető egyensúly fenntartását teszi szükségessé, amit sok klinikus problematikusnak érezhet.

Mindezeket a feltételeket nem csak az egészségügyi és az igazságügyi szakterület képviselőinek kell átlátnia és megértenie. A betegnek is meg kell értenie a titoktartás korlátait ebben az esetben, mind a volt és jelenlegi kezelését és a kriminális előzményét illetően is, és a feltételeket, amelyek teljesülése esetén ezek az információk megoszthatók és megoszthatók az igazságszolgáltatási vagy az egészségügyi személyzettel. Meg kell értenie azt is, hogy a kezeléssel való együttműködés és a megfelelő életkörülmények megléte kötelező, és az együttműködés hiánya vagy a szabályok megszegése a feltételes szabadság visszavonását eredményezi.

A következő probléma, hogy az említett személyek közül sokan nem működnek együtt a kezelésükkel, amely nagy eséllyel a betegség progressziójához, illetve újabb letartóztatást eredményező kriminális vagy akár erőszakos viselkedéshez vezethet. Mindezek megelőzhetőek lennének a nem önkéntes alapon történő kezelés módozataival, amelyet azonban a közösségi ellátásban csak vonakodva alkalmaznak, mondván, ez arra az esetre van fenntartva, amikor a beteg nyilvánvalóan veszélyt jelent önmaga vagy a környezet számára.

A súlyos mentális betegek egy része továbbá olyannyira súlyos állapotú, hogy a közösségi létben a járóbeteg ellátás egyáltalán nem képes számára elegendő struktúrát és támaszt nyújtani, ez csak 24 órás felügyeletet biztosító, bentlakásos intézetben oldható meg. Nagyon fontos a populáció ezen részének azonosítása és megfelelő kezelése. Továbbá még azok esetében is szükségessé válhat a hospitalizáció, igaz csak átmeneti jelleggel, akik képesek a lazább járóbeteg ellátással jól funkcionálni.

A kezelésnek folyamatosnak kell lennie, nem epizodikusnak, rendszeres monitorozással akkor is, amikor a tünetek enyhülnek vagy akár meg is szűnnek. A betegek hajlamosak azt gondolni, hogy mivel jobban vannak, a gyógyszeres kezelésre már nincs is szükségük. A kezelés megszakítása azonban dekompenzációhoz, azaz állapotrosszabbodáshoz vezet. És bár a tünetek teljes megszűnése nem feltétele a feltételes szabadság fenntartásának, az együttműködés azonban igen.

A helyzet tehát számos problémát vet fel, ugyanakkor ezek nem megoldhatatlanok. Intenzív esetmenedzselés, a gyógyszeres kezelés biztosítását és felvételét garantáló gyakorlatok, kríziscsoportok, megfelelően strukturált, monitorozott és támogató és szükség esetén zárható elhelyezés, munkaerőpiaci rehabilitáció, szociális rehabilitáció, közösségi akut ellátás és fekvőbeteg ellátás elérhetőségének a biztosítása – ezek a legjobb, bizonyítékokon alapuló eljárások, amelyek a sikert biztosíthatják, és jelentősen csökkenthetik a súlyos pszichiátriai zavarral élő fogvatartottak visszaesését és kriminalizálását.

4. NŐI FOGVATARTOTTAK

Kriminológiai tény, hogy a nők – a prostitúciót kivéve – jóval kevesebb bűncselekményt követnek el, mint a férfiak, ez így van minden korszakban és a világ minden táján. A női fogvatartottak világszerte kisebbséget képeznek a büntetés-végrehajtásban.¹³⁴ 2012-ben Észak-Amerikában a börtönpopuláció 6,9% volt nő és a feltételes szabadlábon lévők 24%-a. Angliában és Wales-ben 2011-ben az ítéletek 23,9%-a született meg nőekkel szemben, a börtönpopuláció 4,9%-a és a pártfogók által felügyelt személyek 15,1%-a volt nő.¹³⁵ Általános tendencia, hogy a nők bebörtönzése az elmúlt 30 évben jelentős és folyamatos emelkedést mutat. Az USA-ban 1980 óta a női fogvatartotti populáció 220%-os növekedést mutat, szemben a férfiak 127%-os növekedésével, és a nők a fogvatartotti és pártfogolti populáció 16%-át teszik ki. A nők inkarcerációjának növekedése arányában kétszer akkora, mint a férfiaké Ausztráliában is. A nők ezzel a leggyorsabban növekvő csoportot képviselik a fogvatartotti populációban.¹³⁶

A bebörtönzött nők nagy többsége 30 és 40 év közötti, alacsony jövedelmű, alacsonyan képzett, munkanélküli, kisebbségi. Körükben gyakoribb a szerhasználat, a mentális betegség, a párkapcsolati bántalmazás, szexuális és fizikai bántalmazás elszívása, és gyakrabban válnak bűncselekmények áldozatává, mint a férfi fogvatartottak. Jellemzően nagyon elleni vagy droggal kapcsolatos bűncselekmények miatt kerülnek a büntető igazságszolgáltatás látókörébe, ugyanakkor az erőszakos cselekmények gyakorisága növekedést mutat a női fogvatartottak körében. Mindeközben ezen nők többsége anya és elsődleges gondozója egy vagy több kiskorú gyermekének. Inkarcerációjuk azonban csak tovább fokozza a társadalom és a család peremére való kiszorulásukat, amely aztán intergenerációs kriminalitás körét indíthatja el.¹³⁷

A populáció jelentős növekedése ellenére kevés kutatás foglalkozott velük egészen az elmúlt pár évig, amikor is megnőtt az érdeklődés a nők elkövetési jellemzői iránt, és egyre inkább felismerté vált az, hogy a nők a férfiaktól jelentősen különböző csoportot alkotnak az elkövetési jellemzők, az elkövetési útvonalak és a rizikófaktorok, reintegrációs igények és erőforrások és a dezisztencia-folyamat¹³⁸ tekintetében.¹³⁹

¹³⁴ EL SAYED–PIQUERO–TENÉYCK 2017; GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹³⁵ PALMER ET AL. 2015.

¹³⁶ KING 2015; DEGIORGIO 2015; STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; GRILLS ET AL. 2015.

¹³⁷ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; DEGIORGIO 2015.

¹³⁸ Dezisztencia: bűnelkövetéssel való felhagyás, a kriminális karrierből való kilépés.

¹³⁹ PALMER ET AL. 2015; STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; DEGIORGIO 2015.

4. 1. ELKÖVETÉSI ÚTVONALAK

A nők és férfiak kriminalitása közötti nagy különbség már régóta felismert, az azonban kevésbé vizsgált, hogy milyen különbségek és hasonlóságok vannak a férfiak és nők bűnelkövetésének és antiszocialitásának fejlődésében, fennmaradásában, dezisztenciájában. Ennek megértésében lehetnek segítségünkre a kriminálisútvonal elméletek.

Daly öt elkövetési útvonalat azonosított a nők körében.¹⁴⁰ Az utcai nő útvonal azokat a nőket írja le, akik elmenekülnek egy abuzív környezetből, szerfüggővé váltak, és azért bocsátkoznak kriminális tevékenységekbe, például prostituálódnak, hogy túléljenek az utcán. A droggal kapcsolatos útvonalban a nők drogot használnak, állítanak elő, terjesztenek, és mindezt egy kapcsolat kontextusában teszik. A sérült és sértő nők gyermekként kaotikus és abuzív környezetnek voltak kitéve, és gyakran van fiatalkori kriminális előzményük. A bántalmazott nők szintén bántalmazás áldozatai, de egy intim kapcsolatban. És végül az egyéb útvonal azokat a nőket írja le, akik anyagi haszonszerzés miatt követték el cselekményüket, és nincs vagy kevés a bizonyíték a gyermekkori traumatizáltságra vagy szerhasználati problémákra.

El Sayed és munkatársai¹⁴¹ két prominens elméleti modellt hasonlítanak össze: Moffitt fejlődési taxonómiáját és Silverthorn és Frick késleltetett útvonal modelljét, amelyek leírják a nők bűnelkövetésének felépítését és természetét.

Moffitt¹⁴² elmélete két fő elkövetői típust azonosít: az élethosszon át perzisztens és a kamaszkorra korlátozó elkövetőket. Az élethosszon perzisztálók korán kezdik a bűnelkövetést és fenntartják egész életük során. A populáció körülbelül 6%-a tartozik ebbe a csoportba. Esetükben tipikusan két fő rizikófaktor jelenik meg már kora gyermekkorban: a neuropszichológiai deficitek és a hátrányos családi és szocioökonómiai környezet. E két faktor kombinálódása az, amely elvezet a korán kezdődő és egész életen át tartó elkövetéshez, majd súlyos cselekmények elkövetéséhez. A kamaszkorra korlátozó elkövetők bűnelkövetése ezzel szemben – néhány kivételtől eltekintve – szigorúan a kamaszkorra jellemző. Az elkövetők legnagyobb része ebbe a kategóriába esik. Az ilyen típusú elkövetés hátterében a biológiai és a szociális érettség közötti szakadék áll. Ha a biológiai és a szociális fejlődés összeérnek, az a kriminális életvezetés elhagyására és a proszociális életvitel kialakítására készíti ezeket az elkövetőket.

Moffitt szerint a férfiak és nők közötti eltérés elsősorban az élethosszig perzisztáló kategóriában jelenik meg. Rendkívül ritka, hogy nők ebbe a csoportba tartozzanak. A férfi-nő arány ebben a kategóriában 10: 1 a férfiak javára. Ez vélhetően azért van így, mert a nőknél ritkább a korai neuropszichológiai deficit, amely aztán a viselkedési problémákat, hiperaktivitást, tanulási nehézségeket eredményez. Ráadásul a nők jobban kerülnek is a major kriminogén faktorokat. Az a néhány nő, aki élethosszig perzisztáló elkövetővé válik, valószínűleg ugyanazokkal a rizikófaktorokkal rendelkezik, mint a férfiak.

A nemek közötti eltérések a kriminalizálódás területén kevésbé feltűnők kamaszkorban, mivel ekkor a lányok és fiúk is ugyanannyira hajlamosak antiszociálisan viselkedni. A női elkövetők túlnyomó többsége tehát a kamasz-

¹⁴⁰ DALY 1992, IDEZI GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹⁴¹ EL SAYED–PIQUERO–TENÉYCK 2017.

¹⁴² MOFFITT 1993.

korra korlátozódó elkövetési útvonalat követi. A férfiak és nők aránya ebben a kategóriában 5: 1 a férfiak javára. Ha a nők életében antiszociális modellek vannak, és az antiszociális viselkedést megerősítést nyer a környezettől, akkor lehetséges, hogy fennmarad ez az életvitel a kamaszkor után is.

A nemsemleges elméletek kihívójaként Silverthorn és Frick¹⁴³ egy olyan modellt alkottak, amely kimondottan a nőkre specifikus elkövetési útvonalat részletezi. Azzal érvelnek, hogy a gyermekkori viselkedéses zavarok ritkák a lányoknál, és akiknél mégis kifejlődnek, az is jellemzően kamaszkorban történik, ezért a nők csak a kamaszkort követően léphetnek egy olyan útra, amely a krónikus bűnelkövetéshez vezet. Ezt az útvonalat késleltetett kezdetnek nevezték. A késleltetett kezdettel bíró lányok ugyanolyan magas kockázatú háttérrel rendelkeznek, mint azok a fiúk, akik majd élethosszig perzisztáló lesznek, de ettől védi őket az informális szociális kontroll, amely az olyan biológiai, környezeti, szociális faktorokból adódik, amelyek specifikusan a nőkre jellemzők, mint például a nemi elvárások. Ezek a védő vagy gátló faktorok a kamaszkorban elvesztik az erejüket. Ebben az elméletben a fő különbség az élethosszon át perzisztáló férfiak és a késleltetett kezdettel bíró nők között az, hogy a nők esetében a kriminalitás kamaszkorban indul, míg a férfiaknál már kora gyermekkorban.

El Sayed és munkatársai¹⁴⁴ vizsgálatában 1354 fiatalkorú elkövető szerepelt, akik 14 és 18 év között voltak, amikor a cselekményeiket elkövették. A fiatalokat 7 éven át követték, az adatokat interjúmódszerrel gyűjtötték. Eredményeik két típust jeleznek, bár nem volt szignifikáns adat arra nézve, hogy a két csoport jelentősen eltérne egymástól. A két csoport közül az egyik a kamaszkor előtt indul, a másik pedig kamaszkorban. Moffitt elméletét támogatta az az eredmény, hogy a mintában relatíve sok nő volt, akiknél az antiszocialitás korán (15 éves kor előtt) kezdődött (5%), az adolescenciában indulók (9%) mellett. Bár a jelen tanulmány csupán 7 évre terjed ki, és nem tudja bejósolni a jövőbeli elkövetési mintázatokat az egész életútra, a korai kezdőként kategorizált nőknél több letartóztatás volt felnőttkorban, mint a kamaszkorban indulóknál, ami ismét Moffitt elméletét támogatja.

Itt megjegyezendő, hogy Pechorro¹⁴⁵ 132 fiatalkorú portugál nő körében kimutatta, hogy a korán kriminalizálódó csoportban magasabb a pszichopátiát mérő skálákon elért pontszám, a bevallott kriminális aktivitás és az elkövetett cselekmények súlyossága, mint a későn kriminalizálódók esetében. A pszichopátiás vonások szignifikánsan kapcsolódtak a kriminalizálódás kezdetekor betöltött életkorral és az elkövetett cselekmények súlyosságával.

