

Önkárosítás, öncsonkítás a fogvatartottak között

Az embernek azt a tudatos cselekvését, amely átmeneti egészségkárosodást okoz és lehetőséget teremt a munkából való távolmaradásra, önkárosításnak nevezük. Súlyosabb formáját, amely végleges állapotváltozást idéz elő, öncsonkításnak hívjuk.

Az utóbbi időben társadalmi problémává vált önkárosító cselekményekkel (az alkoholizmussal, a dohányzással és az olyan maradandó öncsonkító esetekkel, mint az öngyilkosság) e helyütt nem foglalkozom.

Az önkárosítás célja az esetek legnagyobb részében a munka nélküli jövedelemszerzés. A társadalombiztosítás ugyan mindenkit támogat betegsége idején, de arra is ügyel, hogy jogsértés ne következzen be. A munkavédelmi szabályok korszerűsítése, a balesetek okainak gondos kivizsgálása, valamint a munkahelyi vezetők anyagi érdekeltsége mind azt célozzák, hogy ne jussanak az emberek önkárosításból eredő előnyökhöz.

A büntetésvégrehajtás keretein belül az önkárosítást, illetve öncsonkítást elkövetőket más motiválja, mint a szabad életben. Itt nem az anyagi javak munka nélküli megszerzése, hanem az adott szituációból való kibúvás az elsődleges indok. Ezért az önkárosítók hajlandók még a kórházi kezelés, sőt esetleg a műtét kellemetlenségeit is elviselni. Több ezer esetet tanulmányozva megállapítható, hogy a kiváltó okok rendkívül szerteágazóak.

A fogvatartottak öncsonkítási cselekvéseinek feldolgozása, illetve ilyen témával foglalkozó orvosi tárgyú cikkek szinte csak magyar nyelven íródtak. Feltéhetően ennek az az oka, hogy a büntetésvégrehajtás egészségügyének — hazánkban létrehozott — szervezetéhez hasonló modell más országokban nincsen.

A Bv. Központi Kórházban nagy számban halmozódnak fel ilyen esetek, s ezért itt mód van statisztikai feldolgozásra, értékelésre és bizonyos következtetések levonására.

Az önkárosítás és öncsonkítás leggyakrabban előforduló formái az alábbiak: önkezűen metszett, vágott sebek a testen; idegen testek nyelése; valamint gyulladást keltő anyagok bejuttatása a szervezetbe.

Metszett, vágott seb

Osztályunkra 10 év alatt 2350 beteget hoztak önkezűen metszett sebbel, úgynevezett „falcolással”. A vágásokat leggyakrabban a csuklón, a könyökhajlaton, ritkábban a nyakon ejtik.

Az elkövetők jelentős része fiatalkorú. A hirtelen felindulás, a meggondolatlan vagányság, a magamutogatás kényszere, de nem egy esetben az adott közösségből való menekülés vágya motiválja a cselekményt. Ezt látszik alátámasztani az a tény is, hogy az esetek jelentős részében rövid időn belül gyógyuló, életet közvetlenül nem veszélyeztető kis beavatkozásokat hajtanak végre önmagukon.

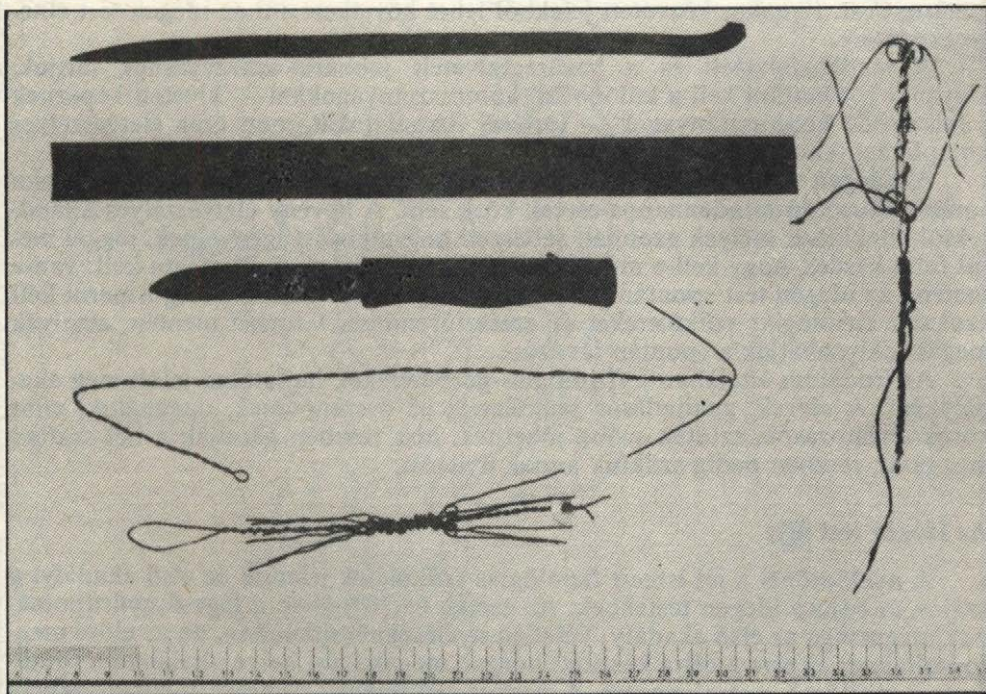
Az ilyenkor előforduló múltó rosszsullétek a végrehajtás következményei, nem a fájdalom, hanem a vér látványa váltja ki azt.

