

AGRESSZÍV BŰNCSELEKMÉNYEK ÉS PSZICHIÁTRIA



A közterületen vagy otthon elkövetett gyilkosságokról, illetve azon esetekről, amikor az otthonában öngyilkosságot elkövető személy előtte egy másik embert – többnyire családtagot – is megöl, a média szinte minden esetben hírt ad.

Különösen nagy publicitást nyernek azok az esetek, amikor az elkövető előzőleg már pszichiátriai kezelés alatt állt. Szerencsére az ilyesmi extrém ritka, és az esetek döntő többségében a kezeletlen páciensek közül kerülnek ki. Ugyanakkor a súlyos, agresszív bűncselekmények aránytalanul nagy többségét (97-98 százalékát) pszichiátriai egészséges emberek követik el. Hazánkban 2013-ban 154 emberölés történt, és az elkövetők közül csak néhányan szenvedtek súlyos pszichiátriai betegségben. Kétségtelen viszont, hogy a pszichiátereknek mindent meg kell tenni az agresszív, veszélyeztető cselekmények (beleértve az öngyilkosságot is) megelőzésére, de mások ellen irányuló agresszió esetén értelemszerűen csak akkor,

ha a cselekmény indítéka pszichiátriai betegségből fakad.

Ami a pszichiáter, illetve a pszichiátria felelősségét illeti, az természetesen nem határtalan. A pszichiátriai betegek cselekedeteit nem csak a kóros tünetek irányítják, és a kriminális tett nem mindig áll kapcsolatban a betegséggel. Igen ritkán előfordul, hogy paranoid szkizofréniában („üldözési mánia”) szenvedő beteg teljesen inzultálja vagy akár meg is öli vélt üldözőjét, mert hallucinációi és téveszméi a beteg számára a valóság minden bizonyosságával azt sugallják, hogy az illető üldöző személy a beteg életére tör. Az ilyen esetekben – tehát ha a pszichiátriai betegség és az adott cselekmény közötti oki kapcsolat kimutatható – és a pszichiáter az aktív, az agressziót

motiváló tünetek fennállta esetén nem megfelelően kezeli, illetve bocsátja el a beteget a kórházi osztályról, akkor felelősség terheli. Ugyanakkor ha ez a beteg például nemi erőszakot vagy betöréses rablást követ el, a cselekmény nem a betegségből következik, a pszichiátria nem tehető felelőssé és az illető jogi értelemben büntethető és a pszichiáter nem tehető felelőssé. A mások ellen pszichiátriai betegek által elkövetett agresszív cselekedetek elsősorban kezeletlen, szkizofrén, paranoiás vagy súlyos mániás epizódban szenvedő betegeknél fordulnak elő, főleg akkor, ha egyidejűleg alkohol vagy illegális droghasználat is fennáll, ha fiatal férfiről van szó, akinek már volt előtte is agresszív/kriminális megnyilvánulása, illetve ha anya-

világ rossz helyzetben van, családon kívül él, vagy hajléktalan. Azt is kimutatták, hogy a megfelelő kezelés ezen agresszív cselekedetek előfordulását nagyságrendekkel csökkenti és a kezelés, illetve hosszú távú gondozás alatt álló pszichiátriai betegek esetén az agresszív bűncselekmények esélye az átlag populációban észlelhető gyakorisághoz képest alacsonyabb. Ugyanakkor a „csak” alkohol vagy illegális drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények nem tartoznak a pszichiátria illetőségi, felelőségi körébe.

A témával kapcsolatos vizsgálatok szerint az utcán közlekedve körülbelül 14 millió emberrel kell találkozni ahhoz, hogy emberölés áldozatai legyünk. Pszichiátriai páciensek esetében, amennyiben helyes a kórisme, és a beteg előtörténete, jelen tüneteinek valamint környezetének releváns adatai elemzése révén a kezelőorvos mindent megtett az esetleges veszélyeztető magatartás előrejelzésére, és ha ez fennáll, annak megelőzésére, akkor nem felelős, még akkor sem ha az adott cselekményt a kezelés alatt álló, illetve az osztályról nemrég elbocsátott beteg követi el. A lényeg, hogy a kezelő személyzet mindent megtett a betegség kezelése, illetve a baj elhárítása érdekében. Természetesen amennyiben a kóros tünetek a kezelés ellenére sem szűn-

tek meg vagy csökkennek jelentősen (ez rendkívül ritka) a beteg további – adott esetben osztályos – kezelést igényel. Az orvostudomány más ágaihoz hasonlóan a pszichiátriai kezeléseket hatékonysága sem 100 százalékos. Tudjuk jól, hogy még a legszakosított és leggondosabb kezeléseket ellenére is meghalnak emberek szívinfarktusban vagy daganatos betegségekben. A pszichiátria a terápia során csak a definítv pszichiátriai tünetekre tud hatni és nem tudja (de nem is akarja) befolyásolni és manipulálni az emberek pszichiátriai kórtünetekkel össze nem függő gondolatait, szándékait, cselekedeteit. Ha a szívinfarktuson átesett beteg a kardiológiai osztályon történő megfelelő kezelés után nem fogadja meg az orvos tanácsát, hogy leszokjon a cigarettáról, valamint a gyógyszereket sem szedi és rövid idő múlva szívinfarktusban meghal, senki nem for-



szírozza (nagyon helyesen) a kardiológus felelősségét. A pszichiátriai betegek által elkövetett, mások ellen irányuló agresszív cselekedeteinél sokkal gyakoribb a saját maguk ellen fordított agresszió, az öngyilkos magatartás. Ez viszont majdnem mindig pszichiátriai betegeknek, leggyakrabban nem kezelt depressziós pácienseknek fordul elő, de a megfelelő gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés ennek az esélyét is nagyságrendekkel csökkenti. Az igen ritka „kiterjesztett” öngyilkosságok mögött majdnem mindig súlyos depresszió (ritkábban kóros szerelemfélést) húzódik meg. A depressziós betegek egyre gyakoribb, korábbi és hatékonyabb kezelésének nagy szerepe van abban, hogy hazánkban az utóbbi harminc évben közel 60 százalékkal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma.

RIHMER ZOLTÁN