4. 2. RIZIKÓBECSLÉS ÉS REINTEGRÁCIÓS MODELLEK

A büntető igazságszolgáltatás és a létező reintegrációs modellek elsősorban a férfiakra vannak „kitalálva”, és nem veszik figyelembe azokat az érveket, amelyek amellett szólnak, hogy a férfiak és a nők dezisztencia-folyamata eltérő, ezért a mai napig is sokszor kudarcot vallanak a nők igényeire való válaszadásban.¹⁴⁶ Ma már azonban több metaanalízis kimondottan a nőkre fókuszálva vizsgálja a hatékony reintegráció elveit.¹⁴⁷ Az eredmények szerint

¹⁴³ SILVERTHORN–FRICK 1999.

¹⁴⁴ EL SAYED–PIQUERO–TENYCK 2017.

¹⁴⁵ PECHORRO ET AL. 2014.

¹⁴⁶ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹⁴⁷ PALMER ET AL. 2015.

szükség van nemre specifikus, azaz kimondottan nőknek készült visszaesés-prevenációs programokra. Ennek nyomán körülbelül egy évtizede kezdtek el megjelenni a specifikusan nőknek kidolgozott reintegrációs programok a büntetés-végrehajtásban. Ezek a programok alkalmazzák a hagyományos, bizonyítékokon alapuló módszereket, de figyelembe veszik a nőkre jellemző igényeket, alapjukat pedig az erősségeken alapuló megközelítések szolgáltatják.¹⁴⁸

Az egyik gyakran tanulmányozott terület az utóbbi időben a nőkkel kapcsolatban a rizikófaktorok kérdése. Ezek a tanulmányok többnyire mind az RNR-modellből¹⁴⁹ indulnak ki, és arra kíváncsiak, hogy az ebben szereplő, de eddig elsősorban férfiak körében vizsgált rizikófaktorok hogyan alakulnak a nőknél. A rizikóbecsléssel kapcsolatos eddigi kutatások elsődlegesen a férfiakra, és a mérőeszközök is elsősorban a férfi kriminalitásra jellemző változókra fókuszáltak. Az adatok ellentmondásosak, de a rizikófaktorok és mérőeszközök tekintetében az eddigi kutatások szerint a nők esetében a statikus faktorok mellett az antiszociális vonások jelentősebb prediktoroknak bizonyultak. A szerhasználat férfiakhoz képest is fokozott jelentősége az eddigi vizsgálatokban is jól látható. Mindemellett nőknél a jövőorientáció és az iskolázottság is kapcsolatot mutat a visszaeséssel.¹⁵⁰

Degiorgio¹⁵¹ 628 nő körében vizsgálta a fogvatartotti kérdőív¹⁵² prediktív erejét. Az eredmények alátámasztják, hogy a fogvatartotti kérdőív alkalmas a magas kockázatú női fogvatartottak azonosítására. A 10 skálából 6 szignifikáns különbséget jelzett az első alkalommal 18 éves kor előtt és 19 éves kor után letartóztatott nők között: az önértékelés, ítéletalkotás, distressz, erőszakosság, antiszocialitás és az alkalmazkodás skálák. Azon nők, akik fiatalabb korban voltak először letartóztatva, súlyosabb problémákat jeleztek az erőszakos magatartás, antiszociális vonások, distressz, a börtönülethez való alkalmazkodás és az ítéletalkotás területén. A fogvatartotti kérdőívvel mért fogvatartotti rizikó a nőknél bejósolta a feltételes szabadság, a pártfogó felügyelet visszavonásának számát és a szökéseket.

Scott és munkatársai¹⁵³ 3 éven át vizsgálták 624 szabadult női fogvatartott visszaesésének rizikótényezőit, nemspecifikus és nemsemleges modellekből származó sztenderdizált mérőeszközök széles körét alkalmazva. A mélyebb elemzés rávilágított, hogy a visszaesés megbízhatóan bejósolható mindössze négy faktor alapján: a kor, a gyermekek feletti felügyelet hiánya, a szerhasználat gyakorisága és a szerhasználati problémák száma. Az 1, 3, 4, 12, 13 és 36 hónapja szabadultak exploratív elemzése megmutatta, hogy számos változó hatása – kor, optimizmus, a reintegrációs programokban eltöltött hetek száma – a szabadulás óta eltelt időtől függött, míg más tényezők hatása az időtől függetlenül fennmaradt. Az eredmények alátámasztják a nemspecifikus és kimondottan nőkre szabott programok szükségességét.

¹⁴⁸ GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹⁴⁹ Leírását lásd a pszichotikus elkövetőkkel foglalkozó fejezetben.

¹⁵⁰ DEGIORGIO 2015.

¹⁵¹ DEGIORGIO 2015.

¹⁵² A Prison Inmate Inventory a fogvatartotti rizikótényezőket célba vevő önbevallós, 160 tételes, 10 skálából álló kérdőív. BEHAVIOR DATA SYSTEMS 2012.

¹⁵³ SCOTT ET AL. 2014.

Szintén Scott és társai¹⁵⁴ egy újabb tanulmányban az időben változó nemspecifikus és nemsemleges visszaesést bejósoló faktorokat vizsgálta szintén 3 év időhosszban, majd egy negyedéves utánkövetéses interjúval. 477 nőt vontak be a vizsgálatba, akik mind a megyei fogházból szabadultak. Annak ellenére, hogy a visszaesés vagy a dezisztencia időben változó folyamatok, a korábbi kutatásokban mért változók nem voltak tekintettel a kliensek időben változó viselkedésére és körülményeire, ennek tudható be, hogy ezen változók prediktív ereje idővel eltűnt. Ezért szükség van az időben változó faktorok beemelésére is, amelyek azt mutatják meg, hogy hosszú távon hogyan alakul a nők visszaesése, illetve ennek rizikója. A longitudinális elemzésben vizsgált 55 időben változó faktor közül 39 a visszaesés szignifikáns bejósólójának bizonyult. Statisztikai eljárással 12 változóra csökkentették ezek számát. Ebből 11 időben változó faktor volt, ezen belül 3 a visszaesés csökkent rizikójával állt kapcsolatban (felügyelet a gyermek felett, önsegítő aktivitások, környezeti támogatás), 8 pedig a visszaesés fokozott rizikójával (illegális aktivitás, a bűncselekmény típusa, problémák a feltételes szabadulás során, a büntetés-végrehajtásban töltött napok száma, szexuális partnerek száma, múlt évi trauma, külső nyomás). És végül, a többváltozós elemzések azt mutatták, hogy prediktív ereje van számos, az RNR-modellből származó olyan nemsemleges változónak, amelyek a mélyebb kriminális bevonódásra utalnak.

A visszaesési rizikók mellett a fogvatartási rizikókat is vizsgálta Celinska és Sung.¹⁵⁵ A fogvatartottak fegyelmi szabályszegései fontos elemei a büntetés-végrehajtásnak, és mutatják a fogvatartottak általános alkalmazkodását a börtönléthez, az intézeteknek pedig segít a fogvatartottak kategorizálásában. Abból indultak ki, hogy mivel a nők többnyire idősebbek, és jellemző rájuk a mentális betegség, szexuális visszaélés és/vagy erőszakos bántalmazás miatti traumatizáció és drog, a megküzdésük, alkalmazkodásuk más lehet, mint a férfiaké. Továbbá az eddigi tanulmányok azt mutatják, hogy a nők többnyire jobban alkalmazkodnak a börtönhöz, mint a férfiak, és bár hasonló típusú, de lényegesen kevesebb fegyelemsértést követnek el. A sűrűbb kapcsolattartási lehetőség csökkenti, ugyanakkor az ítélet hossza és ezáltal a fontos kapcsolatoktól való hosszabb ideig tartó megfosztottság növeli a fegyelemsértések számát.

Tanulmányukban egy nemzeti szinten reprezentatív fogvatartotti adatbázist használtak, amely körülbelül 18 ezer fogvatartott adatait gyűjtötte össze, és azt vizsgálták, hogy vannak-e nemre specifikus magyarázatai az intézeti szabályok megszegésének. Az eredmények azt mutatják, hogy a nem alapvető faktor a fegyelemsértésekben. A nők jóval kevesebb fegyelemsértést követtek el, mint a férfiak, és ezek kisebb számú faktorhoz kötődtek. A telefonbeszélgetések száma az elmúlt időszakban szignifikánsan csökkentette a fegyelemsértések gyakoriságát mindkét nemnél, de a nők esetében a látogatások is védőfaktoroként jelentek meg. Ennek oka az, hogy a nők jóval nagyobb mértékben támaszkodnak a kapcsolataikra és az azok által nyújtott szociális támogatásra, mint a férfiak. A női fogvatartottaknál tehát a kapcsolattartás elősegítése, a látogatások és telefonálási lehetőségek szabályainak lazítása jelentős mértékben javíthat a börtönhöz való alkalmazkodáson és a fegyelmi helyzeten, ami a büntetés-végrehajtási intézetek számára is jelentő haszon.

Mindezek az eredmények azt jelzik, hogy a hagyományos rizikóbecslésen túl kell tekintenie a büntetés-végrehajtásnak, és a nemspecifikus tényezőket is figyelembe kell venni a megelőzésben, valamint támogatni a nők

¹⁵⁴ SCOTT ET AL. 2014.

¹⁵⁵ CELINSKA-SUNG 2014

számára specifikus szabadulási és visszailleszkedési szolgáltatások kialakítását, amelyek megcélozzák mind a nem-specifikus, mind a nemsemleges rizikófaktorokat. Fontos kérdés, hogy a nőkre jellemző rizikófaktorok megegyeznek-e a férfiakéval, mivel az RNR-modellt és a benne szereplő 8 nagy faktort elsősorban férfiakkal kapcsolatban alakították ki. Egyre több kutatás vizsgálja ezen faktorok prediktív erejét, és az első eredmények arra utalnak, hogy nőknél is erős bejósoló erővel bírnak a visszaesés tekintetében. A kutatások szerint azonban valószínűleg vannak nőkre specifikus rizikó- és szükségleti faktorok, amelyek elsősorban a mentális egészséget, az áldozattá válást és a szerhasználatot érintik.¹⁵⁶

A nemzetközi kutatások emellett természetesen nagy figyelmet fordítanak a reintegrációs programok vizsgálatára és arra, hogy javítja-e ezek eredményességét, ha – ebben az esetben – kifejezetten a női igényekre vannak szabva. Az eddigi vizsgálatok szerint a RNR-elveket alkalmazó programok a nők esetében is hatékonyak, ám a nőknél a rizikó elve hangsúlyosabb, mint a férfiaknál. A legtöbbet ezekből a magas rizikót képviselő nők profitálnak, az alacsony kockázatú nőknél pedig az intenzív kezelés negatív hatása, azaz növeli a visszaesési valószínűséget. A kognitív viselkedésterápiák hatékonysága jelzi, hogy mennyire fontosak a visszaesésben a gondolkodási stílus, az elkövetéssel kapcsolatos attitűdök és hiedelmek. A nőknél ellentmondásosak az eredmények ezen a területen, de vélhetően azért, mert esetükben általában a kriminogén kogníciók alacsony szintjét látjuk. Ez pedig felveti a kérdést, hogy a nőknél mennyire hatékony a kognitív rizikófaktorokat célzó program. Ám az ezzel kapcsolatos nagyon kevés eredmény szerint ezek a programok mind a férfiak, mind a nők számára visszaesés-prevenációs erővel bírnak.¹⁵⁷

Grills és munkatársai¹⁵⁸ a választási elmélet elnevezésű, nemre specifikusan kialakított, szabadulás előtti kognitív viselkedésterápiás program hatékonyságát vizsgálták 96 nő körében. Azt találták, hogy a program eredményeként jelentősen csökkent a stressz-szint, az érzelmi szabályozás, az impulzivitás és a jóllét. Ezek a hatások lényegesek, mert a nők szabadulás előtti jólléte erős bejósolója a visszaesés mértékének.

Palmer és munkatársai¹⁵⁹ tanulmányukban két kognitív tréning (Enhanced Thinking Skills és Think First) értékelését végezték el 801 női fogvatartott körében, Angliában és Wales-ben. A visszaesési arányt vizsgálták azok között, akik befejezték; akik elkezdték, de nem fejezték be; illetve akik el sem kezdték a programot. A többváltozós statisztikai eljárás nem mutatott ki különbséget a visszaesési mutatókban a programot befejezők és nem befejezők között. Mivel férfiaknál a befejezett programnak pozitív hatása van a visszaesés csökkentésére, lehetséges, hogy ennek a hiánya a női nemnek tudható be. A pozitív hatás elmaradása a nőknél azért is lehetséges, mert nem jól célozzák meg ezek a programok a kriminális rizikókat és szükségleteket a nőknél. Míg az antiszociális gondolkodási mintázatok megjelenhetnek a nőknél is kriminogén szükségletnél, fontosabbak esetükben a nőkre specifikus rizikótényezők kezelése, mint a mentális problémák, áldozattá válás és szerhasználat. Állhat a háttérben az is, hogy a nők számára bizonyos típusú kognitív programok jobban megfelelnek, mint mások. Az igen magas (16% fejezte be a programot) lemorzsolódási ráta is betudható lehet annak, hogy ezek a programok nem igazodnak a nők szükségleteihez és tanulási stílusához.

¹⁵⁶ CELINSKA–SUNG 2014; SCOTT–GRELLA ET AL. 2016.

¹⁵⁷ PALMER ET AL. 2015.

¹⁵⁸ GRILLS ET AL. 2015.

¹⁵⁹ PALMER ET AL. 2015.

