

XXXII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia
Pedagógiai, Pszichológiai, Andragógiai és Könyvtártudományi Szekció
Debrecen, 2015. április 15-17
Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar
Nemzeti Közszolgálati Egyetem

Skizofrén bűnelkövetők?

Jelige: Álomvilág

Pályamunka lezárásának időpontja: 2014. május 02.

2015.

Skizofrén bűnelkövetők?

Tartalomjegyzék

AJÁNLÁS	4
1. BEVEZETŐ.....	6
2. TÖRTÉNELMI ÁTTEKINTÉS	7
3. A SKIZOFRÉNIA MEGHATÁROZÁSA	9
3.1 Tünetek.....	11
3.1.1 Pozitív tünetek.....	11
3.1.2 Negatív tünetek	13
3.1.3 Pszichomotoros tünetek.....	14
3.2 Kórlefolyás	15
3.3 Betegség osztályozási rendszerek.....	16
3.4 A betegség kialakulásának nézőpontjai.....	19
3.4.1 Biológiai	19
3.4.2 Pszichológiai	24
3.4.3 Szociokulturális.....	25
3.5 Klinikai adatszerzés	26
3.5.1 Klinikai interjú	26
3.5.2 Klinikai tesztek.....	27
3.5.3 Klinikai következtetés	32
4. A SKIZOFRÉNIA ÉS A BŰNCSELEKMÉNYEK ÖSSZEFÜGGÉSEI.....	33
4.1 Viktimológia.....	34
4.2 A magyar jogrendszer és a pszichiátria kapcsolata	35
5. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉSRŐL.....	38

5.1	Gyógyító-nevelő csoport az IMEI-n belül	39
5.2.	Terápiás eljárások	39
5.2.1.	Antipszichotikumok	40
5.2.2.	Pszichoterápia.....	41
5.2.3.	Művészetterápia	42
5.2.4.	Hazánkban meg nem honosodott kezelési lehetőségek.....	44
6.	ESETTANULMÁNYOK.....	47
6.1.	F. László a fényevő	47
6.1.1.	Anamnézis	48
6.1.2.	Exploráció	50
6.2.	P. Károly Sándor és az ezotéria	51
6.2.1.	Anamnézis	52
6.2.2.	Exploráció	53
6.3.	Dr. M. Szilvia	54
6.3.1.	Anamnézis	54
6.3.2.	Exploráció	56
	UTÓSZÓ	57
	IRODALOMJEGYZÉK.....	58
	ÁBRÁK JEGYZÉKE.....	60
	MELLÉKLETEK.....	61
	1. sz. melléklet: Az I. és II. típusú skizofrénia összehasonlítása.....	61
	2. sz. melléklet: Antipszichotikus szerek	62
	3. sz. melléklet: F. László felsorolt webcímeinek internetcímei	63
	4. sz. melléklet: P. Károly Sándor webcímeinek internetcímei.....	64

Ajánlás

Írásomat ajánlanám mostohatestvéremnek, Turi Bernadettnek, aki skizofréniában élte mindennapjait haláláig.

Nevelőapámnak, Turi Róbertnek, aki rendkívüli türelemmel viseltetett a lánya iránt.

Végezetül tanítómnak és konzulensemnek, aki megismertette és megszerettette velem a pszichológiát, továbbá támogatott és segített abban, hogy eme Tudományos Diákköri Dolgozatomat megírhasam.

„Mindig, már, mint apró gyermek
Más voltam, mint más e szemek
Másként láttak - más szenvedély
Tüzében égett ez a vér.
Más forrásból fakadt a bánat
Énbennem; más hangokra támadt
Csapongó kedv az én szívemben
És mindig egyedül szerettem.
Viharzó éltem hajnalán
Akkortájt bukkant fel talán,
Jó s rossz mélyéből tört elő
E titkos, bénító erő:
Szurdokból vagy hegypatakból,
Fennen rőtlő szirtfalakból,
Míg az őszi napkorong
Mindent színaranyba vont -
Míg sújtó istennyila
Mellettem suhant tova -
Menny dörgött, zúgtak szelek,
És egy furcsa felleget
(Tiszta-kék égbolt delén)
Zord démonnak láttam én.”
*Edgar Allan Poe: Egyedül*¹

¹ <http://www.folioklub.hu/poems/104.html> [Letöltés ideje: 2013.10.25.]

1. Bevezető

Edgar Allan Poe (1809-1849) költeménye ékes példája annak, hogy az irodalom által könnyen bepillantást nyerhetünk – jelen esetben - a skizofréniát kísérő tünetek megnyilvánulásába.²

A skizofrénia mentális betegség, melynek lefolyása, megjelenése a kutatókat mintegy száz éve folyamatosan foglalkoztatja. Napjainkban a neuropszichológiai kutatásoknak köszönhetően egyre több, korábban ismeretlen összefüggésekre világítanak rá.

A rendvédelmi dolgozók szempontjából azért fontos véleményem szerint ezzel a problémakörrel foglalkozni, mert speciális intézkedési technikákra van szükség a skizofrén ügyfelek, illetve fogvatartottak kezelése tekintetében. Jómagam fogdaőrként is megtapasztaltam, hogy tudásomat bővíteni, és elmélyíteni szükséges, ezért a tudományos diákköri munkám témájaként a mentális rendellenességben szenvedő skizofrén személyekről végeztem kutatást.

A dolgozatomból kitűnik, hogy - mint a legtöbb mentális betegségnél - a skizofrénia területén publikált ismeretek is hézagosak, néhol ellentmondásosak, részigaságok sorozatai tarkítják. Különböző nézőpontok keverednek egymással, és ami ma még elfogadott, lehet, hogy az újabb áttörések tükrében, holnapra már csak egy történelmi állomás lesz a fejlődés útján haladva. A technika fejlődése újabb áttöréseket ér el, mely a biológiai nézőpontnak kedvez, míg a nagyobb anyagi támogatást igénylő pszichoterápiás eljárások is felértékelődnek és szociokulturális segítséget nyújt a társadalmi beilleszkedés terén. A skizofrén személyek többsége nem elszigetelten él, viszont a zökkenőkkel tarkított életvitelük, nehezebb alkalmazkodó képességük miatt, könnyen összeütközésbe kerülhetnek a társadalom tagjaival és a társadalom által képviselt normákkal, így a joggal is. Speciális hozzáállást igényelnek, a kiszolgáltatott függő helyzetükből adódóan támogatásra szorulanak és a rendvédelmi szerveknél dolgozók részéről pedig differenciált bánásmódot igényelnek.

² CHASE, Ronald (2013), Schizophrenia. USA: Hopkins University Press, 148.

2. Történelmi áttekintés

Az emberiség története során a skizofrén betegeket és kezelésüket a társadalom és a kisebb közösség különbözőképpen közelítette meg.³ Gyakorta előfordult kínzásuk, megölésük, a közösségből való különböző formában történő kirekesztésük. Nagyjából egy évszázada jelentkezett az igény, hogy a pszichiátriai betegségeket és betegeket jobban megértsék és betegségüket kezeljék.

A koponyalékelés időszaka

A prehisztorikus korról ugyan nincsenek írásos emlékeink, de a megtalált leletek alapján a történészek valószínűsítik, hogy őseinket már akkor is foglalkoztatta a misztikum világa. Őseink értelmet szerettek volna adni a körülöttük lévő természeti jelenségeknek és történéseknek. A közösség azon tagjairól, akik zavartan viselkedtek, úgy gondolták, hogy gonosz szellemek szállták meg, akiket szabadon kell engedni, ezért nem ritkán trepanációt, vagyis koponyalékelést hajtottak végre rajtuk.

A betegség oka a testnedvek működésében keresendő

Az ókori görög kutatók közül **Hippokratész** (i.e. 460-377) vált kiemelkedő jelentőségűvé. Úgy vélte, hogy a hallucinációk - ami a skizofrénia egyik jellemző tünete - a testnedvek nem megfelelő működésével hozhatók összefüggésbe. Attól függetlenül, hogy ma már tudjuk, hogy tévedett, mégis jelentős mérföldkőnek bizonyultak a betegségről szóló írásai. Az elsők között volt, aki azt hangsúlyozta, hogy a betegségeknek nem természetfeletti, hanem fizikai okai vannak, melyeket az agy betegsége okoz. Tanításai a rómaiakon keresztül vált elterjedté.

Démonok

I. u. 500-1350-ig tartó időszakban az egyház kezében volt a hatalom és az irányítás, ezért a babonák és hiedelmek megjelenése fokozott szerepben nyilvánult meg. A deviáns megnyilvánulásokat a „gonosszal” hozták összefüggésbe, ördögi megszállottságnak hitték, aminek a gyógyítása kizárólag az egyház fennhatósága alá tartozott. A gyógyítási módok széles skálájával rendelkeztek, az imádkozástól és a szentelt víz használatától kezdve egészen a kínzásokig. Bevetett módszer volt az éheztetés, a korbácsolás vagy a leforrázás.

³ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei – Pszichopatológia*. Budapest: Osiris Kiadó

Tébolydák

A középkorban könnyen rászűthették bárkire a boszorkányság bélyegét, főleg akiknek a mentális viselkedését furcsának, vagy zavartnak találták. Az első elmebetegek gyógyítását felvállaló orvos, **Johann Weyer** (1515-1588) a „modern pszichiátria atyja” munkásságával sokat változtatott ezen a nézőponton.⁴ Bár nézeteivel korában nem mindenki értett egyet, ma úgy tekintünk rá, mint a modern pszichopatológia megalapítójára. Újból az emberséges megoldások kerültek az előtérbe, valamint a magánházaknál, illetve a közösségi otthonokban történő gyógyító tevékenység. A nagyobb létszám befogadása érdekében tébolydákat alapítottak, bár a túlszűfolttság miatt nem minden esetben tudtak megfelelő körülményeket biztosítani a betegeknek. Számos beteget sanyarú körülmények között ápoltak, leláncolták őket, és az étkeztetésük sem volt kielégítő. Ezeket a kaotikus állapotokat **Philippe Pinel** (1745-1826) szüntette meg, aki levetette a betegek láncait és számos addig új, humánus kezelési reformot vezetett be.⁵

Skizofrénia, mint betegség leírása

Mint látjuk, kihívások tarkították a mentális betegségekhez való hozzáállást és a betegek kezelését, így a skizofréniában szenvedők életét is. Bár a skizofrénia a történelmünk során végig jelen volt, csupán 1865-től kezelte az orvostudomány különálló betegségként.

Az 1860-as években **Benedict Morel** (1809-1873) belga pszichiáter egy 14 éves fiút kezelt, akinek az apatikus, visszahúzódó, érzelmileg labilis viselkedésének a *démence précoce* elnevezést, vagyis az idő előtti elbutulás kifejezést használta. A pontos tüneteket legelőször **Emil Kraepelin** (1893) írta le, és a betegségnek a *dementia preacox* elnevezést adta.⁶ A görög kettéhasadt elméből eredő *schizophrenia* elnevezést pedig először a svájci pszichiáter **Eugen Bleuer** (1857-1939) használta 1911-ben.⁷

⁴ STONE, Michael H. (2006), History of Schizophrenia and its Antecedents. In: LIEBERMAN, Jeffrey A. – STROUP, Scott, T. – PERKINS, Diana, O. (eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. USA: American Psychiatric Publishing, 7.

⁵ RAFTER, Nicole (2009), Philippe Pinel: Mania without delirium. In: RAFTER, Nicole (ed.) *The Origins of Criminology*. USA: Routledge, 50-56.

⁶ STONE, Michael H. (2006), History of Schizophrenia and its Antecedents. im. 1-15.

⁷ GILMAN, Sander, L. (2008), Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness. In: WALLACE, Edwin R. – GACH, John (eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry*. USA: Springer, 461-481.

3. A skizofrénia meghatározása

A kívülállók szempontjából

Mit jelent, jelenthet a skizofrénia egy kívülálló számára, egy olyan embernek, aki csak hírből, vagy még inkább a hírekből ismeri ezt a betegséget? A média szerepe sem elhanyagolható a tekintetben, hogy a gyógyszeres kezelések ellenére a skizofréniában szenvedők társadalmi beilleszkedése megnehezül. Felkapnak egy-egy témát, főleg, ha a skizofrén személy valamilyen erőszakos bűncselekményt különös kegyetlenséggel követett el. Ezek az esetek a „*váratlan, brutális megjelenése miatt keltene feltűnést*”⁸, így nem meglepő, hogy a skizofrén betegeket a furcsa, bizarr szóval jellemzik általában, félnek tőlük és kiszámíthatatlannak tartják őket. A skizofrén számukra egy olyan beteg, akit jobb elkerülni, mert könnyen válik bántalmazóvá.

