

JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

A fiatalkorúak általi bűnelkövetés pszichiátriai aspektusa

Szerző: dr. Molnár András

Miskolc, 2017. április 27.

I. Bevezetés

A kóros elmeállapot büntetőjogi megítélése már a XIX. században is foglalkoztatta a jogalkotót, hiszen már az 1878. évi V. törvénycikk, a Csemegi Kódex is tartalmazta a 76.§-ában, hogy *"nem számítható be a cselekmény annak, a ki midőn azt elkövette, öntudatlan állapotban volt, vagy ha elmetehetsége meg volt zavarva, s e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt."*

A jelenleg hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 17. §-ának (1) bekezdése kimondja, hogy nem büntethető, aki a büntetendő cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követi el, amely képtelenné teszi cselekménye következményeinek a felismerésére, vagy arra hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

Ugyanezen szakasz (2) bekezdése értelmében a büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elmeműködés kóros állapota az elkövetőt korlátozza a bűncselekmény következményeinek a felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

A Legfelsőbb Bíróság a Büntető Törvénykönyv vonatkozó rendelkezése kapcsán a 3/1998. számú büntető jogegységi határozatában kifejtette álláspontját, miszerint *"nem önmagában a szakértő által véleményezett elmebetegségnek tulajdonít jelentőséget, hanem az elmeműködés olyan kóros állapotának, amely képtelenné teszi az elkövetőt a cselekmény következményeinek a felismerésére."*

A fentiek alapján a beszámítási képességet tehát a felismerési vagy akarati képesség, vagy mindkettő hiánya zárja ki. Önmagukban az egyes mentális zavarok, mint például elmebetegség, személyiségzavar nem zárják ki a beszámítási képességet, maga a beszámítási képesség akkor zárható ki, ha a pszichiátriai zavar hatására képtelen a cselekmény társadalomra veszélyes következményeinek a felismerésére, illetve ha az elkövető képtelen arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

A kóros elmeállapot büntetőjogi megítélése egy összetett szakkérdés, amelyről a bírósági eljárás során kirendelt igazságügyi pszichiáter szakértő foglal állást. E téren azonban az elmúlt évtizedekben jelentős mértékű változás következett be, hiszen számos olyan pszichiátriai betegség, amely korábban kizárta a beszámítási képességet, ma már akár teljes mértékben gyógyítható.

Jelen szakdolgozatban nem csak a kóros elmeállapotot, mint büntethetőséget kizáró okot kívánom bemutatni, hanem górcső alá veszem az összes olyan fiatalkorúak körében előforduló pszichiátriai problémát, amely bűncselekmények elkövetéséhez vezethet, hiszen a fiatalkorúak általi bűnelkövetés egyre inkább a társadalmi érdeklődés középpontjában áll különösen ha azt "pszichopatológias elkövetés" jellemzi.

A dolgozat első részében áttekintést kívánok adni arról, hogy mint jelent a gyermekpszichiátria, valamint azon belül az igazságügyi gyermekpszichiátria és hogyan alakult ki hazánkban, mely tudományterületek képezik a részét.

Ezt követően részletesen bemutatom a fiatalkorúak körében előforduló pszichopatológia zavarokat, kitérve arra, hogy ezek a pszichopatológiák milyen befolyással bírnak a bűncselekmények elkövetésében.

A dolgozat további részében kitérek a családi kontrollra, mint szocializációs tényezőre arra keresve a választ, hogy a családi kontroll gyengülése önmagában mennyiben járul hozzá a fiatalkorúak általi bűnözéshez, és maga a rossz szocializációs folyamat vezethet-e klinikai értelemben vett gyermekpszichiátriai betegség kialakulásához.

Ezt követi a már részletesen tárgyalt és a bűncselekmények elkövetésében is közreható pszichopatológia zavarok büntetőjogi értékelése, a beszámítási képesség tükrében.

Végezetül egy rövid áttekintést szeretnék adni arról, hogy az elmúlt években hogyan alakult a fiatalok által elkövetett bűncselekmények statisztikai mutatója.

II. Igazságügyi gyermekpszichiátria

Az igazságügyi gyermekpszichiátria részletes bemutatása előtt célszerű magáról a pszichiátriáról szólni.

"A pszichiátria a lelki betegségek tudománya, az orvostudománynak az az ága, amely a pszichés zavarok, betegségek diagnosztizálásával és terápiájával foglalkozik. Az emberi psziché működésének bonyolultságát mutatja, hogy egyes részfunkciói ugyan önmagukban is károsodhatnak, de minden esetben kihatnak a pszichés tevékenység egészére, tehát csak ezen belül, ennek összefüggésében vizsgálhatók.

A pszichés fejlődés zavarai nem tartoznak a klasszikus akadályozottságok (fogyatékoságok) közé. Ám az átlagtól eltérően fejlődő pszichikus funkciók miatt az átlagostól eltérő viselkedés, tanulási képesség alakul ki. Az állapotok jelentős részét az érzelmi és viselkedés zavarok, valamint a specifikus fejlődési zavarok, elsősorban a tanulási zavarok teszik ki.

Nemzetközi vizsgálat szerint a gyermekpopuláció 5-25 %-a gyermekpszichiátriai betegségben szenved."

Elmondható azonban, hogy vannak olyan pszichiátriai zavarok, amelyek gyermekkorban válnak felismerhetővé, azonban az idők során teljesen megszűnnek vagy más formában folytatódnak tovább.