Gobeil és munkatársai¹⁶⁰ metaanalízisükben 37 tanulmányt elemeztek, amelyben összesen majdnem 22000 női fogvatartott szerepelt. Akik részt vettek a büntetés-végrehajtási programokban, azok 22-35%-al nagyobb eséllyel illeszkedtek vissza szabadulás után, mint akik nem vettek részt. Ez azt is jelenti, hogy az ilyen programok a nők esetében legalább olyan hatékonyak, mint a férfiak esetében. A nemspecifikus és a nemsemleges programok ugyanolyan hatékonyak bizonyultak, bár ha csak a 18 minőségileg legmagasabb színvonalú tanulmányt elemezték, akkor a nemspecifikus programok hatékonysága magasabbnak látszott. Összességében az feltételezhető, hogy azok a nők és lányok, akik kimondottan nemspecifikus elkövetési útvonalat járnak be ennek megfelelő rizikófaktorokkal – kiemelve itt az visszaélést –, és ennek nyomán kerülnek a büntetés-végrehajtásba, többet profitálhatnak a nemspecifikus programokból, mint akiknek a háttéré és a rizikófaktorai kevésbé nemspecifikusak. A nemspecifikus programokkal szemben az az elvárás, hogy holisztikusak legyenek, és fókuszukban a traumatizáltság, a szerhasználat és a mentálhigiénés igények álljanak, integrált megközelítésben.

4. 3. CSOMÓPONTOK

A nők elkövetési útvonalai, kriminális rizikói és reintegrációs programok körében végzett vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy ezek a rizikótényezők és kezelendő területek jellemzően három csomópont köré sűrűsödnek: a szerhasználat, visszaélés, mentális betegségek. Ezek persze mind összefüggnek, összefonódnak.

4. 3. 1. *Abúzus, visszaélés*

A nők kriminalizálódásának nagyon gyakran oka a családon belüli visszaélés. A nők körülbelül 20%-a számol be bántalmazásról, visszaélésről és áldozattá válásról, és körülbelül 20%-nál diagnosztizálható PTSD (poszttraumás stressz szindróma).¹⁶¹ Az erre vonatkozó vizsgálatokban a visszaélés leggyakrabban párkapcsolati erőszak vagy gyermekkori trauma. A gyermekkori traumatizáció akár kétszeresére is növeli a későbbi inkarceráció esélyét. A szexuális traumatizáció kimondottan női fogvatartottak esetében bizonyult prediktív faktornak. A fogvatartott nők ráadásul legtöbbször nem csupán egy, hanem többszörös, illetve kiterjedt és hosszan tartó, interperszonális erőszakot is magába foglaló és ismétlődő traumatizációt szenvednek el.¹⁶² A családtagoktól elszenvedett bántalmazás kiváltója lehet az otthonról való elszökésnek, a korai kriminalizálódásnak, majd promiszkuitásnak és áldozattá válásnak. Az intim kapcsolatokban elszenvedett traumatizáció a szerhasználat, kötődési nehézségek és későbbi erőszak kialakulását is kiválthatja a nők körében. Az abuzív kapcsolatok mellett a kriminális barátok jelenléte – akár csak a férfiaknál – a nőknél is növeli a bűnelkövető viselkedés megjelenésének valószínűségét.¹⁶³

¹⁶⁰ GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹⁶¹ KING 2015.

¹⁶² LYNCH ET AL. 2017.

¹⁶³ WRIGHT ET AL 2013.

Scott és munkatársai¹⁶⁴ a traumának való kitettség és a mentális megbetegedés típusa közötti kapcsolatot vizsgálták egy chicagói büntetés-végrehajtási intézet 810 női fogvatartottjának mintáján. Eredményeik szerint a magasabb fokú traumatizáltság az áldozattá válás korábbi kezdetével, a közelmúltbeli áldozattá válással és nagyobb fokú halálfélelemmel járt együtt. A súlyosabb traumatizáltság továbbá több, az elmúlt évben tapasztalt poszttraumás tünettől korrelált, valamint más externalizáló, internalizáló és szerhasználati problémákkal.

A nőekkel foglalkozó büntetés-végrehajtási gyakorlatban újabban kezdenek megjelenni az úgynevezett traumatudatos intervenciók, amelyek elismerik a trauma hatásának, befolyásának fontosságát a személy számára, és amelyek hangsúlyt helyeznek a traumatizáltságból való felépülésre. Ezek az intervenciók általában az erősségekre fókuszálnak, valamint a felépülésre, rezilienciára és az általános jóllétre. Ezek a módszerek felismerik, hogy az ilyen eljárásához meleg, biztonságos és elfogadó környezetre van szükség, és hogy az autoritatív és kényszerítő környezet újratraumatizáló lehet ebben a folyamatban. Emiatt a prizonális kontextusban a terápiás beavatkozás a fogvatartott nők számára nehezen kivitelezhető, mert maga a börtönkörnyezet a tünetek kiújulásához vagy akár progressziójához vezethet.¹⁶⁵

King¹⁶⁶ elektronikus adatbázisok feldolgozásával, hivatkozások begyűjtésével és a szakértőkkel való kommunikáció során azonosította és elemezte azt a 9 tanulmányt, amely a legfontosabb a traumatudatos programok szempontjából. Eredményei azt mutatják, hogy a programok hatására az általános hatásokon felül csökkentek a PTSD-re jellemző tünetek. Összességében a traumatudatos intervenciók alkalmazása a női fogvatartottak körében pozitívnak bizonyult, és hatékonyabbnak az általános programoknál. Sok program fókuszál a szerhasználat kezelésére, ami fontos, de sokszor nem elégséges a traumatizáltság kezelése nélkül, mert a szerhasználat hátterében sokszor éppen az áldozattá válás áll.

Bár a korábbi kutatások megállapították, hogy a gyermekkori és felnőttkori traumatizáció szoros kapcsolatban van a nők kriminalizálódásával, Scott és munkatársai¹⁶⁷ azt is kimutatták, hogy a szabadulás után bekövetkező traumatikus élmények is szignifikáns prediktorai a visszaesésnek. Bár az emögött álló folyamat még magyarázatot igényel, a korrelációs elemzés azt mutatta, hogy a traumának való kitettség kapcsolatban állt a pénzügyi, szerhasználati és emocionális problémákkal az utánkövetési időszakban.

Ehhez kapcsolódóan a szexuális partnerek magas száma prediktív volt a visszaesést illetően. Ez a változó egyébként nemcsak a prostitúcióval mutatott összefüggést, hanem az intravénás szerhasználattal is. A szexuális partnerek száma azonban nem korlátozódik a prostitúciós munkához, hanem annál tágabban értelmezendő, a személyes kapcsolatokban is. A rizikós szexuális viselkedések – és nem csak a szexmunka – megcélzása fontos lehet az intervenciók programokban. Korábbi kutatások kimutatták, hogy a női elkövetők az átlagostól eltérően észlelik a hatalmi dinamikát az ilyen kapcsolatokban és viszonyukat a szexuálisan veszélyeztető viselkedéshez, ezért a kapcsolatot fókuszba helyező intervenciók hatékonyabbnak bizonyulnak, legalábbis a szabadulást követő időszakban.

¹⁶⁴ SCOTT–LURIGIO ET AL. 2016

¹⁶⁵ KING 2015.

¹⁶⁶ KING 2015.

¹⁶⁷ SCOTT–GRELLA ET AL. 2016.

4. 3. 2. *Pszichiátriai zavarok*

A női fogvatartottakkal foglalkozó szakirodalom leírja a körükben előforduló áldozattá válás és mentális betegségek magas arányát. Továbbá igazolt a kapcsolat az áldozattá válás és a mentális betegségek, az áldozattá válás és kriminalizálódás, illetve a mentális betegségek és a kriminalizálódás között. Az általános populációban élő férfiak és nők között előfordulóhoz képest a fogvatartottak között a mentális betegségek emelkedett arányát találták, és ezen belül a nőknél akár kétszer magasabb arányt is találtak. Ennek a női fogvatartottak esetében nagy jelentősége van a visszaesés tekintetében, mivel a mentális betegség megnöveli a visszaesés rizikóját. Ezért fontos tovább vizsgálni ezt az összefüggést, illetve azt, hogy a pszichiátriai kezelésekre való hozzáférés módosítja-e ezt a kapcsolatot.¹⁶⁸

Lynch és munkatársai¹⁶⁹ tanulmányukban a mentális egészséget mint mediátor faktort vizsgálják a nők áldozattá és elkövetővé válása közötti kapcsolatban. A vizsgálat az USA-ban készült, 491 nővel készítettek strukturált interjút vidéki és városi fogházakban/előzetes házakban. Vizsgálták a mentális egészséget élethosszon át, a szerhasználatot, az áldozattá válást és a kriminalitást. Azt találták, hogy sem a gyermekkori, sem a felnőttkori áldozattá válás nem volt direkt prediktora az ítéletek számának, ha a mentális egészség is szerepelt a modellben. A több és többféle gyermekkori traumatizáció, illetve a felnőttkori áldozattá válás kumulatív adatai az életemen át tapasztalt gyengébb mentális egészség mutatóival álltak direkt kapcsolatban, és a rosszabb mentális egészség és a szerhasználat közvetlenül bejósolta az ítéletek magasabb számát. A PTSD-vel diagnosztizálható személyek kevesebb mint fele jutott megfelelő kezeléshez az aktuális inkarceráció előtt. Az eredmények azt is jelzik, hogy rendkívül fontos a nők pszichiátriai problémáinak pontos felmérése a bekerüléskor, majd ezen komplex problémák megcélzása pszichiátriai vagy mentálhigiénés programokon keresztül, különös tekintettel a (poli)traumatizáltságra és szerhasználati problémákra.

4. 3. 3. *Szerhasználat*

A női elkövetők meglehetősen nagy részének vannak szerhasználati problémái, ennek aránya magasabb, mint a férfi elkövetők körében.¹⁷⁰ A kutatások arra utalnak, hogy a nők szerhasználati mintázatai és kiváltó okai is eltérnek a férfiakétól. A nőknél a mintázat súlyosabb szerhasználatra utal például abban, hogy a férfi elkövetők gyakrabban használnak kannabiszt, amfetamint és kokaint, míg a nők elsősorban crackot és ópiátokat, például heroint. Továbbá a férfiak többször használnak drogot örömszerzési okokból, míg a nők önkezelésként, hogy el tudják viselni a bántalmazást és az ezzel járó traumákat.¹⁷¹ A szerhasználat pedig minden adat szerint kulcsfontosságú faktor a bűnelkövetésben és visszaesésben, ezért az elkövetők kriminogén szükségleteinek megcélzását hangsúlyozó reintegrációs programokban megjelenik a szerhasználati problémák kezelése.¹⁷²

¹⁶⁸ LYNCH ET AL. 2017.

¹⁶⁹ LYNCH ET AL. 2017.

¹⁷⁰ HOLMSTROM ET AL. 2017.

¹⁷¹ PALMER ET AL. 2015.

¹⁷² HOLMSTROM ET AL. 2017.

Majer és munkatársai¹⁷³ a droghasználatot és a prostitúciót, a munkáltatási adatokat, az elmúlt 6 hónapban történt szerhasználatot és az elsődleges jövedelemforrást vizsgálták 106 női volt fogvatartott körében, akiknek ópiáhasználati problémái voltak metadon-kezeléssel vagy anélkül. Azt találták, hogy a metadonkezelésben részt vett nők jelentősen magasabb számú droggal vagy prostitúcióval kapcsolatos vádemeléssel rendelkeztek, és gyakrabban jelezték a prostitúciót elsődleges bevételi forrásként. Az eredmények arra utalnak, hogy a metadon-kezelés nem elégséges a női volt fogvatartottak szükségleteinek kielégítésében.

Saxena és munkatársai¹⁷⁴ tanulmányukban 115 női fogvatartottat vizsgáltak kérdőíves módszerrel 6 és 12 hónappal a feltételes szabadlábra bocsátás után. Azt elemezték, hogy a nők mely alcsoportjai hogyan és milyen mértékben profitálnak a nőkre szabott, szerhasználatot célzó terápiás programokból. Az eredmények összességében azt mutatták, hogy azok a nők, akiknek az előzményében fizikai vagy szexuális visszaélés volt, kiváló pszichológiai és szerhasználati eredményeket mutattak a nőkre szabott (és mellesleg traumaérzékeny), szerhasználatot célzó terápiás programok nyomán.

Gobeil és munkatársai¹⁷⁵ fentebb, a reintegrációs programokra vonatkozó részben már bemutatott metaanalízisükben arra a következtetésre jutottak, hogy azok a nők és lányok, akik kimondottan nemspecifikus elkövetési útvonalat járnak be ennek megfelelő rizikófaktorokkal, és ennek nyomán kerülnek a büntetés-végrehajtásba, valószínűleg többet profitálhatnak a nemre specifikus programokból, mint akiknek a háttere és a rizikófaktorai kevésbé nemspecifikusak. A programok és intervenciók típusait vizsgálva azt találták, hogy azok a programok a leghatékonyabbak, amelyek kimondottan a szerhasználatot célozzák meg. Továbbá hatékonyak bizonyultak a terápiás közösségen alapuló megközelítések, ám ezek is szerhasználattal voltak kapcsolatosak. Mindez azt mutatja, hogy a nők szerhasználatának megcélzása az intervenciókban elsődleges fontosságú, és vélhetően fontosabb, mint a férfiak esetében. Ez nagyon fontos eredmény, mert a nőknél a visszaélés, a traumatizáltság és a szerhasználat összefüggése és ezek megjelenése a nőkre specifikus elkövetési útvonalakban tisztán kirajzolódik.

4. 4. ERŐFORRÁSOK

A legújabb szemlélet szerint a rizikófaktorok mellett érdemes az erőforrásokat is felderíteni, és ezekre támaszkodni a reintegrációs törekvésekben. Ezek olyan eszközök vagy források, amelyet a személyek felhasználhatnak a stresszel való megküzdésben vagy a felépülés fenntartásában, mint például a kezelésekhöz és programokhoz való hozzáférés, a támogató családi háttér, a barátok és a szociális háló. A szociális és felépülési forrásoknak – az önszerző aktivitásnak és a felépülés-fókuszú környezeti támogatásnak – pozitív szerepük van a visszaesési potenciál csökkentésében.¹⁷⁶ Alább azt tekintjük át, hogy a legfrissebb nemzetközi szakirodalom szerint melyek ezek az erőforrások a nők esetében.