A családtagok szempontjából

A skizofrén családtagjai számára mindenekelőtt gondot jelent a betegség és nehézséget okoz a beteggel való együttélés. Egy olyan állandó problémát, amit enyhíteni lehet, de megszüntetni soha. Ahogy súlyosbodik a betegség, egy olyan önállótlan embert kapnak, aki folyamatos felügyeletet, foglalkozást és törődést igényel. Ezt folyamatosan felvállalni fokozott tolerancia mellett is nehéz helyzeteket teremt. Főként rendkívüli terhet ró a családtagokra a beteg, ha olyan erőszakos cselekményt követett el, amikor a családtagot (leggyakrabban anyát, gyermeket) ölt meg. Ebben az esetben nehéz a megbocsátás, és az érintett családtagok úgy érzik, hogy a beteg személy felett elveszett az irányíthatóság, és megszakítják velük a kapcsolatot. Az Igazságügyi Megfigyelő- és Elmegyógyító Intézetben (IMEI) döntően életellenes bűncselekmények miatt kényszergyógykezelésüket töltő skizofrén betegeket „*gyakorta nem is akarják visszafogadni*” a családba, derült ki Halmai Tamással folytatott beszélgetésből.⁹

A tudomány szempontjából

A skizofrénia meghatározása igen nehéz feladat, mert a típusai szerteágazóak, tünetei pedig sokrétűek. A **tudományos meghatározás szerint** „*skizofrénia diagnózis alatt a pszichiátriai betegségek olyan csoportját foglaljuk össze, amelyek a gondolkodás és észrevezés*

⁸ KUNCZ Elemér (2011), *Igazságügyi pszichiátria*, im. 107.

⁹ Részlet Halmai Tamás Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

megváltozásával, az affektivitás és késztetés zavaraiával, az Én-károsodásával és a szociális kompetencia elvesztésével jellemezhetők.”¹⁰ Ebből kitűnik, hogy a meghatározás igen széles skálát ölel fel.

A skizofrén beteg szempontjából

A skizofrénia esetében egy olyan megbetegedésről beszélünk, ahol leggyakrabban a személyiségszerkezet is megváltozik, így *„az áttekintés, kritikai képesség, adekvát önértékelés, a belső értékrend és impulzuskontroll gyengülése miatt már nem képesek olyan mértékben cselekvésük irányítására, mint ahogy ez a megbetegedése előtt működött.*”¹¹

Szépirodalmi példákon, retrospektív beszámolókból következtethetünk arra, hogy a beteg számára mit jelent a pszichotikus állapot, mely során eltávolodik a valóságtól.

A világ és az emberek számukra megváltoznak, távolibbá, nehezen elérhetővé, rosszabb esetben egyenesen ellenségessé válnak. Sok beteg úgy érzi, hogy az egész világ körülöttük forog, róluk beszélnek az utcán, kinevetik a háta mögött és összeesküdnek ellene.¹² Ahogy Lehoczki Ágnes megfogalmazta: *„egy kicsit olyan, mint a rémálom. Fölébredsz belőle és azt mondd, hogy Úr Isten, de jó, hogy csak álom volt. A skizofréneknek is van egy rémálmuk és fölébrednek. És arra ébrednek, hogy ez igaz, nem álom volt. Aki még nem ment tönkre a betegségben, abban kifejlődik egy nagyon mély **félelem a betegségtől**. Nagyon fél tőle, hogy nehogymég egyszer dekompenzálódjon, mi lesz, ha még egyszer valami olyasmit csinál (pl. családtag bántalmazását). A fiatal betegeket még nem tette tönkre a betegség és jelen van még az érzelmi élet. Ezekben az esetekben megjelenik a félelem, főként azzal kapcsolatban, hogy mi lesz akkor, ha ő kikerül az IMEI-ből. Fél attól, ha kikerül az intézetből, előfordulhat, hogy a gyógyszer mellett is dekompenzálódik.*”¹³ (Általában a betegek a dekompenzált állapotukban követik el a bűncselekményeket.)

A gyógyító szempontjából

„A skizofréniában nem az a nagyon szörnyű, hogy a beteg időnként hallucinál (pozitív tünet), hanem éppen ellenkezőleg, a negatív tünetek. Az, hogy ez a betegség az évek során szépen lassan leépíti a személyiséget, elsivárosítja azt, az érzelmek, az érdeklődés egyre inkább eltűnik, és a beteg szélsőségesen introvertálttá válik. A betegség az egész személyiséget

¹⁰ KUNCZ Elemér (2011), *Igazságügyi pszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 100.

¹¹ Uo. im. 116.

¹² Részlet Halmai Tamás Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

¹³ Részlet Lehoczki Ágnes Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

*elkezd lecsupaszítani. Amennyiben ez megtörténik, azaz teljesen kiégetté és defektuálódottá (dekompenzálttá) válik a beteg, akkor nem számíthatunk nagyfokú félelemre, vagy erkölcsi reakcióra, amik a fiatalabb betegek esetében jelen vannak.*¹⁴ A pszichoedukáció során megvalósuló, a betegségről való ismeretek megszerzése, valamint a büntudat kialakulása, esetleg feloldása is nehezebb feladat.

3.1 Tünetek

Halmai Tamás szerint *„az erőszakos cselekmények nagy százaléka, és azok bizonyos típusa (különös kegyetlenséggel elkövetettek) a paranoid tünetekkel hozható összefüggésbe.”*¹⁵ A pszichotikus állapotban szenvedők számára elvész a kapcsolat a külvilággal és már nem tudják követni a körülöttük zajló eseményeket. Zavarodott állapotban vannak, megszűnik a racionális gondolkodás, a *„belső hangok”* irányítják és mondják meg, hogy mit csináljanak. *„A skizofrénia tüneteinek széles a skálája, melyek közül bármelyik megjelenhet, de nem törvényszerűen.”*¹⁶

Leginkább három nagy csoportra bontják a skizofrén betegség tüneteit, melyeket további alcsoportokra osztanak. A DSM-IV-TR¹⁷ osztályozási rendszer alapján beszélhetünk **pozitív**-, **negatív**- és **pszichomotoros** tünetekről, ugyanakkor a pozitív tüneteket I. típusú, a negatív tüneteket pedig II. típusú skizofréniaának is nevezhetjük.¹⁸

3.1.1 Pozitív tünetek

A pozitív tünetek közé sorolhatóak a téveszmék és hallucinációk megjelenése, a gondolkodás és a beszéd összefüggéstelenné válása, a koncentrációs zavarok, valamint az inadekvát (helyzethez nem illő) érzelmek megnyilvánulása.¹⁹

¹⁴ Részlet Lehoczki Ágnes Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

¹⁵ Részlet Halmai Tamás Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

¹⁶ COMER, R. J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 464.

¹⁷ Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) mentális betegségek diagnosztizálásának kritériumait tartalmazza.

¹⁸ APA (2001), *DSM-IV-TR Diagnosztikai kritériumai*, Budapest: Animula Kiadó

¹⁹ FÜREDI János – NÉMETH Attila – TARISKA Péter (2009), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó

3.1.1.1 A téveszmék

A téveszmék jellemzője, hogy „*olyan gondolataik vannak, amelyeknek nincs ténszerű, valós alapjuk, gyakran abszurdak, ugyanakkor a személy erősen hisz bennük.*”²⁰ Van, aki egy téveszmétől szenved, de akár egyszerre több téveszméje is lehet egyetlen személynek.

A téveszmék típusokba sorolhatók²¹:

- üldöztetési,
- vonatkoztatási,
- nagyzásos, és
- irányítási téveszmék.

Az üldöztetési téveszme során az egyén azt hiszi, hogy figyelik, követik, vadásznak rá, ártani akarnak neki, stb.

A vonatkoztatási téveszménél a tőle független eseményekben, vagy tárgyakban a személyének szóló üzeneteket vél felfedezni.

Nagyzásos téveszménél hatalommal rendelkező személynek képzeletben magát a személy, mint például költőnek, feltalálónak, híres személyiségnek, szentnek, megváltónak, politikusoknak vagy akár egy személyben magának a kormánynak, annak minden hatalmával együtt.

Irányítási téveszménél azt hiszik, hogy nem a maguk urai a testüknek, a gondolataiknak, az érzéseiknek. Irányítási téveszmeben szenved az, aki, azt állítja, hogy például az ufók gondolat útján irányítják.

3.1.1.2 A hallucinációk

A hallucinációk olyan téves képzetek megjelenése, amikhez nem tartozik külső inger.²² A téveszmék mellé gyakran hallucináció is társul, és közülük a **hallásos hallucináció** a gyakoribb. Ezek tulajdonképpen képzeletben hangok vagy szavak, melyek lehetnek parancsolóak vagy figyelmeztető jellegűek, dicsérők vagy kritikusak, ismerősek vagy ismeretlenek. Leginkább semmittevés, dekoncentrált állapotban vagy szenzoros elszigeteltség során fordulnak elő. A hallucinációk más érzékszervekre is kiterjedhetnek, így előfordulhat:

- Taktilis hallucináció (pl. bizsergő, égető érzés a bőrön, vagy a bőr alatt);

²⁰ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 464.

²¹ NÉMETH Attila (2006), *Pszichiátria másképp*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

²² KÉRI Szabolcs (2008), *Skizofrénia a kognitív deficit tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó

- Szomatikus hallucináció (a testen belül jelentkező képzetek pl.: pókok vannak a hasában);
- Vizuális hallucináció (pl. lehetnek színfoltok, képek, vagy akár események is);
- Ízléses hallucináció (pl. furcsa ízű ételek, italok);
- Olfaktorikus hallucináció (pl. helyzethez nem illő szagok)

A hallucináció pillanatában az emberi agyról készült pozitron emissziós tomográfia (PET) felvételek alapján valószínűsítik, hogy a skizofréniában szenvedők az agyuk által generált hallucinációkat kötik össze a külvilágban történt eseményekkel, de a külső és a belső élményeket nem tudják megkülönböztetni.²³ Arieti (1974) úgy vélte, hogy a betegek akkor hallucinálnak, amikor egy úgynevezett hallgató attitűdöt vesznek fel és várják a hallucinációk érkezését.²⁴

3.1.2 Negatív tünetek

A skizofrénia negatív tünetegyütteseinek közé soroljuk az **eltompult érzélemlátót**, a **szegényes kommunikációt** (szélsőséges esetben a kommunikáció hiánya, alogia), az **akarathányos állapotot** és az **ambivalenciát**.

3.1.2.1. Eltompult érzélemlátó

Öröm, bánat, mosoly, szomorúság, harag, düh stb. Az arcra sokféle érzést le lehet olvasni, amik abban segítenek, hogy rájövünk arra, ami éppen a fejben zajlik. Ennek segítségével elkerülhető egy esetleges támadás, tudjuk, hogy mikor nyújtunk vigaszt, vagy, hogy mikor derítettünk jókedvre valakit. A skizofrén személyek többségének viszont az érzélemlátó eltompult, halványabban jelennek meg az érzelmek, vagy akár rezzenéstelen is maradhat az arcuk, ami a kommunikáció sikerét is csökkenti.

3.1.2.2. Szegényes kommunikáció

A negatív tünetek könnyen elválaszthatóak a pozitív tünetektől. Az arcokon ritkábban jelennek meg az érzélemlátó jelei, a betegek kerülnek a szemkontaktust, hanghordozásuk monotonná válik. Ez akár az *anhedónia* szintjét is elérheti, mikor képtelenek az öröm, vagy az élvezet bármiféle kifejezésére.

²³ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó

²⁴ TRIKLER Mátyás - TÉNYI Tamás (2006). *A skizofrénia pszichoterápiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

Előfordulhat az *alogia* állapota is, amikor nem, vagy ritkán beszélnek a betegek. Ennek az oka az, hogy mire a megkezdett mondataik végére érnének, addigra már elfelejtik, hogy mit is szerettek volna mondani, tehát egy emlékezeti funkcióromlás következik be. Azonban ennek az ellenkezője is előfordulhat, amikor sokat, de összefüggéstelenül beszélnek. Ekkor mondataik között laza, vagy semmilyen kapcsolatrendszer nem áll fenn, és ezért nehezen követhetőek.

3.1.2.3. Akarathiányos állapot

Megjelenhet egy akarathiányos állapot is, amit a betegek úgy élnek meg mintha már nem lenne erejük az élet mindennapi dolgaira, érdeklődésüket nem köti le semmi.

3.1.2.4. Ambivalencia

Aki az ambivalencia állapotába kerül az a határozatlansága miatt igényli az irányítást. Egy ambivalens skizofrén személynek kihívást jelenthet még az olyan egyszerűnek tűnő alaptevékenység is, hogy felkeljen reggel az ágyból vagy sem, hogy egyen, vagy sem. Tehetetlenségnek érzi magát és ezt belső frusztráció élménye kíséri.

