

A fiatalok bűnelkövetők körében leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek

BELLAVICS Mária Zsóka¹

A bűnelkövetés és a pszichés állapot kapcsolata régóta foglalkoztatja a tudományos világot. Az utóbbi időben számos tanulmány születik, amelyeknek célja, hogy felderítse a bűncselekmények alakulásában az esetlegesen fennálló pszichiátriai zavarok szerepét. Ennek a kapcsolatnak a tanulmányozása a fiatalok bűnelkövetők körében különösen fontos, hiszen a gyermek-, illetve serdülőkor mind a bűnözői karrier és a pszichés kórképek szempontjából kritikus időszak. Kutatások több pszichiátriai kórképet azonosítottak, amelyek a normál populációnál a fiatalok bűnelkövetőket jóval nagyobb arányban érinti. Ezek közül a legnagyobb jelentősége a diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedésszavaroknak, a szerhasználati zavaroknak, a figyelemzavaros hiperaktivitásnak, a hangulati zavaroknak, bizonyos pszichotikus kórképeknek, illetve a személyiségfejlődés egyes zavarainak van. Mivel a pszichiátriai kórképek megjelenése és lefolyása mind időben, mind pedig az érintett személyek által produkált tünetek mentén is igen heterogén, ahhoz, hogy megértsük a természetüket, nem elegendő az egyes diagnosztikai kategóriákat ismerni, hanem fontos minél érzékletesebb képet szerezni a gyakorlatban való megjelenésükről. Ennek azért is van jelentősége, mert ezek az állapotok sokszor meghatározzák az abban szenvedőnek az életvitelét, viselkedését, nagyban alakítják személyiségét, illetve a szociális környezetére is hatást gyakorolnak, így szerepük lehet a deviancia alakulásában is. Ennek a tanulmánynak a célja, hogy a fiatalok bűnelkövetőket leggyakrabban érintő mentális zavarokat, lehetőleg minél gyakorlatiasabban és életeresűbben bemutassa.

Kulcsszavak: fiatalok, bűnelkövető, pszichiátriai zavar

1. Bevezetés

A pszichiátria egy orvosi diszciplína, tárgya az emberi pszichét érintő kórképek tanulmányozása, felismerése és kezelése. A pszichiátriai tudás alkalmazására a bűnözéssel

¹ Dr. Bellavics Mária Zsóka tudományos segédmunkatárs, Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendésztudományi Kar Kriminálpszichológiai Tanszék, Kriminálpszichológiai Kutatóműhely; doktori hallgató, Nemzeti Közszerológiai Egyetem Rendésztudományi Doktori Iskola.

Mária Zsóka Bellavics research assistant, University of Public Service Faculty of Law Enforcement Department of Criminal Psychology; PhD student, University of Public Service Doctoral School of Police Sciences and Law Enforcement. E-mail: bellavics.maria.zsoka@uni-nke.hu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4678-693X>

szemben folytatott küzdelem során számos lehetőség adódhat. Ezek közé tartozik a bűnelkövetők elmeállapotának vizsgálata, amelynek a büntethetőség meghatározásában igen nagy jelentősége van.² Alkalmazható lehet bűnözői profilalkotás során is, amikor a bűncselekmények és pszichiátriai állapotok közti kapcsolat alapján határoznak meg bűnözői típusokat, és ezzel a gyanúsítottak körét leszűkítik. A kóros mentális állapotok ismeretével rendelkező rendőr magabiztosabban és nagyobb hatékonysággal tudja megközelíteni a pszichés problémával küzdő személyeket intézkedései során, és ezáltal ő is nagyobb biztonságban van. Lehetőség adódhat a pszichiátriai tudás kamatoztatására a büntetés-végrehajtás kapcsán is. Ez megvalósulhat a pszichésen érintett fogvatartottak felismerésében és kezelésében. Másrészről felhasználási lehetőség lehet a pszichés eltéréseken alapuló tipológia kialakítása, amelyre támaszkodva előre jelezhetővé válhat a fogvatartottak viselkedése a klauzúra során, és ennek megfelelő intézkedésekkel – például az elhelyezés során bizonyos személyek elkülönítésével – megelőzhetővé válnak személyi sérüléssel járó incidensek. Ezekon a példákon keresztül érzékelhető, hogy a kóros elmeállapotokat felölelő tudás kellő kreativitással igen változatos módokon támogathatja a rendészeti munkát.³

A bűnelkövetők között különös helyet foglalnak el a fiatalokorú bűnelkövetők. A bűnözői karrier kezdete sokszor a serdülőkorra tehető, illetve ebben a korcsoportban kiugróan magas a bűnelkövetési ráta.⁴ A pszichiátriai kórképek szempontjából is fokozott figyelmet igényelnek a serdülők, mivel körükben még számos gyermekpszichiátriai kórkép jelen lehet, de már az egyébként felnőttekre jellemző zavarok is előfordulhatnak. Számos, a bűnelkövetés és a pszichiátriai zavarok kapcsolatát tanulmányozó munka fiatalokorúakra fókuszál. Az eddigi eredmények alapján a fiatalokorú bűnelkövetőket sokkal nagyobb arányban érintik pszichés kórképek, mint a normál populációt, és a körükben gyakrabban előforduló mentális zavarok is eltérnek a deviáns viselkedést nem mutató fiatalokat sújtó kóros állapotoktól.⁵ Az eddigi nemzetközi adatok alapján ebben a populációban a leggyakrabban előforduló pszichiátriai zavarok a következők: viselkedészavar, oppozíciós zavar, intermittáló explozív zavar, szerhasználati zavarok (droghasználati és alkoholhasználati zavar), figyelemzavaros hiperaktivitás, bipoláris affektív zavar, a major depresszió, a pszichotikus zavarok és a személyiségfejlődési zavar.⁶ Hazánkban is zajlanak fiatalokorú bűnelkövetők pszichés állapotát vizsgáló kutatások. Egy a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar Krimi-

² Sófi Gyula: A szakértői tevékenység jogi szabályozása. In Sófi Gyula – Fodor Miklós. *Igazságügyi gyermekpszichiátria*. Budapest, Oriold és Társai, 2014. 21–29.