Nem terjed ki azonban a szűkebb értelemben vett gyermekpszichiátria azokra az élethelyzetekre, amikor a gyermek nehézségekkel küzd és ebből az okból igényelne valamilyen pszichoterápiás segítséget. Sajnos az ilyen élethelyzetek igen gyakran vezetnek bűnelkövetéshez, hiszen a gyermek személyiségének a fejlődését rossz irányba befolyásolják, azonban ezek nem minden esetben vezetnek, a klinikai értelemben vett gyermekpszichiátriai betegség kialakulásához.

Amennyiben a szocializáció lassú, hiányos a kommunikáció és ez a beilleszkedésben tartós zavart okoz, úgy ez a személyiség fejlődésére is káros hatással van, alkalmazkodási zavarhoz vezethet.

A gyermekpszichiátria és az igazságügyi gyermekpszichiátria közötti különbségtétel abban rejlik, hogy míg a gyermekpszichiátria mindenre kiterjedő általános érvényű, addig az igazságügyi gyermekpszichiátria a polgári, illetve büntetőügyekben felmerülő speciális kérdésekre keresi a választ, így a gyermekpszichiátria speciális területét képezi.

A fentiek alapján az igazságügyi gyermekpszichiátria egy olyan összetett tudományterület, amelynek a gyermekgyógyászat, pszichiátriai és jogtudománynak azon területei képezik részét, amelyek az igazságügyi szakértői tevékenységgel állnak összefüggésben.

Mind a bírósági mind az azt megelőző nyomozóhatósági eljárás során a gyermekek, illetve fiatalok érdekeit biztosító döntések meghozatalához elengedhetetlen szakmai kérdések megválaszolása, melyek az eljárás alá vont gyermekkorú vagy fiatalok elmeállapotára vonatkoznak.

Nehéz helyzetben van azonban a kirendelő hatóság, hiszen Magyarországon kevés igazságügyi gyermekpszichiáter tevékenykedik, valamint maga a kirendelő általában nincs pszichológiai, orvosi, illetve pszichiátriai kompetenciák birtokában, így nehéz annak az eldöntése, hogy egy felmerült kérdés kapcsán a kirendelt személytől megalapozott válasz kapható-e.

Büntetőügyekben az elkövető elmebeli állapotának a vizsgálatára lehet szükség, az új Btk. akként rendelkezik, hogy a 12-14 éves kor közötti bűnelkövetők esetében a beszámítási, belátási és akaratnyilvánítási képesség meglétének a vizsgálata lényegi kérdés, azonban erre vonatkozóan még nincs kialakult egységes bírói gyakorlat.

A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 99. § (1) bekezdése értelmében ha a bizonyítandó tény megállapításához vagy megítéléséhez különleges szakértelem szükséges, szakértőt kell alkalmazni.

Ugyanezen szakasz (2) bekezdése értelmében szakértő alkalmazása kötelező, ha a bizonyítandó tény, illetőleg az eldöntendő kérdése személy kóros elmeállapota, illetőleg kábítószer függősége, ha a bizonyítandó tény, illetőleg az eldöntendő kérdés kényszergyógykezelés szükségessége.

III. Pszichopatológia a fiatalok körében

III.1. A viselkedészavar (conduct disorder) - CD , és az oppozíciós zavar ODD

Viselkedési zavar alatt az erőszakos megnyilvánulási késztetéseket értjük, amely leginkább más személyek alapvető jogainak a semmibe vételében, valamint az életkor szerint elvárható szociális normák és szabályok visszatérő megszegésében figyelhető meg.

Elmondható, hogy az oppozíciós zavar (ODD) , a conduct disorder (CD) és az antiszociális személyiségzavar (APD) egy súlyossági skálán három egymással kapcsolatban álló, egymásra épülő zavar. Az ODD-re jellemző a dacos viselkedés, az állandó vitatkozás, és a sértődékenység. Az ODD-től súlyosabb kategória a CD, amely az emberek és állatok iránti agresszióval, lopásokkal, csalásokkal és a szabályok súlyos megsértésével jellemezhető.

Amennyiben ezek a problémás viselkedések 18 éves kor fölött jelentkeznek, akkor antiszociális személyiségzavarról (APD) beszélünk.

A fentiek értelmében tehát az ODD, CD, valamint APD nem egymástól független kategória, hanem ugyanannak a zavarnak az eltérő egyre súlyosabb tünetei három egymást követő időpontban.

Az antiszociális személyiségzavarban szenvedő betegek egocentrikusak, jellemző rájuk az önimádat, könnyen válnak szélhámosokká, csalókká.

III.2. A figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD)

Ez a leggyakrabban előforduló gyermek és serdülőkori zavar, amely az esetek többségében felnőttkorban is folytatódik. Az ADHD hatással van a társas kapcsolatok fejlődésére, a kognitív készségek alakulására, és tünetei jelentős nehézséget jelentenek az élet számos más területén is, ide értve a tanulást, a munkába járást, az autózést, a társas életet, nemi életet és későbbiekben a gyermeknevelést is.

A 18 év alatti lakosság körében mintegy 3- 5%- gyakorisággal fordul elő, azonban még több azok körében, akik gyermekpszichiátriai ellátást igényelnek. Sokkal gyakrabban fordul elő azonban azoknál a gyermekeknél, akik gyermekpszichiátriai ellátást igényelnek, ott az arány 5-10 % között mozog, azonban ez az arány még tovább nő azoknál a fiataloknál, akik bűncselekményeket követnek el, ott az arány 18-72 %.

Az ADHD tünetei jellemzően a gyermek hét éves kora előtt jelentkeznek és legalább két helyzetben, mint például iskola, játszótér, otthon jelentkezik maga a funkciózavar.

Az ADHD tünettannal nagyon sok tekintetben hasonlít a viselkedési eltérésekre (CD/ ODD), azonban attól a tünettani kategorizálás elemeit figyelembe véve biztonsággal elkülöníthető.