Azonban a skizofrén betegek nemcsak érzelmileg, hanem **szociálisan** is eltompulttá válhatnak. Mivel nem igénylik a társas kapcsolatokat szociális készségeik is leépülnek. Inadekvát viselkedésük miatt a mentálisan egészséges emberek nem keresik a társaságukat, és mivel egyre kevesebbet vannak egészséges emberek társaságában, így egyre kevésbé ismerik fel a kommunikáció során a mások érzéseit. Emiatt a külvilág és a saját belső világuk közti szakadék egyre csak növekszik. Leginkább úgy tudnám szemléltetni egy a negatív skizofrénia tüneteit mutató beteg érzéseit, mintha egy tornádó közepében állna az ember egyedül: körülötte minden mozgásban van, de belül nem történik semmi.

3.1.3 Pszichomotoros tünetek

A pszichomotoros tüneteknek testi megjelenése furcsa grimaszok és mozgások formájában mutatkozik meg. Egynémely betegen például az ülés közben észrevehető egy előre hátra ingázó tikkelő mozgás, miközben láthatóan magukban motyognak. Szélsőséges változataik a katatonia és a kataton izgatottság.

A **katatonia** során a skizofrén személy testileg veszti el a kapcsolatot a valósággal, úgy hogy a külső ingerekre nem a szokott módon reagál. Ez alatt megnémulhatnak, mozdulatlaná

dermedhetnek, vagy furcsa testtartásokat vehetnek fel. Egyes esetekben mozgatható bábuként viselkednek, szinte a végtelenségig fenntartják azt a pózt, amelybe más helyezte őket.

Ezzel szemben a **kataton izgatottság** során a betegek egy kontrolálhatatlan hiperaktív állapotot produkálnak, ami jelentkezhet például vad lábrángás formájában is.

Attól függetlenül, hogy a pozitív-, a negatív- és a pszichomotorikus tüneteket könnyű egymástól megkülönböztetni, - ami egy diagnózis felállításánál alapot szolgáltat - a valóságban ezek sosem ilyen tisztán jelennek meg. Nincsenek éles határvonalak és a skizofrénia tünetei gyakran keverednek egymással. A megkülönböztetés érdekében és segítségképp olyan osztályozási (nozológiai) rendszereket vezettek be (pl. lásd később DSM-IV-TR), melyeket a világ minden országban ugyanúgy értelmeznek és alkalmaznak.

3.2 Kórlefolyás

Möller és Deister (2003) kutatásai alapján az átlagnépességben a skizofrénia a prevalenciáját (előfordulását) tekintve 0,6-1% között van, azaz közel minden századik személy érintett.²⁵

A skizofrénia rendszerint a fiatal felnőttkorban, ritkábban a serdülőkorban kezdődik. Az esetek egy részében lappangó periódus jelentkezik a betegség kórlefolyásának a kezdetén, de a krónikus jellege minden esetben fennáll. Black és Andreasen (1994), valamint Lieberman (1995) szerint a betegre jellemző tünetek fokozatosan átalakulnak és a kezdeti pozitív tüneteket egyre inkább felváltják a negatív tünetek.²⁶

A kórlefolyás általában három szakaszra, vagy fázisra különül el, amik:²⁷

- a prodromális,
- az aktív és
- a reziduális fázisok.

3.2.1. Prodromális szakasz

Ebben a szakaszban már érzékelhetőek a problémák, de a közvetlen környezet még nem ismeri fel, hogy segítségre van szükség. A beteg szociális színvonala hanyatlak, visszahúzódás jellemzi és **személyiségváltozás** következik be. A leginkább szembetűnő tünetek, hogy

²⁵ KUNCZ Elemér (2011), *Igazságügyi pszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 100.

²⁶ COMER, Ronald J. (2005). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 470.

²⁷ FÜREDI János – NÉMETH Attila – TARISKA Péter (2009), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 269.

elhanyagolja magát és a kötelezettségeit, az érzelmei eltompulnak és a kommunikációs megnyilvánulásai pedig zavarttá, vagy furcsává válnak.

3.2.2. Aktív szakasz

Ebben a szakaszban a fentebb vázolt **pszichotikus** (pozitív, negatív, vagy pszichomotoros) **tünetek felerősödnek**, melyek köthetők a személyt érintő stresszhelyzethez.

3.2.3. Reziduális szakasz

Ez a szakasz az aktív szakaszt követi, mely ahhoz képest már egy nyugodtabb állapot, ahol az egyén viselkedése többnyire visszatér a prodromális szintre. Ebben a szakaszban lévő betegre jellemző az **affektív eltompulás**, a társadalmi szerepfunkciók leépülése és az egyes pszichotikus tünetek (pl. téveszmék, hallucinációk) megjelenése. Klasszikus esetben ezek úgy váltakoznak, mint a hullámmozgás. A hullámozgás lemegy és egy picit alacsonyabbra tér vissza, megint lemegy, majd még alacsonyabbra tér vissza, minek következtében a beteg egyre jobban kiég. Putnam (1996) szerint az egyes fázisok néhány napig, de akár hosszú évekig is tarthatnak. A kezeletlen betegeknél pedig maradványkárosodások figyelhetők meg.²⁸

Lehoczki Ágnes arról számolt be, hogy az öngyilkossági kísérlet a skizofrén betegek körében nagyon gyakori, és *„nagyon-nagy részük ebben hal meg végül.”* *„Az intézetben nem túl gyakori, egész egyszerűen azért, mert a betegek folyamatosan gyógyszerelve vannak, napi 24 órában az ápolók szeme előtt vannak. Ahogy egy picit is megváltozik a mozgása, az arca, a hangja és akkor már érzékeljük, és igyekszünk megelőzni a visszaesést. Általában nem kompenzált állapotban szoktak öngyilkosok lenni.”*²⁹

3.3 Betegség osztályozási rendszerek

A pszichés rendellenességek osztályozására a BNO-10, valamint a DSM-IV-TR van jelenleg használatban. Mindkettő esetben a számozás az átdolgozott verziót jelzi. Magyarországon az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) számára a BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) az elfogadott, de a DSM-IV-TR-t (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) is alkalmazzák. *„A DSM-IV abban az esetben mondja ki a skizofrénia diagnózisát, ha hat hónapon keresztül vagy annál hosszabb ideig folyamatosan kimutathatók a skizofrénia tünetei, legalább egy hónapon át a skizofrénia aktív fázisa érvényesül, a főbb*

²⁸ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 470.

²⁹ Részlet Lehoczki Ágnes Tamás Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet klinikai szakpszichológusa által készített interjúból.

*tünetek közül legalább kettő vagy több tünet kíséretében, továbbá a személy korábbi teljesítményszintje visszaesik például a munka, a társas kapcsolatok, az önellátás és más egyéb funkciók terén.”*³⁰

Ezzel szemben a BNO-10-nél egy hónap elteltével már kimondják a diagnózist. Ez pont egybe esik azzal az időtartammal, amit a 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról 107.§-a alapján a bíróság az elmeállapot megfigyelésére elrendel, ami maximum egy hónappal meghosszabbítható.

*„107. § (1) Ha a szakvélemény szerint a terhelt elmeállapotának hosszabb szakértői megfigyelése szükséges, a bíróság – a vádirat benyújtásáig az ügyész indítványára – a terhelt elmeállapotának megfigyelését rendeli el. A fogva levő terheltet igazságügyi megfigyelő és elmeorvosító intézetbe, a szabadlábon levő terheltet a jogszabályban meghatározott pszichiátriai fekvőbeteg intézetbe kell beutalni. A megfigyelés egy hónapig tarthat, ezt a határidőt a bíróság a megfigyelést végző intézet véleménye alapján egy hónappal meghosszabbíthatja.”*³¹

³⁰ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 470.

³¹ http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=34361.243935 [letöltve: 2013.09.06.]

1. táblázat. a BNO-10 és a DSM-IV által rendszerezett pszichotikus zavarok, illetve a különböző skizofrénvariáció felsorolása³²

Diagnózis	BNO-10	DSM-IV-TR
Szkizofrénia		
– paranoid	F 20.0x	295.30
– hebefrén (dezorganizált)	F 20.1x	295.10
– kataton	F 20.2x	295.20
– differenciálatlan	F 20.3x	295.90
– reziduális szkizofrénia	F 20.5x	295.60
– szkizofrénia szimplex	F 20.6x	295.3
– szkizofreniform zavar	F 20.8x	295.40
– szkizofrénia (MNO)	F 20.9	
Szkizotíp zavar	F 21	
Deluzív (paranoid) zavar	F 22.x	297.1
Átmeneti akut pszichotikus zavar	F 23.xx	298.8
Indukált deluzív zavar (folie a deux)	F 24	297.3
Szkizoaffektív zavar	F 25.x	295.70
Egyéb nem organikus pszichotikus zavarok	F 28	
Nem organikus pszichózisok (MNO)	F 29	298.9

ICD-10 hat lefolyási típust különböztet meg, amelyeket a tizedespont utáni második szám jelöl

F 20.x0 krónikus-folyamatos

F 20.x1 epizodikus növekvő reziduummal

F 20.x2 epizodikus stabil reziduummal

F 20.x3 epizodikusan visszatérő

F 20.x4 hiányos remisszió

F 20.x5 teljes remisszió

A *paranoid* skizofréniánál téveszmékkel és érzékszalódásokkal találkozunk, a *hebefrén* típusra a helyezethez nem illő hangulatingadozások jellemzőek, a *kataton* skizofréniánál pszichomotoros zavarok okoznak főként problémát. *Szkizotíp* zavar ritkán fordul elő. Hűvös, távolságtartó és bizarr viselkedés, örömhányos állapot az, ami legelőször feltűnhet. Az *átmeneti akut pszichotikus zavar* a környezeti stresszre a test által adott válaszreakció. A környezeti behatás és a pszichés zavar kapcsolata, csak abban az esetben mondható ki, ha a traumát kiváltó esemény és a pszichés jelek első megjelenése legalább 14 napon belül jelentkezik, és a trauma olyan súlyos, hogy az emberek többségének gondot jelentene az egyéni feldolgozása. Ezek közé soroljuk a gyászt, egy súlyos balesetet, vagy a fogságban töltött elszigetelt, ingerszegény állapotot. A *szkizoaffektív zavarok* nem kötődnek szorosan a skizofréniához, a tünetei hasonlóak hozzá, viszont annál gyengébben jelentkeznek.

³² KUNCZ Elemér (2011), *Igazságügyi pszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 101.

3.4 A betegség kialakulásának nézőpontjai

Ahogy korábban már kifejtettük, a skizofrénia kultúráktól függetlenül a világon mindenhol előfordul, s átlagosan az emberek körülbelül 1%-nál jelentkezik (az öröklékenységet 0,6-0,8 között állapítják meg).³³ A legfőbb jellemző tünet, a pszichotikus állapot, kialakulását pedig számos nézőpont alapján közelítik meg. Az, hogy nincs egyetlen általánosan elfogadott nézőpont sem, annak tudható be, hogy a tudomány jelen állása szerint nem ismerjük a betegség kialakulásának a pontos okát, valamint a skizofrénia kialakulásában szerepet játszó tényezők közül egyszerre akár több is előfordulhat. *„A hajlam és a stressz nézet szerint például az embereknek rendelkezniük kell valamilyen, az adott betegségre való biológiai, pszichológiai vagy szociokulturális fogékonysággal, majd közvetlenül találkozniuk kell valamilyen pszichés stresszel, ahhoz hogy a zavar valóban megjelenjen.”*³⁴

Mivel a biológiai, a pszichológiai és a szociokulturális nézetekkel az elmúlt évtizedekben hasonló súllyal foglalkoztak, és mindegyik lehetőség rendelkezik validitással, így a betegség kialakulásának valószínűsíthető megállapításakor mindhárom nézőpontot figyelembe szokták venni.³⁵

3.4.1 Biológiai

A technológia folyamatos fejlődésével lehetősége nyílt az embernek, hogy olyan kérdésekre kapjon választ, ami eddig csak hipotézisként volt ismert. Viszont, mint látni fogjuk, a kérdések megválaszolása még nem hordozza magában a teljes választ, hanem újabb kérdéseket vet fel. A biológiai nézőpont célja, hogy rájöjjön, hogy mi okozza a betegséget, és ha ez megvan, akkor felteheti a kérdést; Hogyan tudnám a skizofréniában szenvedőt meggyógyítani?