³ Julio Arboleda-Flórez: Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry*, 5. (2006), 2. 87–91.; Edwin I. Megargee: I: the need for a new classification system. *Correctional Psychologist*, 4. (1977), 2. 107–114.

⁴ Alex R. Piquero – David P. Farrington – Alfred Blumstein: The criminal career paradigm. *Crime and Justice*, 30. (2003), 359–506.

⁵ János Csorba et alii: Epidemiological investigation of psychiatric diseases of Transdanubian adolescent outpatients. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9. (2008), 1. 35–59.; Seena Fazel – Helen Doll – Niklas Långström: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47. (2008), 9. 1010–1019.

⁶ Fazel–Doll–Langström (2008) i. m.

nálpszichológia Tanszék keretén belül működő Kriminálpszichológiai Kutatócsoport részéről folytatott fiatalok bűnelkövetők pszichés állapotát vizsgáló tanulmány eddig publikált részeredményei alapján elmondható, hogy a hazai fiatalok bűnelkövetők hasonló pszichiátriai kórképektől szenvednek, mint külföldi társaik.⁷ A jelen tanulmányban a fent megjelölt, a fiatalok bűnelkövetőket leginkább sújtó betegségeket mutatom be. Mivel a terjedelmi korlátok nem engedik meg a mélyrehatóbb vizsgáldást, a betegségek tüneti szinten való megjelenítésére szorítkozunk, igyekezve azok minél gyakorlatiasabb bemutatását. A betegségek leírása során az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kialakított DSM-5 (*Classification of Mental and Behavioral Disorders – a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve*) által meghatározott tüneti konstellációkra támaszkodunk. A DSM-5 klasszifikációs rendszer az egyes pszichiátriai állapotok fenomenológiai szemléletű meghatározását tartalmazza, vagyis a kórképek megjelenésére szorítkozik.⁸ Célunk, hogy a pszichiátriában alapvetően nem jártas, egyéb területeken dolgozó szakemberek számára minél érthetőbben és megragadhatóbban írjuk le ezeket a sokszor színes és változatos patológiákat.

2. A fiatalok bűnelkövetők között leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek

2.1. Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok

Ebbe a betegségecsoportba a viselkedés és az impulzus kontrolljának zavarai tartoznak, amelyek a fiatalok bűnelkövetőket leggyakrabban érintő kórképek.

2.1.1. A viselkedészavar

A viselkedészavar gyermekeknél és serdülőknél előforduló stabil viselkedésmintázat. Jellemző az alapvető szociális normáknak a tiszteletben tartására való képtelenség, azok notórius áthágása. Az eltérés a fiatalok bűnelkövetők akár 80%-át is érintheti.⁹ Az érintettek képtelenek mások alapvető jogait tiszteletben tartani. Négyféle típusa létezik a viselkedészavarnak. Az első fő motívuma az agresszivitás, amely emberekkel és állatokkal szemben is megjelenhet. Jellemző mások bántalmazása, fenyegetése, gyakori a verekedések kezdeményezése. A másodikat a vagyonrongálásra való hajlam jellemzi, illetve a betörés is gyakori ebben a csoportban. A harmadikat csalás

⁷ Haller József – Bellavics Mária Zsóka — Baráth Noémi: Kriminálpszichiátria – elméleti háttér és gyakorlati hasznosítás. *Magyar Rendészet*, 20. (2020), 3. 119–135.

⁸ DSM-5, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

⁹ Amy Jo Harzke et alii.: Prevalence of psychiatric disorders in the Texas juvenile correctional system. *Journal of Correctional Health Care*, 18. (2010), 2. 143–157.

és lopás határozza meg, gyakori mások manipulációja és a hazudozás. A negyediket a szabályszegő viselkedés dominálja, például a fiatal gyakran megszökik otthonról, kimarad az iskolából. A DSM-5 alapján beszélhetünk enyhe, mérsékelt és súlyos viselkedészavarokról. Mivel a pszichiátriai betegségek többnyire hosszú lefolyásúak, vagy nem ritkán élethosszig fennállnak, a DSM-5 nagy hangsúlyt helyez az időben való alakulásra, ez esetben a személyiséget meghatározó viselkedéscsoportoknak legalább egy évig fenn kell állniuk. Mivel ezeket a tüneteket más kórképek is okozhatják, fontos azok kizárása (például hangulatzavar). Egy további fontos szempont a pszichiátriai betegségek kapcsán, hogy a tüneteknek szenvedést kell okozniuk vagy a betegnek vagy a környezetének, vagy komoly funkciókárosodással kell járnia. A viselkedészavar egy altípusaként határozza meg a DSM-5 azt a variánst, amelynek a fent részletezett jellemzőkön kívül sajátossága a proszociális érzelmek korlátozottsága. Ez megnyilvánulhat a bűntudat vagy lelkiismeret-furdalás hiányában, érzéketlenségben, empáthiányban, a saját teljesítményre vonatkozó érdeklődés hiányában, illetve sekélyes vagy hiányos érzelmekben. Ez a speciális altípus tulajdonképpen a mostanság különleges figyelmet élvező pszichopátia.¹⁰