¹⁷³ MAJER–HARRIS–JASON 2015.

¹⁷⁴ SAXENA–MESSINA–GRELLA 2014.

¹⁷⁵ GOBEIL–BLANCHETTE–STEWART 2016.

¹⁷⁶ SCOTT–GRELLA ET AL. 2016.

4. 4. 1. Kapcsolatok, szociális támasz

Korábbi kutatások már sokszor leírták, hogy a nők által elkövetett bűncselekmények legtöbbször a kapcsolataik kontextusában adott válaszok, a kapcsolataikban gyökereznek – például erőszak egy bántalmazó partnerrel szemben, vagyon elleni cselekmények a gyermekek támogatása érdekében, vagy bűncselekmények végrehajtása a partner megtartása érdekében. Márpedig ha egyes kapcsolatok ilyen károsak lehetnek a nők számára, a pozitív kapcsolatoknak bizonyára lehet védő szerepe az életükben.¹⁷⁷

A kriminológiai elméletek már régóta hangsúlyozzák a családi kapcsolatok jelentőségét a kriminális viselkedés befolyásolásában.¹⁷⁸ Barrick és munkatársai¹⁷⁹ eredményei rámutatnak, hogy az inkarceráció alatti családlattartásnak és a szabadulás utáni családi támogatásnak védő szerepe van a visszaesést tekintve, míg a családi kapcsolattartás hiánya az inkarceráció során rizikófaktornak bizonyult. Liu és Chui¹⁸⁰ kínai populáción mutatták ki, hogy leginkább a családi támogatást igényelték a női fogvatartottak, majd a partnereket, a barátok támogatása kevésbé bizonyult fontosnak.

Vannak arra utaló adatok is, miszerint a proszociális romantikus partner, aki bátorítja a nő nem kriminális aktivitását, hatékonyan járul hozzá a dezisztenciájukhoz. Emögött olyan tényezők állhatnak, mint a szociális támogatás, a szociális erőforrások biztosítása, a motivációs erő és a nők lehetőségeinek változása. Továbbá az érzelmi és morális támogatás fontos motiváló tényező a női fogvatartottak életében. Ezek a kapcsolatok horogként szolgálhatnak a dezisztencia folyamatában, valamint az affektív értékük növelheti a nők önértékelését, új perspektívába helyezhetik a tettek következményeinek észlelését, és mindezek elősegítik a proszociális magatartást. A proszociális kapcsolatok továbbá megváltoztatják a nők rutintevékenységeinek struktúráját, ezzel kevesebb lehetőséget adva a bűnelkövetésre.¹⁸¹

Wright és munkatársai¹⁸² azt vizsgálták, hogy a női fogvatartottak esetében a kapcsolatok hogyan tudnak tompítóként hatni a kriminalizálódással szemben, illetve hogy néhány pozitív hatás miért nem marad fenn hosszú távon a nők esetében. Élettörténet-interjúkat készítettek 60 fogvatartott nővel, amelyek feltárták, hogy a nők családja, barátai, gyermekei, partnerei támogatást, szociális erőforrást, motivációt, és lehetőségeket adtak számukra a kriminális bevonódással szemben. Mindezzel csökkentik a nők vágyát, lehetőségét és szükségét a bűncselekmények elkövetése iránt. Mindazonáltal ezek a kapcsolatok nem mindig képesek így hatni. Az ilyen kapcsolatok pozitív hatásait korlátozhatja, ha a negatív tényezők túlsúlya egyszerűen elnyomja ezeket. Néhányan azt jelezték, hogy a büszkeségük vagy éppen a szégyen megakadályozta őket abban, hogy segítséget tudjanak kapni másoktól.

Few-Demo és Arditti¹⁸³ interjúvoltak meg 10 fogvatartott és szabaduló fogvatartott nőt. Az interjúkat kvalitatív elemzésnek vetették alá, és azt vizsgálták, hogy a szabaduló nők közeli kapcsolatainak milyen hatása van a család-

¹⁷⁷ WRIGHT ET AL. 2013.

¹⁷⁸ BARRICK–LATTIMORE–VISHER 2014.

¹⁷⁹ BARRICK–LATTIMORE–VISHER 2014.

¹⁸⁰ LIU–CHUI 2014.

¹⁸¹ WRIGHT ET AL. 2013.

¹⁸² WRIGHT ET AL. 2013.

¹⁸³ FEW-DEMO–ARDITTI 2014.

dal kapcsolatos, szabaduláskor megtapasztalt élményekre. Eredményeik szerint az egymásra rakódó kapcsolati sérülékenységek és az állandó egzisztenciális nyomás közepette és a pszichiátriai problémákkal és szerhasználattal való folyamatos küzdelemben a nők gyakran nem találtak elegendő pszichológiai teret a veszteségek és gyász feldolgozásához, például a diszfunkcionális családi történetek, a gyermekekkel való feszült kapcsolat, az intim kapcsolatok felbomlása vagy a szeretteik elhalálása miatt. Azaz nem tudnak visszahúzódní, egy rövid időre kivonni magukat a helyzeti nyomás alól, hogy újraértékeljék, újrastrukturálják a történetüket, és átgondolják a választásait. Az inkarceráció azonban biztosíthatja ezt a teret. A tanulmány jelzi azt is, hogy a nők kapcsolati sérülékenysége elsősorban a közeli kapcsolatok ambivalenciájában és bizonytalanságában manifesztálódik.

Eredményeik szerint a feladatoktól elárasztott anyák voltak a legsérülékenyebbek a családba és a társadalomba való visszatérésük, valamint a próbára bocsátás feltételeinek megszegése, illetve a dezisztencia tekintetében. Jobban boldogultak azok a nők, akik képesek voltak határt húzni maguk és az olyan partnerek közé, akik veszélyezteték az életvitelüket, mint a feladatoktól elárasztott nők. Azok a terápiás eljárások, amelyek ezt a területet és ezeket a problémákat célozták meg, hatékonyak bizonyultak a nők dezisztenciájának támogatásában.

A büntetés-végrehajtási gyakorlatban fontos lehet beépíteni az értékkel bíró és proszociális kapcsolatok azonosítását, illetve az ilyen kapcsolatok megalapozásának, újrafelvételének, kultiválásának a támogatását. A pozitív kapcsolatok bátorítása akár megnövelt látogatási idővel is történhet. Különösen igaz ez a gyermekek esetében, mivel a velük való találkozás emlékezteti és motiválja a nőt a proszociális magatartásra. A pozitív kapcsolatok fenntartása és erősítése már az inkarceráció alatt is fontos, hogy a nők szabadulás után tudjanak hova kapcsolódni. Ez történhet akár a pártfogó felügyelet során is, és az ilyen pozitív személyek bevonása is lehetséges a szabadult fogvatartott felügyeletébe.¹⁸⁴

4. 4. 2. A személyi állomány mint szociális támasz

A szociális támasz arra a segítségre utal, amelyet egy személy egy másik, támogatásra szoruló személynek nyújt. Ez rendkívül fontos a női fogvatartottak számára. A szociális támasz csillapítja a női elkövetők szerhasználati és elkövetői magatartását, csökkenti a visszaesést a szabadulás, a programok befejeződése után, és elősegíti a dezisztencia folyamatát. Ennek ismeretében jelentős problémának látszik, hogy a női fogvatartottak esetében gyakran teljesen hiányzik a szociális támasz, különösen akkor, ha szerhasználati problémáik vannak, elszegényedett, bűnözéssel fertőzött környéken laknak, nincs hozzáférésük a proszociális forrásokhoz és közösségekhez, gyakran a szerhasználattal, illetve a kriminalitással kapcsolatos stigmatizáció miatt. Ezt a szociális támaszt azonban nem csak a család, partnerek, barátok tudják biztosítani. Több, friss kutatási eredmény is jelzi, hogy ezt a büntetés-végrehajtási személyi állomány, a pártfogók vagy a reintegrációs ellátásban részt vevő más szereplők is képesek nyújtani vagy támogatni. Ennek különösen nagy jelentősége lehet akkor, amikor sok nőnek nincs szociális támasza sem a családja, sem a barátai felől, különösen a szerhasználattal küzdők esetében.

Korábbi kutatások már kimutatták, hogy a női fogvatartottak számára a pártfogó felügyelő szociális támaszként is megjelenhet. A nők a férfiakhoz képest gyakrabban tárukoznak fel az igényeiket illetően, fontosabb számukra

¹⁸⁴ WRIGHT ET AL. 2013.

a kapcsolat a pártfogó felügyelővel, és bizalmi viszonyt alakítanak ki vele. A rendszeres találkozások pedig lehetővé teszik a pártfogó felügyelő számára, hogy szociális támaszként szolgáljon a számukra. A pártfogó és a pártfogolt közötti pozitív kapcsolata hozzájárul a beavatkozások hasznosulásához és a visszaesés megelőzésének hatékonyságához.¹⁸⁵

Morash és munkatársai¹⁸⁶ két dimenzió – a támogatás és a büntetés mentén – vizsgálták a pártfogó felügyelők kapcsolódási stílusát. A 330 nővel folytatott longitudinális vizsgálat azt mutatta, hogy a pártfogó felügyelő támogató stílusa alacsonyabb szorongással és ellenállással járt együtt, és magasabb bűnelkerülési énhatékonysággal, a büntető viszonyulás pedig éppen ellenkezőleg.

Holmstrom és munkatársai¹⁸⁷ a szupportív kommunikáció típusait és hatásait vizsgálták. A kutatásban 402 pártfogó felügyelet alatt álló vagy feltételes szabadlábon lévő nőt kérdeztek meg egy longitudinális vizsgálat első részét képező interjúban, amelyet kvalitatív elemzésnek vetettek alá. Az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált nők nagy valószínűséggel profitáltak a szupportív kommunikációból a szerhasználat elkerülése terén, a pozitív és szupportív kommunikációnak pozitív hatása van a kriminalitás elhagyását illetően, illetve jelen esetben az absztinencia fenntartásában. Mindez azt jelzi, hogy a pártfogóknak érdemes jóval több és több típusú szupportív kommunikációt alkalmazniuk a női pártfogoltakkal akkor is, amikor szerhasználati probléma is színezi a képet. Mindez akkor is így van, ha a pártfogolt kevésbé vált ki empátiát, vagy nagy szerepe van a saját problémáinak fenntartásában.

Ezeknek a kérdéseknek a pártfogók képzésében szerepelniük kell, megfelelő súllyal és terjedelemben. Ugyan e legfrissebb kutatások a pártfogó felügyeletre vonatkoznak, korábbi kutatásokból tudjuk, hogy a személyi állomány kapcsolati stílusa mind a büntetés-végrehajtási közegben, mind azon kívül hatással van a fogvatartottak re-integrációs teljesítményére. Ennek okán a fenti kutatásokból származó tudás beépíthető és beépítendő a hatékony büntetés-végrehajtási gyakorlatba is.¹⁸⁸

4. 4. 3. Anyaság

A kutatások azt mutatják, hogy a büntető-igazságszolgáltatás rendszerébe bekerülő nők nagy többsége anya, és a női fogvatartottak számára vitathatatlanul a legfontosabb tényező és erőforrás a gyermekükkel való kapcsolat. A nők nagy többsége elsődleges gondozója egy vagy több kiskorú gyermeknek, és sokan a börtönből is folytatják a szülői funkciók ellátását az adott kapcsolattartási lehetőségek között.¹⁸⁹

Egyik oldalon az anyaság a dezisztencia egyik legerősebb motorja lehet. Ennek egyik eleme az anyaság identitásában elfoglalt központi helye. A pozitív, nem kriminogén identitás konstrukciója szoros kapcsolatban áll a hosszú

¹⁸⁵ HOLMSTROM ET AL. 2017.

¹⁸⁶ MORASH ET AL. 2015.

¹⁸⁷ HOLMSTROM ET AL. 2017.

¹⁸⁸ HOLMSTROM ET AL. 2017; MORASH ET AL. 2015.

¹⁸⁹ MICHALSEN–FLAVIN 2014; STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; CELINSKA–SUNG 2014.

távú dezisztenciával. Mindez a sokszor rendkívül hátrányos szocioökonómiai státusszal nem könnyű feladat. A nők számára azonban az anyaság egy elérhető és megkérdőjelezhetetlenül pozitív szerep, amellyel sok nő azonosul, sőt, a nők gyakran a jó anyaság köré építik az egész identitásukat, és ezzel óvják is azt, a gyermekeikkel pedig igyekeznek mindenképpen tartani a kapcsolatot. A jó anyaság lehetővé teszi számukra az azoktól való elkülönülést, akiket nem tartanak jó anyának.¹⁹⁰

Scott és munkatársai¹⁹¹ fentebb már említett vizsgálatában a nők esetében a gyermekkel való együttélés csökkentette a visszaesés rizikóját. A gyermek jelenléte más tanulmányokban is védőfaktornak bizonyult a szerhasználó nők között, mert növeli a kezelésben való részvételre és a leszokásra való motivációt.