Súlyosabb vérvesztés és egyéb szövődmény akkor fordul elő, amikor az elkövető nem tudja pontosan kiszámítani a metszés mélységét. (Például ha ablaküvegbe csap bele szándékosan.) Ez esetben az érsérülésen és a következményes vérzésen kívül a legsúlyosabb szövődmény az ín- és idegsérülés, amely még az azonnali és gondos ellátás után is gyakran vezet maradandó károsodáshoz.

A 2350 betegből mindössze 47 vérzett ki úgy, hogy osztályunkra kerülvén vérátömlesztést kellett adnunk. Az ideg- és insérülések száma 32 volt. Ezeket az adatokat nézve látszólag csekély a szövődmények száma, a kérdés mégis figyelmet érdemel. Elsősorban azért, mert fiatalokú személyekről van szó, akik között sok tízszer vagy tíznél többször is hasonló cselekményt hajt végre rövid időn belül. Ennek következményeit pedig a szervezet egyre nehezebben tudja kiheverni. Ugyanakkor az esetleges melléksérülések következtében sokkal nagyobb a valószínűsége a maradandó elváltozások kialakulásának.

Idegen test nyelése

Idegen testnek minősül a gyomorbélrendszerben mindazon szilárd halmazállapotú anyag, amely a szájon vagy a végbélnyíláson keresztül jut be az emésztőcsatornába, s onnan rövidebb-hosszabb tartózkodás után spontán módon, a normál bélmozgással, vagy külső, rendszerint sebészi beavatkozás eredményeként hagyja el a gyomorbélrendszert. (Nem kívánok foglalkozni a szervezeten belül keletkezett és különböző kóros folyamatok láncolatán át az emésztőcsatornába kerülő idegen testekkel, mint például az epekővel.)



Elítéltek által nyelt tárgyak

Az idegen test a következő módon kerülhet a gyomorbélrendszerbe:

a) étkezés közben lenyelt csont, száalka formájában stb. — vagy foglalkozás közben szájba vett tárgyak véletlen lenyelése útján;

b) ugyanúgy véletlenül kerülnek lenyelésre a gyermekek által szájba vett tárgyak (gomb, golyó, pénz stb.);

c) az elmebetegek által, vagy zavart lelkiállapotban lenyelt idegen testek;

d) műszeres orvosi beavatkozások során a nem kellő technika, vagy az előre nem látható komplikáció miatt bekerülő idegen testek;

e) fentiekől eltérően a fogvatartottak szándékosan nyelnek le idegen testeket, hogy szabaduljanak a számukra kedvezőtlen helyzetből.

Az elkövetők zöme előre megfontolt szándékkal hajtja végre cselekményét, hogy elérje a tartós kórházi kezelést, de ha ez nem következik be, igyekszik önkézzel eltávolítani az idegen testet. Az elkövetők primitívsége és önkontrollhiánya összefügg alacsony iskolai végzettségükkel. Anyagunkban a betegek 17%-a analfabéta volt, 25%-a pedig négy általánosnál kevesebbet végzett. Csupán 4%-uk állt megelőzően valamilyen elmegyógyászati kezelés alatt.