2.1.2. *Oppozíciós zavar*

Az oppozíciós zavar meghatározó vonása a tekintéllyel való intenzív lázadás, dacolás. A DSM-5 szerint az oppozíciós zavar jellemző megnyilvánulása a dühös, irritált hangulat vagy vitatkozó, dacos, illetve haragtartó magatartás, amely legalább 6 hónapig folyamatosan fennáll. Az ilyen fiatalok gyakran és könnyen kijönnek a sodrúkból, érzékenyek, sértődősek és haragtartóak. Gyakran vitatkoznak tekintélyszemélyekkel és felnőttekkel, szembeszegülnek azok kéréseivel, a szabályokat nem tartják be. Sokszor bosszantanak fel másokat szándékosan, vagy hibáztatnak másokat a saját hibájukért. A diagnózis akkor állítható fel, ha a viselkedés zavara jelentős distresszt okoz a személy vagy a környezetében élők számára. Ez esetben is meghatározható súlyos, mérsékelt és enyhe forma. Az oppozíciós zavar ugyan sok szinten kapcsolatot mutat a viselkedészavarral, ahogy ezt többek között a komorbiditási (betegségek együtt járása) adatok is sugallják (a viselkedészavarban szenvedő gyermekek és serdülők gyakran produkálják az oppozíciós zavar klinikailag szignifikáns tüneteit is), mégis van egy fontos vonás, amely alapján megkülönböztethető a kettő. A viselkedészavarra, különösen a rideg, érzéketlen altípusra jellemző lehet a proaktív agresszió, amely a kiváltó ok nélkül megjelenő agresszív viselkedést jelenti. Ezzel szemben

¹⁰ DSM-5 (2013) i. m.; Sófi Gyula – Farkas Johanna: A fiatalok pszichopátiás vonások legfőbb jellegzetességei és rendészeti vetületei. In Marton Zsuzsanna et alii (szerk.): *IV. Turizmus és Biztonság Nemzetközi Tudományos Konferencia Tanulmánykötet*. Nagykanizsa, Pannon Egyetem Nagykanizsai Kampusz, 2020. 42–54.

az oppozíciós zavarra a reaktív agresszió dominanciája jellemző, amely a vélt vagy valós támadásra, provokációra való reakcióként alakul ki.¹¹

2.1.3. Intermittáló explozív zavar

Az intermittáló explozív zavar egy amerikai kutatás során a fiatalok bűnelkövetők több mint 14%-át érintette.¹² Az intermittáló explozív zavar jellemző tünete az erőszakos impulzus, amely aránytalan, jelentős mértékben túlmutat a kiváltó stresszorokon. A provokáló inger általában pszichoszociális impulzus, amelyet a beteg túlérzékenyen reagál le. A zavar kizárólag az indulatkitörésekben nyilvánul meg, két dühroham között nem észlelhető tünet. A zavar megnyilvánulhat szóbeli vagy fizikai agresszióban, ami mások tulajdona, állatok vagy személyek felé irányul. Az agresszió tárgyak rongálásával, tönkretételével vagy fizikai sérülés okozásával jár. Hangsúlyozandó, hogy a dühkitörések spontán jellegűek, vagyis a beteg nem tervezi őket, nem előre megfontoltan egy konkrét cél érdekében történnek. Az ismétlődő dühkitörések jelentős szenvedést és distresszt okoznak a személy és a környezet számára, és sokszor akadályozzák valamilyen fontos funkció betöltésében.¹³

2.2. Szerrel összefüggő és addiktív zavarok

A droghasználati és az alkoholhasználati zavar különösen gyakori a fiatalok bűnelkövetők között. Nemcsak egészségügyi, hanem komoly jogi, etikai és szociológiai vonatkozásaik is vannak. Itt csak megemlítjük, hogy a szerhasználati zavar azonkívül, hogy betegség, a büntetőjogot és ennek megfelelően a rendészetet is intenzíven foglalkoztató jelenség. Egy magyar középiskolások között készített tanulmány szerint a 16 évesek 5%-a számolt be tiltott szerek használatáról és 27,7% gyakoribb alkoholfogyasztásról.¹⁴ A fiatalok bűnelkövetők között a szerhasználati zavar a leggyakoribb kórképek közé tartozik, egyes vizsgálatok során akár a minta 75%-ánál fennállt a zavar.¹⁵ Mind az alkohol- és a droghasználati zavart a DSM-5 nem a napi szinten elfogyasztott szer mennyisége mentén határozza meg, hanem annak a beteg életében betöltött szerepe alapján, mennyire határozza meg a viselkedést, mekkora károkat okoz egészségügyi, pszichés állapotában, akadályozza funkcióiban. A függő

¹¹ DSM-5 (2013) i. m.; Maaik Kempes et alii: Reactive and proactive aggression in children. A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14. (2005), 1. 11–19.