3.4.1.1 Genetikai háttér

A genetikusok szerint a genetikai hajlam az, ami okozza a skizofréniát. Minél közelebbi rokonnál jelentkezik a betegség, mondjuk a szülő egyik vagy mindkét tagjánál, annál valószínűbb, hogy az újabb születendő gyermekek is magában hordozzák a hibás gént, vagy

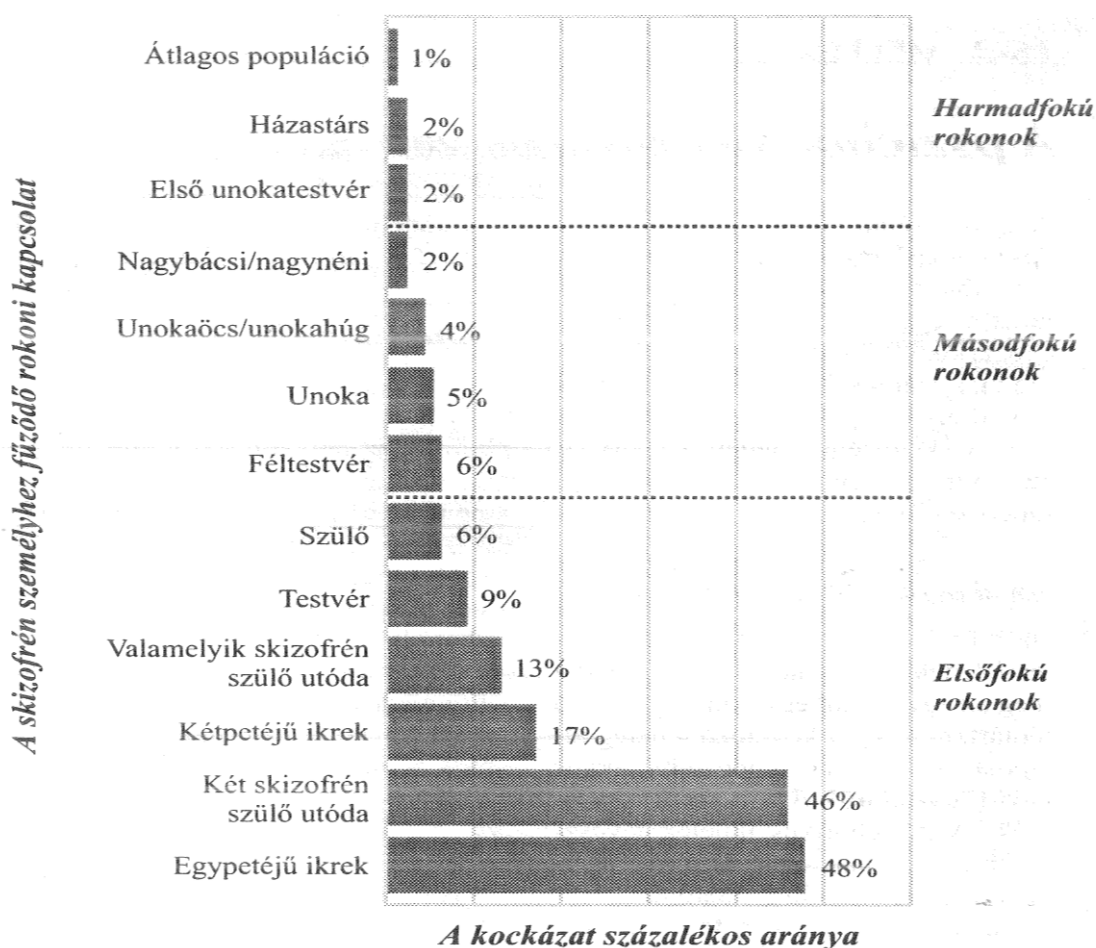
³³ BEREZKEI Tamás (2008), *Evolúciós pszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó, 488.

³⁴ COMER, Ronald J. (2005). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 111.

³⁵ TSUANG, Ming T. – FARAONE, Stephen V. – GLATT, Stephen J. (2011), *Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 9-10.

géneket. A betegség kialakulásának a legnagyobb valószínűségét az egyén életének általában véve legstresszesebb időszakára, a serdülőkor vége és fiatal felnőttkor eleje közé teszik, amely időszak az Amerikai Pszichológia Társaság szerint a tizenéves kor vége és a harminc éves kor közepe között mozog.

1. ábra. A skizofrén személyek és biológiai rokonsági kapcsolat³⁶



A statisztikától függetlenül mégsem lehet biztosat állítani a genetikai háttér jelentőségéről, csupán azt, hogy statisztikailag nagyobb az esély a betegség előfordulására. A betegség kialakulásának oka lehet az azonos környezeti hatás, vagy az ikrek esetén például egy méhen belüli vírusfertőzés is.

³⁶ COMER, R. J. (2005). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 473.

3.4.1.2 Kromoszómatérképek

A kromoszómatérképek segítségével lehetőségünk nyílik, hogy egy skizofrén beteg genetikai összetevőit összehasonlíthassuk egy nem skizofrén személy DNS-ével. A kutatóknak sajnos még nem sikerült feltérképezniük a betegség kialakulásáért felelős gént, vagy géneket. Tovább nehezíti a feladatot az a feltételezés is, hogy valószínűleg a különböző típusú skizofréniák kialakulásában más-más gének játszanak szerepet. Fowles (1992) és Gottesman (1991) szerint *„nagyon valószínű, hogy más betegségekhez hasonlóan a skizofrénia is poligenetikus zavar, tehát több különböző kromoszómán elhelyezkedő gén bizonyos kombinációi eredményezik.”*³⁷

3.4.1.3 Dopaminhipotézis

A dopaminhipotézis szerint a betegség kialakulása biokémiai okokra vezethető vissza, miszerint *„a betegek dopamin nevű neurotranszmittert továbbító idegsejtjei túl gyakran tüzelnek, és túl sok üzenetet továbbítanak.”*³⁸ Az 1950-es, 60-as években érdekes párhuzamot sikerült megállapítani a skizofrénia és a Parkinson-kór között. Az antipszichotikus szerek segítségével (elsődlegesen az L-dopa nevű vegyületet alkalmazták) csökkenteni lehet a dopamintevékenységet, viszont ha túl leszabályozzák, akkor a betegeknél olyan, az akaratuktól független izommozgások alakulnak ki, mint a Parkinson-kórban szenvedőknél ötven éves koruk után, ami akár visszafordíthatatlan károkat is okozhat. Fordítva is elvégezték a kísérletet. A Parkinson-kórban szenvedő betegeknél alapvetően csökkent a dopamintevékenysége. Ha túlságosan megemeljük a dopaminszintet, akkor ezeken a betegeken a skizofrénia tünetei lesznek láthatóak. Azonban jelentős egyéni különbségek voltak megfigyelhetők, ami a folyamat komplexitását jelzi.

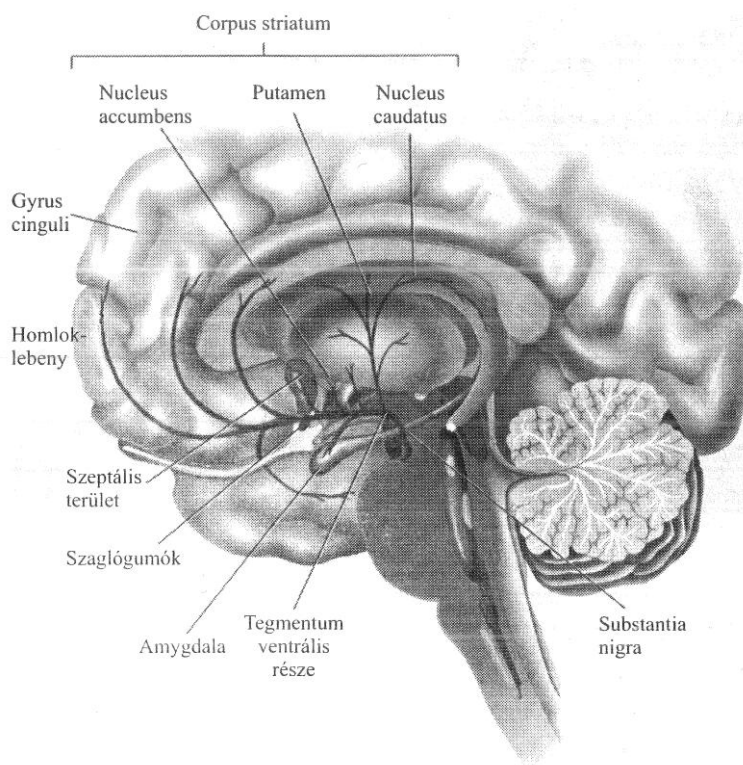
Az atipikus antipszichotikumok megjelenése és annak kifejtett hatása óta viszont más szemmel kezdenek tekinteni a dopaminokra. Addig úgy tartották, hogy az öt féle dopaminreceptor közül, amit sikerült elkülöníteni az agyban, a D-2-es dopaminreceptornak van a legjelentősebb szerepe a skizofréniában. Az atipikus antipszichotikumok, mint a Klozapin (másik nevén Clozapin), vagy a Risperidon más hatásmechanizmussal bírnak, mint az addig alkalmazott gyógyszerek, amik a D-2-es dopaminreceptorhoz kapcsolódtak

³⁷ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 475.

³⁸ Uo. 476.

elsősorban. A Klozapin például átlagosan csak a D-2-es receptorok feléhez kötődik és ugyanígy a D-1-es receptoroknak is mintegy a felét köti le.

2. ábra. Az agyról készült keresztmetszet³⁹



Ráadásul újabban úgy vélik, hogy a túlzott dopaminaktivitás csak az I-es típusú pozitív tüneteket mutató skizofréniához köthető, aminél inkább a D-2-es receptorokhoz kapcsolódó gyógyszerekkel érnek el számottevő eredményt. A II-es típusú negatív tüneteket mutató skizofrén betegeknél pedig az atipikus antipszichotikumok azok, amik jobban hatnak. (A két típus közötti különbségek felsorolását az 1. sz. melléklet tartalmazza.)

3.4.1.4 Rendellenes agyi struktúrák

Az elmúlt évtizedek rohamtempójú technikai fejlődésének köszönhető, hogy az agykutatások is számos eredményt tudtak felmutatni. Skizofrén betegeknél általában több negatív tünet mutatkozik, súlyosabbak a kognitív zavarai és kevés változással jár az antipszichotikus szerekkel való kezelés. A megnagyobbodott agykamrák más betegségeknél is előfordulhatnak, mint pl. az alkoholizmus, vagy a hangulatzavarok esetében. A más betegségekből adódó kapcsolatok miatt a kutatók számára ezek a megnagyobbodások inkább arra utalnak, hogy valamikor a kifejlődés során keletkezett a probléma, esetleg valamilyen

³⁹ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 478.

károsodás során alakult ki. Főleg olyankor nehéz az ok-okozati megállapítás, ha több probléma áll fenn egyszerre, például a skizofrén személy alkoholista is. Geuze és mtsai (2004) által végzett agykutatások eredményei azt mutatják, hogy a skizofréniában szenvedőknek csökkent a hippocampus⁴⁰ térfogata. Sajnos, mint a megnagyobbodott agykamráknál, ez az eredmény is utalhat más betegségekre (pl. alkoholizmusra, hangulatzavarra (depresszióra), kényszerbetegségekre, és más neuropszichiátriai betegségekre), ezért fordulhat elő, hogy a pszichés rendellenességekkel rendelkező személyek CT-képe eltérő az egészséges emberekről készített felvételekhez képest.⁴¹

Attól függetlenül, hogy milyen tényező okozza a skizofrénia kialakulását, elmondható hogy a betegség többek között az agyra is hatást gyakorol. Lee és Park (2005) szerint a skizofrén betegek munkamemóriájának vizsgálatakor kiderült, hogy nem az információ fenntartása, hanem a **kezdeti kódolás érintett**.⁴² Ha az események bevésése sikertelen, vagy gyenge, akkor az előhívás nem működik, illetve nem hozza a tőle elvárható eredményt. A betegek 70-75%-ánál fordul elő, hogy romlik a teljesítményük. Ez az arány talán nem meglepő és nem tűnik kevésnek, ha figyelembe vesszük, hogy vannak olyan skizofrének, akik betegségük ellenére egészséges embertársainkhoz képest is kimagasló eredményeket érnek el, bár a klinikusok azt még nem tudják megállapítani, hogy a betegségük segítette-e őket a különleges tehetségük kialakulásában, vagy sem.⁴³

Az **információfeldolgozás zavara** kimutatható kompenzált és dekompenzált állapotban is. Az első és máig használatos kísérlettel igazolt módszer a finom követő szemmozgások zavara volt. Az időben gyorsan változó ingerek feldolgozását figyelik meg a szemmozgás segítségével. Phillips és David (1997) vizsgálataik során arra a megállapításra jutottak, hogy a szemmozgás zavara a szociális ingerek (arcok) feldolgozása során a legfeltűnőbb, kiváltképp akkor, ha személy paranoid téveszmétől szenved.⁴⁴

⁴⁰ „Az agykéreg halántéklebenyi része alatt található henger alakú görbült test, amely az új emléknymok konszolidációjában játszik szerepet.” (PLÉH Csaba - BOROSS Ottilia (2011), *Pszichológia*. Budapest: Akadémiai Kiadó 138.)