Idegen testként a legkülönbözőbb tárgyak, használati eszközök vagy munkaeszközök szerepelhetnek. Jelentős azoknak az egészen furcsa idegen testeknek a száma, amelyeket leleményességüktől és technikai érzéküktől függően maguk a cselekményt elkövetők szerkesztenek. Ezek a tárgyak rendszerint nem jelentenek közvetlen életveszélyt az elkövetőkre nézve, csak a szituációból való szabadulás eszközei.

A diagnózis felállításában a körelőzmény gondos felvétele és a beteg panaszai a legfontosabbak. A leggyakoribb klinikai tünet — az idegen test elhelyezkedésétől függően — a nyelési nehézség, a nyálfolyás, a bizonytalan mellkasi vagy hasi fájdalom stb. A kórisme felállításában a legnagyobb segítséget a röntgenvizsgálat adja. Csekély azon esetek száma, amikor az idegen test nem ad röntgenárnyékot. Ilyenkor közvetett jelekből lehet következtetni az idegen test elhelyezkedésére.

A mellkasfelvételt és a hasüregfelvételt jobbra szükségesnek tartjuk. Ugyanakkor kerülni kell a különböző kontrasztanyagokkal — kivételt képeznek a felszívódó kontrasztanyagok — történő vizsgálatokat, mert ezek életveszélyes komplikációkhoz vezethetnek.

Az idegen test nyelése nem tartozik az általános orvosi, de a kórházi munka során előforduló mindennapos esetek közé sem. A heveny életveszélyes állapotoktól eltekintve, melyek azonnali sebészeti beavatkozást igényelnek, joggal merül fel a kérdés, hogy kell-e műtéti beavatkozás, vagy nem. Tisztázni kell: van-e remény az idegen test spontán távozására vagy nincs? Ehhez pedig ismerni kell azokat a fiziológiás szűkületeket az emésztőrendszer lefutása mentén, amelyek megakadályozhatják a spontán távozást.

Az irodalom általában a fiziológiás görbületeket, hajlatokat jelöli meg akadályként. A sérvek, gyulladásos szűkületek, az összenövések, daganatok, mint kóros elváltozások, szintén szóba jöhetnek, hisz részben gátolják a bél szabad mozgását, részben pedig szűkítik annak nyílását.

Az idegen test útja

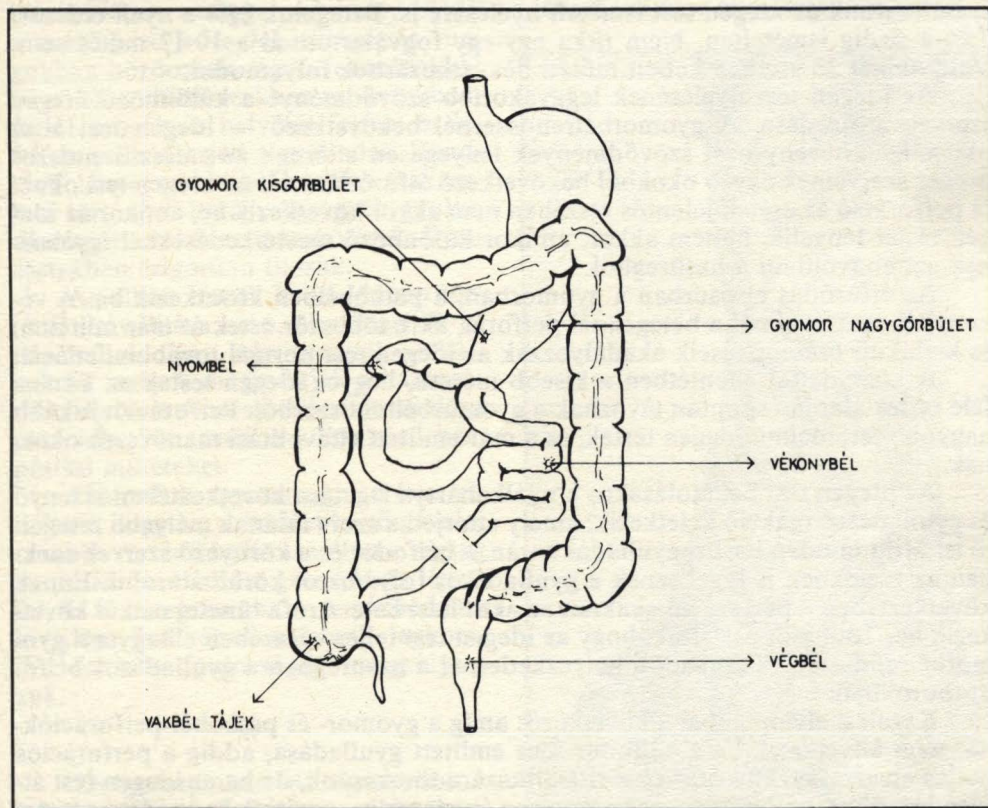
A nyelőcsőnél a jól ismert fiziológiás szűkületek jelentik az első akadályt a szájon át bejutó idegen testeknek. Az esetek 65-70%-ában a légcső gyűrűporcának magassága az első akadály. Véletlen nyeléseknél ritkábban, de az előre megfontoltaknál az erre a célra készített horgok megakadási helye általában a főütőér és a nyelőcső metszéspontja. A nagyér sérülésének veszélye miatt ez a hely közvetlen életveszélyt jelent!