Abban az esetben ha a viselkedési zavar (CD) és az ADHD együttesen van jelen a gyermeknél, ebben az esetben ez negatív hatással bír a gyermek hosszú távú pszichoszociális működésére, ekképpen sokkal hevesebb és súlyos fokú agresszivitás, alacsony önértékelés és szorongásos reakciók figyelhetők meg

Egységesen úgy vélik azonban a szakemberek, hogy maga az ADHD nem hajlamosító tényező az antiszociális személyiségzavar kibontakozására. Összességében elmondható, hogy nagyon fontos az ADHD időben történő felismerése és annak kezelése megfelelő terápiával, annak érdekében, hogy jelentősen csökkenjen a későbbiekben a kóros kórképek kialakulásának az esélye, továbbá fontos a

betegek és a szakemberek közötti kommunikációs kapcsolat, mindenek előtt a betegek igényeinek a figyelembe vétele.

III.3. A kóros függőség- szerfüggőség és játékszenvedély

A kóros függőség -szerfüggőség és játékszenvedély fogalmát, illetve annak jellemzőit dr. Sófi Gyula és dr. Fodor Miklós Igazságügyi gyermekpszichiátria című könyve alapján mutatom be az alábbiak szerint.

Függőségnek azokat a rendszeresen visszatérő kényszereket nevezzük, amelyeknek az adott személyre és környezetére nézve negatív hatásai vannak. A már kialakult függőségnek két fajtája van: a kémiai és a viselkedési függőség.

A kémiai függőség esetében valamilyen kémiai anyag használata, elfogyasztása elégíti ki a vágyat, ami gyakorlatilag a kényszeres kábítószer fogyasztást jelenti, amelynek a jellemzői a drog mindenáron történő beszerzésére és fogyasztására irányuló leküzdhetetlen vágy, valamint az elvonást követő szinte törvényszerű visszaesés.

A viselkedési függőség esetében egy viselkedési minta az, ami kényszeresen visszatér. A kialakulását az impulzus-kontroll és az önreguláció zavarai okozzák, mint például a kóros játékszenvedély, a munkamánia, a kényszeres vásárlások vagy a szexuális addikciók esetében.

A rendszeres kábítószer-fogyasztás két legfontosabb jellemzője a tolerancia és a dependencia.

A tolerancia lényege, hogy a rendszeres szerfogyasztás során az emberi szervezet mintegy "hozzászokik" az adott szerhez, amely a fogyasztó esetében a megszokott mennyiséggel hatásgyengüléshez vezet. Így a fogyasztónak a kívánt hatás eléréséhez folyamatosan emelnie kell az adag mennyiségét, amely beláthatatlan, adott esetben fatális következményekhez vezethet.

A dependenciának, azaz, a tulajdonképpeni függőségnek a lényege, hogy a szerfogyasztó mind testi, mind lelki értelemben függővé válik.

A testi függőség a szer megvonása után fellépő kellemetlen következményeket jelenti, ilyen például az ópiát elvonás (például morfin, heroin) után fellépő hasmenés.

A lelki függőség a drog használatával együtt járó eufória elmaradásával járó kínzó tünet. A lelki függőség akár hónapokig is eltarthat, a testi függőség hamarabb szűnik meg.

A pszichoaktív szereknek az alábbi csoportosítása ismeretes:

- stimulánsok csoportja, ezen belül az amfetamin és kokain
- hallucinogének (LSD, DOB, növényi alkaloidák)
- bódító szerek, ópiát származékok, (morfin, heroin, szintetikus analógok, ragasztó és hígító szerek)
- atipikus drogok (marihuána, PCP, designer drogok)

A fentiekén túlmenően "törvénykerülő" drognak számítanak és egyre inkább elterjednek egész Európában így hazánkban is az úgynevezett designer drogok, amelyek a kábítószer-listákon szereplő anyagoktól kissé eltérő kémiai szerkezetű (fél)szintetikus pszichoaktív szerek. E designer drogok közül a fiatalok körében a "kati" és "zsuzsi" drog a legelterjedtebb.

A fiatalok a droghasználat költségeinek a fedezése érdekében gyakran szembe kerülnek a törvénnyel e célból nagyon gyakoriak az autó- és lakásfeltörések, fiatalok, idősek kifosztása, amely általában tudat módosult állapotban történik.

A fentiek alapján elmondható, hogy a kábítószer használatnak és szerfüggőségnek komoly hatásai vannak az egyén, így a fiatalok viselkedésére, amely deviáns magatartásokban, rossz szociális kapcsolatokban nyilvánul meg.

Jellemzően romlanak a társas kapcsolatai, munkahelyi, iskolai teljesítménye, érdektelenné válik, és végső soron életének minden területét e függőségek határozzák meg.

III.4. Depresszió

Egészen a kilencvenes évekig uralkodó nézet volt, hogy a depresszió tünetei csak felnőttkorban jelentkezhetnek, azonban mai álláspont szerint a depresszió már kisgyermekkorban is előforduló betegség. A szakértők kapcsolatot véltek felfedezni a depresszió és a viselkedési zavar (CD) között, megállapítható ugyanis, hogy azoknál a bűnelkövető fiataloknál, akinél depressziót diagnosztizáltak, gyakrabban jelentkezik viselkedési zavar. A klinikai gyakorlatban a depresszió serdülőkori gyermekeknél 4-5 %-ban, míg serdülőknél 13-20 %-ban fordul elő. A bűnelkövető fiataloknál pedig még ennél is magasabb 11-30% az arány. Szoros kapcsolat figyelhető meg továbbá az ADHD és a depressziós zavar között, ugyanis azokban az ADHD-s családokban van legnagyobb kockázata a depresszió kialakulásának, ahol az antiszociális magatartás vezető tünete, illetve, ha kezeletlen marad az ADHD akkor depresszióba torkollik, így fontos a kezelése.