⁴¹ KÉRI Szabolcs (2008), *Skizofrénia a kognitív deficit tükrében* Budapest: Gondolat Kiadó

⁴² Uo. 15.

⁴³ Salvador Dali, Franz Kafka, Vincent Van Gogh, Csontváry Kosztka Tivadar, József Attila, Gulácsy Lajos, Eduard Einstein (Albert Einstein fia), John Nash, akinek életét megfilmesítették az Egy csodálatos elme c. filmben, David Helfgott, egy kiváló zongorista, és a listát még hosszan lehetne folytatni.

⁴⁴ KÉRI Szabolcs (2008), *Skizofrénia a kognitív deficit tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó

3.4.1.5 Vírusos eredetű problémák

Az elmúlt évtizedekben bekövetkezett vizsgálatok alapján a kutatók arra következtetnek, hogy a születés előtt bekövetkezett vírusfertőzés is oka lehet az agyi rendellenességeknek, ami egészen a betegség megjelenéséig lappang, majd valamilyen külső behatás, vagy a test hormonális változásai hatására aktivizálódik és skizofréniát idéz elő. Takei és munkatársai (1995) szerint ezt támasztja alá az, hogy a téli hónapokban több, később skizofréniában megbetegedő gyermek születik, valamint az influenzajárványok idején szintén magasabb a skizofrének aránya.⁴⁵ Egyetértéssel ikervizsgálatok alapján megállapították, hogy a skizofrén ikreknek több, vagy kevesebb az ujjredőjük, mint az egészséges ikreknek, ami a terhesség során pont akkor alakul ki, amikor a magzat a vírusfertőzésekre a legérzékenyebb.

Ahogy az előzőekben leírtuk, többféle elképzelés van a betegség kialakulásának a módjáról és napjainkig még egyiket sem tudták teljes körűen bizonyítani. Ezért pszichológiai nézőpontból is megvizsgálánk az események lefolyását, mert a pszichés hatások is befolyásolóak lehetnek.

3.4.2 Pszichológiai

A pszichológiai elméleteknek három eltérő nézőpont az alapja. Ezek a pszichodinamikus, a behaviorista és a kognitív perspektívák:

- A **pszichodinamikus** nézőpont az, amit a legkevésbé sikerült bizonyítani. Freud vélekedései (1914, 1915, 1924,) majd Frieda Fromm-Reichmann (1948) elmélete oly kevésbé bizonyított, hogy napjainkban már nem is foglalkoznak velük.
- A **behaviorista** nézőpont a klasszikus- és az operáns kondicionálást vette górcső alá, amit a másodlagos bizonyítékok ellenére is érdemes megemlíteni, mert magyarázatot adhat egynémely viselkedési módra. Minél jobban értjük mások verbális és nonverbális jelzéseit és annak megfelelően reagálunk, annál könnyebben boldogulunk a társadalomban és elégíthetjük ki a szociális szükségleteinket. Viszont az, aki ezt nem képes értelmezni, illetőleg a számára fontos személyektől (pl. szülők, testvér, házastárs) társadalmilag nem megfelelő visszajelzést kap - mert ők is betegek – ő is torz információkhoz jut. Ekkor megtörténhet, hogy a zavart egyénnél a kommunikáció szempontjából lényegtelen események elvonják a figyelmét, tehát nem kapcsolódnak

⁴⁵ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó, 479.

bele a társas érintkezésbe. Elkalandozásuknak köszönhetően, amikor válaszolnak, azok nem illeszkednek a beszélgetés menetébe. A környezetük erre fokozattan felfigyel, és ők ezt pozitív megerősítésként élik meg, így a helytelen viselkedésmódot tovább folytatják. A hipotézis szerint az operáns kondicionálás révén így alakul ki az a téves viselkedésmód, ami számunkra mintegy bizarr viselkedésként jelenik meg.

- A harmadik ág a **kognitív** nézőpont, ami a biológiai zavarokhoz kapcsolódó szenzoros élményekkel foglalkozik. Aki hallucinál, az megpróbál racionális magyarázatot keresni a történésekre. Ha ez nem megy, akkor segítségért fordul olyanhoz, akiben megbízik (pl. család, barátok). Azonban, ha ők is értetlenkedve fogadják a hírt, netán az elképzelésük valóságérzetének a tagadásába ütköznek, akkor megesik, hogy a barátokra és a rokonokra úgy tekintenek, mint akik el szeretnék rejteni előlük az igazat. Téveszmés képzetek alakulhatnak ki, hogy manipulálják őket, figyelik, üldözik, stb. Azt tudjuk, hogy a skizofrén betegek gyakorta hallucinálnak, a kérdés viszont az, hogy a hallucinációk felelőssé tehető-e a skizofrénia kialakulásáért? Erre keresi a választ a kognitív nézőpont.

3.4.3 Szociokulturális

Ezen nézőpont szerint az elmebetegek viselkedését befolyásolja a társadalmi megítélés és a családi hozzáállás. Modrow (1992) szerint „a szociokulturális elmélet képviselői közül sokan úgy vélik, hogy a skizofrénia számos ismertetőjegye magának a diagnózisnak köszönhető.”⁴⁶ Hogyha valakit - függetlenül attól, hogy igaz-e - skizofrénnak neveznek és emiatt a társadalom tagjai elhatárolódnak tőle, akkor azzal egy olyan címkét ragasztanak rá, amivel idővel azonosulni kezd. Ha valakire azt mondják, hogy skizofrén, akkor könnyelműen az örült, bolond, nem normális, nincs ki a négy kereke, és ehhez hasonló jelentésű szavakra asszociálhatunk, és ez gyakorta a mimikánkon, a viselkedésünkön is érezhető még a skizofrén személyek számára is. Idővel aztán ők is hasonlóképp kezdenek gondolkodni magukról, és ezáltal a címkézés (**stigmatizáció**) áldozatává válnak.

A diszfunkcionális családelmélet szerint a családi diszharmónia okolható a skizofrén tünetek megjelenéséért. A gyermek a szülők feléje irányuló egymásnak ellentmondó viselkedését nem képes feldolgozni, és ez vezet egy olyan töréshez, ami miatt kialakulhat a skizofrénia. Sajnos ezen nézőpontoknál a teljes körű bizonyítottság hiánya a legfőbb probléma.

⁴⁶ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó, 482.

A legújabb kutatások inkább már úgy vélik, hogy **a skizofrénia nem is betegség**, hanem, hogy a különféle zavarokat csak egy csoportba sorolták, amik bár elsőre hasonlóknak tűnhetnek, de mégis más a genetikai, biológiai, pszichológiai kiváltó okuk, ráadásul egymástól eltérő kezeléseket is igényelnek. A biológiai, pszichológiai, szociokulturális szempontokat is figyelembe véve jelenleg a *diatézis-stressz* felfogás a leginkább elfogadott. Ennek alapján „... *a zavar kifejlődésére való hajlamot (perdiszpozíciót) genetikai és biológiai tényezők alapozzák meg, a betegség kibontakozását pszichológiai tényezők, például személyes vagy családi feszültségek segítik elő, a tünetek súlyosbodásáért és fenntartásáért pedig pszichológiai és szociokulturális tényezők a felelősek.*”⁴⁷

3.5 Klinikai adatszerzés

Az adatszerzési technikák három általános kategóriába, a klinikai interjúba, a tesztbe, és az adatszerzésbe sorolhatóak. Leegyszerűsítve a folyamatot: behívják a beteget, kérdéseket tesznek fel neki, tesztekkel oldatnak meg vele, majd a szakember levonja a számára releváns adatokat és következtetéseket állapít meg.

3.5.1 Klinikai interjú

Ha valakit meg szeretnénk ismerni, arra az a legjobb módszer, ha személyesen, négy szemközt beszélgetünk vele. Ekkor megfigyelhetjük azt is, hogy a kérdéseink milyen reakciót váltanak ki belőle, valamint amit mond, az összhangban van-e a metakommunikációjával. A kérdések révén egységes képet kaphatunk az adott személy életéről, annak fontos eseményeiről, problémájáról stb. miközben megfigyelhetjük, hogy ez milyen érzéseket vált ki belőle.⁴⁸

Kétféle interjút különböztetünk meg, amik közül használhatjuk csak az egyiket, vagy a kettőt vegyesen is. Ezek a **strukturált** és a **strukturálatlan interjúk**. A strukturálatlan interjúban olyan kérdéseket tesznek fel, amik csak egy irányt szabnak a beszélgetésnek, de alapvetően kötöttségek nélkül folyhat a beszélgetés. Ekkor olyan témák is a felszínre kerülhetnek (aktuális problémák, érzések élettörténetek stb.), amiről mi nem tudtunk, de a páciens számára

⁴⁷ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó, 485.

⁴⁸ NAVARRO, Joe (2011), *Beszédes tesztek*. Budapest: Nyitott Könyvműhely

és a vizsgálat szempontjából fontosak. A strukturált interjúban egy előre összeállított, egyénre szabott vagy általános kérdéssort használnak.

Mindezek ellenére az interjú korlátjaként jelenik meg a páciens szavahihetőségének a kérdése. Megeshet, hogy jobb színben szeretne feltűnni az illető (**disszimuláció**), kínos eseményeket kihagy, esetleg a negatív önkép miatt torz információval rendelkeznek magukról. Gyakran még a szimpátia kérdése is befolyásolja, hogy mit mond el egy ilyen interjú során.

2013. április 24-én volt alkalmam részt venni egy vizsgálaton az IMEI-ben, ahol Halmai Tamás klinikai szakpszichológus engedélyével és a beteg jóváhagyásával részt vehettem egy kontrollvizsgálaton. A vizsgálat menete a következő volt:

- Halmai Úr először a kezdeti feszültséget szeretné oldani és a beteg bizalmát elnyerni. Erre megoldás volt a kezdeti hétköznapi dolgokról való érdeklődés, egy vicc elmesélése, barátságos, bátorító légkör kialakítása.
- Ezután egy állapotfelmérés következett olyan kérdések keretében, amiben a helyzete és legfőbb problémája körül mozogtak és a segítségnyújtás lehetőségeit beszélhették meg.
- Ezután a szociális kapcsolat felmérése következett az intézményen belül. Például, hogy: Milyen a kapcsolata a többi beteggel?
- Majd áttért az anamnézisre, élettörténeti adatokra, ahol a vizsgált személy mesélt a gyerekkoráról, a szüleivel való kapcsolatáról, korai és intim kapcsolatairól, tanulmányairól, munkájáról, az akkori konfliktusairól.
- A beszélgetés közben figyel a testbeszédre is: Hangulat, közérzet változása, mimika, tekintet, elrövedés, stb.
- Mindezek végeztével következtek a klinikai tesztek.

3.5.2 Klinikai tesztek

„Ha azt akarjuk, hogy egy teszt használható legyen, akkor standardizálni kell, továbbá be kell bizonyítani, hogy reliabilitása (megbízhatósága) és validitása (érvényessége) megfelelő.”⁴⁹

Standard a teszt, ha mindig van egy eljárás, ami mentén haladhatunk. Ez biztosítja, hogy mindenki ugyanúgy hajtja végre a tesztet. Akkor megbízható egy teszt, ha következetes, tehát

⁴⁹ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó, 116.

azonos helyzetben azonos eredmény születik. A gyakorlatban ez úgy nézne ki, hogyha valakiről a teszt alapján kiderülne, hogy skizofrén, akkor tíz nap múlva újra kitöltve a tesztet, ugyanezt az eredményt kell kapni. Végezetül akkor érvényes, ha pontos eredményekkel tud szolgálni arról, amit mér. A következőkben azokat a tesztek fogom ismertetni, amit Magyarországon a pszicho-diagnosztikai gyakorlatban a leggyakrabban használnak a skizofrén betegek esetében. Ezek három különálló ágba tartoznak. Vannak a személyiségtesztek, az intelligenciatesztek, valamint a demencia és a kognitív funkciók mérésére alkalmas tesztek.

3.5.2.1 Személyiségtesztek

Rorschach-próba

Hermann Rorschach 1921-ben tíz olyan tintafoltokat tartalmazó ábrát tett közzé, amiket hogyha félbehajtanánk, akkor azok szimmetrikusak lennének egymással.⁵⁰ A képekhez úgymond használati útmutatót is mellékel a megfigyelései alapján. A foltokat szemlélve az emberek képeket vélnek látni és a kapott válaszokból megismerhetjük az adott személy pszichés állapotát, érzelmeit, gondolkodását, szexualitását. Az ábrák öt fekete-fehér-szürke, valamint öt színes képet tartalmaznak. Figyelembe veszik, hogy a kép egészét szemléli-e a páciens, vagy annak egy részletét. Érdeklik-e a színek, a kontrasztok, vagy a foltok közötti fehér részt nézi-e? Lát-e valamilyen mozgást, vagy sem?

