

Prof. Emer. SZILÁRD JÁNOS

Jogi kérdések – pszichiátriai dilemmák

„Ha az emberek mind angyalok lennének, nem lenne szükség szabályokra.” (Madison)

A jogszabályok jelentős többsége teljesen, vagy részben az emberi viselkedés és magatartás szabályainak megfogalmazásával, formálásával (korszerűsítésével) foglalkozik. Ennek persze kizárólag társas – társadalmi közegben van értelme, hiszen pl. Robinson magányos életét egy lakatlan szigeten morálisan, vagy „pedagógiai” céllal ugyan lehet elemezni, de „jogilag” ez éppúgy közömbös, mint tág határig az, hogy a magányos ember egyedül az esti órákban mit tesz a lakásában. A jogalkalmazás is az egyes cselekedetek, megnyilvánulások értékelésével, a szabályokkal való összevetésével, minősítésével foglalkozik, vezérfonalaként azt tekintve, hogy mennyire felelnek meg, vagy ütköznek az elvi tételekkel, szabályokkal. (A kérdés messze vezetne, ha ugyanis ez mind igaz, akkor mi a teendő akkor, ha a jog előírása adott esetben irritálja az u. n. „emberi igazságérzetet”. Ugyanis a hatályos jogi tételek is emberi alkotások, tehát nehezen illene rájuk az „eleve vitathatatlan, örökérvényű” jelző.)

Ezért is, de az emberi tudásanyag és szemléletformálódás differenciálódása miatt is a jogalkalmazás (de akár a jogalkotás is) kikéri és igénybe veszi más szakmák ismereteit. Így került a legutolsó évszázadokban egyre nagyobb mértékben sor arra, hogy a jogalkotás és a jogalkalmazás egyre több társtudomány ismereteit igyekszik a képzés, továbbképzés, megfogalmazás, törvénykezés területén igénybe venni.

Ezért lehet állítani, hogy a jogalkalmazás és így az ítélkezés is (korántsem csak a büntetőjog területén) felhasználja a társszakmák ismeretanyagát. Szinte fel sem sorolható, milyen sokféle szakértőt vonnak be (szükségszerűen) a legkülönbözőbb büntető, polgári jogi, kártérítési ügyekben (műszaki, agrár, közlekedési, ár és értékbecslő, írás-, pedagógus, stb...szakértők). Nem arról van szó, hogy a bírónak ne lenne véleménye a szóban forgó ügy lényegéről, hanem arról, hogy a legkülönfélébb sajátos adatok egzakt ismerete, értelmezése, (pl. adott baleset létrejöttében milyen tényezőknek mekkora szerepe volt, vagy pl. 5 000 forintot vagy 1, 000, 000-t

érték az ellopott bundák), meghaladja egyetlen ember lehetőségeit. Így jön a képbe az „igazságügyi szakértő”, akit a „bíró(ság) meghosszabbított karjának is szokás nevezni. (Nem a nyomozóhatóságé, és nem a felügyeletet gyakorló ügyészségé, nem a védelemé, hanem a bíróságé, és a sokrétű szakértői adatok, vélemények magalapozottabbá, jobban alátámasztottá teszik az ügyet lezáró ítéletet. Lehet, hogy adott esetben időbeli késedelmet okoz a vélemények, érvek egyeztetése, de ahogyan a tanúvallomások meghallgatása is időt igényel, majd a bíró(ság) mérlegeli, mit és miért fogad el azok közül, hasonló a szakértői vélemények mérlegelése, beépítése a végső (bírói) álláspont kialakításába.

Ezek között a szakértők között sajátos helyet foglalnak el az orvos-, a pszichiáter-, és a pszichológus szakértők. Nemcsak azért, de azért is, mert ezek a szakmák (főleg a pszichiáter és pszichológus) a jogi szakterületek tevékenységéhez hasonlóan az emberi társas- társadalmi tevékenység elemzésével foglalkoznak. (Szem előtt tartva a ma már elterjedt bio-pszicho-szociális egység fogalmát, a holisztikus szemléletet.)

Messze évszázadokba visszanyúlóan vannak adatok arra, hogy az igazságszolgáltatást érdekelték azok a módszerek, próbák, melyekkel választ kerestek arra, hogy a vádlott bűnös-e vagy nem, beteg-e vagy nem. Erre mindenki előtt ismert példa volt a boszorkánypróba. Még a legkegyetlenebb vallatási módszerek is bizonyítják, hogy mindig is tudták, hogy amit valaki mond, az korántsem a (teljes) igazság.

Közhely, hogy az orvosi szakmák között a pszichiátria sajátos helyzetet foglal el és sajátos a megítélése is. Módszereiben a klasszikus medicinális (természettudományos) módszerek mellett beépíti a lélektan, a szociológia és több más tudomány ismeretanyagát.

De már önmaga az igazságügyi (régén törvényszéki) orvostan is csak lazán illeszkedik az orvosi disciplinákhoz. Bár nem vitás, hogy jogi előírások, tilalmak, szabályok irányt adó, korlátozó előírások más orvosi területeken is léteznek, (terhesség megszakítás, szakképzettség megkövetelése, halál megállapítása, stb...), mégis a pszichiátria esetében legtöbb a jogi, nem orvosszakmai előírások, szabályok szerves és esetenként abszolút szerepe.

Hazánkban mindenki előtt nagyjából ismert, hogy a pszichiátria fejlődése sokáig kifejezett késésben volt. (osztályok, járóbeteg ellátó és gondozó hálózat, oki diagnosztika és terápia, szemléleti

korlátozások és káosz, stb...) (A Mental Disability Rights International 1996. évi jelentéséből: „Magyarországon elmaradott az intézményrendszer, hiányoznak a rahabilitáció feltételei, s ezek a gyógyulást nehezítik. Problematikus a társadalomba való visszailleszkedés, izoláció, fizikai kényszer fordul elő, megalázó helyzetek adódnak. A kezelés döntően pedig ambulanter kell(ene), hogy történjék.” Ez érvényes az úgynevezett „klinikai, kórházi, sőt akár az úgynevezett közösségi pszichiátria helyzetére, a leghétköznapiabb esetben is, de sarkítottan jelentkezik az igazságügyi pszichiátria teendői kapcsán. Ennek története messze túlnő e tanulmány keretein.)