III.5. Bipoláris zavar

A bipoláris zavar nem más mint a hangulati és indulati élet szélsőséges emelkedettségének és nyomottságának váltakozásával járó elmebetegség.

Ezen betegség során a beteg lényeges hangulatváltozásai huzamosan hetektől hónapokig terjednek, és a beteg átél legalább egy olyan periódust, amelyben emelkedett a hangulata, majd ezt követi egy normális, kiegyensúlyozott, legalább két hónapig tartó szakasz, mielőtt megjelenik egy súlyosabb depressziós fázis.

E hangulati ingadozásokat nem lehet a skizofréniával, a pszichotikus zavarral vagy téves eszmével azonosítani. Maga a bipoláris zavar magában foglalhatja az I. típusú, a II. típusú bipoláris zavart, valamint a ciklotímiát.

" Az I. típusú bipoláris zavar:

E zavar szignifikáns sajátága, hogy a psychosis maniaco-depressiva lefolyása során a major depresszió mellett teljes mániás tünetegyüttes jelenik meg, amelyek váltakoznak egymással, és az öngyilkosság kockázata is óriási.

A II. típusú bipoláris zavar:

E mentális rendellenességben az enyhe mániás, azaz a hipomániás szakaszok váltakoznak major depresszív epizódokkal. Megjegyzendő, hogy csak olyan személyek esetében diagnosztizálható, akinél még soha nem jelentkezett teljes mánia.

A ciklotímia:

A psychosis maniaco-depressiva harmadik típusa a ciklotím zavar, melyet sok hipomán és enyhe depresszív tünet jellemez."

III.6. Szorongásos tünetegyüttes

Annak ellenére, hogy a szorongásos zavarok a fiatalkorúaknál igen gyakran -általában 3-22 % - előfordulnak mégsem állnak a pszichopatológiával foglalkozó kutatások előterében.

Noha a szorongásos zavaron belül további csoportok különíthetők el, mégis csak összefoglaló néven szorongásos zavarként kerülnek említésre a szakirodalomban. A szorongásos tünetegyüttes szoros kapcsolatban áll a viselkedési zavarral (CD). Általában azok a fiatalok, akiknél a szorongásos tünetek viselkedési zavarral társulnak, agresszívabb viselkedést tanúsítanak, és általában kisebb súlyú bűncselekményeket követnek el, ellentétben azokkal, akiknél izolált CD áll fenn.

III.7. Poszttraumás stressz-szindróma

Poszttraumás stressz-szindróma vagy más néven PTSD esetében olyan eseményt él át a személy, amely a szokványos emberi tapasztalatok körén kívül esik, és amely mindenkinél szorongást vált ki.

Ilyen esetben a beteg újra átélheti egy vagy többféle módon a megtörtént traumát, mint például visszatérő és betolakodó kínzó visszaemlékezések az eseményre. A traumát kiváltó eseménnyel kapcsolatban megjelennek mentális reprezentációk, belső képek, gondolatok, visszatérő kínzó álmiai keletkeznek az eseménnyel kapcsolatban, olyan érzése van, mintha a traumás esemény visszatérne.

Az is gyakori lehet, hogy fokozott pszichológiai fájdalom lép fel belső vagy külső jelek átélésekor, amelyek a traumás eseményt szimbolizálják, vagy arra emlékeztetnek.

A fiatalkorúaknál az átélt trauma eltérő jelekben nyilvánulhat meg. Jellemző, hogy a fiatalok elkerülik a traumára emlékeztető helyeket, az alkohol vagy kábítószer fogságába esnek, antiszociális viselkedést tanúsítanak, tiszteletlen romboló viselkedés lesz úrrá rajtuk.

Általánosságban elmondható, hogy a PTSD nagyobb eséllyel alakul ki a kisebbségek körében, aminek az lehet az oka, hogy a kisebbségeket több trauma éri vagy kevésbé kezelik a stresszt a traumát követően.

A PTSD -ben szenvedők egyrészt gyakran válnak bántalmazó személyekké, gyakori körükben a családon belüli erőszak, hiszen az ilyen beteg képtelen kezelni agresszióját, másrészt társas kapcsolataik megromlanak, ezáltal egyedül maradnak, nem lesz olyan személy akire számíthatnak.

III.8. Pszichózisok

A pszichózis alatt olyan állapotot értünk, amelyben a beteg kapcsolata megszűnik a realitással, a valósággal, és *"észlelésük, információfeldolgozásuk, a környezet ingereire való válaszkészségük oly mértékben torzul, hogy még a legegyszerűbb adaptív funkciók fenntartására is alig képesek"*.

A pszichózisra leginkább a hallucinációk és a téves eszmék a jellemzőek.

A skizofrénia vagy korábbi terminológiával élve tudathasadásos elmebetegég a pszichózis egyik formája, amely az elmeműködés zavarának súlyos formája, amelyet a különböző pszichés működések, mint az észlelés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás zavarai jellemeznek változatos iskolai és szociális működési zavarok kíséretében. A jellegzetes tünetek legalább 1 hónapon keresztül, de egyes jegyek 6 hónapon túl is fennállhatnak. Hirtelen kezdettel és lappangó formában is jelentkezhet.