⁵⁰ MÉREI Ferenc (2002), *A Rorschach-próba*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

3. ábra. Rorschach-teszt



Plaat I



Plaat II



Plaat III



Plaat IV



Plaat V



Plaat VI



Plaat VII



Plaat VIII



Plaat IX



Plaat X

MMPI-teszt

A The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) teszt 566 kérdésből áll, amelyből minden egyes kérdést a tesztet kitöltőnek saját magára kell vonatkoztatnia. Eldöntendő jellegű kérdésekből áll, amit vagy igaznak tart magáról, vagy nem. A kérdések a teszt során ismétlődhetnek.⁵¹

Szondi-teszt

6x8 képből kell kiválasztani két szimpatikus és két ellenszenves képet. A képeken betegek szerepelnek⁵² és az elgondolás szerint ösztönösen választjuk ki azokat, akikkel rokonszenvezünk, vagy ellenszenvet érzünk az irányukba.⁵³

Lüscher-teszt

A nagyjából bélyeg nagyságú színes négyzetek közül a vizsgált személy egy meghatározott sorrendben kiválasztja a neki tetsző darabokat, amiből az érzelmi, energetikai állapotáról von le következtetéseket a pszichológus.

4. ábra. Lüscher-teszt



⁵¹ ANIMULA (2010), *75 papír-ceruza teszt*. Budapest: Animula Kiadó

⁵² A képek homoszexuális, szadista, epilepsziás, hisztériás, kataton, paranoid skizofrén, depressziós és mániás személyekről készültek.

⁵³ LUKÁCS Dénes (1996), *Szondi – az ösztönprofilról az elméletig*. Budapest: Animula Kiadó

3.5.2.2 Intelligenciatesztek (teljesítménytesztek)

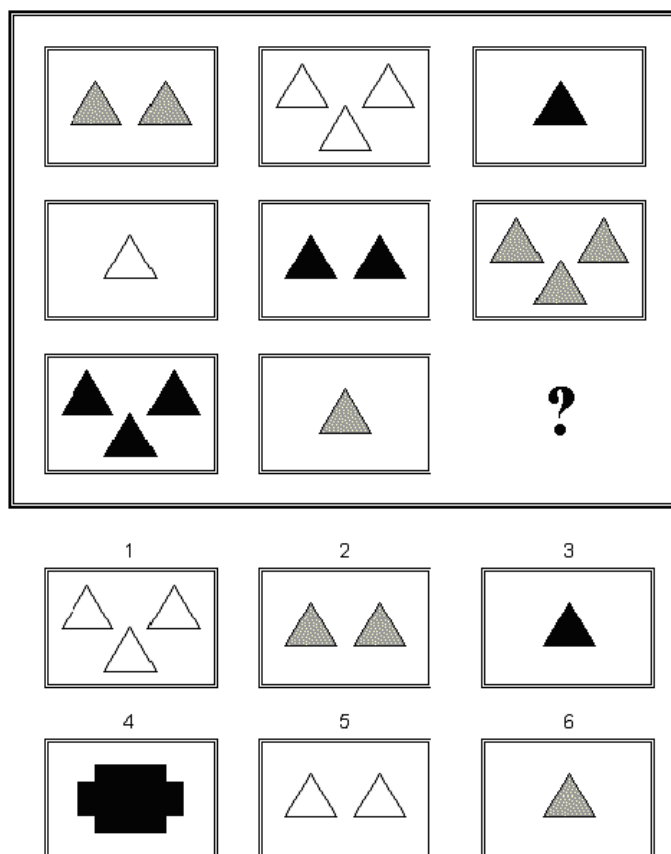
MAWI-teszt (Magyar Wechsler Intelligencia teszt)

Két részből áll, ami öt szóban megoldható és öt cselekvésben megoldható feladatból áll. Ezek a feladatok az első részben általános ismeretekből, élethelyzetek megértéséből és megoldásából, számolós és számisméltéses feladatokból, valamint összehasonlításokból állnak. A második részben rejtjelezés, képrendezés, képkiegészítés, képösszerakás és mozaikpróba található. A teszt alkalmas az intelligencián túl a demencia mérésére is.

RAVEN-teszt

60 geometriai ábrát tartalmaz, aminek hiányzik egy részeleme és az oda illőt kell megtalálni 6 vagy 8 kisebb kép közül. Mindig csak egy megoldás van, és a feladatok fokozatosan nehezednek. Előnye, hogy az iskolai végzettségtől függetlenül elvégezhető.

5. ábra. Raven-teszt



3.5.2.3 Demencia és kognitív funkciók mérésére alkalmas teszt: MMMS (Módosított Mini Mental State)

Ez a mentális állapotot felmérő teszt információt nyújt arról, hogy a vizsgált személynek mennyire jó a rövid idejű memóriája, térben és időben való tájékozódási képessége, koncentrációja, írás-olvasási készsége, valamint, hogy az adott feladatokat megérti-e és azokat képes-e végrehajtani.⁵⁴

3.5.3 Klinikai következtetés

A klinikai tesztek kiértékelése statisztikai alapokon és megfigyeléseken nyugszik. Az eredményekből olyan következtetéseket vonunk le, ami alapján információhoz jutunk a vizsgált személy pszichés működésével kapcsolatban. Ha sok hasonló személynél a kiértékelt eredmények alapján ugyanazt a következtetést tudjuk levonni, akkor ez egy standardként szolgál egy újabb személynél a későbbi teszteredmények kiértékelése során. A klinikusok a vizsgálatok során több tesztet is kitöltetnek a vizsgált személlyel, ugyanis ha egy tesztből vonnának le messzemenő következtetéseket, akkor az lehetőséget teremtené a tévedésre.

⁵⁴ Animula (2010), *75 papír-ceruza teszt*. Budapest: Animula Kiadó

4. A skizofrénia és a bűncselekmények összefüggései

Azért, mert valaki skizofrén, még nem válik bűnelkövetővé. „Az a feltételezés, hogy a pszichés megbetegedés általánosan megnöveli a bűncselekmény rizikóját, nem igazolható. A nem erőszakos és erőszakos bűncselekményeket elkövető pszichiátriai betegcsoportok összehasonlításakor azonban a skizofrének jelentősen kiemelkedtek. Míg az erőszakos bűnelkövetők között 53,4%-ban fordultak elő skizofrének, a nem erőszakos bűnelkövetőknek csak 23,8%-a volt skizofrén.”⁵⁵ A pszichiátriai betegségükből adódóan a személyiségükre jellemző az én-központúság, a közvetlen kielégülés és a feszültség-levezetés, valamint, hogy a cselekvésük utólagos következményeire nem gondolnak, vagy gyakran arra nem is képesek. Éppen ezért a büntetésüknek nincs nevelő hatása, pszichiátriai, vagy orvosi segítségre szorulnak.

A skizofrén személyek kisebb bűncselekményeinek (pl.: bolti lopás, garázdaság) hátterében általában **szociális problémák** húzódnak meg. Ennek előzménye általában a család, a munka elvesztése, az utcára kerülés, vagy akár a prostitúció is.

Erőszakos bűncselekményeik a **váratlan, brutális** voltak miatt keltenek feltűnést, és emiatt kap a betegség egy negatív visszhangot a médián keresztül. Müllen és munkatársai (2000) szerint az „erőszakos cselekmények rizikója, különösen súlyos agresszióval járó cselekmények esetén, az átlagnépességgel összehasonlítva 3-10-szer magasabbak skizofrén páciensekben.”⁵⁶ Általában az áldozat a közvetlen környezetből kerül ki, amit konfliktusok, veszekedések előznek meg. Az erőszakos cselekmény nem előre tervezett, túlméretezett és emiatt gyakran végződik halállal. Megesik, hogy csak a cselekmény elkövetése után derül ki a személyről, hogy skizofrén, amire előjelek lehetnek, csak a diagnosztizálás hiányzik és ebből kifolyólag a gyógyszeres kezelés is. Cselekményüket befolyásolja a betegség, a valóságérzékelés és a belső normakontroll hiánya, a téves képzetek kialakulása, valamint ezzel egyidejűleg súlyosbíthatják a problémát alkohol és kábítószer problémák, vagy akár jelen lehet valamilyen szintű mentális retardáció is.

A skizofrén bűnöző általában **nem titkolja a tettét**, a cselekményeket primitíven hajtja végre, és nem védekezik a leleplezése, valamint az elfogása ellen sem. Az eset súlyától függően a

⁵⁵ KUNCZ Elemér (2011), *Igazságügyi pszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 108.

⁵⁶ Uo. 109.

cselekmény után, akár öngyilkosságot is követhet el, egyéb esetben a cselekményéről általában közömbösen, lelkiismeret-furdalás nélkül beszél.

4.1 Viktimológia

A skizofrén pszichózisban szenvedők, nemcsak mint a bűncselekmények elkövetőiként érdemelnek figyelmet, hanem a betegségük révén egyfajta kiszolgáltatott helyzetben is vannak, és emiatt könnyebben eshetnek bizonyos bűncselekmények áldozataivá.

Kiemelném a **vagyon elleni bűncselekmények** körét, valamint a **fizikai bántalmazás** és a **szexuális erőszak** lehetőségét.⁵⁷ Betegségükből adódóan nemcsak csökkenhet a védekezési lehetőségük, hanem az előforduló tévképzeteik miatt a szavahihetőségük is bizonyos kérdéseket vet fel. Tényleg megtörtént-e az a bűncselekmény, amit elmesél? Ha igen, akkor teljes egészében úgy történt, ahogy állítja? Többnyire egy járadék visszaélést, vagy egy tulajdonjogi visszaélést könnyebb megállapítani, mintha a sértett azt mondaná, hogy a szomszédja átjött, megverte, utána gonosz gondolatokat sugárzott a fejébe, majd megfenyegette, hogyha ezt bárkinek elmondja, akkor nagy baja lesz. Emellett persze ott van még a **manipulálás** veszélye is. Ítéletkéességük és helyzetértékelésük a mentális betegségük miatt csökkenhet, könnyen manipulálhatóvá válhatnak és a kockázatokat sem képesek előre felmérni, vagy ha fel is mérik, mégsem tudnak annak megfelelően viselkedni. Tovább súlyosbíthatja a helyzetüket a betegségük mellett az alkohol, vagy a drog problémája. Emiatt olyan cselekményekre vehetőek rá, aminek akár súlyos büntetőjogi következményei is lehetnek.

Fokozottan fennáll még az ismétlődő áldozattá válás lehetősége is. Amennyiben az elkövetők ugyanazon személy ellen irányuló bűncselekmény kockázatát kisebbnek látják, mint egy új személy ellen, akkor fennáll veszélye, hogy a mentálisan sérült személy újból áldozattá válik. Ezek ellen a rendvédelmi dolgozók megfelelő odafigyeléssel és a jog segítségével tehetnek.

⁵⁷ CSERNYIKNÉ PÓTH Ágnes – FOGARASI Mihály (2006), *Kriminálpszichológia*. Budapest: Rejtjel Kiadó

4.2 A magyar jogrendszer és a pszichiátria kapcsolata

A bűnügyi lélektan, újabb nevén az igazságügyi pszichiátria egy elég későn kialakult tudományág, ami Magyarországon az 1850-es évek körül indult el a maga rögös útján. Mára, ha a büntetőeljárásban kérdésként merül fel az eljárás alá vont beszámítási képessége, kényszergyógykezelésének szükségessége, akaratnyilvánítási képességének a megállapítása, kábítószer függősége, akkor az igazságügyi pszichiáter szakértő véleménye elengedhetetlen.

A Büntető Törvénykönyvben (2012. évi C. törvény) a büntethetőséget kizáró, vagy korlátozó okok között ott találjuk a kóros elmeállapotot:

„17. § (1) 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.

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

18. § A 17. § nem alkalmazható arra, aki a bűncselekményt önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követi el.”

Mindebből következik, hogy az rendelkezik beszámítási képességgel, aki képes a cselekménye következményeinek felismerésére, és az ennek megfelelő cselekvésre.

Ennek megállapítására szakértőt kell alkalmazni, amit a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény határoz meg:

„99. § (1) Ha a bizonyítandó tény megállapításához vagy megítéléséhez különleges szakértelem szükséges, szakértőt kell alkalmazni.

(2) Szakértő alkalmazása kötelező, ha

a) a bizonyítandó tény, illetőleg az eldöntendő kérdés személy kóros elmeállapota, illetőleg kábítószerfüggősége,

b) a bizonyítandó tény, illetőleg az eldöntendő kérdés kényszergyógykezelés szükségessége,”

A beszámítási képesség a bűnösség alapfeltétele és a büntethetőséget kizárja a kóros elmeállapot. A pszichiáter, szakértői véleményt mindig egy konkrét bűncselekmény kapcsán ad.