Az igazságügyi pszichiátria története tehát tágan értelmezve messze visszanyúlik a múltba. Viszonylag modern értelemben viszont friss és sok vonatkozásban, sok helyen alulfejlett szakma. Tudományos értelemben talán Lombroso, Gall, Garofalo munkáival kezdődik a „jelenkor”, amit hazánkban Schwarzer Ferenc, Schwarzer Ottó, Pándy Kálmán, Moravcsik Ernő Emil, Lechner Károly, Oláh Gusztáv, Niedermann Gyula, Nyíró Gyula és sok más alkotó életművei jeleznek.

Az a pszichiáter, aki igazságügyi területen is akarna működni, mindenek előtt egy szinte áthidalhatatlan konfliktusba csöppen. Mint pszichiáter, mint orvos természetesen számára a két és félezer éves dogma, klasszikus kifejezéssel élve, a hippokratészi eskü és annak szelleme. Ez az ősidők óta szinte mindig az adott társadalom vagy világnézet legfőbb erkölcsi tekintélyét, az isteneket, Istent, az alkotmányt, a néphatalmat hívja tanúul. A leendő orvos (ápoló, egészségügyi dolgozó) az ő színük előtt fogadja meg a foglalkozása gyakorlását megszabó erkölcsi magatartás követelményeinek betartását, sőt ezek megsértése szinte a „fő bűnök” súlyosságának megfelelő büntetést vonja maga után.

Kategórikus követelményekről van szó, mint:

Tudásomat, ismereteimet csak a betegeim javára használhatom fel. Minden cselekedetem csak a beteg javát, sohasem a kárát szolgálhatja. Nem adhatok halált okozó szert.

Mindent, amit foglalkozásom gyakorlása közben megtudok, senki előtt fel nem fedem, hanem azt titokként megőrzöm.

Morálisan a titok megőrzése – nem túlzás –, a gyónási titok súlyosságához hasonlítható. Helyesen, és épp ezért járhat súlyos (jogi) szankcióval is e kötelesség megszegése, és ezért szabályozott a titoktartás alóli felmentés lehetősége. (Azt viszont, hogy miként lehet a mai adminisztratív, adatkezelési, jogi és informatikai

követelmények és rendeletekben előírt ügykezelés mellett ezt a követelményt betartani, egyáltalán elvárni, amikor a „hétköznapi” orvosi lelet, zárójelentés, kórrajz, kezelési lap, orvosi vény több tucatnyi kézen megy át, e „fennkölt” gondolatmenet keretében ne is firtassuk.)

Indokolt hangsúlyozni, hogy nem (csupán) az észlelt orvosi adatokra vonatkozik a titoktartás követelménye, hanem mindenre, ami foglalkozása gyakorlása közben jut az orvos tudomására. (Ilyen pl. a családtagok viszonya, az anyagi és egyéb körülmények, az életút, konfliktusok, sokszor régi, intim élmények, történések.)

Ezeknek a magasztos, „örök” érvényű elveknek a betartása tehát már a hétköznapiakban sem (könnyen) biztosítható. Az igazságügyi pszichiátriai (pontosabban a szakértői) tevékenység során végképpen sérül ez az elv. Hogyan lehetne a szakértői véleményben (ne felejtjük a bíró meghosszabbított karja) betartani azt a követelményt, hogy az orvos a tudását csak a beteg javára használhatja, ha a peres feleknek ellenirányú az érdeke, akár például gyermek elhelyezési vagy láthatási perben. Vagy mi a teendő, ha a tényállás tisztázása érdekében a nyilvánosság előtt egyértelmű választ kíván a bíróság arra, hogy elmebeteg-e az illető, értelmileg fogyatékos-e, szellemileg leépült-e. Vagy megjelenhet-e a tárgyaláson, fel tudja-e fogni a tényállást, a kérdéseket, vallomásokat. A sor nagyon hosszan sorolható.

Képletesen szólva, végül is a pszichiáter szakértő kénytelen a napi munkaidejét és gondolatait úgy megosztani, hogy pl. 8-11h között hippokratészi szellemben tevékenykedik, vizsgál, gyógyít (és gondolkodik!), a 11-13h közötti időre átvedlik „antihippokratészi” (szakértői) gondolatmenetet követővé, és ilyen értelmű tevékenységet végzővé, majd visszavedlik klinikussá, terapeutává. Nem csuda, hogy ez a szkízis nem könnyen válik természetessé és elidegenít ettől a tevékenységtől.

Már pedig a világ túlnyomó részéhez hasonlóan hazánkban alig van (de van) főfoglalkozású igazságügyi pszichiáter, de az ellen is volnának érvek és aggályok, ha ez utóbbi megoldás szélesebb körben elterjedne.

Talán az egyik legingoványosabb terület a normalitás kérdése. Ki a normális, az ilyen-olyan tulajdonságú, magatartású ember tartható-e normálisnak, vagy éppen megnyilvánulásai igazolják, hogy nem az. És, ha ebben netán valaha is konszenzus alakul(na) ki, még jön a kérdés, hogy mi ennek a relevanciája, exkulválendő-e vagy büntethető-e az illető.

Elterjedt és ismert emberi reakció, amikor pl. az édesanya felkiált: „az nem lehet”, „az én fiam ilyet nem csinál”. De ugyanez játszódik le pl. a szeretett személy balesetben történt váratlan elvesztésekor, „az nem lehet, hogy a fiam, a férjem...”