Az idegen test a legkritikább esetben akad meg a gyomorszáj magasságában. A lenyelt idegen test gyakran első és utolsó állomása a gyomor. Ez statisztikánk szerint, egyéb irodalmi adatokkal megegyezően, az esetek számának kb. 47%-át teszi ki. A nagyobb tárgyak méreteiknél fogva természetesen megrekednek a gyomorban. Ez a méret egyénileg nagyon változó. Előfordul, hogy már egy 6-8 cm-es tárgy sem megy tovább a gyomorból, ugyanakkor arra is volt már példa, hogy egy 10-12 cm-es kanálnyel, illetve ennél nagyobb fűrészlap is akadálytalanul áthaladt a bélrendszeren. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy 13-14 cm-nél nagyobb tárgyak gyomorból való spontán eltávozására nem lehet számítani.

A gyomor után következő — talán legkritikusabb — akadály az idegen test számára a patkóbél. Az ezen áthaladó idegen test az esetek nagy százalékában már rövidebb-hosszabb idő múlva kiürül. Betegeink 78%-ánál spontán távozott a lenyelt idegen test a patkóbél utáni bélszakaszokból.

Miután tisztáztuk az idegen test megakadásának leggyakoribb helyeit, a helyes terápiás mód megválasztása érdekében meg kell határozni a spontán távozási időt is. Az elszett mûtéti beavatkozás jobban megviseli a beteget, mint a megterhelést nem jelentő spontán távozás.

Az idegen testek közel 50%-a önmagától, külső beavatkozás nélkül, az első héten kiürül. Tapasztalataink szerint az idegen testek túlnyomó többsége 14-18 nap alatt eltávozik a szervezetből. Ezért egyes szerzőkkel ellentétben az a véleményünk, hogy a mûtéti beavatkozással, ha közvetlen életveszélyről nincs szó, várni kell. Fontos ezt leszögezni, mert nem egy esetben kapunk járóbeteg-rendelőkből



Az idegen test által okozott átfürödások előfordulási helyei

és sebészeti osztályokról azonnali műtéti beavatkozás javallatával sürgős beteget éppen az esetek ritkasága és az ilyen irányú tapasztalatok hiányossága miatt.

Mikor operáljunk?

A közvetlen életveszélyt jelentő szövődmények esetében az azonnali műtéti beavatkozás végrehajtása nem képezheti vita tárgyát. Ám ha ilyen szövődmény nincs, akkor a műtéti indikációt csak a spontán távozási lehetőség mérlegelése után szabad felállítani. Mérlegelni kell a tárgy nagyságát, alakját, helyét és nem utolsósorban azt, hogy a beteg előző műtétei kapcsán kialakult összenövésai mennyire akadályozzák a spontán távozást, illetve növelik a műtét kockázatát.

A műtéti beavatkozásnál az alábbi szempontokra kell figyelni. A műtét tervezésekor nem szabad megfélekedezni az idegen test esetleges helyváltoztatásáról. Az idegen test tényleges helyzetének megítélését nehezíti a röntgenfelvétel elkészítése és a műtét közötti idő, valamint az a tény, hogy a röntgent rendszerint álló helyzetben, a műtétet pedig fekvé végzik. Ezért osztályunkon a műtétet közvetlenül megelőzően, ismételt röntgenvizsgálattal meggyőződünk az idegen test helyzetéről.