Másrészt azonban minden tanulmány azt találta, hogy a bebörtönzött anyák jóval nehezebb helyzetben vannak, mint a bebörtönzött apák. A gyermekeiktől való izolációt jobban megszenvedik, és a kapcsolatuk több feszültség forrása. Fennáll továbbá a veszélye az anyai identitás elvesztésének, miután önmagát úgy láthatja a fogvatartott nő, hogy megszegte a legalapvetőbb szociális normákat, és nem tudja teljesíteni az anyai szerepét, mivel megfosztották az anyai felelősségétől.¹⁹² Sokan számoltak be az anyaszerepbe való visszatéréssel kapcsolatos ambivalenciájukról, mert teljesen elvesztették az önbizalmukat anyaként, folyamatos gyászt éltek át amiatt, hogy nem érezték magukat jó anyának, miközben mélyen szerették a gyermekeiket, és aggódtak az őket érő ártalmas hatások miatt.¹⁹³

Emellett a nők helyzete anyaként további frontokon nehezített. Az apa anyagilag vagy más módon többnyire nem segíti őket, és gyakran elhagyják őket az inkarceráció során. A munkáltatási kilátásaik rendkívül gyengék. A megküzdési kapacitásaikat kimeríti a szerhasználat, az áldozattá válás és a pszichiátriai problémák hármásával történő megküzdés. Az anyák és gyermekeik újraegyesítését számos tényező nehezíti, a szegénység, a hajléktalanság, az áldozattá válás és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiánya. Különösen nagy az anya esélye arra, hogy elveszítse a gyermekeit akkor, ha a bebörtönzés előtt vagy annak során elvált vagy elhagyják. Ezért a nők sokkal valószínűbben térnek vissza a sérült családba, ami növeli az alkalmazkodási nehézségeket és a szülői szerep visszavételéből származó konfliktusokat.¹⁹⁴ Few-Demo és Arditti¹⁹⁵ fentebb leírt kutatásának eredményei szerint is a feladatoktól elárasztott anyák voltak a legsérülékenyebbek a családba és a társadalomba való visszatérésük, valamint a próbára bocsátás feltételeinek megszegése, illetve a dezisztencia tekintetében. Jobban boldogultak azok a nők, akik képesek voltak határt vonni maguk és az olyan partnerek közé, akik veszélyeztették az életvitelüket, mint a feladatoktól elárasztott nők. Stone és munkatársai¹⁹⁶ mélyinterjúkat csináltak olyan szakemberekkel, akik fogvatartott anyák eseteit menedzseltek, valamint egyéb fontos résztvevőkkel. A kvalitatív elemzés eredményei szintén azt mutatták, hogy a szabaduló anyák számtalan hátránytól szenvednek, és többszörös marginalizációjuk gyakorlatilag véget nem érő.

¹⁹⁰ SMOYER 2014; CELINSKA–SUNG 2014.

¹⁹¹ SCOTT–GRELLA ET AL. 2016.

¹⁹² STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017.

¹⁹³ FEW-DEMO–ARDITTI 2014.

¹⁹⁴ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017.

¹⁹⁵ FEW-DEMO–ARDITTI 2014.

¹⁹⁶ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

A legfrissebb nemzetközi szakirodalom általános javaslatként megfogalmazza a reintegrációs programokba olyan elemek beépítését és hangsúlyozását, amelyek lehetővé teszik és támogatják a nők számára a kapcsolódást az anyaság pozitív szerepéhez és identitásához.¹⁹⁷ Nagyon fontos az anyák számára programokat biztosítani, amelyek az anya-gyermek kapcsolat megtartására és a bebörtönzött nők anyai szerepének és a család egységének megmaradására irányulnak az inkarceráció alatt és után. Ebbe beletartozik a kapcsolattartás támogatása, a családfókuszú tervezés és az anya és a gondozó támogatása, az anyák kommunikációs képességeinek fejlesztése, a szülői stresszt megcélzó megküzdési stratégiák.¹⁹⁸ Nyilvánvalóan továbbra is fognak anyák börtönbe kerülni, de ugyanakkor azt is tudomásul kell venni, hogy a bebörtönzés emberi ára és kára ezen anyák és családjuk számára nehezen túlbecsülhető.¹⁹⁹

¹⁹⁷ SMOYER 2014.

¹⁹⁸ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017; FEW–DEMO–ARDITTI 2014; SCOTT–GRELLA ET AL. 2016.

¹⁹⁹ STONE–LIDDELL–MARTINOVIC 2017.

5. EXTRÉM HOSSZÚ ÍTÉLETET TÖLTŐ FOGVATARTOTTAK

A szigorodó büntetőpolitika, a három csapás bevezetése és a drogok elleni háborút szolgáló más rendelkezések miatt az USA-ban az életfogytiglant töltők száma meredeken ível felfelé, 11-ből 1 fogvatartott életfogytiglant tölt.²⁰⁰ Ennek ellenére rendkívül csekély tudományos figyelmet kapott ez a populáció, a feltételes szabadulás lehetőségével bíró életfogytiglant töltők pedig még kevesebbet.

A nyugati országokban az életfogytiglant a legsúlyosabb bűncselekmények büntetéseként szabják ki, és az elérhető legsúlyosabb büntetés, ami bűncselekmény esetén kiadható. Az életfogytiglan és köztük a feltételes szabadulás lehetősége nélküli, azaz tényleges életfogytiglani szabadságvesztés (a továbbiakban TЭСZ) eredetileg a halálbüntetés humánusabb alternatívájaként jelent meg, emiatt hívják „bebörtönzés általi halálnak” is. Az egyre büntetőbb felfogástól hajtva azonban az életfogytiglani büntetések egyre elterjedtebbé és gyakoribbá váltak, például az USA-ban, ahol egyre gyakrabban adják az emberölésen kívül más erőszakos vagy akár nem erőszakos bűncselekmények esetén is.²⁰¹

5. 1. AZ ÉLETFOGYTIGLAN MÖGÖTT ÁLLÓ FILOZÓFIAI MEGFONTOLÁSOK

Az egyre hosszabb ítéletek kiszabása és az életfogytiglani büntetések kiszabhatóságának kiterjesztése az elmúlt évtizedekben a bebörtönzés rehabilitációs gondolatának elhalványulását és az inkapacitációs irányultság előtérbe kerülését mutatja. Az inkapacitáció a fogvatartottak fizikai korlátozását jelenti a bebörtönzés által. A társadalomból való átmeneti vagy végleges eltávolítással a fogvatartottak nem tudnak több bűncselekményt elkövetni, amellyel a társadalomnak ártanának. Ugyanakkor az inkapacitációs szemléletből hiányzik a rehabilitáció (a viselkedés és gondolkodás megváltoztatása, illetve az elrettentés (tartózkodás a bűnelkövetéstől a további büntetés elkerülése miatt) célja. Az inkapacitáció perspektívájában minél hosszabb az inkarceráció, az annál jobb a társadalom védelme szempontjából, mert amíg a bűnelkövető nincs az utcán, addig nem követ el bűncselekményt. Ez a szemlélet különösen alkalmazható az életfogytiglani büntetésekre, amelyeknek célja az elkövetőt a rácsok mögött tartani, amíg csak szükséges. Az életfogytiglan esetében a rehabilitációs szemlélet értelmét veszti, ahogyan az elrettentés is, és a retribúció, az életfogytiglant töltő józan gondolkodása, racionalitása, moralitása nem szükségesek a büntetés igazolásához.²⁰²

²⁰⁰ LEIGY–RYDER 2014; HUEY DYE ET AL. 2014.

²⁰¹ SCHARTMUELLER 2015; LEIGY–RYDER 2014.

²⁰² SCHARTMUELLER 2015.

Anthony Duff²⁰³ elmélete szerint ugyanakkor a büntetés mindig egy morális kommunikáció az elkövető felé: megmutatja neki, hogy milyen mélységű, milyen súlyosságú az a kár, amit okozott, és a figyelmét a cselekményre és annak következményeire fordítja. Ezzel egy időben üzenet az elkövetőtől is, egy materiális és nagyon erős kifejezése a bocsánatkérésnek, amellyel az elkövető tartozik azoknak, akiknek kárt okozott, az áldozatnak és a társadalomnak. Ehhez nem elengedhetetlen az, hogy az elkövető bűnbánó legyen, mert ha nem az, az ítélet akkor is megfelelő súlyt ad a történeteknek. Duff elmélete szerint ez a kemény bánásmód képes bűnbánatot kelteni és viselkedésváltozást eredményezni, egy kényszervezéklet, amely ideális esetben elvezet ahhoz, hogy az elkövető vállalja a felelősséget, és megváltozik. A szabadságvesztés büntetés ezen túl a kiközösítés üzenetét közvetíti az elkövetőnek, amelynek mindig átmenetinek kell lennie. Az életfogytiglani szabadságvesztés üzenete továbbá az, hogy az elkövető olyan mértékben megszegte a társadalom normatív szabályait, hogy lehetetlenné tette a pro-szociális emberek számára azt, hogy együtt éljenek vele a társadalomban egymás polgártársaiként. A büntető igazságszolgáltatás az eddigi tanulmányok szerint hatalmas ellenfélként jelent meg a fogvatartottak szemében, amivel szemben egyre növekvő ellenséges érzelmekkel viseltetnek.

Schinkel²⁰⁴ 27 hosszú ítéletes, a letöltés különböző periódusaiban lévő fogvatartottal készítették interjút, amelyet aztán tartalomelemzésnek vetettek alá. Az eredmények azt mutatták, hogy a fogvatartottak nem észlelték az ítéletükben morális kommunikációt, és ha mégis, azt is meglehetősen vegyesnek látták. Abban nem kapnak irányítást, hogy az ítéletükben a morális üzenetet hogyan találják meg, ezzel magukra vannak hagyva, így magukban vagy nem találnak morális értelmet, vagy szembeszegülnek azzal.

5. 2. AZ ÉLETFOGYITIGLAN PSZICHÉS KÍNJAI

Az életfogytiglant és különösen a TÉSZ-t töltő fogvatartottak ugyanazokat a deprivációkat szenvedik el a börtönben, mint a többi fogvatartott, de az ítélet hossza miatt ezeket fájdalmasabban élhetik meg, hiszen előreláthatóan ennek a megfosztott állapotnak soha nincs vége, nem várható olyan időszak az életükben, amikor ezt nem kell már kibírniuk. Azonban van három terület, amely a TÉSZ-es fogvatartottak esetében különösen releváns: a meghatározatlanság, a permanens szeparáció a családtagoktól és a hosszantartó bezártságból adódó mentális leépülés. A meghatározatlanság a büntetés véget nem érését jelenti. Az ítéletben nincs meghatározva, hogy hány évet kell letöltenie az elítéltnak, az ítélet a haláláig tart. Annyi van belőle hátra, amennyi az életéből, ez különösen kínzó a fogvatartottak számára. A családtól való szeparáció is jelentős probléma, mert bentről nehéz fenntartani értelmes kapcsolatot a kintiekkel. A hosszan tartó bezártság hatására kialakuló és a hosszú ítéletet töltő fogvatartottak által jelzett mentális hanyatlás kérdése vitatott. Más kérdés a mentális egészség hanyatlása, például az öngyilkossági epizódok megjelenése.²⁰⁵

²⁰³ DUFF 2003, IDÉZI SCHINKEL 2014.

²⁰⁴ SCHINKEL 2014.

²⁰⁵ LEIGEY–RYDER 2014.

Legey és Ryder²⁰⁶ vizsgálatukban 25 idősebb (legalább 50 éves, és legalább 15 évet már letöltött a TÉSZ-ből) TÉSZ-es fogvatartottal készítettek félig strukturált interjút, amelyben a bebörtönzéssel járó nehézségeikről kérdezték őket. Az eredmények szerint a TÉSZ-esek, mint általában a hosszú ítéletesek, azt találják a legfájdalmasabbnak a letöltés során, hogy hiányzik nekik valaki, úgy érzik, hogy elpazarolják az életüket, és hiányzik nekik a szociális élet. Ezzel ellentétben az önbizalom elvesztése, a megőrüléstől való félelem és az öngyilkossági késztetések jelentették a legkisebb problémát. A TÉSZ-es fogvatartottak tehát a romló börtönkörülmények vagy szigorodó szabályok ellenére is a társadalomból való eltávolításukkal járó deprivációkat, a kinti élethez kötődő hiányokat és problémákat élik meg a legfájdalmasabban, mintsem a börtönnel, illetve a benti életükkel együtt járókat.

5.3. IDŐSÖDÉS

Az USA-ban jelenleg minden 9-10. fogvatartott tényleges életfogytiglani szabadságvesztést tölt. Ezek a fogvatartottak az életük hátralevő részét a büntetés-végrehajtási intézetben töltik le, és ott is fognak meghalni. Az egyre több életfogytiglanossal az egész börtönpopuláció képe megváltozik. Az ítéletek hosszának és az életfogytiglant töltők számának növekedésével járó probléma a populáció öregedése, így az életfogytiglan és az öregedés kérdése szorosan összefonódik. Az idős (60 év feletti) és idősödő (50–59 év közötti) fogvatartottak csoportja a leggyorsabban növekvő populáció a fogvatartotti állományon belül szerte a világon, 2030-ban várhatóan minden harmadik fogvatartott ebbe a korcsoportba fog tartozni.²⁰⁷

A civil populációval szemben az idősödő fogvatartottaknak nagyobb esélye van a magas vérnyomásra, asztmára, hepatitiszre, artritiszre, pangásos szívbetegségre és májelégtelenségre. Nagyobb valószínűséggel van az előzményükben pszichiátriai történet, fizikai betegség, szerhasználat, és rosszabb az egészségügyi állapotuk. A korosodással járó egészségügyi problémák az átlagosnál 10-15 évvel korábban jelentkeznek náluk. Elsősorban a megnövekedő egészségügyi igényeknek köszönhető, hogy az idősebb fogvatartottak eltartása jóval nagyobb költséggel jár, mint a fiatalabb és egészségesebb társaiké. A gyógyszerek, az egyre szélesedő egészségügyi személyi állomány, a kórházi és az ezzel összefüggő szállítási költségek jelentős pénzügyi forrásokat emésztnek fel, továbbá nem elhanyagolható biztonsági kockázatot is képviselnek. Ezen kívül a börtönbeli tereket aszerint kell tervezni vagy áttervezni, hogy azok használhatók és biztonságosak legyenek az idősebbek számára is. A becslések szerint az idősebb fogvatartottra jutó költségek 3-9-szerese a fiatalabbakénak.²⁰⁸

Az időskorú populáció a reintegráció tekintetében is speciális. A kutatások szerint az idősebb fogvatartottak kevésbé hajlandók részt venni a különböző rehabilitációs programokban, és sokkal több problémával szembesülhetnek a munkahelyi elhelyezkedés vagy akár a lakhatás területén is.²⁰⁹

Ahogy az idősödéssel az egészség egyre hanyatlik, és egyre több fizikai probléma jelenik meg, növekszik a kiszolgáltatottság érzése és a halálfélelem (lásd alább), különösen akkor, ha a megfelelő egészségügyi ellátás akadályokba ütközik.²¹⁰

²⁰⁶ LEIGEY–RYDER 2014.