Való igaz, hogy nem lehet átlagemberi (és főleg nem ideális) mércével normálisnak minősíteni a többszörös emberölés elkövetőjét, de az összeférhetetlen, izgága életvezetésű személyiségűt, az ötvenszer tolvajlásra rajtakapottat, a pedofiliára rajtakapott tisztas társadalmi helyzetű urat, a hetenként rendszeresen az árokban talált alkoholistát vagy a drogos kábulatba egyre mélyebben belemerülő fiatalot sem. Elgondolkoztató, hogy még arra is adódik példa, hogy a bírónak volt (nem érthetően) komoly fenntartása az olyan szakértői véleménnyel szemben, amely elismeri ugyan a narkomán fiatalember akcentuált személyiségjegyeit, de ezeket nem tekintette korlátozó tényezőnek. De akkor ki „marad” a normálisok táborában? Ha mindezek (együtt) nem normálisak, akkor feltehetően ők is vannak többségben, és a többi, szorosán véve normális, jelen esetben a társadalmi konvencióknak megfelelő személy teszi ki a populáció kisebb részét, vagyis utóbbiak a deviánsok.(?)

Nem szólam, hogy minden ember egyedi. Nem nehéz logikai úton eljutni addig az álláspontig, hogy miután „én más vagyok, mint a többiek, én magam pedig normális vagyok, tehát ők nem azok”. Ez pedig életveszélyes gondolati játék, nem kevesen vissza is éltek ezzel a történelem során.

Tisztában kell lenni, hogy a normalitás, a büntetőjogi felelősségre vonhatóság és a kirívó magatartású életvezetés három egymással érintkező, de nem azonos fogalom.

Nem ez az egyetlen kérdés, amelyben széles rétegek értelmezése eltér a „szakmáétól”. Példa erre olyan kifejezés, mint a „mánia, mániás, bolond örült, stb..”, amely egészen mást jelent a két „nyelven”, illetve szakmailag nem is mindig értelmezhető.

El kell fogadni John Lukács szemléletformáló gondolatait: ha abnormalitásnak (tehát kórosnak Sz. J.) fogjuk fel az emberi gonosztetteket, akkor a tisztánlátásunkat zavarjuk meg.

Hasonlóan igen gyakori véleménykülönbségek forrása az indulat, az indulati cselekmények és a beszűkült tudatállapotok jogi relevanciájának eldöntése.

Lényegében arról van szó, amire a banális veszekedések, atrocitások elkövetői hivatkoznak: Arra, hogy felbosszantották őt, szidták a párját vagy édesanyját, ezért lett dühös és ezért ütött,

vágott, szúrt, néha ölt is. Illetve, ha nem ivott volna (annyi) alkoholt, biztosan nem tett volna semmi rosszat. Így viszont nem tudott mérlegelni, de nem is emlékszik a történetekre.

Röviden és leegyszerűsítve, egyik esetben az aránytalanság és az önvédelem önkényesen kiterjesztett túlméretezettsége, az önbíráskodás teszi e cselekményeket megengedhetetlenné és elítélhetővé. Az indulat, a tudatszűkület, az ittas-bódult állapot esetén hasonló a gondolatmenet, hiszen az indulati cselekmények elsöprő többségét normál pszichés történések provokálják (banális családi vita nincs indulat nélkül). Tetézi ezt az alkohol és egyéb drogok (ugyanis az alkohol is drog), valamint gyógyszerek hatásának mentő körülményként nem elfogadható volta, mert ha ezek az anyagok önhiba folytán (önszántából) kerülnek a szervezetbe, akkor hatásuk aligha lehet mentesítő (vagy akár enyhítő) körülmény. (A ritka kóros indulat és tudatborulás más kérdés.)

Segíthet a reális értelmezéshez a fiatalkorúak között elterjedt devianciák elemzése.

Mi okozza ezeket, ki (mi) ezekért a felelős, betegség-e vagy tudatos opposzió, génhiba, vagy rosszság, mit és kinek lenne feladata e területen a cselekvés?

Egy időben mindent megmagyarázni véltek a hátrányos helyzettel, a nehéz gyermekkorral, a család széthullásával. Aztán közel ugyanez a szerep jutott az agyi károsodásoknak, a géneknek, betegségeknek. Így sikerült minden felelősséget az ősökre, a felmenőkre, a TV-re, a videóra, az ingerdús vagy ingerszegény környezetre, a gyermekkori bántalmazásokra hárítani, elfelejtve, hogy az addig legrendezettebb család korábban legfeltűnésmentesebb sarja is deviálódhat (Ahogy Kretschmer az 1930-as évek táján leírta a pubertáskori pszichés krízis fogalmát.). Mi lehet ennek az oka? És a nagy kérdés, miért hatványozódtak meg ezek a problémák napjainkban.

E problémakörnek – túl a gyakorlati jelentőségén – általánosítható szemléleti tanulsága is van. Ugyanis ezeknek a fiataloknak, kamaszoknak és („hála” az akcelerációnak, egyre inkább) gyermekkorúaknak a jellemzője, hogy bármelyik úton indulunk el, mindig találunk valamit. Szinte mind hordoz és mutat genetikai érintettséget, egészségkárosodást, szociológiai handicap-tényezőket, élményhatásokat, a szülők, rokonok problematikus személyiségjegyeit. Mindenféle okot, de nincs közülük egyetlen kiragadható, mindent, minden esetet megokoló és megmagyarázó

tényező.

Ha viszont e többféle tényező ilyen meggyőző erővel érzékelhető, mi ezek a relevanciája?

Vitathatatlan, hogy a serdülőkorú és fiatal felnőttek közötti bűntettesek között jóval magasabb a születés körüli időszakban enyhébb agyi károsodásokat elszenvedettek aránya, mint az ilyen életkorúak összességének számához és az összlakossághoz viszonyított kriminalitás. Az is tény, hogy szinte mindennapos az eljárást alá vont fiatalok előtörténetében a kifejezett és nem csupán formálisan rendezetlen, hányatott körülmények között, elmagányosodva felnövekvők aránya, a tanulságos és sok részadatot meg is magyarázó szociálpszichológiai hátrányos helyzet. Tény azonban, hogy Lombroso és kortársai óta senkinek nem sikerült általános érvényű bizonyítékot nyerni arra, hogy az alkati, a betegségi, a nevelési, a környezeti ártalmak közül bármelyik önmagában megválaszolja a devianciák, így a kriminalitás minden esetét.