Azért hangsúlyozom a behatolással kapcsolatos problémákat, mert a nyelős betegek általában fiatal emberek. Átlagéletkoruk 27,2 év. Életük folyamán még más okokból is kerülhetnek műtetre, s a nem kíméletesen végrehajtott műtét utáni összenövések a további műtéteket jelentősen megehezítik. Sajnos gyakran számíthatunk az idegen test ismételt nyelésére is. Betegeink 25%-a nyelt először, 75%-a pedig ismételt. Nem ritka egy-egy fogvatartottnál a 10-12 műtét sem. Volt, akinél 30 esetben kellett műtéti beavatkozáshoz folyamodni.

Az idegen test nyelésének leggyakoribb szövődménye a különböző üreges szervek átfúródása. A gyomorbélrendszernek bekövetkező — idegen test által okozott — heveny hasi szövődmények lényegesen eltérnek az emésztőrendszer üreges szerveinek egyéb okokból bekövetkező átfúródásától. Az idegen test okozta perforáció az esetek jelentős részében nem akkor következik be, amikor az idegen testet lenyelik, hanem akkor, amikor különböző mesterkedésekkel igyekeznek azt eltávolítani a hasüregből.

Az átfúródás elsősorban a gyomorban, a patkóbélben következik be. A vékonybél csak azoknál a betegeknél perforál, akik többször estek át már műtéten, és kialakult összenövésük akadályozzák az idegen test normál továbbhaladását.

A köztudattal ellentétben a kisebb méretű, hegyes idegen testek az Exner-féle reflex alapján spontán távoznak a gyomorbélrendszerből. Perforációt inkább nagyobb terjedelmű idegen testek, és a már említett eltávolítási manőverek okoznak.

Az idegen test behatolásakor a nyálkahártya izgatása következtében vizenyő és gyulladási reakció keletkezik, amely átterjed a szerv falának mélyebb rétegeire is. Mint minden hasúri gyulladás során, a bélfodor és a környező szervek ezekben az esetekben is igyekeznek a gyulladási folyamatot körülhatárolni. Ennek következtében a perforáció gyakran az akut hasi katasztrófa tünetei nélkül következik be. Többször észleltük, hogy az idegen test teljes egészében elhagyta a gyomorbélrendszert, és szabadon helyezkedett el a hasüregben a gyulladási bélfodorburokban.

Kezelési elvünk tehát a következő: amíg a gyomor- és patkóbél-perforációknál nem következik be a bélfodor fent említett gyulladása, addig a perforációs nyílás elvarrásával a kóros rész eltávolítására törekszünk, de ha az idegen test átfúródást okoz, akkor az üreges szervet az ép részen megnyitjuk és az idegen testet eltávolítjuk anélkül, hogy feltárnánk a perforáció területét. Hiszen ilyenkor a

gyulladt, duzzadt, fellazult bélfal varrása szinte lehetetlen, és a belek védekezési mechanizmusának mesterséges megbontása hátráltatja a gyógyulást.

Nagyon lényeges annak tisztázása, hogy az idegen testet véletlenül vagy szándékosan nyelte le a beteg. Nemeszter találkoztunk olyan fogvatartottal, aki szabadságvesztés-büntetése alatt harmincnál több esetben feküdt osztályunkon idegen test nyeléssel, de egyetlen esetben sem került sor műtétre, mert a beteg minden esetben önkézüleg eltávolította az idegen testet. Ilyen esetekben várakozási álláspontra kell helyezkednünk, és ha a nem szakszerű eltávolítás után heveny lefolyású komplikációk állnak elő, akkor be kell avatkoznunk. Osztályunkon 10 év alatt közel 3500 idegen testet nyelő beteget vizsgáltunk, illetve kezeltünk.

Önkárosítás gyulladást keltő anyagokkal

Az utóbbi néhány évben az önkárosítás ezen ritka formája egyre nagyobb számban fordul elő. Osztályunkon két év alatt 98 ilyen esetet kezeltünk.

A cselekmény lényege, hogy különböző segédeszközökkel (tűvel, tollbetéttel) idegen anyagot (rendszerint gázolajat, sampont, hígítót) fújnak a bőr alá, a test különböző részeibe. Elsősorban a végtagok, főleg a lábszár, ritkább esetben a comb szerepel behatolási helyként, de előfordul, hogy a nyak bőre alá juttatják be a fent említett mérgező anyagokat.