¹² Kendell L. Coker et alii: Crime and psychiatric disorders among youth in the US population: an analysis of the national comorbidity survey–adolescent supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53. (2014), 8. 888–898.

¹³ DSM-5 (2013) i. m.

¹⁴ Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála: Alkohol- és drogfogyasztás a fiatalok körében. *Társadalom és gazdaság Közép-és Kelet-Európában*, 19. (1997), 2. 182–205.; Baráth Noémi Emőke: A kábítószer fogyasztás szankcionálása. *Interdiszciplináris Drog szemle*, 1. (2020) 1. 16–25.

¹⁵ Harzke et alii (2012) i. m.

beteg sokszor hanyagolja a számára fontos tevékenységeket, kötelességeket, problémákat okoz a szer a szeretével. Nagy hangsúlyt helyez a DSM-5 a biológiai függőség kialakulására, a megvonási tünetekre, amelyek röviddel a nagymennyiségű szer elhagyása után jelentkeznek. Ezek lehetnek enyhébb hangulati, szorongásos panaszok, de egyes szerek esetében kifejezett testi tünetek, illetve tudatzavar is megjelenhet. Másik megnyilvánulása a dependenciának a nagyon erős sóvárgás. Az addiktív betegségeknel szót kell ejteni a toleranciáról is, amelynek lényege, hogy a korábban elégséges mennyiség egy idő után nem éri el a kívánt hatást, egyre több és több kell a szerből. A fenti tünetek legalább egy évig fennállnak, és jelentős funkcióromlást eredményeznek a beteg életében, illetve szenvedést okoznak neki vagy környezetének.¹⁶

2.3. Figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

A figyelemzavaros hiperaktivitás vagy hiperkinetikus zavar a gyermekpszichiátereket egyik leginkább foglalkoztató eltérés. A betegség a gyermek fejlődésének több aspektusát is érinti, így a társas kapcsolatokban való funkcionálást, az emócionális és a kognitív készségek érését. Az ADHD a fiatalokorú bűnelkövetők tekintetében az egyik legfontosabb betegség, gyakorisága ebben a csoportban 9,3–27% között mozog. Érdeemes megjegyezni azt is, hogy sok, többek között a jelen dolgozatban is tárgyalt kórképpel szemben az ADHD kezelésére effektív pszichofarmakonok állnak rendelkezésre, így annak kezelésén keresztül bűnprevenációs szempontból is nagy jelentősége van.¹⁷ A DSM-5 a betegség diagnózisát a figyelemzavarra és a hiperaktivitásra jellemző tünetek száma alapján határozza meg. Ezek egy olyan állandó mintázata figyelhető meg, amely akadályozza a gyermek működését és fejlődését. Fontos hangsúlyozni, hogy a tünetek nem felelnek meg a fejlődési szintnek, és nem magyarázhatók más pszichiátriai eltéréssel. A figyelemhiányra utaló tünet lehet figyelmetlenség, gyakori hanyagság. A gyerek nem tud koncentrálni a részletekre, folyton hibákat ejt például a házi feladat írása közben. Gyakran nehézséget jelent neki a fókusz megtartása feladatok vagy játék során, úgy tűnik, nem figyel, ha hozzá beszélnek. Nem csinálja végig az instrukciókat és nem fejezi be az iskolai feladatokat. Nehézséget okoz számára, hogy megszervezze a feladatait. Nehezebbé esik olyan feladatokat elvégezni, amelyek során gondolkodni kell. Sokszor elveszít fontos dolgokat, könnyen elterelik a figyelmét külső ingerek, feledékeny. A hiperaktivitás és impulzivitás akkor áll fenn, ha például a gyermeknek gyakran mozog a keze és a lába, fel-alá jár vagy ütöget, vagy elhagyja a helyét olyan helyzetekben, amikor nem szabadna, szaladgál vagy felmászik helyekre akkor, amikor ez nem megfelelő. Képtelen csöndben játszani

¹⁶ DSM-5 (2013) i. m.

¹⁷ Sófi Gyula: A figyelemzavaros hiperaktivitás tünetegyüttes. In: Sófi-Fodor (2014) i. m. 63–67.; Fazel-Doll-Langström (2008) i. m.

állandóan „mehetnékje van”, vagy olyan, mint akit „felhúztak”. Túl sokat beszél, sokszor kimondja a választ, még mielőtt a kérdés befejeződött volna. Nehezebbé esik várokozni, és gyakran félbeszakít másokat.¹⁸

2.4. Affektív (hangulati) zavarok

A hangulati zavarok közül a legfontosabbak a fiatalok bűnelkövetők kapcsán a major depresszió és a bipoláris affektív zavar. Az utóbbinak altípusai a bipoláris depresszió I. és II., illetve a ciklotímia.