A fiatalokról szóló gondolatokat indokolt kiegészíteni az akaratnyilvánítás képességével, ami főleg (de nem kizárólag) szexuális bűncselekmények sértettjeinél kerülhet véleményezésre. (Nem azonos a fizikai értelemben vett ellenállás képességével.) Elsősorban 12 évet betöltött, de 14 évnél fiatalabb életkorú lányok esetében kerül ez vizsgálatra, vagy értelmileg fogyatékos, illetve elmebeteg, felnőtt korú sértett esetében. (Nem szabad azonban elfelejteni, hogy a szexuális bűncselekmények sértettjeinek közel 1/6-a fiú.) Egyébként ez az egyetlen kérdés, amelyben hazánkban a jog „leszállította” a serdülőkor alsó határát 14 éves korról 12 évre. Ezzel nyilvánvalóan a serdülőkor antepónálódását, az akceleráció hatását fogadta el. Nem teljesen alaptalan javaslat a korhatár általános leszállítása, az nagyon eltér az egyes országokban, de ma aligha időszerű és aligha megoldható.

Elgondolkoztató, hogy a „modern időkben” mennyiben érvényes Seneca gondolata: „Csak azért büntetni, hogy a törvénysértés meg legyen torolva és nem azzal a céllal, hogy azok megelőzhetővé váljanak, teljesen értelmetlen.

Ezzel kapcsolatban több dilemma adódik: egyrészt az életben sokszor nem „igen” vagy „nem” lenne a reális válasz, vagyis az akaratnyilvánítás a valóságban korlátozott mértékű is lehet. (Ehhez hasonló: a bűncselekményt elkövetők elmeállapotának véleményezése során a korlátozottságnak három fokozata is van, - enyhe, közép, súlyos - ami viszont soknak tűnik. Ugyanakkor a

cselekvőképesség elbírálása során is van korlátozott fokozat.)

Sok a bizonytalanság a pszichológia, a pszichológus szerepének, kompetenciájának, helyének meghatározása körül.

A pszichológia fontosságát a legvilágosabban az az ismert paradoxon szemlélteti, mely szerint az emberi beszéd, a szavak arra valók, hogy eltakarják az adott személy valódi gondolatait, attitűdjét. Lempp német gyermekpszichiáter ezt úgy sarkította, hogy a pszichológiai vizsgálat leginkább akkor indokolt, akkor informatív és hasznos, ha lényeges különbséget tételezünk fel a kifelé mutatott (mondott, megnyilvánított) hangulat, beállítottság, irányultság, mimika, képesség, szint, illetve a rejtett, de feltételezetten ható „valóságos” belső hangulat és irányultság között.

Fűzzük tovább ezeket a gondolatokat: a gyakorlatban melyik az az életszakasz, amikor az egyén érzéseit, gondolatait (még) nem képes szavakban kifejezni, de „lejjebb ásva”, sok mindent megmutat. (pl. szexuális zaklatás, bántalmazás mozzanatait). Ez a kisgyermek-gyermekkor. És melyik az az embercsoport, amely logikusnak látszó vagy ő általa annak vélt céllal szándékosan, tudatosan épít fel belső világa körül egy „titokőrző” falat. Sok pszichésen beteg, vagy tudatosan szégyellt, leplezni akart, önmagára terhelő, netán fenyegetett helyzetet érző ember van, akiről a vizsgáló, esetleg a hozzátartozó is érzi, sejti ezt, de jól „belelátni” alig képes. Ilyenkor az érzékelhető, hogy amit az illető mond, az nem a teljes igazság, ő is tudja, hogy a vizsgálódó is tudja ezt, de képtelen őt bizonyos kérdésekben szóra, főleg teljes értékű, igaz szóra bírni. Ez nem egyszerűen hazugság, hanem az önvédelem sajátos formája, vagy az adott személy belső gondolatvilágában önmaga számára sem kikristályosodott reakciók, magatartásbeli megnyilvánulások csokra. Leegyszerűsítve jogos a hasonlat, ilyenkor nagyon hatásos lehet a lélek röntgen vizsgálata.

Nagyon messzire vezetne arról szólni, hogy hazánkban a pszichológia (és annak ágai) a két világháború között is némi fenntartással kezelődtek, az 50-60-as években pedig hivatalosan nem tekintették komoly tudománynak, hiszen nem „termelt” megfogható értéket.

Nem csoda, hogy miután fejlődése zöld utat kapott, mint valami univerzális csodaszertől, mindennek a megoldását, a pszichológia alkalmazásától várták, legyen szó a kirakatok hatásos berendezéséről, vagy a labdarúgó góliszonyának megszüntetéséről.

A mi témánk keretében idevágó kérdések, területek: A szülők nevelésre való alkalmassága, a gyermek láthatása, veszélyeztetése,

bántalmazása, ön- és közveszélyeztetés valószínűsége, öngyilkossági veszély, kábítószer (és alkohol)-függőség, tényleges értelmi színvonal, bűnismétlés veszélye, szerződéskötésre való alkalmasság, gondnokság alá helyezés indokoltsága, kényszergyógykezelés, stb...

Van néhány terület, ahol mondhatni a pszichológus „elsőbbiséget” élvez: Ilyen a kisebb gyermekek lelkének megismerése, a szülők, nevelőszülők alkalmassága, a feltételezett bántalmazások és más történések elmondásának életszerűsége és hasonló kérdések elbírálása.