A büntethetőség ill. a büntetlenség kapcsán nem elég a kóros elmeállapot megléte, fontos, hogy a kóros elmeállapot a cselekmény elkövetésekor álljon fenn. A skizofrének általában schub-okat élnek át. Vannak pozitív és negatív időszakaik. A pozitív időszakban

megmutatkoznak az elmebetegség szemmel látható klasszikus tünetei. Ekkor nem képesek átlátni a cselekményük súlyát, nem tudják szabályozni a cselekedeteiket. Viszont a skizofrénia nem jelent azonnali mentességet minden cselekedet alól. Attól, hogy valaki pszichózisban szenved, még rendelkezhet korlátozott beszámítási képességgel, sőt előfordulhat az is, hogy a kóros elmeállapot megléte az adott pillanatban a beszámítási képességet nem is érintette. Például egy ékszer ellopása esetén, ha annak nincs köze a betegségéhez. Csak azért lopta el, mert megtetszett neki.

Éppen ezért a bíróság akkor is a pszichiáter szakértői véleményt kér, ha tudja, hogy az eljárás alá vont személy skizofrén. A kóros elmeállapot megfigyelésére a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 107.§.-a ad jogi alapot:

„107. § (1) Ha a szakvélemény szerint a terhelt elmeállapotának hosszabb szakértői megfigyelése szükséges, a bíróság - a vádirat benyújtásáig az ügyész indítványára - a terhelt elmeállapotának megfigyelését rendeli el. A fogva levő terheltet igazságügyi megfigyelő és elmeorvosító intézetbe, a szabadlábon levő terheltet a jogszabályban meghatározott pszichiátriai fekvőbeteg-intézetbe kell beutalni. A megfigyelés egy hónapig tarthat, ezt a határidőt a bíróság a megfigyelést végző intézet véleménye alapján egy hónappal meghosszabbíthatja.”

Tehát a bíróság elvárja, hogy az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet, ill. azon belül az igazságügyi pszichiáter szakértő állapítsa meg, hogy a cselekmény az elmebetegség pszichotikus állapotában történt-e, vagy sem. Szenvet-e olyan elmebetegségben, gyengeelméjűségben, szellemi leépülésben, tudatzavarban, vagy olyan szintű személyiségzavarban, ami megakadályozta őt abban, hogy a cselekmény idején a tetteinek a következményeit felismerje, illetve hogy annak megfelelően cselekedjen.

Ha azt állapítják meg, hogy a cselekmény során a vizsgált személy nem volt beszámítható, akkor az lesz az ítélet valószínűsége, hogy a vád alól felmentik, és a kényszergyógykezelését rendelik el, amit az IMEI-ben kell végrehajtani.

Ha a cselekmény során beszámítható volt, de a bírósági tárgyalás során kerül olyan állapotba, hogy az IMEI-ben történő kezelése válik szükségessé, akkor elítélik és az IMEI-be küldik, de csak addig, amíg fel nem épül és át nem szállítható egy büntetés végrehajtási intézetbe. Ugyanez igaz arra az esetre is, ha a Büntetés-végrehajtási Intézetben a büntetés letöltése során változik meg a beteg pszichés állapota, amiért a kényszergyógykezelését szükséges elrendelni. E rendelkezést a 1979. évi 11. törvényerejű rendelet írja le, ami a büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szól.

„31. § (1) Ha az elítélt kóros elmeállapotúvá [Btk. 17. § (1) bekezdés] válik, és emiatt a szabadságvesztést nem lehet végrehajtani, az igazságügyi elmeorvosintézetben kell elhelyezni. Az itt eltöltött idő a szabadságvesztésbe beszámít.

(2) Gondot kell fordítani a személyiségzavarban szenvedő elítéltek gyógyítására, sajátos nevelésére és oktatására.”

Bármilyen pszichotikus betegségről legyen is szó, egy bűncselekményt elkövetett, kényszerorvoskezelésre ítélt személy számára egyetlen hely van, ahol a kezelését végrehajthatják, és ez az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet.

5. A kényszergyógykezelésről

A kényszergyógykezelés - függetlenül attól, hogy történt-e bűncselekmény, vagy sem -, törvényi erejénél fogva kikényszeríthető. A polgári kényszergyógykezelés akkor válik szükségessé, ill. akkor utalja be a beteget a pszichiátriai osztályra az orvos, ha önmagára, vagy a környezetére veszélyesnek bizonyul. Erre az országban igen sok helyen van lehetőség. Ha bűncselekmény elkövetése kapcsán válik szükségessé a kezelés, melyet elmebetegsége miatt egy pszichotikus állapotban követett el, akkor az IMEI fogja elvégezni az őrzéssel és a kényszergyógykezeléssel kapcsolatos feladatokat, függetlenül attól, hogy fiatalokról, vagy felnőtt korúkról van-e szó.

A 36/2003. (X. 3.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről szóló jogszabály írja le, hogy ki és mennyi ideig tartózkodik ebben az intézetben: Ha az előzetesen letartóztatottat a bíróság az elmeállapota megfigyelése céljából az IMEI-be utalja, akkor az elmemegfigyelésre általában 30 nap áll rendelkezésre, ami 30 nappal meghosszabbítható.

A Büntető Törvénykönyv (2012. évi C. törvény) 78. § (1) bekezdése kimondja, hogy: *Személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elmeműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.* A (2) bekezdés alapján *a kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.*

A kényszergyógykezelt elbocsátása máshogy néz ki, mint mikor egy büntetés-végrehajtási intézetből szabadul az elkövető. Tovább gondoskodnak róla. Az elbocsátásról értesítik az elbocsátott beteg lakóhelye szerint illetékes pszichátriai gondozó intézetet, bíróságot, rendőrséget és amennyiben szociális ellátásra szorul, de nincs ellátásra kötelezhető hozzátartozója, akkor a lakóhelye szerint illetékes települési önkormányzatot is. A 36/2003. (X. 3.) IM rendelet 14.§ (3) bekezdése ezzel kapcsolatban a következőket határozza meg: *„A súlyos beteg vagy az önálló életvitelre nem alkalmas beteg elbocsátása előtt kellő időben gondoskodni kell az elbocsátott hazaszállításáról, illetve szükség esetén kezdeményezni kell a megfelelő fekvőbeteg intézményben vagy a pszichiátriai betegek otthonában történő elhelyezését.”*

A gyakorlatban ez úgy valósul meg, hogy ha a kényszergyógykezelt kibocsátásának várható időpontjában nincsen olyan családtag, aki gondoskodna róla, akkor megindítanak egy kérelmet, aminek a keretében felkerül egy elmeszociális otthoni férőhelyet igénylő várólistára. Amennyiben az elbocsátásakor van szabad hely, akkor elmeszociális otthonba kerül, ha ez nem biztosított, akkor az illetékes pszichiátriai osztályra szabadítják és ez az osztály fog eljárni a belátása szerint.

5.1 Gyógyító-nevelő csoport az IMEI-n belül

Az intézeti kényszergyógykezelés egy speciális ága a gyógyító nevelő csoport, melyről Lehoczki Ágnes elmondja, hogy *„a gyógyító-nevelő csoport az egy külön körlet, amit egy könnyített körletnek nevezhetünk. Ide kerülnek azok, akik vagy azért, mert nagyon fogyatékosak, vagy pl. elmebetegek, vagy egyéb más dolog miatt testi fogyatékosága van, vagy akármilyen miatt nem helyezhető el a normál börtön körülmények közé, vagy normál börtönpopulációban, és ezért csinálnak nekik egy gyógyító nevelő csoportot, ahol többet foglalkoznak velük, nyitottak a zárkák, könnyített, mert a környezet kevésbé börtönjellegű, és többféle foglalkozás. Van pl. elmebeteg lopásért, akit nem lehet kényszergyógykezelésre ítélni. Mondjuk nem azért lopott, mert skizofrén, hanem azért mert éhes volt. Akkor gyakorlatilag felmenteni sem lehet, mert nem arról van szó, hogy tettének következményeit az elmebetegsége kapcsán nem tudta felmérni, vagy felmérte, de nem tudott annak megfelelően viselkedni, hanem teljes épp ésszel ellopta azt ott, akkor el kell ítélni. Ez nem azt jelenti, hogy sima bűn körülmények között skizofrének nem fordulnak elő. De vannak, akár még sokan is. Főleg most, hogy megszűnt az OPNI (Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet 2007-ben zárták be), nincs hova menjen ... A kutatások szerint minél több a pszichiátriai intézet egy országban, annál kisebb a börtönpopuláció és minél kevesebb a pszichiátriai ágy egy országban, annál nagyobb a börtönpopuláció.”*⁵⁸

5.2. Terápiás eljárások

A skizofrénia kezelésére többféle terápiás módszer létezik, mint például a milióterápia, zsetongazdálkodás, belátásos terápia, családterápia, pszichoterápia vagy a szocioterápia. Ezek közül vannak módszerek, amit hazánkban is alkalmaznak és olyan is akad, ami nem terjedt el. A pszichiáterek általában már tanulmányaik során kiválasztanak egy, vagy több olyan eljárást,

⁵⁸ Lehoczki Ágnes, Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet klinikai szakpszichológusa, interjú.

amiről úgy ítélik meg, hogy könnyebb kommunikációt eredményez a skizofrén személlyel és e módszerek elsajátításával igyekeznek pozitívan hatni az általuk kezelésben részesülőre. A terápiás eljárások sikeréhez vezető első lépést az antipszichotikus szerek megjelenés jelentette.

5.2.1. Antipszichotikumok

Amióta az 1950-es években rájöttek, hogy az antipszichotikus szerek alkalmasak a skizofrénia tüneteinek a kezelésére, azóta a gyógyszerek a terápiás eljárások szerves részét képezik, melyet a terápiák közül a leghatékonyabbak. Magyarországi viszonylatban az IMEI-ben a Haloperidol, Leponex, Risperdal, Cisordinol, Zyprexa gyógyszereket használják leggyakrabban. A tablettás kiszereléstől eltérően az injekciós változat annyiban más, hogy az gyorsabban és erősebben hat. A legjobb eredményeket a skizofrénia pozitív tüneteitől szenvedő betegeken érték el. A negatív tünetekre kevésbé és lassabban hatnak, amiért nagyobb dózis szükséges. Ennek a hátránya viszont az, hogy a nagyobb dózis miatt nagyobb a valószínűsége a mellékhatások megjelenésének az úgynevezett extrapiramidális hatásoknak. Ezek olyan mozgászavarok, amelyek feltűnő hasonlóságot mutatnak a Parkinson-kórral. Mellékhatásként jelentkezik izommerevség, izomremegés, nagyon lassú mozgás, csoszogva járás és a szintén feltűnő kifejezéstelen arc. *Disztónia* esetén a mozgások irányíthatatlanná válnak. Parkinson-ellenes gyógyszerek egyidejű alkalmazásával a fentebb felsoroltak kialakulásának az esélye csökkenthető, de a tünetek megjelenésekor a gyógyszeradag is csökkenthető, szükség esetén a további gyógyszeres kezelés leállítható.

Külön ágat képvisel a *tardív diszkinézia*, ami egy késleltetve megjelenő mozgásos zavar. Ez a mellékhatás a többi antipszichotikus szerekkel ellentétben csak akkor mutatkozik meg, ha már egy éve, vagy régebben szedik a gyógyszert és akkor is jelentkezhet, ha már a gyógyszer szedését abbahagyták. Előforduló tünetek a tikkelő mozgás, a test különböző területeinek akaratlan rángatózása, céltalan mozgása, mint például az előre-hátra ringatózás. Ha még idejekorán észrevették a kialakulását, akkor a gyógyszerek azonnali leállításával a tünetek csökkenthetők, vagy megszüntethetők.

A fentebb felsorolt szindrómák, amik a Parkinson-kórhoz a disztóniához és a tardív diszkinéziához hasonló tüneteket okoznak, hasonlíthatnak a skizofrénia pszichomotoros tüneteire is. Emiatt a kettő között igen nehéz különbséget tenni és előfordul, hogy növelik a gyógyszeradagot pont akkor, amikor csökkenteni kellene, ezzel tovább súlyosbítva a már így is fennálló problémákat.