2.4.1. Bipoláris affektív zavar

A bipoláris affektív zavarral diagnosztizálható egyének a depressziós epizódok mellett úgynevezett mániás állapotokat is produkálnak, általában szabálytalan időközönként. A mániás állapot vezető motívuma a felhangoltság és fokozott aktivitás, amely mentén a beteg lehet szubjektíve határtalanul jókedvű, de akár a túlzott ingerlékenység formájában is megjelenhet. A bűnelkövetők között a bipoláris zavar gyakorisága 15% körül mozog.¹⁹ A mániás állapot jellemzően a környezet számára terhes, a beteg egyáltalán nem érzi rosszul magát. Sokszor eufórikus, kirobbanóan energikus és motivált. Jellemzően tele van ötletekkel, ezek nem egyszer irreálisak, kockázatosak, a betegek ebben az állapotban nem ritkán hoznak olyan döntéseket, amellyel komoly gondokat okoznak maguknak és környezetüknek. Kritikai készségük csökkent, nem érzékelik a társas normáknak megfelelő interperszonális határokat. Sokat beszélnek, és gondolataik is gyorsan váltakoznak, a környezetüknek sokszor kihívás követni őket. Csökken az alvásszükségletük, pár óra alvás után is kipihentnek érzik magukat. A határtalan jókedv a legkisebb frusztrációra vagy ellenállásra a környezet részéről könnyen átcsap nehezen uralható dühbe, kifejezetten ingerlékenyek. Jellemző rájuk, hogy különlegesnek érzik magukat, vagy azt gondolják, hogy átlagon felüli képességeik vannak, ez akár irreális meggyőződésbe is átcsaphat, így pszichotikus állapotot kiváltva. A mániás állapot legalább egy hétig fennáll, de ha súlyossága miatt kórházi felvételre kerül sor, ennél rövidebb idő után is megadható a diagnózis. A bipoláris depresszió esetében megkülönböztetünk bipoláris I és bipoláris II típust, az előbbire jellemzőek a kifejezett mániás állapotok, amely miatt sokszor kórházba kerülnek a betegek. A második típus esetében enyhébbek, tolerálhatóbbak a mániás tünetek. Ciklotímiáról beszélünk, ha a mániás és depressziós állapotok nem különülnek el jól definiált epizódokban, hanem gyorsan váltogatják egymást, akár napi szinten is.²⁰

¹⁸ DSM-5 (2013) i. m.

¹⁹ Harzke et alii (2012) i. m.

²⁰ DSM-5 (2013) i. m.

2.4.2. Major depresszió

Egyes szerzők szerint a major depresszió a fiatalokorú bűnelkövető populáció 10%-át érinti.²¹ Vezető tünete a lehangolt, szubjektíve rossz közérzet (egy es altípusok esetében a búskomorságot a beteg nem éli meg, csak környezete észleli). A depressziónak a búskomorság mellett számos tünete van. Gyakori az alvászavar, általában álmatlanság, de ez lehet túlalvás is. Gyakori az étvágytalanság és fogyás, de ennek ellenéte, a megnövekedett étvágy is megjelenhet. A fáradékonyság, koncentrációs zavar is sokszor észlelhető, illetve előfordul, hogy a beteg beszéde és mozgása meglassul, vagy pont ellenkezőleg, folyamatosan belső feszültséget él meg, nem tud egy helyben ülni. Igen súlyos esetekben a beteg annyira kilátástalannak látja a helyzetét, hogy azon gondolkozik, hogy véget vet az életének, halálvágya van, sokszor meg is kíséri az öngyilkosságot. A depresszióra sajátos gondolkodási stílus jellemző, amely a gondolkodási torzításokban jelenik meg. Ilyenkor a beteg úgy gondolja, nem szerethető, rossz, megérdemli azt, ami történik vele. Ez akár olyan súlyossági szintet is elérhet, hogy az érintett személy megingathatatlan ezen meglátásaiban, a gondolati torzítások a pszichotikus szintet érik el (a pszichózis az az állapot, amelyet a realitástól való elszakadás határoz meg, ezt később pontosítjuk). Gyakran látjuk, hogy a beteg inaktív válik, egész nap fekszik az ágyban, nem érdekli semmi, még szerettei sem tudják magukra vonni figyelmét, érzelmileg megközelíthetetlen, beszűkül. Enervált, nem érez motivációt semmihez. A depressziós epizód legalább két hétig fennáll. Az állapot jelentős szenvedést okoz, vagy akadályozza a személyt társas kapcsolataiban, munkahelyén vagy egyéb fontos területeken. Úgy, ahogy a többi DSM által meghatározott betegség esetében, ezúttal is meg lehet különböztetni a három súlyossági szintet.²²

2.5. Pszichotikus zavarok

A pszichózis egy tünet, amelynek lényege, hogy az azt produkáló betegnek zavart szenved a realitással való kapcsolata. Ez sokféleképpen megjelenhet, leggyakrabban hallucinációk (például olyan dolgok hallása vagy látása, amelyek a valóságban nem léteznek) vagy úgynevezett kényszerképzet formájában, amely egy olyan valótlan meggyőződést takar, amelyben a beteg rendületlenül hisz.²³ Egyes tanulmányok alapján a fiatalokorú bűnelkövető fiúk között a pszichotikus kórképek gyakorisága 10% körül mozog, lányok esetében ez a többszöröse is lehet ennek.²⁴

²¹ Fazel–Doll–Langström (2008) i. m.

²² DSM-5 (2013) i. m.

²³ Kalmár Sándor: Pszichiátriai szótár. In Németh Attila et alii (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina, 2021. 981–991.

²⁴ Fazel–Doll–Langström (2008) i. m.