Másik nagy csoport, ahol a pszichológia értékesen kiegészíti a pszichiáter leletét: intelligencia tesztek, személyiségrajz, ösztönélet, leplezni kívánt, a tényállás (de akár a kezelés) szempontjából fontos tulajdonságok feltárása, szavahihetőség, rejtett agresszív készlet, stb...

Minél inkább érdemleges a két (vagy több) szakterület együttműködése, annál valószínűbb a vélemény megalapozottsága.

Nem kevés mérlegelést igényel annak az ellentmondásnak a feloldása, hogy amíg a jogalkalmazó a szakértőtől egyértelmű és kategórikus válaszokat vár, addig a pszichiáter és pszichológus sok esetben nem adhat ilyet. Ezzel találkozunk például, amikor a bűnismétlés veszélyét kéri véleményezni. Ennek a fordítottja sem könnyebb feladat: évekkel korábban kényszergyógykezelésre ítélt, de évek óta pszichotikus tünetektől mentes állapotban lévő egyénnél megszüntethető-e ez, és az illető otthoni környezetbe bocsátható-e. Elmúlt-e a bűnismétlés veszélye? Olyan vélemény adható erre, hogy valaminek a bekövetkezése nagy valószínűséggel várható, vagy éppen valószínűtlen, de határozott, kategórikus „kórjóslat aligha.

Előfordul, hogy a pszichológus vagy orvos szabadságvesztés kiállítását idült betegségekre hivatkozva kizártnak minősíti, pedig a halmozott betegségek, problematikus személyiségjegyek, negatív életesemények, stb... mérlegelést ugyan indokolhatnak, de ezek szerepének eldöntése nem a szakértő döntési hatáskörébe tartozik, hanem a bíróéba. A szövődmények, veszélyek lehetőségére jogosult rámutatni, de a döntés joga nem az orvosé, pszichológusé.

A pszichológiai leleteknek és a modern, úgynevezett képalkotó eljárások leleteinek van egy közös, félreértelmezhető, így torzító szerepe. Mindkettő alkalmas finomabb, egyébként rejtve maradó elváltozások feltárására. Hasonló a helyzet a napjainkba széleskörű laboratóriumi vizsgálatok leleteivel kapcsolatban.

Az intelligenciát „mérő” teszteknek előnye, hogy viszonylag

objektív részadatokkal támaszthatják alá a véleményt. Korlátuk, hogy e tesztek zöme (pl. MAWI-teszt) „iskolafüggő”, így az aluliskolázott személy számszerű érték alapján fogyatékosnak fog minősülni, noha korántsem az. A vizsgált személy nem ritkán e mellett abban lehet érdekelt, hogy a valósánál lényegesen rosszabb eredmény szülessen, amit hiba, ha a vizsgáló figyelmen kívül hagy, vagy nem érzékel.

A pszichológiai leletek esetében nem egységesen értékelt adatok egyebek között a nem kedvező személyiségjegyek, az intelligencia tesztekben az egyenetlen teljesítmény értelmezése, a képalkotó eljárások leleteiben pedig a finomabb morfológiai elváltozások, pl. a kisebb-nagyobb, régebbi agyi érrendszeri történések maradványának késői emlékei. Az a kérdés, hogy ezek mennyire relevánsak jogi vonatkozásban. Hiba lenne ezeket figyelmen kívül hagyni, ezek a gyógyításban, értékes adatot jelenthetnek. Büntetőjogi szempontból azonban nem bírnak feltétlenül lényeges jelentőséggel, ugyanis sem a büntető, sem a polgári ügyek körébe tartozó gondnokság alá helyezési perekben nem az a kérdés, hogy az illető teljesen egészséges-e, hanem, hogy az adott cselekményre nézve, vagy polgári perben ügyeinek önálló intézésére, az elvárható magatartásra képes volt-e. Nem kórisme, hanem értékelő vélemény az, amire az igazságszolgáltatásnak szüksége van (ráadásul, érthetően írva, a nem szakember által is érthetően.)

Sok tapasztalat igazolja, hogy a különféle bűncselekmények létrejöttében nem elhanyagolható a sértettek, áldozatok viselkedésének, a viktimológiai tényezőknek a szerepe.

A szolidan élő emberhez is betörhetnek, bántalmazhatják, kifoszthatják őt, de megfelelő biztonsági intézkedések csökkentik ennek veszélyét. A szolidan viselkedő nő is válhat szexuális támadás sértettjévé, a hazafelé bandukolót is megtámadhatják, és a modern riasztó berendezéssel felszerelt gépkocsit is feltörhetik.

Azonban sokkal könnyebben és gyakrabban támadják meg a kacérkodó leányt, a tömött pénztárcáját lobogtató ittas embert. Könnyebb célpont a falu szélén magányosan élő idős asszony, főleg ha elterjedt róla, hogy a pénzt és az ezüstöt a dunna alatt tartja. Példa minderre az a gépkocsikat sorozatosan felnyitó férfi, akinek 15 közül 10, az utcán esetben lezáratlanul hagyott gépkocsi vonzó célpont volt, tehát a tulajdonosok könnyelműségének a szerepe nem volt elhanyagolható.

Összetett azoknak a cselekményeknek a köre, amelyek a családon (a környezeten) belüli szexuális és egyéb visszaélések,

bántalmazások előfordulását tartalmazzák. Különösen a gyermekkorúak sérelmére történő ilyen cselekményeket legalább két tényező szinte törvényszerűen elősegíti.

Egyrészt a fizikai erőfölény az elkövető javára, másrészt – és ez a fontosabb – a jogi, anyagi, érzelmi kiszolgáltatottság és zsarolási lehetőség, ami nagyon sok leányt tűrésre és hallgatásra motivál. Csak helyeselni lehet, hogy napjainkban fokozódó a figyelem az ilyen cselekmények feltárása iránt, de tudni kell, hogy legfeljebb a „jéghegy” csúcsát értük el.