²⁰⁷ ADAY–WAHIDIN 2016; SCHARTMUELLER 2015; PRO–MERZELL 2017.

²⁰⁸ SCHARTMUELLER 2015; PRO–MERZELL 2017.

²⁰⁹ SCHARTMUELLER 2015.

²¹⁰ ADAY–WAHIDIN 2016.

5. 4. A HALÁL KÉRDÉSE

Az inkarcerációban bekövetkező halál kérdése elsősorban az életfogytiglant, TÉSZ-t töltő, illetve az olyan idős fogvatartottakat érinti, akiknek a várható szabadulási idejük meghaladja a várható élettartamukat. A halál a börtönben nem új jelenség, de korábban elsősorban öngyilkosság, baleset vagy bűncselekmény eredménye volt. Ám az említett fogvatartotti populációk mind növekvőben vannak, és ennek következményeként egyre több fogvatartott fejezi be az életét természetes halállal az inkarcerációban.²¹¹ Mindez természetesen összefonódik a fogvatartotti populáció elöregedésével és az időskorú fogvatartottak speciális igényeinek előtérbe kerülésével. Az Egyesült Királyságban 2013 és 2014 között 7%-al nőtt a börtönbeli halálozások száma, és az elhalálozott személyek 58%-a 60 év feletti volt. Az USA-ban 2001-ben az elhunytak 34%-a volt 55 év feletti, 2011-ben már 53%-uk. A halálesetek nagy többsége természetes okok miatt következett be.²¹²

Azok a fogvatartottak, akik előreláthatóan nem fognak szabadulni, mély félelmet és kétségbeesést éltek át az a kilátással kapcsolatban, hogy a börtönben fognak meghalni.²¹³ A börtönbeli halálhoz a fogvatartottak szerint nagyon negatív stigma társul, ez a „legrosszabb eset forgatókönyve” (worst case scenario). A fogvatartottak a börtönbeli halált általában a végső bukásnak látják. A rácsok mögötti – egy teljesen kiszolgáltatott és méltóság nélküli helyzetben érkező – halál egyébként is az életfogytiglant töltők egyik fő félelme. A börtönben meghalni egyszerre lehet a legsötétebb félelmük, vagy egyetlen lehetőségük a menekülésre.²¹⁴

A börtönben meghalni nagyon más, mint a szabad világban: egyedül, a család támogatása és jelenléte, a búcsú és az utolsó megbékülések lehetősége nélkül. Sokan különösen félnek attól, hogy ha a börtönben halnak meg, annak milyen negatív következményei lesznek a családjuk, gyermekeik, leszármazottaik számára. Ez ugyanis elveszi a tettekért való vezeklés és jóvátétel lehetőségét.

Az embereket a halál gondolata mellett intenzíven foglalkoztatja az is, hogy a haláluk milyen körülmények között következik be. A félelmek között megjelenik, hogy a börtönben hogyan bánnak a halottakkal, aminek az egyik fő eleme a saját test feletti kontroll elvesztésének képe. Az egészségügyi ellátás színvonala, a lealacsonyító körülmények folyamatosan emlékezteti a fogvatartottakat a lehetőségeikre. A félelmeiket fokozza, ha végignézik a fogvatartott társaikkal történeteket.²¹⁵

A börtön intézeti célja a büntetés és a rehabilitáció. Az olyan fogvatartottaknak, akik vélhetően a börtön falai között fogják befejezni az életüket, a rehabilitáció értelmét veszti. A punitív és restriktív környezet azonban nagyon gátolja a megfelelő geriátriai és életvégi kezeléshez való hozzájutást. Ugyan a fogvatartottaknak ugyanolyan ellátás jár, mint a civil populációnak, a börtönkörnyezet megnehezíti a megfelelő szintű gyógykezelés és palliatív²¹⁶ kezelés biztosítását. A börtön továbbá természetéből adódóan a konformitást várja el, és nem támogatja

²¹¹ A DAY–WAHIDIN 2016; MARTI–HOSTETTLER–RICHTER 2017.

²¹² A DAY–WAHIDIN 2016; PRO–MERZELL 2017.

²¹³ PRO–MERZELL 2017.

²¹⁴ A DAY–WAHIDIN 2016; HUEY DYE ET AL. 2014.

²¹⁵ A DAY–WAHIDIN 2016.

²¹⁶ Palliatív: a betegséget nem gyógyító, csupán a tüneteket enyhítő kezelés, amelynek célja a szenvedés enyhítése, megfelelő életminőség biztosítása.

az individualitást, és gyakran dehumanizálja a fogvatartottakat. Ebben a környezetben az olyan egyszerű, emberi gesztusok, mint például egy haldokló fogvatartott kezének megfogása is rosszállásba ütközik. Ebben a környezetben a végstádiumú beteg fogvatartottak együttérző és emberséges ellátása voltaképpen oximoron²¹⁷ válik, és a haldokló fogvatartottak is gyakran kétlik, hogy a rendszer eleget tenne értük. Ugyanakkor a haldokló fogvatartottak is szüksége van mentális és spirituális felkészülésre a véghez közeledve.²¹⁸

Marti és társai²¹⁹ tanulmányukban két magas biztonsági fokozatú börtön etnográfiai adatait gyűjtötték be, amelyeket a különböző szintű intézeti résztvevők perspektívájából elemeztek. 15 haldokló vagy elhunyt esetét sikerült összegyűjteniük. Eredményeik szerint az említett oximoron ugyan nehezíti a megfelelő palliatív és halállal kapcsolatos ellátás biztosítását, ugyanakkor kreatív megoldásokra ösztönözheti az intézeteket, ami aztán hosszú távon egy optimális palliatív rendszer kialakítását eredményezheti a büntetés-végrehajtáson belül.

Egy ilyen újítás lehet, hogy újabban megjelentek a hospice-programok a börtönkörnyezetben is, hogy a civil szférában elérhető kezelést megkaphassák a haldokló fogvatartottak is. Ez a gyakorlat azonban nem vita nélküli. A haldokló fogvatartottak igényeinek kielégítése folyamatos kihívás, amely ellentmondásokkal és buktatókkal teli. A legnagyobb kihívás feloldani az együttérző ellátás biztosításának és az inkarceráció határainak és korlátainak fenntartása közötti ellentmondást.²²⁰

5. 5. ÖNGYILKOSSÁG

Habár az erőszakos ellenállás a bebörtönzésre adott reakcióként intuitíve természetesen adódik, valójában meglehetősen kevés adat támasztja alá az erőszak és a „nincs veszténivalóm” mentalitás elterjedtségét az életfogytiglani töltők között. Ezzel szemben az öngyilkossági gondolatok és kísérletek lényegesebben gyakoribbak az életfogytiglani szabadságvesztésre adott első reakciók között és az ahhoz való adaptáció során is.²²¹

Az életfogytiglani büntetéssel járó kihívások ellenére a legtöbb fogvatartott megbirkózik ezzel. Mindazonáltal, akik ezzel az ítélettel érkeznek a börtönbe, gyakran a sokk, a tagadás és a zsibbadtság állapotában vannak. A bebörtönzés indukálta depresszió ronthatja a már meglévő pszichiátriai zavarok állapotát, és a fogvatartott szociális visszahúzódásához vezethet. A negatív inkarceráció előtti élmények, a családi kapcsolatok deficitje, a prizonális támogatás hiánya és az életfogytiglani ítélet nyomán könnyen keletkeznek öngyilkossági gondolatok vagy kísérletek.

Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy ha a TÉSZ-es elítélt öngyilkosságot vagy kísérletet hajt végre, ezt nagyobb valószínűséggel a letöltés korai szakaszában teszi, mint a későbbiek során.²²²

²¹⁷ Oximoron: egymást kizáró, egymásnak ellentmondó fogalmak összekapcsolása.

²¹⁸ MARTI–HOSTETTLER–RICHTER 2017; ADAY–WAHIDIN 2016.

²¹⁹ MARTI–HOSTETTLER–RICHTER 2017.

²²⁰ ADAY–WAHIDIN 2016.

²²¹ HUEY DYE–ADAY 2013.

²²² LEIGEY–RYDER 2014.

Huey Dye és Aday²²³ 214 női életfogytiglani büntetést töltő nő körében vizsgálták az öngyilkossági gondolatok elterjedtségét az inkarceráció előtti és alatti időszakban is. Eredményeik szerint a vizsgált nők 45%-a számolt be arról, hogy már az inkarceráció előtt is voltak öngyilkossági gondolataik, amelyek szorosan kapcsolódtak az áldozattá váláshoz és az elégtelen pszichiátriai ellátáshoz. Azoknál a nőknél, akiknek már a bebörtönzés előtt is voltak öngyilkossági gondolataik, néhányan arról számoltak be, hogy ezek már megszűntek, másoknál azonban fennmaradtak. Előbbiek sokkal jobban alkalmazkodtak a börtönhöz, és kevésbé voltak depressziósak, talán épp azért, mert a bebörtönzést megalapozó bűncselekmény – például a bántalmazó partner megölése – szabadulás volt abból a nyomasztó élethelyzetből, amelyhez képest a börtön megnyugvást jelenthet. Az aktuális öngyilkossági ideációt jelző csoport súlyosabb depresszióval, rosszabb börtönalkalmazkodással és a családi vagy börtönben kapott támogatás hiányával volt jellemezhető. Azoknál a nőknél, akik korábban nem tapasztaltak öngyilkossági gondolatokat, de aktuálisan igen, azok depressziósabbak voltak, kevesebb volt a visszaélés az előzményben és a börtönben kapott támogatás, és magasabb végzettségűek voltak.

5. 6. VALLÁS

Egyre több kutatási eredmény mutatja azt, hogy a vallás jelentősen képes csökkenteni a bebörtönzéssel járó kínokat, fájdalmakat és egyéb problémákat, és közvetlen hatásának bizonyult a börtönadaptációra, a fogvatartottak mentális és általános jóllétére. A vallásgyakorlás segítséget nyújt a feldolgozhatatlan életeseményeknek való jelentésadásban, javítja az empátiára, együttérzésre való képességet, növeli a kontroll érzését, pozitív hatással van a magatartásra és az interperszonális kapcsolatokra, csökkenti a stresszt, csökkenti a fegyelmi események gyakoriságát, és javítja a szabadulás utáni reintegrációt. Az életfogytiglant töltők tekintetében különösen fontos, hogy jelentősen képes tompítani a halálfélelmet, mivel reményt, értelmet, optimizmust és biztonságérzetet ad azoknak, akik az életük hátralevő részét a rácsok mögött töltik le, akik a társadalom értékítéletét internalizálva életüket egyre kevésbé tekintik értékesnek az idő előrehaladtával. A vallásos programok biztosítása emellett költséghatékony. Mindezek miatt a vallásos programok a börtönökben jelen vannak azok fennállása óta. Ezekben a programokban többen vesznek részt, mint bármilyen más programban, az oktatást is beleértve.²²⁴

Annak ellenére, hogy a társadalom hamisnak tekinti a fogvatartottak vallásgyakorlását, az életfogytiglant töltőknek őszinte indokaik vannak a vallás felé fordulásra és a vallás felhasználására életük pozitívabbá tételében a nehéz körülmények között. A veszteségek, különösen azok a veszteségek, amelyek permanensek és a személyes kontroll elvesztésével járnak, spirituális fordulópontok lehetnek.

Huey Dye és munkatársai²²⁵ 214 életfogytiglani szabadságvesztés büntetést töltő nő körében kérdőíves módszerrel vizsgálta meg a vallásos elköteleződés és a börtönhöz való alkalmazkodás kapcsolatát. Az eredmények alátámasztják, hogy a vallás és a börtönadaptáció kapcsolatban vannak egymással, elsősorban azért, mert a de-

²²³ HUEY DYE–ADAY 2013.

²²⁴ HUEY DYE ET AL. 2014; ADAY–WAHIDIN 2016.

²²⁵ HUEY DYE ET AL. 2014.

presszióval és a halálfélelemmel való megküzdésben nyújt segítséget a nőknek. Ugyanakkor a vallásgyakorlás önmagában nem magyarázza a börtönadaptációt, a letöltött idő hossza, az áldozattá válás az előzményben és a börtönben kapott támogatás mértéke mind faktorok az életfogytiglani büntetéssel való megküzdésben.