2.5.1. Skizofrénia spektrumzavar

Több betegségnek is vezető tünete a pszichózis, de mivel a jelen tanulmány terjedelmébe nem fér bele ezeknek a kimerítő tárgyalása, csak a legfontosabb kórkép bemutatására szorítkozunk, ez a skizofrénia spektrumzavar. A skizofrénia egy rendkívül összetett betegség, amely mind idői lefutás, mind pedig a betegek közötti megjelenés mentén igen heterogén. Jellemzője a személyiség alapvető zavara, a gondolkodás torzulása, illetve a kóros érzékelési élmények és tudati tartalmak, amelyek sokszor irreálisak, kifejezetten bizarrak. Ezenkívül zavart szenved a hangulat és az indulati élet, a beteg szociálisan izolálódik, belső világába fordul. A skizofrénia változatos tünetei közül az egyik legfontosabb a téves eszmék. Ezek a kóros, rendkívül merev meggyőződések, amelyekben a beteget nem lehet megingatni sokszor vallásos, üldöztetési jellegűek, de lehetnek befolyásoltatásos, mérgeztetési vagy egyéb, akár a valóságtól teljesen elrugaszkodott, bizarr tartalmak.²⁵ Másik meghatározó tünet az érzécsalódások vagy hallucinációk. Ezek bármelyik érzékszervi modalitásban megjelenhetnek, de leggyakrabban a hanghallások észlelhetőek, amelyek sokszor fenyegetők, utasítók vagy kommentálók, esetleg szidják a beteget és környezetét. A hallucinációk egy érdekes típusa az úgynevezett coenesthopathia, amelynek a lényege, hogy a beteg testi érzéketeket hallucinál, amelyeket a beteg bizarr élményekként fogalmaz meg, például „elolvad az agya”, vagy „leáll a vérkeringése”.²⁶ A kataton tünetképzés szintén gyakori a skizofréniaiban. Ezek az úgynevezett pszichomotorium eltérései, amely lehet izgatottság: céltalan, ismétlődő mozgások, például fel-alá járkál a beteg. De lehet gátlásos jellegű is, ilyenkor a betegségben szenvedő személy akár órákra is lemerevedhet. Az asszociációk zavara a jellegzetesen torzult gondolkodásban jelenik meg, fellazul a logika, a beteg a szavakat hangzási asszociációk mentén kapcsolja össze, amelyben értelem csak nehezen fedezhető fel. A beszéd zavara is jellemző, a beteg sokszor neologizmákat használ, amelyek értelmetlen kifejezések, amelyeket csak a páciens ért, vagy konkretizáló beszéd jelenik meg, ilyenkor az elvont, absztrakt kifejezésekkel való boldogulás nehezített, az érintett személy szó szerint vesz minden hasonlatot. Gyakori a hangulat elsivárosodása, vagy az érzelmi válaszkészség sérülése, a páciens gyakran helyhez nem illő érzelmeket produkál. A skizofrénia tárgyalásánál fontos megemlíteni a betegségbelátás hiányát. Ezek a páciensek nem tudják megérteni, hogy betegek, élményeiket nem élik meg kórosnak. Ennek a jelenségnek a zavar kezelése és annak sikeressége szempontjából igen nagy jelentősége van, illetve a kórkép krimiológiai vonatkozásai kapcsán érdemes megemlíteni, hisz több kutatás igazolta, hogy azok a betegek, akik csökkent betegségbelátásra képesek, jóval nagyobb hajlamot mutatnak az agresszív viselkedésre.²⁷ Ahogy fentebb említettük, a pszichózis számos pszichiátriai állapot tünete. A skizofrénianak ezektől való megkülönböztetése

²⁵ Kalmár (2021) i. m.

²⁶ Frauke Schultze-Lutter: Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The basic symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35. (2009), 1. 5–8.

²⁷ Taina Laajasalo – Helinä Häkkänen: Background characteristics of mentally ill homicide offenders – a comparison of five diagnostic groups. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15. (2005), 3. 451–474.

gyakran az időbeni fennállására alapozható. A skizofréniát akkor állapítják meg, ha a tünetek legalább fél éve fennállnak, és ebből egy hónapig legalább kettő jellegzetes skizofréniatünet észlelhető. A pszichiátriai betegségek általános ismertetőjegye, vagyis hogy a zavar kezdete óta a beteg funkcionálásának színvonala jelentősen csökkent, és a beteg vagy környezet szenved az állapotot, itt is feltétel.²⁸

2.6. Személyiségfejlődési zavarok

A személyiségzavarok azoknak a pszichiátriai kórképeknek az összessége, amelyek bizonyos élmény- és viselkedésbeli stabil mintázatokban jelennek meg, és az egész személyiséget áthatják. Nagyon fontos kiemelni, hogy a személyiségzavarok alapvetően felnőtt kórképek, diagnosztizálásuk 18 éves kor fölött történik (kiskorúak esetében személyiségfejlődési zavarról beszélhetünk, jelezve ezzel, hogy a személyiségserveződés folyamatában jelen lévő kóros folyamatról van szó, nem egy már stabilizálódott patológiás állapotról). Fiatalok bűnelkövetők kapcsán mégis érdemes megemlíteni őket, mivel a tudomány jelen állása szerint egyrészt genetikai hajlamhoz, másrészt kora gyermekkorban jelen levő környezeti hatásokhoz köthető kialakulásuk, és az eleinte bajosan megragadható eltérések serdülőkorban manifesztálódnak.²⁹ Ha emellett figyelembe vesszük, hogy a felnőtt bűnelkövető populációban a személyiségzavarok gyakorisága igen nagy (a borderline személyiségzavar 20% fölött is lehet), feltételezhetjük, hogy hasonló arányban van jelen fiatalok között is.³⁰ A személyiségzavaroknak több altípusa van.³¹ Bűnelkövetés szempontjából a borderline és az antiszociális személyiségzavarok a legfontosabbak. Mivel az antiszociális attitűd serdülőkorban a viselkedés-, illetve az oppozíciós zavarok diagnosztizálásán keresztül megragadható, és ezeket fent tárgyaltuk, ehelyett a borderline spektrum bemutatására szorítkozunk.