Nem lehet egyértelmű választ adni arra a kérdésre, hogy az adott cselekedetet mennyiben a szándék és mennyiben a következmények alapján helyes elbírálni. Mindkét tábornak bőven van érve. Az etika tudományának történetét is végigkíséri ez a kettősség, és ez a jogi minősítés, majd ezen keresztül az egyes ember sorsának akár döntő kihatású meghatározójává válhat.

A pszichiátria-pszichológia már első megközelítésre is – bár nem általános érvénnyel – a szándék szerepének fontossága mellett érvel. Ugyanis a szándék, a célkitűzés, a „belső” intellektuális megfontolás, előkészítés, mérlegelés, elhatározás tartalmazza elsősorban az egyén tényleges szerepét, a belőle adódó „oki” tényezőket. (Külön kérdés, hogy ezt egészséges vagy pszichésen beteg „elme” tette-e.) Ezzel szemben a cselekmény következménye, számos egyéb, akár meghatározó súlyú – néha az elkövető cselekedetétől és szándékától teljesen független – tényezőtől is függ. Ezért sokak igazságérzetét nyugtalanítja, ha a két tényező nem megfelelő súlyt kap a minősítésben. Bizonyos bűncselekményekben persze a következmény a fontosabb mérce (pl. okozott anyagi kár, sorozatos tulajdon elleni, vagy garázda jellegű cselekmények). Ezekben az esetekben az elkövetőtől jórészt független tényezők lényeges, vagy akár önmagukban is döntő szerepet kapnak. Súlyos, életellenes bűncselekmények során az okozott sérülések súlyossága, az, hogy életben maradt-e a sértett, szenvedett-e maradandó károsodást, számos ismert és részben ismeretlen tényezőtől, extrém esetben a véletlentől függ, vagyis a következmény súlyosságára korántsem csupán az illető szándéka van kihatással. Ezekről az esetektől eltekintve az emberi pszichikum és magatartás elemzése inkább a szándék meghatározó súlyát támasztja alá, mint olyan tényezőét, amely a cselekménnyel okilag szorosabb összefüggésben áll.

Hippokratészt és a klasszikusokat más vonatkozásban is érdemes idézni. Nemcsak az orvos magatartási követelményeinek a mércéit

helyezték ők igen magasra, de az orvos megbecsülését is hangsúlyozták „Tiszteld az orvost, hiszen az istenek után következik”.

Az orvosi foglalkozás tekintélye napjainkban-napjainkra nagyon sokat zuhan. Az istenekhez a rangsorban közelállóból sokadrangú mesterember lett, egyesek még a pofozógép szerepének párhuzamát is emlegetik, hiszen „az orvostársadalom hibát-hibára halmoz, korrupt, kifosztja a betegeit, de ha bajban van, összezár, varjú a varjúnak nem vájja ki a szemét”. Nem volt véletlen pár éve a szellemes könyvcím: „Kik vagytok ti, Istenek?” Ide kívánczik az orvosok (és a társadalom) egyik legélesebb nyelvű kritikusanak, G.B. Shawnak a gondolata: „a szakmák a laikusok elleni összeesküvések”. Széles rétegek izgalom-éhségére és bűnbakképzésére jellemző a töménytelen úgynevezett „műhiba per”, (ami egyébként nem optimális elnevezés, szakmai mulasztásokról, hanyagságokról, tévedésről, gondatlanságról van rendszerint szó). Talán Ferenc József király is megérezte a helyzet összetett voltát, amikor a fennmaradt történet szerint Korányi Frigyesnek megadta ugyan a bárói címet, de kezét nem fogott vele, mondván, „olyannal, aki más fenekébe is belenyúl, nem fog kezét”. Vitathatatlan, hogy az orvosok munkája, magatartása sok esetben ad okot jogos vagy részben jogos panaszra. A lélektelenné váló (sőt néha alig érzékelhető empatikus orvos-beteg (nővér-beteg) kapcsolat pedig a bizalmatlanság szülőágya.

Kinek árt legtöbbit ez a helyzet? A betegeknek. Úgy, ahogyan az egyházaknak éltető eleme az irántuk kifejeződő tisztelet, bizalom, ahogyan csak olyan pedagógus (és csak olyan légkörben) tud eredményes nevelő-oktató tevékenységet folytatni, akit elismerés és bizalom övez, nem kevésbé érvényes ez az orvosra. Azzal súlyosbítva, hogy az orvos kezébe a beteg ténylegesen a sorsát, egészségét, életét helyezi. Érdemes végiggondolni, hányan nem mennek orvosi vizsgálatra, szűrésre, ellenőrzésre, műtetre, „csak” azért, mert az a fogorvos, nőgyógyász, sebész, vagy más, akiben bíznak, nem elérhető.

Az USA-ban 1970-2006 között 147 orvos és ápoló ellen indult eljárás többnyire anyagi érdek által motivált emberölésnek minősülő esetben, amikor injekciók, gyógyszerátadagolás, stb. révén okozták a beteg halálát. Ugyanekkor számos ország adatait egybevetve a „gyanús” halálesetek száma ennél jóval magasabb volt, kb. 10, 000, ebbe azonban nem számították bele a családi, féltékenységi eseményeket, vagy ahol nem „egészségügyi szer vagy eszköz került

használatra, ahol asszisztált öngyilkosságról, eutanázia szerű cselekményről volt szó. Nem csodálható, hogy volt olyan orvos, akire öt emberölés volt rábizonyítható, de a gyanús esetek száma 100 felett volt. És mi a helyzet azokban az országokban, ahol az ellenőrzés laza vagy kialakulatlan? Rámutattak az elemzők arra is, hogy a „béke olyan szigetei”, mint Hollandia vagy Norvégia, sem voltak a jelenségtől mentesek. Az ilyen magatartást (főleg sorozatban) tanúsítók személyiségének elemzése az uralkodni vágyás, a hatalom élvezete, a feltörni, kitűnni akarás, a szakmai képesség fitogtatása szerepét találta jellemzőnek.