A skizofrénia viszonylag ritkán fordul elő, hozzávetőlegesen a Föld lakosságának 1%-át érinti ez a betegség, azonban mégis ennek vannak a legtragikusabb következményei. Tünetei a férfiaknál jellemzően hamarabb kezdődnek, mint a nőknél, férfiaknál a húszas éveikben, míg nők esetében a 40-es, 50-es éveikben kezdődik a betegség. Ez a betegség 18 éves kor alatt nagyon ritkán fordul elő, a 13 éves kor előtt megjelenő betegséget gyermekkori kezdetűnek, míg a 18 éves kor előtti betegségkezdet esetén korai kezdetű skizofréniairól beszélünk.

Azt esetek többségében a kezdetet prodromális fázis előzi meg: szociális elszigetelődés, a tanulás vagy a munka iránti érdeklődés elvesztése, a higiéné és a testápolás elhanyagolása, szokatlan viselkedés vagy dühkitörések.

A skizofrénia a domináns tünetei alapján az alábbi alcsoportokra bontható:

- *paranoid típus*: Büntetőjogi szempontból ez a típus a legveszélyesebb, jellemző tünete az üldöztetés, a hallucinációk, amelyek általában akusztikusak, a hanghallások leginkább parancsokat tartalmaznak,

amelyek enyhébb esetben csak kritizálóak, bátorítóak, de súlyosabb esetben életellenes bűncselekményre is készíthetnek. Amennyiben a paranoid jelleg antiszociális személyiség zavarral társul, akkor általában az ilyen betegségben szenvedők követik el a legdurvább és legkegyetlenebb élet elleni bűncselekményeket, mint pl. különös kegyetlenséggel elkövetett emberölés, stb.

- Hebefrén vagy dezorganizált típus:* A skizofrénia e fajtáját az inkoherens, szétesett gondolkodás jellemzi. Meghatározó tünete az elnagyolt impulzív reakció, azaz az adott szituációban nincs semmilyen körülmény, amely ezt a reakciót kiváltaná.

- Katatón típusú:* Ezt a típust a pszichomotoros zavar jellemzi, ami gátoltság, mutizmus, vagy határozott stupor formájában jelenik meg, de jelentkezhet cél nélküli indokolatlan aktivitásfokozódás, zaklatott nyugtalanság formájában is.

- Differenciálatlan típus:* Nem tekinthető speciális kategóriának, akkor jön szóba, ha egyik altípusra jellemző tünetek sem merülnek fel. Differenciálatlan skizofréniairól beszélünk akkor is, amikor a pszichotikus tünetek adottak, de azok több típusnak a kritériumait is kimerítik.

- Reziduális típus:* Ennél a típusnál nincsenek meg a pozitív tünetek, de az akut fázist követően is folyamatosan fennáll a zavar.

IV. A pszichopatológiai zavarok büntetőjogi értékelése

Jelen fejezetben a bűncselekmények elkövetésében közreható pszichopatológiák büntetőjogi értékelésével foglalkozok, arra keresve a választ, hogy az elkövető beszámítási képességét a már korábban ismertetett és a bűncselekmények elkövetésénél közreható pszichopatológiai zavarok kizárják-e vagy sem.

A jelenleg hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 17. §-ának (1) bekezdése kimondja, hogy nem büntethető, aki a büntetendő cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követi el, amely képtelenné teszi cselekménye következményeinek a felismerésére, vagy arra hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

Ugyanezen szakasz (2) bekezdése értelmében a büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elmeműködés kóros állapota az elkövetőt korlátozza a bűncselekmény következményeinek a felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

A fentiek alapján látható, hogy a jogalkotó a büntethetőség szempontjából fontosnak tartotta elkülöníteni a mentális zavaroktól azokat a pszichiátriai állapotokat amelyek kórosak, így az elkövetőt akadályozzák vagy korlátozzák a bűncselekmény következményeinek a felismerésében vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

A korábban már részletezett pszichopatológiai zavarok büntetőjogi értékelését a személyiségzavarokkal kezdem.

A *személyiségzavarban* szenvedő betegek jóval veszélyeztetettebbek az átlagembernél a bűncselekmények elkövetése terén, hiszen nagyobb eséllyel okoznak közlekedési balesetet, gyakrabban lesznek alkohol -illetve drogfüggők. Büntetőjogi szempontból azonban a személyiségzavar nem értékelhető önmagában. Három csoportja van a személyiségzavarnak,

- a furcsa a különc személyiségzavar, amelybe a paranoid, a szkizotip és a szkizoid típusúak tartoznak,
- dramatikus személyiségzavar, amely csoportba, a borderliner, a hisztronikus a narcisztikus és az antiszociális személyiségű emberek tartoznak
- valamint a szorongók, dependensek, és obszesszív -kompulzív

Amennyiben az antiszociális jelleg paranoid személyiségzavarral társul, akkor kevert antiszociális (agresszív)- paranoid személyiségzavarról beszélünk, amely büntetőjogi szempontból a legellenszenvesebb antiszociális személyiségzavar, az ilyen betegségben szenvedők követik el a legsúlyosabb és legkönyörtelenebb életellenes bűncselekményeket. Az ilyen személyek mindenkivel szemben bizalmatlanok, mindenkit az ellenségüknek tekintenek. A büntetőeljárás során mind a nyomozási, mind a bírósági szakaszban tiszteletlenül és agresszíven viselkednek.

Mind az antiszociális személyiségzavarban, mind pedig a kevert antiszociális személyiségzavarban szenvedő elkövetők büntetőjogi értelemben beszámíthatónak minősülnek, így büntethetőek.

A fiatalkorúaknál leggyakrabban előforduló kevert nárcisztikus- antiszociális (agresszív) személyiségzavar nemi élet elleni bűncselekményeknél, vagy csalást és sikkasztást megvalósító törvényi tényállások során fordul elő, azonban ez az elmekórtani rendellenesség szintén nem minősül büntethetőséget kizáró okként.