2.6.1. A borderline személyiségfejlődési zavar

A borderline személyiségfejlődési zavar az interperszonális viszonyokban, az én-képben és az affektusok kapcsán megjelenő labilitásban nyilvánul meg elsősorban, és csökkent indulati kontrollal jár. Az érintettek jellemző, hogy rendkívüli módon igénylik mások társaságát, a magányt nagyon nehezen viselik, és a kapcsolataikba sokszor gyorsan és meggondolatlanul vetik bele magukat. Ha a számukra fontos

²⁸ DSM-5 (2013) i. m.

²⁹ Klaus Lieb et alii: Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364. (2004), 9432. 453–461.

³⁰ Dan Wetterborg et alii: Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive Psychiatry*, 62. (2015), 63–70.

³¹ Elsa Ronningstam et alii: Studies of personality disorders: Past, present, and future in recognition of ISSPD's 25th anniversary. *Journal of Personality Disorders*, 28. (2014), 5. 611–616.

személy távolodik tőlük vagy elhagyja őket, azt rendkívül rosszul tolerálják, ilyenkor nagyon erős szorongás fogja el őket, vagy éppen kontrollálhatatlan dühvel reagálnak. Az énképük bizonytalan, könnyen változik, ez sokszor a környezetükhöz való viszonyulásban is megnyilvánul, a számukra fontos személyekről sem képesek stabil képet kialakítaniuk. Kapcsolataikban a „fekete-fehér” gondolkodás jellemző, vagyis a számukra közel álló embereket vagy nagyon jónak, tökéletesnek vagy szélsőségesen rossznak érzékelik, ez a környezet számára sokszor követhetetlen módon váltakozik. Az impulzivitás, vagyis az ösztönök és indulatok kordában tartására való képtelenség jellemző, ez megnyilvánulhat felelőtlen költekezésben, szexuális magatartásban, falásrohamokban, szerabúzusban stb. Agresszivitásuk sokszor maguk ellen fordul, gyakran mutatnak öngyilkos magatartást, akár igazi halálvágy mentén, de gyakran előfordul, hogy ezeket a manővereket manipuláció motiválja. Jellegzetes tünet a krónikus ürességérzés. Hangulatuk rendkívül változékony, gyakran és könnyen kerülnek rossz hangulatba környezeti hatások mentén. Komoly problémáik vannak az indulatok kezelésével, jellemzőek a gyakori és intenzív dühkitörések. Sajátos tünet a stressz hatására mutatott paranoiditás és disszociáció. A paranoiditás általában gyanakvásban jelenik meg. A disszociáció a gondolkodás, emlékek és a szubjektív észlelés kontinuitásának megszakadását jelenti. Megjelenése igen változatos, lehet deperszonalizációs tünetképzés, ilyenkor a beteg úgy érzi, hogy elszakad saját magától, idegennek érzékeli testét. Egy másik példa a derealizáció, amikor a személy a külső világot éli meg idegennek, torzultnak.³²

3. Összefoglalás

A fenti tanulmányban a fiatalok bűnelkövetőket leggyakrabban érintő és legfontosabb pszichiátriai kórképeket mutattam be. Elsősorban a tüneti megjelenésre fókuszáltunk, illetve igyekeztük szemléltetni a zavaroknak a viselkedésre gyakorolt hatását, annak a felszínes szemlélő számára is érzékelhető manifesztációit. Terjedelmi okokra tekintettel nem bocsátkoztunk a pszichés zavarok etológiáját, pathomechanizmusát magyarázó tudományos eredmények bemutatására, illetve a kórképeknek a deviáns viselkedésben betöltött szerepére vagy a bűnelkövetési stílussal mutatott direkt korrelátumaira, ezek körülményeinek további tanulmányok során szükséges. Hangsúlyozandó, hogy ezúttal csak a leggyakrabban előforduló, legmeghatározóbb pszichiátriai zavarokat tárgyaltuk, a fent részletezett állapotokon kívül korábbi kutatások azonosítottak még további kórképeket, amelyek előfordulnak ebben a populációban, ezek ismertetésére későbbi publikációkban kerül sor. Célunk az volt, hogy a fiatalok bűnelkövetőkkel kapcsolatba kerülő segítő és rendészeti szakmák szakemberei számára érzékletes és gyakorlatias képet fessünk ezekről a patológiákról.

³² DSM-5 (2013) i. m.; Andrea Scalabrini et alii: The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18. (2017), 4. 522–543.