Vannak a kérdéskörrel foglalkozók között, akik világméreteken több százézes (vagy még nagyobb?) nagyságrendben adják meg azok számát, akik egy év alatt orvosi műhiba következtében halnak meg. Ez a nagyságrend horrorisztikus és félrevezető. Előfordul, hogy az orvosi tevékenység vagy mulasztás önmaga a közvetlen haláloki tényező, de a súlyos „műhibák” legtöbbször életveszélyes vagy kritikus állapotban levő betegek ellátása során történnek, akiknek sorsát, a kimenetelt rendszerint nem egyetlen tényező dönti el.

Ami tényleges mulasztás, az nem menthető, ami felelőtlenség, az jogosan érdemel elmarasztalást. Van rengeteg hiányosság a jó értelemben vett kollegialitás, együttműködés, team munka területén. Az sem vitás, hogy van példa a „sorok összezárása”. (De melyik foglalkozásban, családban, közösségben nincs?)

Már esett szó arról, hogy a pszichiátriai tevékenység szabályai között nagyon hangsúlyozottak az emberi szabadság és jogegyenlőség érvényesítésének a szabályai, ennek a sérelmei pedig felnagyított hangsúlyt kapnak. Pl. Th. Szász, az antipszichiátria magyar származású vezető személyisége írta 1948-ban: „A sürgősségi beszállítás sokkal nagyobb mértékű jogfosztást jelent, mint a bebörtönzés, amelyet alkotmányos garanciák és jogi védelem gondosan szabályoznak.” Könnyű lenne erre annyit válaszolni, hogy ennek a részkérdésnek (akarat ellenére kórházi felvétel, beszállítás) jogi rendezése (bírói szemle, stb...) legalább formailag megnyugtatóan rendeződött. Ennyire nyugodtak mégsem lehetünk. A pszichiátriai beteg ténylegesen sok vonatkozásban kiszolgáltatott ma is. Gondnokság alá helyezik, pszichés állapotát, aktivitását beszűkítik, ügyintézési, döntési képességét korlátozzák, és elvben mindezt kizárólag az ő érdekében. Nem behódolni kell a demagóg nézetek előtt, hanem jogilag, etikailag (és emberileg) mindenben támogatni kell a betegeket mindenféle kezelés, vizsgálat, ellátás keretében.

Teljes megnyugvás azért sem jogos, mert rengeteg előítélet él a közvéleményben, de még orvosok és más értelmiségiek soraiban is a pszichiátriai betegekkel, rendellenességekkel kapcsolatban. Legismertebb talán az, amelyik a pszichiátriai kórismét és gyógykezelést (magát ennek a tényét) akár egész életre szóló címkézésnek tekinti. Sok beteget végigkísér pl. a szkizofrénia címkéje, ha egyszer okkal vagy ok nélkül megkapta ezt. (Például csak mert álmában halott anyjával beszélgetett.) Még pszichiáterek sem mentesek attól a pesszimista sablonos nézőponttól, mely szerint ez a betegség nem gyógyul meg, tehát az illető eleve – bármit tesz is – nem minősíthető teljesen beszámíthatónak.

Már több utalásból érzékelhető lehetett, hogy a „klinikai” és a forenzikus pszichiátria sokban eltérő szemléletet kíván és hordoz. Az úgynevezett klinikumban is fontosak az előzményi adatok, de döntően az aktuális észlelteket szabják meg a teendőket. A klinikus egzakt kórismére kíváncsi, a szakértőt és a bírót nem önmagában a kórisme érdekli, hanem annak kihatása, illetve ennek hiánya az adott eljárás tárgyára. A kétféle megközelítés „célkeresztje” tehát eltér. Egyetlen példát erre: szkizofrénias beteg aktuálisan imperatív jellegű hallucinációk és téveszmék hatására közeli hozzátartozó sérelmére élet ellenes bűncselekményt követ el. Ugyanez a személy sok év múlva (például kényszergyógykezelés után) indulati cselekménybe, dulakodásba keveredik és valakinek maradandó egészségkárosodást okoz. Ugyanez a személy még később sorozatos adócsalást követ el. Mit mondhat a szakértő? Ha helyesen következtet, akkor feltehetően az első (legsúlyosabb) tettére nézve képtelennek minősíti a felismerésre, a helyes cselekvésre. A második esetben kezelt, már nem zajló elmebetegségi (utáni) állapotról van szó, ami kizáró tényezőt aligha, korlátozó viszont feltehetően jelenthet. A harmadik cselekmény esetén a lezajlott betegségnek nincs szerepe, ezért valószínűleg arra nézve a szakértő nem fog korlátozottságot sem véleményezni.

Tehát előzményi adatok és körülmények, életvezetés, betegség, egészségkárosodás, vagy rendellenesség fennállása és lefolyása, kórismézés - követés – gondozás – további életút ismerete jelenthet együttesen olyan vezérfonalat, melynek révén az adott személy adott cselekményének, adott időpontbeli állapotának tárgyilagos véleményezését meg tudjuk fogalmazni és el lehet fogadtatni.

Néhány kérdéskör újra történő szabályozása, de legalábbis átgondolása célszerűnek látszik.

1. Az akaratnyilvánítás esetén legyen „részleges

- akaratnyilvánítási képesség” is véleményezhető.
2. Ezzel szemben kérdés, hogy optimális-e a büntetőjogi ügyekben a háromfokozatú korlátozottság. Nem lenne elég és egyértelműbb egy vagy két fokozat meghagyása.
 3. Ugyanezen ügyekben nehéz szétválasztani (és erőltetettnek látszik) a felismerési és megfelelő cselekvési képességet.
 4. Jogos-e nem szankcionálni az enyhébben mentálisan elmaradottak által sorozatosan elkövetett szabálysértéseket (jogosítvány nélküli gépjárművezetés, kis összegek, de sorozatos lopások, stb..).
 5. Határozottabb konszenzus kívánatos abban, hogy milyen keretek között megalapozott a személyiségzavarokat relevánsnak tekinteni a büntetőjogi felelősség fokának elbírálása során. Milyen személyiségjegyek milyen vonatkozásban lehet relevánsok?
 6. A pszichológus feladatkörének meghatározása, és a pszichológiai leletek értelmezése, súlya egységes, határozottabb irányelveket igényel. (Módszertani levelek?)
 7. Mérlegelést igényel a kábítószerfüggőség, sóvárgás (benne a pszichés tényezők), büntetőjogi relevanciájának átgondolása.
 8. Érdemi viták, tanácskozások javasoltak az orvosi és jogi határterületek különböző témáiban.