5. 7. REINTEGRÁCIÓ

A feltételes szabadulás lehetőségéből nem kizárt életfogytiglant töltők egy része bizonyosan szabadulni fog. Az ő reintegrációjuk számos fronton nehezített és speciális feladat. Egyes kutatók szerint minél hosszabb időt tölt az emberölést elkövető távol a társadalomtól, annál nagyobb a visszaesés valószínűsége. Másrészt azonban kutatások azt mutatják, hogy az emberölést elkövetők 3-6%-a követ el újabb emberölést,²²⁶ és a korral egyébként is csökken a visszaesés.²²⁷

Ha az életfogytiglant töltők letöltötték a büntetésüket, elvárás velük szemben, hogy azonnal visszailleszkedjenek a társadalomba, és irányítsák az életüket. Ez irreális elvárásnak tűnik, mert nagyon hosszú időt töltöttek bezárva, ahol megmondták nekik, hogyan töltsék el minden idejüket, mikor sportoljanak, dolgozzanak, fogadjanak látogatókat, egyenek vagy aludjanak. Mindez olyan mentalitást szül, amely megfosztja őket az éhhatékonyaság érzésétől.²²⁸

Ebben a populációban a rizikóbecslő eszközök alkalmazhatósága és hatékonysága alulkutatott, pedig a rövid ítéletet töltőkkel kapcsolatos eredmények nem vehetők át közvetlenül. Sturup és munkatársai²²⁹ Svédországban vizsgálták az életfogytiglant töltő visszaesés-bejósítását és a rizikóbecslő eszközök alkalmazhatóságát. 98 életfogytiglant töltő fogvatartottal végezték a vizsgálatot, akik közül 26 szabadult ez idő alatt. A rizikóbecslési adatokat az adminisztratív anyagokból gyűjtötték, míg a visszaesésre vonatkozó adatokat nemzeti adatbázisokból. A szabadult elítélteket átlagosan 33 hónapon keresztül utánkövezték. Ez idő alatt 5 volt fogvatartott követett el újabb bűncselekményt, közülük 4 erőszakos cselekményt, átlagosan 10 hónapon belül. Bár a visszaesés alacsony volt, ugyanakkor aggodalomra ad okot az, hogy az újonnan elkövetett bűncselekmények erőszakos cselekmények voltak. Továbbá azok, akik visszaestek, a szabadulást követően meglehetősen hamar tették ezt, ami jelzi a jobb rizikóbecslési és menedzselési eljárások szükségességét. A kérdőívekben a krónikus és gátolatlan antiszocialitást jelző skála bizonyult a legerősebb prediktív erejűnek.

Liem és Richardson²³⁰ a narratív transzformáció²³¹ keresztül vizsgálták azt, hogy miben különböznek egymástól azok az életfogytiglant letöltő és szabaduló személyek, akik visszaesnek, és akik nem. Vizsgálatukban 67

²²⁶ STURUP ET AL. 2016.

²²⁷ SCHARTMUELLER 2015.

²²⁸ LIEM-RICHARDSON 2014.

²²⁹ STURUP ET AL. 2016.

²³⁰ LIEM-RICHARDSON 2014.

²³¹ Az elkövetők a narratív transzformáció során felépítenek egy olyan új identitást, amely nem összeegyeztethető a bűnelkövetéssel. Ennek része egy olyan történet felépítése, amelyben valamilyen jelentést adnak a kriminális múltjuknak, akár úgy is, hogy az a régi önmagukhoz tartozik, de az új, valódi önmaguk ilyet már nem tenne. LIEM-RICHARDSON 2014.

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

életfogytiglant letöltő személlyel végeztek mélyinterjúkat. Majdnem minden személy beszámolt a narratív transzformációról, amelynek része volt az alkotó motiváció, a pozitív szelf, azoknál is, akik fenntartották a kriminális magatartásukat. Azt találták, hogy a hatóképesség érzése (ágencia) volt a megkülönböztető faktor a szabadon maradó és visszaeső életfogytiglant kitöltők között. Az ágencia az egyén azon képessége, hogy önállóan cselekedjen és hozzon döntéseket a szociális struktúrán belül, és ezáltal alakítsa a sorsának alakulását, például aktív döntéshozó tud lenni a kriminalitás elhagyásában. A dezisztálókra jellemző, hogy sikerüket annak tulajdonítják, hogy képesek önállóan, szabad akaratukból cselekedni, míg a visszaesőknél hiányzik ez a kontrollérzés a saját döntéseik, cselekedeteik és sorsuk felett. A szabadulás előtti intenzív programokon ezért feltétlenül helyet kellene kapnia az énhatékonyság felépítésének.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányomban a releváns nemzetközi szakfolyóiratok 2013. január 1. és 2017. december 31. között megjelent számait tekintetem át. Ennek során az aktuálisan legfontosabbnak kezelt fogvatartotti csoportokkal és a legelőre-mutatóbb tendenciákkal kapcsolatosan kialakult benyomásaim, valamint a hazai büntetés-végrehajtási szakmától érkező jelzések alapján választottam ki négy fogvatartotti csoportot. E négy csoport: az öngyilkossági szempontból veszélyeztetett fogvatartottak, a pszichotikus betegséggel küzdő fogvatartottak, a női fogvatartottak, és az extrém hosszú időt töltő fogvatartottak. Az ötéves időszakban ezekre a fogvatartotti csoportokra vonatkozó, pszichológiai tartalmú tanulmányok és kutatások eredményeinek áttekintésére és szintézisére vállalkoztam annak reményében, hogy egy igazán naprakész, a legmodernebb tudásunkat tartalmazó mű szülessen. Reményeim szerint a munkám segítségével lesz a hazai büntetés-végrehajtás gyakorlati és stratégiai területének is abban, hogy a jövő kihívásait a lehető legfelkészültebben, tervekkel és megoldásokkal felvértezve fogadhassa.

A fogvatartotti öngyilkossággal foglalkozó legfrissebb nemzetközi szakirodalom egyik fő témája a rizikótényezők azonosítása. Az ide vonatkozó vizsgálatok tanulmányozzák a deprivációs elmélet szemléletének megfelelően az inkarceráció jellemzőit, másrészt az import modelleknek megfelelően a fogvatartottak veszélyt hordozó jellemzőit. Kiemelt helyen szerepel az önsértés szerepe az öngyilkosságban. Jelentős és üdvözlendő novum, hogy a rizikóbecslés mellett – ugyan meglehetősen kis terjedelemben, de már – megjelennek a védőfaktorok is a témák között. Természetesen szóba kerülnek a végrehajtás során alkalmazható intervenciók, amelyek aktuálisan és hosszú távon is segíthetik a veszélyeztetett fogvatartottak megvédését a szuicid haláltól. Az utóbbi években az érdeklődés előterében áll az interperszonális elmélet alkalmazhatósága a prizonális kontextusban. A legnagyobb novum a korábbi elméletekhez képest az az állítás, hogy sokkal kevesebben képesek az öngyilkosságra, mint ahányan vágnak rá, valamint az eddigi kutatásokhoz képest az öngyilkosságra való képesség fókuszba kerülése, mert voltaképpen ez különíti el, hogy kik fognak öngyilkosságot elkövetni, és kik nem. Az eddigi eredmények alapján az interperszonális elmélet jól alkalmazhatónak tűnik a prizonális környezetben is, mind a prevenciót, mind a szűrést illetően.

A pszichotikus betegséggel küzdő fogvatartottak speciális igényei egyértelműek, ugyanakkor az ennek való megfelelés számos téren akadályozott. Azt, hogy a téma mennyire gyermekcipőben jár még, jól jelzi, hogy a legfrissebb tanulmányok között is több olyan van, amely az előfordulási gyakoriság, azaz voltaképpen a probléma nagyságának felmérését tűzi ki célul. Az mindenestre jól látható, hogy a pszichotikus betegek előfordulása a börtönkörnyezetben többszöröse a civil populációénak. A pszichotikus betegek kezelése komplex kihívást jelent a civil egészségügyi szférában is, a büntetés-végrehajtásban biztosítható kezelés pedig több fronton nehezített, a problémák rendkívül mélyre nyúlnak, adódnak a börtön természetéből, érintik mind a végrehajtási, mind az egészségügyi területet.

A női fogvatartottak a nemzetközi szintén egyik legmozgalmasabb területe. A populáció jelentős növekedése ellenére kevés kutatás foglalkozott velük egészen az elmúlt évekig, amikor is egyre inkább felismerték, hogy a nők a férfaitól jelentősen különböző csoportot alkotnak az elkövetési jellemzők, az elkövetési útvonalak, a rizikófaktorok, a reintegrációs igények és erőforrások és a dezisztencia-folyamat tekintetében. Mind a rizikóbecslésre, mind a reintegrációs programokra vonatkozó kutatások azt mutatják, hogy szükség van kimondottan nőknek szóló spe-

A REINTEGRÁCIÓS TISZTVISELŐK MUNKAVÉGZÉSÉNEK ALANYAI:
A SPECIÁLIS FOGVATARTOTTI CSOPORTOK JELLEMZŐI ÉS EGYEDI SZÜKSÉGLETEI,
VALAMINT ZÁRT INTÉZETI KEZELÉSÜK LEHETŐSÉGEI

cifikus eszközökre és eljárásokra, amelyek az áldozattá válás, a szerhasználat és a pszichiátriai megbetegedések témái köré szerveződnek. A női fogvatartotti kör specialitásának tekinthető a kapcsolatok és különösen az anya-gyerekek kapcsolat központi szerepe a reintegrációban – mind annak sikerében, mind kudarcában.

A szigorodó büntetőpolitika miatt az extrém hosszú ítéletet töltők száma meredeken ível felfelé. Az egyre hosszabb ítéletek kiszabása, és az életfogytiglani büntetések terjedése az elmúlt évtizedekben mutatja a bebörtönzés rehabilitációs gondolatának elhalványulását és az inkapacitációs irányultság előtérbe kerülését, amelynek elemzése, illetve az életfogytiglani büntetésben rejlő morális üzenet még mindig a tudományos érdeklődés középpontjában állnak. Az extrém hosszú ítéletek terjedése jelentősen hozzájárul a fogvatartotti populáció öregedéséhez is. Ez a folyamat egyre inkább előtérbe tolja a börtönbeli időszedés és halál, valamint a reintegráció speciális kérdéseit, és ez a jövőben várhatóan egyre több odafigyelést fog követelni a büntetés-végrehajtástól.

A reintegrációs elvek tekintetében voltaképpen az összes vizsgált csoportnál általánosnak mondható a strukturált módszerek és programok fölénye és preferenciája a hatékonysági vizsgálatok eredményeként. További fejlemény az erősségekre alapozó, a speciális igényeket megcélzó, és az identitás pozitív oldalait és az énhatékonyságot erősítő módszerek előtérbe kerülése és terjedése. Ez a szemlélet a jövőt helyezi a fókuszba, az „ártalomcsökkentés” mellett a rendelkezésre álló lehetőségek és erőforrások maximális kihasználását tekinti a fejlődés legjobb útjának. A tudományos eredmények szerint ez a reintegráció és szélesebb értelemben a büntetés-végrehajtás jövője.

7. FELHASZNÁLT IRODALOM

- Abracen Jeffrey – Langton Calvin M. – Looman Jan – Gallo Alessandra – Ferguson Meaghan – Axford Marsha – Dickey R. (2014): Mental health diagnoses and recidivism in paroled offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 58.No. 7. 765–779.
- Aday, Ronald – Wahidin, Azrini (2016): Older prisoners' experiences of death, dying and grief behind bars. *The Howard Journal of Crime and Justice*, Vol. 55. No. 3. 312–327.
- Barrick Kelle – Lattimore Pamela K. – Visher Christy A. (2014): Reentering women: The impact of social ties on long-term recidivism. *The Prison Journal*, Vol. 94. No. 3. 279–304.
- Beck Aaron T. – Schuyler Dean – Herman Ira (1974): Development of Suicidal Intent Scales. In: Beck Aaron T. – Resnik H. L. P. – Lettieri Dan J. ed. *The prediction of suicide*. Bowie ML, Charles Press. 45–46.
- Beck Aaron T. – Steer Robert A. (1989): *Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Behavior Data Systems (2012): *Prison Inmate Inventory*. Forrás: www.bdsltd.com (A letöltés dátuma: 2018. 07. 19).
- Brown Gregory P. – Hirdes John P. – Fries Brant E. (2015): Measuring the prevalence of current, severe symptoms of mental health problems in a Canadian correctional population: Implications for delivery of mental health services for inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 59. No. 1. 27–50.
- Canales Donald D. – Campbell Mary Ann – Wei Ran – Totten Angela E. (2014): Prediction of General and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Adult Offenders – Test of the Level of Service/Risk–Need–Responsivity (LS/RNR) Instrument. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 8. 971–991.
- Celinska Katarzyna – Sung Hung-En (2014): Gender differences in the determinants of prison rule violations. *The Prison Journal*, Vol. 94.No. 2. 220–241.
- Cero Ian – Zuromski Kelly L. – Witte Tracy K. – Fix Rebecca L. – Burkhart Barry (2017): Race, offense type, and suicide ideation: Tests of the interpersonal-psychological theory in juvenile offenders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1–15.
- Cramer Robert J. – Wechsler Hayley J. – Miller Sarah L. – Yenne Elise (2017): Settings: Current standards and recommendations for research, prevention, and training. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 23.No. 3. 313–328.
- Cristani Anette S. – Case Brian F. – Isakson Brian L. – Steadman Henry J. (2014): Understanding study attrition in the evaluation of jail diversion programs for persons with serious mental illness or co-occurring substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 6. 772–790.
- Daly Kathleen (1992): Women's pathways to felony court: Feminist theories of lawbreaking and problems of representation. *Southern California Review of Law and Women's Studies*, Vol. 2.No. 1. 11–52.
- Danto Bruce L. ed. (1973): *Jail house blues: Studies of suicidal behaviour in jail and prison*. Orchard Lake, MI, Epic Publication.
- De Smet Stefaan – Van Hecke Nele – Verté Dominique – Broekaert Eric – Ryan Denis – Vandeveld Stijn (2015): Treatment and Control: A Qualitative Study of Older Mentally Ill Offenders' Perceptions on Their Detention and Care Trajectory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, No. 59. 964–985.
- Degiorgio Lisa (2015): Establishing construct and predictive validity of the Prison Inmate Inventory for use with female inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 59.No. 2. 196–210.