IRODALOMJEGYZÉK

- Arboleda-Flórez, Julio: Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry*, 5. (2006), 2. 87–91.
- Baráth Noémi Emöke: A kábítószer fogyasztás szankcionálása. *Interdiszciplináris Drogszemle*, 1. (2020) 1. 16–25.
- Csorba, János – Beáta Ficsor – Ágnes Horváth – Edit Nagy – Adrienn Bóna – Zsuzsa Sörfőző – Péter Steiner – Éva Harkány – Zsuzsa Babrik: Epidemiological investigation of psychiatric diseases of Transdanubian adolescent outpatients. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9. (2008), 1. 35–59. Online: <https://doi.org/10.1556/mental.9.2008.1.2>.
- DSM-5, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Online: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála: Alkohol- és drogfogyasztás a fiatalok körében. *Társadalom és Gazdaság Közép- és Kelet-Európában*, 19. (1997), 2. 182–205.
- Fazel, Seena – Helen Doll – Niklas Långström: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and meta-regression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47. (2008), 9. 1010–1019. Online: <https://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817eef3>
- Haller József – Bellavics Mária Zsóka – Baráth Noémi: Kriminálpszichiátria – elméleti háttér és gyakorlati hasznosítás. *Magyar Rendészet*, 20. (2020), 3. 119–135. Online: <https://doi.org/10.32577/mr.2020.3.7>
- Harzke, Amy Jo – Jacques Baillargeon – Gwen Baillargeon – Judith Henry – Rene L. Olvera – Ohiana Torrealday – Joseph V. Penn – Rajendra Parikh: Prevalence of psychiatric disorders in the Texas juvenile correctional system. *Journal of Correctional Health Care*, 18. (2012), 2. 143–157. Online: <https://doi.org/10.1177/1078345811436000>
- Kalmár Sándor: Pszichiátriai szótár. In Németh Attila – Füredi János – Lazáry Judit – Somlai Zsuzsanna. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina, 2021. 981–991.
- Kempes, Maaïke – Walter Matthys – Han de Vries – Herman van Engeland: Reactive and proactive aggression in children. A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14. (2005), 1. 11–19. Online: <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0432-4>
- Laajasalo, Taina – Helinä Häkkänen: Background characteristics of mentally ill homicide offenders – a comparison of five diagnostic groups. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15. (2005), 3. 451–474. Online: <https://doi.org/10.1080/1478994042000226750>
- Lieb, Klaus – Mary C Zanarini – Christian Schmahl – Marsha M Linehan – Martin Bohus: Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364. (2004), 9432. 453–461. Online: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16770-6)
- Megargee, Edwin I: the need for a new classification system. *Correctional Psychologist*, 4. (1977), 2. 107–114. Online: <https://doi.org/10.1177/009385487700400201>
- Piquero, Alex R. – David P. Farrington – Alfred Blumstein: The criminal career paradigm. *Crime and Justice*, 30. (2003), 359–506. Online: <https://doi.org/10.1086/652234>
- Ronningstam, Elsa – Erik Simonsen – John M. Oldham – Cesare Maffei – John Gunderson – Andrew M. Chanen – Theodore Millon: Studies of personality disorders: Past, present, and future in recognition of ISSPD's 25th anniversary. *Journal of Personality Disorders*, 28. (2014), 5. 611–616. Online: <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.5.611>
- Scalabrini, Andrea – Marco Cavicchioli – Andrea Fossati – Cesare Maffei: The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18. (2017), 4. 522–543. Online: <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240738>
- Schultze-Lutter, Frauke: Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The basic symptom concep. *Schizophrenia Bulletin*, 35. (2009), 1. 5–8. Online: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn139>

- Sófi Gyula – Farkas Johanna: A fiatalkori pszichopátiás vonások legfőbb jellegzetességei és rendészeti vetületei. In Marton Zsuzsanna – Németh Kornél – Pelesz Pelbárt – Péter Erzsébet (szerk.): *IV. Turizmus és Biztonság Nemzetközi Tudományos Konferencia Tanulmánykötet*. Nagykanizsa, Pannon Egyetem Nagykanizsai Kampusz, 2020. 42–54.
- Sófi Gyula: A szakértői tevékenység jogi szabályozása. In Sófi Gyula – Fodor Miklós: *Igazságügyi gyermekpszichiátria*. Budapest, Oriold és Társai, 2014. 21–29.
- Sófi Gyula: A figyelemzavaros hiperaktivitás tünetegyüttes. In Sófi Gyula – Fodor Miklós: *Igazságügyi gyermekpszichiátria*. Budapest, Oriold és Társai, 2014. 63–67.
- Wetterborg, Dan – Niklas Långström – Gerhard Andersson – Pia Enebrink: Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive Psychiatry*, 62. (2015), 63–70. Online: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.014>

ABSTRACT

The Most Common Psychiatric Diseases among Juvenile Offenders

Mária Zsóka BELLAVICS

The relationship between crime and mental state has been the interest of researchers for a long time. Nowadays, numerous studies are aiming to explore the impact of psychiatric condition on the criminal behaviour. It has special significance in case of young criminals, since a criminal carrier often starts during teenagehood as the onset of many psychiatric diseases appear in this life period. Research has identified several psychiatric disorders that affect underage criminals at a much higher rate than the normal population. The most important of these are disruptive conduct and impulse control disorders, substance use disorders, attention deficit hyperactivity disorder, affective disorders, psychotic disorders and personality development disorders. These diseases are extremely heterogeneous in terms of both their symptoms and their long-term outcome. In order to understand their nature, it is essential not only to know their diagnostic criteria but to get a perceptible picture of their appearance in real life. This is essential because psychiatric diseases often have a great effect on the patient's lifestyle, behaviour, personality and social environment, hence it can have a defining role in the development of deviancy. Therefore, the purpose of this paper is to present the psychiatric disorders that most often affect juvenile offenders as practically and realistically as possible.

Keywords: juvenile offender, psychiatric disease