„A disszociális személyiségzavar esetében kizárólag akkor lehet szó beszámítási képességet kizáró körülményről, ha a mentális abnormalitás olyan patológiás vonásokat mutat, vagy olyan pszichózissal áll fenn együttesen, amely a terheltet képtelenné teszi a cselekmény következményeinek a felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.”

A viselkedés zavarok közül büntetőjogi jelentősége leginkább a kleptomániának, a piromániának és az ismétlődő explozív zavarnak van az alábbiak szerint:

- A *pirománia* sajátos leginkább férfiakra jellemző impulzuskontroll- zavar, amelynek jellemző tünetei már gyermekkorban jelentkeznek azonban nem minősül büntethetőséget kizáró okként, annak ellenére, hogy ezek a betegek kezelendő pszichiátriai betegnek tekintendők.
- A kleptománia egy olyan impulzuskontroll-zavar, amely során az egyén képtelen ellenállni idegen tárgyak elvételének. A kleptomániát az különíti el a lopástól, hogy a kleptománia nem anyagi haszonszerzésre irányul, míg a lopást nem kíséri valamely pszichotikus állapot, vagy antiszociális személyiségzavar. Egyetért abban a szakirodalom, hogy a kleptománia annak ellenére, hogy pszichiátriai kezelést igényel, mégsem zárja ki a büntethetőséget
- Az explozív zavart olyan cselekmények jellemzik, amelyek a betegben, másokban vagy tárgyakban kárt okozhatnak. Az ilyen betegségben szenvedők súlyos élet vagy testi épség elleni bűncselekményeket szoktak elkövetni.

A fenti viselkedészavarok azonban annak ellenére, hogy jelentős gyötrelmet okoznak a betegnek és az ebben szenvedők fokozott veszélyt jelentenek a társadalomra, mégsem értékelhető büntethetőséget kizáró okként, sőt sok esetben még korlátozott beszámítási képesség sem állapítható meg fennállásuk esetén.

A fiatalkorúaknál gyakran előforduló már ismertetett bipoláris zavart emelném még ki a büntetőjogi értékelés kapcsán az alábbiak szerint.

Az I.típusú *bipoláris zavar* hatására elkövetett bűncselekmények esetében ha a teljes mánia vagy a major depresszió pszichotikus szakaszok nélkül zajlik, akkor korlátozott beszámítási képesség jöhet szóba, így a Btk. 17.§-ának (2) bekezdésében foglaltakat kell alkalmazni, attól függetlenül, hogy a kóros elmeműködés melyik szakaszában történt a bűncselekmény elkövetése.

Abban az esetben azonban, ha a pszichotikus teljes mániás és a pszichotikus tünetek nélküli major depresszió váltakozik egymással, és a beteg ilyen állapotban követ el bűncselekményt, és a bűncselekmény elkövetésének az időpontjában a pszichotikus teljes mániás szakaszban volt, ez az állapot képtelenné tette arra, hogy cselekménye következményeit felismerje, tehát a Btk. 17. §-ának (1) bekezdését kell alkalmazni, azaz az elkövető beszámítási képessége kizárt. Maga a ciklotímia a beszámítási képességet nem érinti.

Végezetül a skizofrénia büntetőjogi megítélését részletezem, tekintettel arra, hogy a büntethetőséget kizáró okok között leginkább ez fordul elő leggyakrabban

Mind az I.típusú és II.típusú és mind a differenciálatlan skizofrénia típusokról összességében elmondható, hogy a zajló stádiumban a betegek nincsenek felismerési és akarati képességeik birtokában. Így, tehát ha az elkövető az elmeműködés ilyen állapotában követ el bűncselekményt, akkor a hallucinációk és téveszmék miatt szinte biztosra vehető, hogy képtelen cselekménye következményeit reálisan megítélni, továbbá nem látja annak társadalomra veszélyességét sem.

Tekintettel arra, hogy hiányzik a fentiek alapján az elkövető beszámítási képessége, így a Btk. 17.§ (1) bekezdése szerint nem lesz büntethető.

Abban az esetben azonban ha az elkövető személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó bűncselekményt követ el és büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni, továbbá tartani lehet attól, hogy a jövőben hasonló cselekményt fog elkövetni, akkor kényszergyógykezelést kell elrendelni az erre kijelölt speciális zárt intézetben.

A szimplex skizofréniával kapcsolatban Nikula János érdekes álláspontot fogalmaz meg, ugyanis véleménye szerint aki a bűncselekményt a szimplex skizofrénia pszichotikus tünetek nélkül zajló állapotában követi el, annak büntetése korlátlanul enyhíthető a Btk. 17. § (2) bekezdése alapján.

V. A családi kontroll, mint szocializációs tényező

A fiatalkorúaknál felmerülő pszichopatológiai zavarok büntetőjogi értékelését követően úgy gondolom, hogy mindenképp érdemes szólni a fiatalkorúak szociális helyzetéről, hiszen a fiatalkorúak általi bűnelkövetés szoros összefüggésben áll a családi kontroll gyengülésével.

Ma Magyarországon alapvetően kétféle családtípus létezik. A Jogilag rendezett teljes család, amely az együtt élők olyan kis közössége, amely szülőkből és kiskorú vagy nem kiskorú, de még a szülőkkel együtt élő gyermekekből áll, amelyben a szülők házasságban élnek, és a nem vér szerinti gyermekek helyzete is örökbefogadással vagy más módon de jogilag rendezett. Magyarországon ez a legelterjedtebb családtípus.

A másik csoportot a jogi szempontból részlegesen rendezett családok alkotják, amelynek szerkezet és összetétele megegyezik az előzővel, ám a szülők nem kötöttek házasságot, csak élettársak, a gyermekek nem vagy nem mindegyike az adott szülői kapcsolatból származik és a családi jogállása nem egyértelműen rendezett.