- Dooley Enda (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972–87. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 156.No. 1. 40–45.
- Duff R. Anthony (2003): Penance, punishment and the limits of community. *Punishment & Society*, Vol. 5.No. 3. 295–312.
- Duthé Géraldine – Hazard Angélique – Kensey Annie – Shon Jean-Louis Pan Ké (2013): Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, Volt. 233. No. 1-3. 273–277.
- El Sayed Sarah A. – Piquero Alex R. – TenEyck Michael (2017): Differentiating between Moffitt’s developmental taxonomy and Silverthorn and Frick’s delayed-onset models of female offending. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 44.No. 4. 631–650.
- Fazel Seena – Wolf Achim – Geddes John R. (2013): Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disorders*, Vol. 15.No. 5. 491–495.
- Few-Demo April L. – Arditti Joyce A. (2014): Relational vulnerabilities of incarcerated and reentry mothers: Therapeutic implications. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 58.No. 11. 1297–1320.
- Gilbert Paul – Allan Steven (1998): The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, Vol. 28.No. 3. 585–598.
- Gobeil Renée – Blanchette Kelley – Stewart Lynn (2016): A Meta-Analytic Review of Correctional Interventions for Women Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 43.No. 3. 301–322.
- Gooding Patricia A. – Tarrier Nicholas – Dunn Graham – Awenat Yvonne – Shaw Jennifer – Ulph Fiona – Pratt Daniel (2017): Psychological characteristics and predictors of suicide probability in high-risk prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 44.No. 3. 1–15.
- Gottfried Emily D. – Christopher Sheresa C. (2017): Mental disorders among criminal offenders: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 23.No. 3. 336–346.
- Grills Cheryl – Villanueva Sandra – Anderson Michelle – Corsbie-Massay Charisse L. – Smith Bradley – Johnson Lester – Owens Kyri (2015): Effectiveness of Choice Theory Connections: A Cross-Sectional and Comparative Analysis of California Female Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 59.No. 7. 757–771.
- Haney Craig (2017): „Madness” and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment & Society*, Vol. 19.No. 3. 1–17.
- Hatty Suzanne E. – Walker John R. (1986): *A national study of deaths in Australian prisons*. Canberra, Australia, Australian Institute of Criminology.
- Hawton Keith – Linsell Louise – Adeniji Tunde – Sariaslan Amir – Fazel Seena (2014): Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*, Vol. 383.No. 9923. 1147–1154.
- Holden Ronald R. – Kerr Paula S. – Mendoca James D. – Velamoor V. R. (1998): Are some motives more linked to suicide proneness and others? *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54.No. 5. 569–576.
- Holmstrom Amanda J. – Adams Elizabeth A. – Morash Merry – Smith Sandy W. – Cobbina Jennifer E. (2017): Supportive messages female offenders receive from probation and parole officers about substance avoidance: Message perceptions and effects. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 44.No. 11. 1–22.

- Hornycsek Júlia (2014): *A tudományos kutatás elmélete és módszertana*. Budapest, Nemzeti Közszerológati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar.
- Horon Robert – McManus Todd – Schmollinger Justine – Barr Tiffany – Jimenez Megan (2013): A study of the use and interpretation of standardized suicide risk assessment: measures within a psychiatrically hospitalized correctional population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 43.No. 1. 17–38.
- Huey Dye Meredith – Aday Ronald H. – Farney Lori – Raley Jordan (2014): "The rock I cling to": Religious engagement in the lives of life-sentenced women. *The Prison Journal*, Vol. 94.No. 3. 388–408.
- Huey Dye Meredith – Aday Ronald H. (2013): „I just wanted to die” – Preprison and current suicide ideation among women serving life sentences. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 40.No. 8. 832–849.
- Joiner Thomas E. (2005): *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Jokinen Jussi – Forslund Kaj – Ahnemark Ewa – Asberg Marie (2010): Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 71.No. 8. 1025–1032.
- Jordan Joshua T. – Samuelson Kristin W. (2016): Predicting suicide intent: The roles of experiencing or committing violent acts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 46.No. 3. 293–300.
- Kele Ken (2016): The mentally ill and crisis intervention teams: Reflections on jails and the U.S. mental health challenge. *The Prison Journal*, Vol. 96.No. 1. 153–161.
- King Erin A. (2015): Outcomes of trauma-informed interventions for incarcerated women: A review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 61.No. 6. 1–22.
- Lamb H. Richard – Weinberger Linda E. (2017): Understanding and treating offenders with serious mental illness in public sector mental health. *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 35.No. 4. 303–318.
- Leigey Margaret E. – Ryder Michael A. (2014): The pains of permanent imprisonment: Examining perceptions of confinement among older life without parole inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 59.No. 7. 726–742.
- Lester David – Danto Bruce L. (1993): *Suicide behind bars: Prediction and prevention*. Philadelphia, PA, The Charles Press.
- Liebling Alison (1992): *Suicides in prison*. London, UK, Routledge.
- Liebling Alison (1995): Vulnerability and prison suicide. *British Journal of Criminology*, Vol. 35.No. 2. 173–187.
- Liem Marieke – Richardson Nicholas J. (2014): The role of transformation narratives in desistance among released lifers. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 6. 692–712.
- Lindqvist Per – Leifman Anders – Eriksson Anders (2007): Mortality among homicide offenders: a retrospective population-based long-term follow-up. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 17.No. 2. 107–112.
- Liu Liu – Chui Wing Hong (2014): Social support and chinese female offenders' prison adjustment. *The Prison Journal*, Vol. 94.No. 1. 30–51.
- Lurigio Arthur J. (2013): Forty years after Abramson: Beliefs about the criminalization of people with serious mental illnesses. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 57.No. 7. 763–765.
- Lynch Shannon M. – DeHart Dana D. – Belknap Joanne – Green Bonnie L. – Dass-Brailsford Priscilla – Johnson Kristine M. – Wong Maria M. (2017): An examination of the associations among victimization, mental health, and offending in women. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 44.No. 6. 1–19.
- Majer John M. – Harris Jasmine C. – Jason Leonard A. (2015): An Examination of Women Ex-Offenders With Methadone Histories. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 61.No. 6. 1–13.

- Mandracchia Jon T. – Smith Phillip N. (2014): The interpersonal theory of suicide applied to male prisoners. *Suicide Life Threatening Behavior*, Vol. 45.No. 3. 293–301.
- Marti Irene – Hostettler Ueli – Richter Marina (2017): End of life in high-security prisons in Switzerland: Overlapping and blurring of „care” and „custody” as institutional logics. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 23.No. 1. 32–42.
- Michalsen Venezia – Flavin Jeanne (2014): Not all women are mothers: Addressing the invisibility of women under the control of the criminal justice system who do not have children. *The Prison Journal*, Vol. 94.No. 3. 328–346.
- Moffitt Terrie E. (1993): Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, Vol. 100.No. 4. 674–701.
- Morash Merry – Kashy Deborah A. – Smith Sandi W. – Cobbina Jennifer E. (2015): The effects of probation or parole agent relationship style and women offenders’ criminogenic needs on offenders’ responses to supervision interactions. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 42.No. 4. 1–23.
- Nagtegaal Maria H. – Boonmann Cyril (2016): Conditional release of forensic psychiatric patients consistent with or contrary to behavioral experts’ recommendations in the Netherlands: Prevalence rates, patient characteristics and recidivism after discharge from conditional release. *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 34.No. 2-3. 257–277.
- Palermo George B. (2014): The mentally ill offender: Failed reintegration and recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 58.No. 7. 763–764.
- Palmer Emma J. – Hatcher Ruth M. – McGuire James – Hollin Clive R. (2015): Cognitive Skills Programs for Female Offenders in the Community. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 42.No. 4. 1–16.
- Pechorro Pedro – Gonçalves Rui Abrunhosa – Marôco João – Nunes Cristina – Jesus Saul Neves (2014): Age of crime onset and psychopathic traits in female juvenile delinquents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 58.No. 9. 1101–1119.
- Perczel Forintos Dóra – Sallai Judit – Rózsa Sándor (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, Vol. 16.No. 6. 632–643.
- Pratt Daniel – Tarrier Nicholas – Awenat Yvonne – Shaw Jennifer – Ulph Fiona – Gooding F. (2015): Cognitive behavioural suicide prevention for male prisoners: A pilot randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, Vol. 45.No. 16. 3441–3451.
- Pro George – Merzell Miesha (2017): Medical parole and aging prisoners: A qualitative study. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 23.No. 2. 1–11.
- Reynolds William M. (1991): *Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Rivlin Adrienne – Fazel Seena – Marzano Lisa – Hawton Keith (2012): Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. *Forensic Science International*, Vol. 220.No. 1-3. 19–26.
- Rivlin Adrienne – Ferris Robert – Marzano Lisa – Fazel Seena – Hawton Keith (2013): A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 34.No. 5. 335–347.
- Roma Paolo – Pompili Maurizio – Lester David – Girardi Paolo – Ferracuti Stefano (2013): Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Science International*, Vol. 10.No. 1-3. e1–e2.

- Saxena Preeti – Messina Nena P. – Grella Christine E. (2014): Who benefits from gender-responsive treatment? Accounting for abuse history on longitudinal outcomes for women in prison. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 4. 417–432.
- Schartmueller Doris (2015): Settling down behind bars: The extensive use of life sentences in Alabama. *The Prison Journal*, Vol. 95.No. 4. 449–471.
- Schinkel Marguerite (2014): Punishment as moral communication: The experiences of long-term prisoners. *Punishment & Society*, Vol. 16.No. 5. 578–597.
- Scott Christy K. – Grella Christine E. – Dennis Michael L. – Funk Rodney R. (2016): A Time-Varying Model of Risk for Predicting recidivism among women offenders over 3 years following their release from jail. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 43.No. 9. 1–22.
- Scott Christy K. – Grella Christine E. – Dennis Michael L. – Funk Rodney R. (2014): Predictors of recidivism over 3 years among substance-using women released from jail. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 11. 1257–1289.
- Scott Christy K. – Lurigio Arthur J. – Dennis Michael L. – Funk Rod R. (2016): Trauma and morbidities among female detainees in a large urban jail. *The Prison Journal*, Vol. 96.No. 1. 1–24.
- Silverthorn Persephanie – Frick Paul J. (1999): Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, Vol. 11.No. 1. 101–126.
- Smith Phillip N. – Selwyn Candice N. – Wolford-Clevenger Caitlin – Mandracchia Jon T. (2014): Psychopathic personality traits, suicide ideation, and suicide attempts in male prison inmates. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 3. 364–379.
- Smith Phillip N. – Wolford Caitlin – Mandracchia Jon T. – Jahn Danielle R. (2013): An exploratory factor analysis of the Acquired Capability for Suicide Scale in male prison inmates. *Psychological Services*, Vol. 10.No. 1. 97–105.
- Smoyer Amy B. (2014): Good and healthy: Foodways and construction of identity in a women's prison. *The Howard Journal of Crime and Justice*, Vol. 53.No. 5. 525–541.
- Snedker Karen A. – Beach Lindsey R. – Corcoran Katie E. (2017): Beyond the „revolving door”? Incentives and criminal recidivism in a mental health court. *Criminal Justice and Behavior*. Vol. 44.No. 9. 1–22.
- Solomon Richard L. (1980): The opponent-process Theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, Vol. 35.No. 8. 691–712.
- Steingrímsson Steinn – Sigurdsson Martin I. – Gudmundsdóttir Hafdis – Aspelund Thor – Magnusson Andres (2016): Mental disorder, imprisonment and reduced life expectancy – Anationwide psychiatric inpatient cohort study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 26.No. 1. 6–17.
- Stern Marc F. (2014): Society of correctional physicians calls for caution placing mentally ill on segregation: An important band-aid. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 20.No. 2. 92–94.
- Stewart Lynn A. – Farrell-MacDonald Shanna – Feeley Stacey (2017): The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 27.No. 4. 371–384.
- Stone Una – Liddell Marg – Martinovic Marietta (2017): Incarcerated mothers: Issues and barriers for regaining custody of children. *The Prison Journal*, Vol. 97.No. 3. 1–22.
- Sturup Joakim – Karlberg Daniel – Fredriksson Björn – Lihoff Tobias – Kristiansson Marianne (2016): Risk assessments and recidivism among a population-based group of Swedish offenders sentenced to life in prison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 26.No. 2. 124–135.

- Swogger Marc T. – Walsh Zach – Maisto Stephen A. – Conner Kenneth R. (2014): Reactive and proactive aggression and suicide attempts among criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 41.No. 3. 337–344.
- Tabernik Holly E. – Vitacco Michael J. (2016): Psychosis and Substance Use: Implications for Conditional Release Readiness Evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 34.No. 2-3. 295–307.
- Van Dongen Josanne D. M. – Buck Nicole M. L. – Barendregt Marko – Van Beveren Nico M. – De Beurs Edwin – Van Marle Hjalmar J. C. (2015): Anti-social personality characteristics and psychotic symptoms: Two pathways associated with offending in schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 25.No. 3. 181–191.
- Van Dongen Josanne D. M. – Buck Nicole M. L. – Van Marle Hjalmar J. C. (2014): First offenders with psychosis: Justification of a third type within the early/late start offender typology. *Crime & Delinquency*, Vol. 60.No. 1. 126–142.
- Van Dongen Josanne D. M. – Buck Nicole M. L. – Van Marle Hjalmar J. C. (2015): Unravelling offending in schizophrenia: Factors characterising subgroups of offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 25.No. 2. 88–98.
- van Ginneken Esther F. J. C. – Sutherland Alex – Molleman Toon (2017): An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 50. 76–82.
- van Orden Kimberly – Witte Tracy – Gordon Kathryn H. – Joiner Thomas E. (2008): Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 76.No. 1. 72–83.
- Wright Emily M. – DeHart Dana D. – Koons-Witt Barbara A. – Crittenden Courtney A. (2013): 'Buffers' against crime? Exploring the roles and limitations of positive relationships among women in prison. *Punishment & Society*, Vol. 15.No. 1. 71–95.

A Nemzeti Közzolgálati Egyetem kiadványa



Kiadó:

Nemzeti Közzolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet
www.uni-nke.hu

Felelős kiadó:

Prof. Dr. Kis Norbert rektorhelyettes
Címe: 1083 Budapest, Üllői út 82.

Kiadói szerkesztő:

Dorogi Katalin

Tördelőszerkesztő:

Mikes Vivien

ISBN 978-963-498-168-8 (elektronikus)