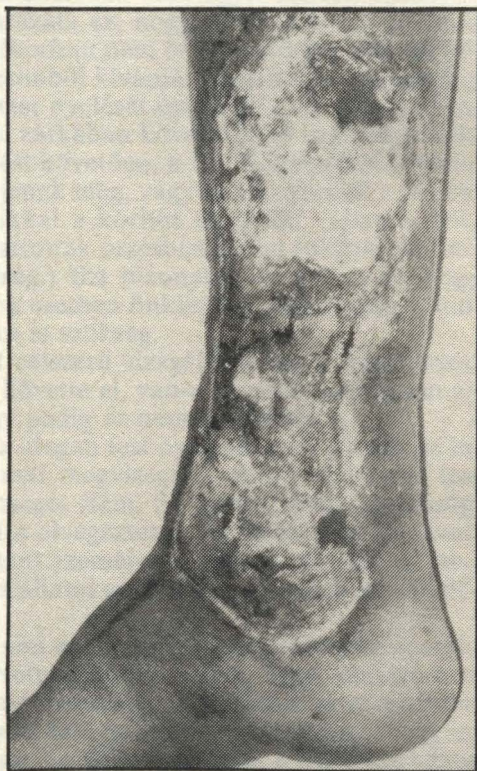
A gyulladást keltő anyagok elsősorban közvetlenül a bőr alatti rész elhalását idézik elő, de — figyelembe véve például a lábszár sajátos anatómiai helyzetét — a mélybe terjedés lehetőségét is magukban hordozzák. Apró feltárásokkal nem sokat érünk ezekben az esetekben, mivel a befúvás helyétől felfelé és lefelé messze elterjed a gyulladás. Rendkívül lényeges a minél korábbi szakaszban történő feltárás. Az egyéb gyulladásoknál szokásos párákötések ilyen esetekben szigorúan tilosak.

Az elhalt részek kellő időben történő eltávolítása után, általában 10-12 nap múlva olyan sebviszonyok alakulnak ki, melyek megindítják a hámosodást, illetve a sebalap teljes kitisztulása után lehetővé teszik a különböző bőrpótlási műtéteket.

Előfordult egyszer egy 16 éves elítélnél, hogy a gyulladást keltő gázolaj combba történő befúvása után a végtag amputációja ellenére gázoedema lépett fel, és a beteg meghalt. A gázoedema kivédése érdekében a lehető legkorábbi feltárás fontosságát hangsúlyozzuk.

*

Dolgozatomban a fogvatartottak között előforduló leggyakoribb önkárosítási, illetve öncsonkítási formákat



A gázolaj befúvása után ...

kivántam ismertetni. A rendelkezésünkre álló adatok és szerzett tapasztalataink bizonyos következtetések levonását teszik lehetővé.

A leírt cselekményeket zömmel egészséges fiatal emberek hajtják végre, ezért számukat feltétlenül csökkenteni kellene. Az irodalom tanúsága szerint ilyen mértékű önkárosító cselekmény más országok büntetésvégrehajtási gyakorlatában nem fordul elő.

Minekutána a cselekmény végrehajtására ösztönző okok rendkívül szerteágazók, a megelőzés szoros nevelési, őrzésbiztonsági, pszichológusi és orvosi együttműködéstől várható csupán.

Felülvizsgálendő az e cselekményekért foganatosított felelősségre vonás is. Gyakorlatunkban ugyanis az öncsonkítók büntetesként fogdafenyítést kapnak, ez azonban nem kellően elrettentő hatású, sőt a cselekmények jó részét éppen a fogdán követik el, hisz a fogdák túlsúlyfoltása, a nem kellő körültekintéssel végzett motozás jó alkalmat teremt. Sok esetben nem is lehet végrehajtani a fogdafenyítést, mert a fogvatartott ismételt önkárosító cselekményekkel ezt megakadályozza.

A nevelői munka napjainkban érzékelhető korszerűsödése hosszú távon eredményesen járul majd hozzá a megelőzéshez. A bekövetkezett önkárosító, illetve öncsonkító cselekmények következményeinek minimálisra csökkentése, szóval az orvosi rehabilitáció már most megoldottnak tekinthető. Talán az orvosi felvilágosításnak lehetne nagyobb szerepet szánni.

Összefoglalva: a megelőzés korszerűsítésétől, a különböző szolgálati ágak komplex együttműködésétől függ, hogy mennyi munkaképességében csökkent fiatal ember kerül vissza a társadalomba, büntetésének letöltése után.

Dr. Vagács András