A családi szocializáció nagyon fontos szerepet játszik abban, hogy később a gyermek felnőttként megfelelő magatartást fog-e tanúsítani. A szocializáció az a tanulási folyamat, amelynek során a gyermek megszerzi a tudást, a gyakorlati ismereteket, készségeket, amelyek birtokában később részt vesz majd a társadalomban, illetve egyes csoportok életében. Gyermekkorban tanulják meg az emberek a konkrét felnőttkorukban betöltendő szerepeket, amelyek később saját családjuk struktúráját is meghatározzák. A szocializáció utánpótlás alapján megy végbe, vagyis a gyermek a modellként szolgáló szülői viselkedést követi, amely segíti a magatartásminták elsajátítását. A gyermek azonosul azzal akit utánoz, így a gyermek annak a személynek követi a magatartását, vagyis azt utánozza, akivel azonosulni tud. Ezekre figyelemmel is fontos, hogy a szülő jó példát, mintát mutasson a családban a gyermekének. Hazánkban a gazdasági helyzetből is adódóan egyre gyakoribb, hogy több generáció kényszerül együtt élni egymással egy fedél alatt.

Ilyen esetekben elkerülhetetlen, hogy hosszabb távon ne alakuljon ki valamiféle feszültség, ami leginkább akkor jellemző, ha a három generáció más-más családtípust képvisel.

Véleményem szerint amennyiben a család nem nyújt a gyermek számára megfelelő anyagi, kulturális, morális és érzelmi feltételeket, akkor a gyermek maga keres követendő ideálokat, cselekedeteit nagymértékben befolyásolják a másoktól ellesett példák, eszmék, a spontán élettérzések.

A bírói gyakorlat során megfigyelhető, hogy a bűnelkövetők, így a fiatalok többségének a tényleges családi helyzete eltér a hagyományos családmódtól, többségük jogilag nem rendezett családban él, gyakori közöttük a többcsaládos, a többgenerációs együttélési forma.

Egy tanulmány szerint a *„bűnös viselkedési mintát átörökítő vizsgált 123 család mint kisközösség igen sok szempontból eltér az átlagtól. A formális, jogi státuszt tekintve a vizsgált családfők között a társadalmi átlagnak több mint ötszöröse (27,6%) volt az elváltak aránya. (A 15 évesnél idősebb népességben az elváltak aránya 5,0%!) A tényleges családi helyzet azonban eltér a normálistól, hiszen*

majdnem minden ötödik család életközösségi, tehát jogilag nem szentesített kapcsolatban él. Gyakori a többcsaládos, ezen belül a kettőnél több generációs együttélési forma. A családi kisközösségeknek csak mintegy háromnegyed része él szokásos – egy-két generációs – együttélési formában. A fennmaradó 25%-nál három-négy generáció lakik egy fedél alatt. Ha ehhez még hozzászámítjuk az átlagostól lényegesen eltérő gyermekszaporulatot, akkor világossá válik, hogy a családi közösség a társadalomnak ebben a csoportjában lényegesen népesebb."

Az Országos Kriminológiai Intézet 51. számú Kriminológiai Tanulmányok című összefoglalójában végzett kutatás foglalkozott az emberölési bűncselekményeket megvalósító fiatalkorúakat veszélyeztető rizikófaktorokkal. Az elemzés 2011-ben kezdődött és 2005 és 2009 között hozott jogerős ítéleteket vizsgáltak 115 büntetőügyben 165 14 és 24 év közötti elkövető vonatkozásában.

A kutatás során többek között arra a következtetésre jutottak, hogy a szülők válásánál sokkal nagyobb probléma a terhelt családjának az instabilitása, illetve, hogy a terheltnek volt-e kapcsolata az édesapjával. A kutatás legjelentősebb eredménye volt az apahiány rendkívül magas előfordulási aránya: az összes elkövető egyharmadának biztosan nem volt jelen az édesapja az életében, vagyis hiányzott a férfiminta a terhelt életéből.

Szintén a családi stabilitás fontosságát igazolta az az adat is, miszerint a terhelteknek csak a 22,4%-a nőtt fel saját szüleivel rendezett családban.

Összességében elmondható, hogy maga a családi kontroll gyengülése, illetve a rossz szocializációs folyamat a gyermek személyiségének a fejlődését rossz irányba befolyásolja, azonban ezek nem minden esetben vezetnek a klinikai értelemben vett gyermekpszichiátriai betegség kialakulásához, ugyanakkor szoros kapcsolat figyelhető meg az elkövető szociális helyzete és a bűncselekmény elkövetése között.

A Legfőbb Ügyészség által 2013-ban készített a gyermekkorúak és a fiatalkorúak bűnözésével összefüggő egyes kérdésekről szóló tájékoztató, amely szerint a büntetőjogilag felelősségre nem vonható

gyermekkorú elkövetők száma az elmúlt 5 évet figyelembe véve csökkenő tendenciát mutat (2008-ban 3433, 2012-ben 2604). A gyermekkorú elkövetők száma 2012-ben lakóhely szerinti megoszlás alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 482 (18,51%) a legmagasabb, ezt követi sorrendben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 333 (12,79%), valamint Jász-Nagykun-Szolnok megye 217 (8,33%).

A gyermekkorúak által elkövetett bűncselekmények közül a vagyon elleni bűncselekmények voltak a leginkább jellemzőbbek. E bűncselekmények elkövetőinek aránya az elmúlt öt évben 59,6%-71,42% között mozgott.