A jelen tanulmány elkészítésére több tényező motivált. Magam 46 éve folytatok igazságügyi elmeorvosszakértői tevékenységet és a pálya végén nem csoda, ha az emberből kikívánkoznak gondolatok. Néha még talán naivan azt is hiszi, hogy valóban „verba volant, scripta manent”. Beállítottságom – és az a szövegből is kitűnik – annyiban sajátos, mert mindig hangsúlyozottan érdekelt az „emberi tényező” és mindig kerestem a komplexitást, az összefüggéseket.

Ez talán részben menti a nem kevés kompromisszumot, amelyet egy-egy gondolat kapcsán felvillantottam.

A leírt gondolatok legtöbbször elégedetlenség érzését keltheti: nincsenek teljes egészésként kifejtve, a kérdésekre leírt válaszok is ritkán teljesesek. Ennek oka azonban az is, hogy a szakterület is átalakulóban van. Sok kérdés vitatott, ellentmondásos megítélésű, így érthetően a kiforratlanság légkörét sugallja. Ilyen helyzetben nem látszott haszontalannak csokorba kötni a további gondolkodásra serkentő dilemmákat.

A jubiléus magas ívű munkája és életútja ismeretében megtisztelőnek érzem, és köszönöm, hogy az alkotók között engem

is felkértek.

Irodalom:

- Allport GW.:A személyiség alakulása. Gondolat, Budapest, 1980.
- Balassa L.: Igazságügyi elmekórtan. Közgazdasági és jogi kiadó, Budapest, 1961.
- Campobasso CP. et al.:A serial killer of elderly women: Analysis of a multi-victim homicede investigation. Forensic Science International, 185:e7-e11. 2009.
- Carmichael L.:Manual of Childpsychology. Wiley, New York, 1954.
- De Barros DM. et al.:Association between personality disorder and violent behavior pattern. Forensic Science International,179:19-25. 2008.
- György J.:Az antiszociális személyiség. Medicina, Budapest, 1967.
- Hárdi I.:Az agresszió világa. Medicina, 2010.
- Huszár I., Magyar I., Kuncz E.:Igazságügyi Elmekórtan. Medicina, Budapest, 1986.
- Huszár I., Kuncz E.:Igazságügyi pszichiátia. Medicina, Budapest, 1998.
- Kretschmer E.:Medizinische Psychologie. Thieme Verlag., Stuttgart, 1971.
- Kretschmer E.:Körperbau und Character. Springer Verlag, Berlin, 1951. Kun M., Szegedi M.:Az intelligencia mérése. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971.
- Kugu N. et al.:Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: A Turkey study. Forensic Science International, 175:107-112. 2008.
- Künkel F.:Einführung in die charakterkunde. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, 1975.
- Lempp R.:Frühkindliche Hirnschädigungen und Neurose. Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, 1970.
- Popper P.:A kriminális személyiségzavar kialakulása. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1970.
- Pöldinger W., Wagner W.: Ethik in der Psychiatrie. Springer Verlag. Berlin, 1991.
- Ranschburg J.:Félelem, harag, agresszió. Tankönyvkiadó, Budapest, 1979.

- Remschmidt H.: Posttraumatische Leistungstörungen im Kindesalter und Ihre Behandlung. In: Nissen G.: Intelligenz, Lernen und Lernstörungen. Springer Verlag, Berlin, New York, 1977.
- Szakács F.: Intelligenciadeficit típusok. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1987.
- Szász T.: The Myth of Mental Illness. Secker & Warburg, London, 1962.
- Szewczyk H.: Der fehlentwickelte Jugendliche und seine Kriminalität. Fischer Verlag, Berlin, Med. jur. Grenzfragen, 15:131-140. 1982.
- Szewczyk H.: 1974 Kriterien der Beurteilung kindlicher Zeugenaussagen. Probl. Erg. Psychol. 46: 1973.
- Szewczyk H.: Die Beurteilung der Aussagen von Kindern und Jugendlichen bei Sittlichkeitsdelikten. Krim. for Wiss. 13: 1974.
- Szewczyk H. und Littmann E.: Zur Frage der Schädigung von Kindern und Jugendlichen durch Sexualdelikte. Arztl. Jugdkde. 66: 1975.
- Szilárd J.: Igazságügyi elmeorvoszakértői feladatok a gyermekserdülő pszichiátriában. In: Vetró Á.: Gyermek-és ifjúságpszichiátria. Medicina, Budapest, 2008.
- Szilárd J. et al.: Über die Kriminalität und Kriminalitätsgefährdung im Kindes und Jugendalter. In: Szewczyk H.: Der fehlentwickelte Jugendliche und seine Kriminalität. Fischer Verlag, Berlin, Med. jur. Grenzfragen, 15:131-140. 1982.
- Szilárd J.: Igazságügyi pszichiátria. Egyetemi jegyzet, JATE Press, Szeged, 1993.
- Szilárd J., Farkasinszky T., Vargha M.: A gyermekkori prekriminalitásról. Belügyi Szemle, 5:83-85. 1975.
- Szobor A.: Affektív és voluntáris magatartásmódok igazságügyi elmeorvosi értékelése. Medicina, Budapest, 1971.
- Trick K.L.K., Tennent T.G.: Forensic Psychiatry. Pitman Books, London, 1981.