Ugyanezen ügyészségi tájékoztató szerint a fiatalkorú bűnelkövetők száma 2012-ben 10 056 volt, 8,9%-kal kevesebb a 2011. évi 11 034-nél. A fiatalkorú bűnelkövetők lakóhely szerinti megoszlását vizsgálva megállapítható, hogy 2012-ben Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (12,87%) volt a legmagasabb az arányuk, emellett Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (9,64%) és a fővárosban (8,34%) volt magasabb az arányuk az átlagosnál.

Az elmúlt 5 éves időszakban a fiatalkorú bűnelkövetők is a legnagyobb arányban vagyon elleni bűncselekményeket követtek el, de ez az arány egyenletesen csökkenő tendenciát mutat (2008. év: 60,68%, 2012. év: 51,12%).

A fiatalkorúak által elkövetett bűncselekményeknél megjelenik az alkohol (5,94%), illetve kábítószer fogyasztás (3,31%), mint leggyakoribb közreható okok.

2014. évben is csökkentek a mutatók, mely szerint 1488 gyermekkorú elkövető és 8806 fiatalkorú elkövető vált ismertté a hatóságok előtt.

A tavalyi évben pedig még további csökkenés következett be, például a 13. életév alatti elkövetők száma 1136 volt.

VI.Összefoglalás

A dolgozat összegzéseként rá szeretnék világítani arra, hogy a bűncselekmények fiatalok általi elkövetésénél milyen nagy jelentőséggel bírnak a pszichiátriai megbetegedések.

A vonatkozó bűnügyi statisztikák alapján megállapítható, hogy szerencsére évről évre egyre kevesebb bűncselekményt követnek el a gyermek- és fiatalok, azonban számuk így is jelentősnek tekinthető, hiszen hazánk társadalma "előregedőben" van.

A dolgozatban már utaltam az OKRI által a fiatalok és fiatal felnőttek elkövetők által megvalósított emberölési ügyek vizsgálatán alapuló tanulmányra. Ezen tanulmány rámutatott arra, hogy a legsúlyosabb élet elleni cselekményeket elkövető 165 vizsgált fiatalok és fiatal felnőttek közül gyakorlatilag minden harmadik elkövető (31,5%-uk) már a cselekmény előtt is fennálló, mentális betegségben vagy mentális zavarban szenvedett. A legtöbb esetben személyiségzavar került megállapításra a vizsgált ügyekben kirendelt elmeorvosok által, amely rámutat arra, hogy a személyiségzavarban szenvedő betegekben mekkora veszély rejlik a bűncselekmények elkövetése terén. A vizsgált fiatalok között nagy arányban voltak azok, akik semmilyen kezelésben nem részesültek. A tanulmány szerint ennek az oka az általam már ismertetett családi háttérben keresendő, mert a család nem foglalkozott a gyerekekkel, így a szociális jelzőrendszerből az elkövető kiesett (tipikusan: iskolakerülés miatt) .

Véleményem szerint fontos lenne, hogy azok a személyek, akik a gyermekvédelemben részt vesznek, mint pl. védőnő, gyermekorvos, pedagógusok, időben jelezzék a megfelelő szervek felé ha a gyermeknél valamilyen mentális eltérést tapasztalnak.

Irodalomjegyzék

- Comar, Ronald J: A lélek betegségei Osiris Kiadó Budapest, 2000
- EMMI szakmai irányelv a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismezéséről , kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban (Egészségügyi Közlöny 2017/3.)
- Gyökössi Endre: Házasságápolás, Szent Gellért Kiadó és Nyomda,

- Lőw Tóbiás: A Magyar Büntetőtörvénykönyv a Büntettekről és Vétségekről és Teljes Anyaggyűjteménye Budapest, 1880.

- Nikula János: A kóros elmeállapotok egyes válfajainak pszichiátriai és büntetőjogi értékelése, Bűnügyi Szemle, 2009. 4. szám

- Dr. Sófi Gyula- dr. Fodor Miklós, Igazságügyi Gyermekpszichiátria Oriold és Társai , Budapest 2014.

- dr. Szabó Edit gyermek és ifjúság-pszichiátria szakvizsgával rendelkező pszichiáter, gyermekorvos, igazságügyi szakértő előadásanyaga, a Fiatalok ügyeinek szakjogásza szakirányú továbbképzési szak ,Miskolci Egyetem ÁJK 2016/17. tanév 1. félév

- Tájékoztató a gyermekkorúak és a fiatalok bűnözésével összefüggő egyes kérdésekről Kiadja:Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztály 2013.

- Tájékoztató a 2014.évi bűnözésről , Legfőbb Ügyészség Budapest, 2015

- Tasnádi Ágnes: A pszichés fejlődés zavarai típusainak felismerése, sajátosságai és életviteli jellemzői, NSZFI Általános gyógypedagógiai asszisztensi feladatok, Új Magyarország Fejlesztési terv, a tartalomelem azonosító száma és célcsoportja Szt-018-50

Internetes hivatkozások:

- Czeglédi Ildikó: A család szerepe mindennapjainkban, Mindennapi pszichológiai internetes forrás

:<http://mipszi.hu/cikk/100817-csalad-szerepe-mindennapjainkban> 2017. 01. 13.

●[https://hu.wikipedia.org/wiki/Csal%C3%A1d_\(szociol%C3%B3gia\)#Csal.C3.A1dt.C3.ADpusok_a_mai_Magyarorsz.C3.A1gon](https://hu.wikipedia.org/wiki/Csal%C3%A1d_(szociol%C3%B3gia)#Csal.C3.A1dt.C3.ADpusok_a_mai_Magyarorsz.C3.A1gon) 2017. 01. 13.

●<https://mno.hu/belfold/kevesebb-az-emberoles-tobb-a-drog-magyarorszagon-13693672017.04>. 11.