Hatásosabb gyógyszereknek bizonyultak az úgynevezett atipikus antipszichotikumok, amik kevesebb D-2 és több D-1 dopaminreceptort kötnek le, kevesebb extrapiramidális hatást váltanak ki, és a tardív diszkinézia kialakulásának az esélye is csökken. Ráadásul kevesebb adag bevitele mellett jobban és gyorsabban hat. Ruhrmann és munkatársai (2005) szerint „második generációs antipszichotikumok korai alkalmazásával a pszichózis kialakulását több mint 50%-kal csökkenteni lehet.”⁵⁹ Sajnos a fentebb felsorolt mellékhatásoktól eltérő, másfajta mellékhatások miatt ez sem tekinthető csodaszernek. Az atipikus gyógyszerek a Klozapin és a Risperdal. A Klozapin egyik mellékhatásaként jelentkezhethet az *agranulocitózis*, amikor a fehérvérsejtek száma életveszélyes mértékben lecsökken. A súlyos mellékhatások miatt az atipikus antipszichotikumokat csak olyan betegeknek írják fel, akiknél a hagyományos antipszichotikumok nem használnak.

5.2.2. Pszichoterápia

Az antipszichotikus gyógyszerek megjelenése előtt a pszichoterápia, annak vajmi kevés sikere miatt nem tudott elterjedni. A gyógyszer az, ami kezelhetővé teszi a beteget és olyan kompenzált állapotba hozza, hogy képes legyen felfogni a körülötte történő eseményeket. Fogalmazhatnánk úgy is, hogy a család visszakapja azt a személyiséget, akit elveszítettnek vélt. Viszont gyógyszeres kezelés mellett sem szűnik meg az összes probléma. A betegnek - és, ha a családjával együtt él, akkor a családnak is - küzdenie kell, a kompenzált állapot fenntartásáért, hogy az így is fennmaradó normálistól eltérő viselkedését kezelje, vagy éppen a furcsa viselkedéseit a környezete tolerálja. Ebben segít a belátásos terápia, a családterápia és a szocioterápia. Ezen terápiás formákat lehet együttesen és külön-külön is alkalmazni.

A **belátásos terápia** során a terapeuta legelső feladata a bizalom elnyerése, hogy a kezelt személy meg merje vele osztani a problémáit. Ez egy igen nehéz és hosszú folyamat. Családon belül is előfordul, hogy a skizofrén személy csak egy-egy személy felé nyitott és mindenki más felé egy falat tart. A mi családukban ez bizalmas személy a nevelőapám volt. Igen fárasztó tud lenni, ha beteg a döntésképtelensége miatt a legkisebb apró problémája miatt is „nyaggatja” a másikat. Ezt a számomra tehernek tűnő feladatot a nevelőapám a véleményem szerint igen jól kezelte. Ha a belátásos terápia során megvan a bizalom, akkor már lehetőség nyílik a betegek tévképzeinek megkérdőjelezésére és a betegségtudat feldolgozására.

⁵⁹ KÉRI Szabolcs (2008), *Skizofrénia a kognitív deficit tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó, 114.

A **családterápia** során, mint a nevéből adódik, a családnak is segítséget nyújtanak, tanácsokkal látják el őket, hogy hogyan kezeljék a kialakult helyzetet és az esetlegesen felmerülő problémákat. A skizofrének a betegségükből adódóan nagyobb fokú toleranciát igényelnek és a lehetőségekhez mérten kiegyensúlyozott családi légkört, kerülve az indulatok és az érzelmek heves kinyilvánítását. A családsegítő csoportokban más, hasonló helyzetben lévő családok oszthatják meg egymással a problémáikat.

A **szocioterápia**, vagy más néven a szociális terápia nem a skizofrén betegek tüneteinek a megszüntetésére helyezi a hangsúlyt, hanem a szociális készségek fejlesztésével az önálló döntéshozatalhoz, problémamegoldáshoz, különböző élethelyzetekhez való könnyebb alkalmazkodáshoz nyújtanak segítséget. Leginkább az egyedülálló skizofrének számára nyújtanak segítséget a munkakereséshez, pénzügyeik rendezéséhez és a lakáskörülményeik biztosításához. Az utóbbiak biztosításában nyújt segítséget a skizofrén betegnek az ügyeiben a gyámságot elvállaló személy. A gyógyszeres kezelés sem garancia arra, hogy a beteg a viselkedésében nem „esik” vissza egy korábbi szintre, de a terápiás módszerek kiegészítésével ennek az esélye jelentősen csökkenthető.

5.2.3. Művészetterápia

Eme terápiás módszer a történelem folyamán nem mindig takarta ugyanazt a módszert, ill. folyamatosan bontakozott ki, ami a véleményem szerint három elkülöníthető részből áll. Az első szakaszban került előtérbe a pszichózisban szenvedők különös művészeti világa. A második szakaszban a művészetterápiára, mint gyógyító tényezőre is felfigyeltek, és a harmadik szakaszban, a művészetpszichoterápia során a páciens-terapeuta kapcsolatra helyezik a hangsúlyt. *„A pszichózisokat mindig is körüllegte az áthatolhatatlanság mítosza, hiszen az „őrület” távol esik a hétköznapi élményektől, s mint ilyen empátiásan is alig hozzáférhető.”*⁶⁰ Az 1900-as évek legelején figyeltek fel először a világtól elzárt pszichotikus betegek műveire. Ebben igen nagy szerepük volt a kezelőorvosoknak, akik az egyszerre döbbenetes és lenyűgöző hatást kiváltó képeket a nagyközönség elé tárták, és így a meglepetés erejével robbantak be a köztudatba. Szinte rohamszerű volt az az állapot, ahogy a közgondolkodás befogadta az elmebetegek kivételes kreatív látomásait, így 1922-re kibontakozhatott egy új önálló irányzat, a művészetterápia. Ekkor kezdték el az önkifejezés eme módszerét terápiás eszközként használni a pszichiátriai intézetekben. Ekkor az

⁶⁰ Trixler Mátyás - Tényi Tamás (2006). *A skizofrénia pszichoterápiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 138.

alkotásokat nem értelmezték, hanem hagyták, hogy az egyén önmagát kifejezze, és a hosszú távú intézeti kezelések nyomasztó és elidegenítő hatását könnyebben feldolgozza. Az 1950-es években kezdték el kombinálni a művészetterápiát a freudi pszichoanalízissel és ennek a kettősségnek a kapcsán születhetett meg a művészetpszichoterápia. Itt a páciens-terapeuta kapcsolatban a műalkotások már egy központi szerepet töltenek be. Benedetti (1980) az énerősítő folyamatok javítását látja a művészetpszichoterápiában, ahol a beteg jelentését vesztett világában újra önmagára találhat „*úgy mint én és nem én elkülönítése, az asszociációk térbeli és időbeli strukturálása, belső koherencia kiépítése stb.*”⁶¹



62

Az alkotást szemlélhetjük az identifikáció és a familiarizáció szempontjából is. Az identifikáció során a kép készítője azonosul az alkotásával és saját magát, vagy csak egyes

⁶¹ Uo. 134.

⁶² 1. kép Adolf Wölfl alkotása (1864-1930), aki életének több mint a felét elmegyógyintézetben töltötte.

részeit véli látni a képen. A familiarizáció során az alkotó már kívülről szemléli a képet és így is gondolkodik róla. A spontán alkotásként készült képeknek van egy belső indítatása. A kép egészét szemlélve ez is közelebb vihet a beteg aktuális állapotának a megértésében, az identifikáció és a familiarizáció szempontjából is értelmezve a látottakat.

Nemcsak magának a képnek, hanem a készítés módjának is jelentőséget tulajdonítanak. Ennek alapján „*a testtartás, a mozdulatok, a nyomaték, a színválasztás fiziológiai állapotokat tükröznek; a mozdulatok nonverbális élményeket hordoznak*”⁶³

„*Megesik, hogy a páciens testrészek, köztük például fejek, kezek, nemi szervek, torz reprezentációit rajzolja harsány színekkel, közben mintegy maga elé motyogva megnevezi a testrészeket, elmosódottan gyilkosságról beszél, de nem tud koherensen beszámolni arról, hogy mi van a képen.*”⁶⁴ Nem tekintünk minden skizofrént művésznek, de a rajzaik, a képeik és egy kis irányított útmutatás segítségével feltárhatóvá válnak bizonyos múltbeli események. Például, ha megkérjük, hogy rajzolja le az anyját, akkor a képből lehetőségünk nyílik következtetéseket levonni, hogy hogyan érezhetett iránta még mielőtt megölte. Ez elősegítheti az események feldolgozását és megértését is.

5.2.4. Hazánkban meg nem honosodott kezelési lehetőségek

Az alábbiakban két olyan terápiás módszert szeretnék részletezni, ami külföldi viszonylatban jó eredményekkel büszkélkedhet, ám hazánkban az eredeti módszereknek mégsem sikerült elterjedniük. Ezek a milióterápia és a zsetongazdálkodás. Megemlíteném még a munkaterápiás foglalkoztatást is, amire tekinthetünk akár a zsetongazdálkodás egyik ágának, vagy egy ahhoz hasonló módszernek is.

5.2.4.1. Milióterápia

Eme humanisztikus megközelítés szerint, sok elmebetegnek azért romlik az állapota, mert felelősségmentes életmódot élnek és az intézményekben nem végeznek olyan, számukra hasznos motiváló tevékenységet, ami arra ösztönözné őket, hogy maguk is tevékenykedjenek az állapotuk javulása érdekében. A milióterápia elindítója Maxwell Jones londoni pszichiáter, aki 1953-ban alkalmazta legelőször ezt a módszert. A célja az volt, hogy a betegek, az életük tevékeny irányításával, valamint hasznos munkavégzésükkel ráébredjenek az önbecsülés és a

⁶³ Trixler Mátyás - Tényi Tamás (2006). *A skizofrénia pszichoterápiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 136.

⁶⁴ Uo. 141.

felelősségtudat fontosságára. Mindemellett ott van az is, hogy egy skizofrén betegnek szüksége van az irányíthatóságra, a döntést teherként éli meg, viszont ez nem jelenti azt, hogy amit mondanak neki, arra hallgat is.

5.2.4.2. Zsetongazdálkodás (Operáns kondicionálás)

Az operáns kondicionálás segítségével képesek vagyunk arra, hogy bizonyos nem kívánatos viselkedési formákat megszüntessük, illetve, hogy azt a kívánatos, vagy a társadalmi normáknak megfelelő viselkedéssé formáljuk. *„Az olyan viselkedést, mely kellemes következményekkel, vagy jutalmakkal jár, nagy valószínűséggel megismétljük, míg a kellemetlen büntetésekkel járó viselkedéseket feltehetően nem.”*⁶⁵ Ez a technika ugyanúgy alkalmazható, mind az egészséges elméjű, mind a pszichotikus betegek esetében is. A zsetongazdálkodásos programokban, ha a betegek a tőlük elvárt módokon viselkednek, akkor abban az esetben olyan zsetonokhoz jutnak, amelyeket vásárlásra fordíthatnak, vagy bizonyos előjogokban részesülhetnek. Egy többszintű program esetében, ha beteg már elsajátította a megfelelő viselkedésmintát, akkor a következő szinten már egy összetettebb viselkedésmintával kell megbirkóznia. A kutatások szerint a zsetongazdálkodás ténylegesen hozzájárul a skizofrén minták és az ezekhez kapcsolódó, nem megfelelő viselkedésformák megváltoztatásához (Emmelkamp, 1994; Belcher, 1988).⁶⁶ A program sikeresen működik abban a tekintetben, hogy már pár hónap után látványos javulás következik be a betegek viselkedésében, kezelhetőbbekké válnak, igazodnak a társadalmi elvárásokhoz, ám bizonyos aggályok is felmerülnek. Amikor egy-egy ilyen csoportot létrehoznak, gyakran az osztályon található összes pszichotikus állapotban lévő kezeltet bevonják és így a kontrollcsoport hiányában nincs összehasonlítási alap, ami alapján megállapíthatnák, hogy a zsetongazdálkodás nélkül hogyan javult volna az állapotuk. Valamint az is kérdéses, hogy a beteget tényleg sikerül-e átnevelni, átformálni, vagy csupán *„a normális viselkedést utánozó képességüket tökéletesítik?”*⁶⁷

A fentebb említett, és más előforduló terápiás módszerekről beszélgettem Lehoczki Ágnessel:

„Sz. M.: Milyen sűrűn fordul elő az IMEI-ben a munkaterápia?

L. Á.: Minden nap. A munkaterápiát többnyire úgy kell elképzelni, hogy ki kell takarítani az irodákat, az osztályt, öntözni kell a virágokat, fölpakolni, lepakolni a székeket stb.

⁶⁵ COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó, 67.

⁶⁶ Uo.

⁶⁷ Uo. 495.

Általában a kényszergyógykezelteknél az van, hogy ami az osztályon akad rendszeresen munka, az egyéb helységeknek a rendszeres takarítása, mosogatás és ezért kapnak pénzt.

Sz. M.: Van-e kapcsolat munkaterápiás foglalkoztatás és a zsetongazdálkodás között?

L. Á.: Bizonyos szempontból van köze hozzá, de nem ez a lényege, hanem hogy ne tespedjen egész nap az ágyban, aki képes ellátni munkát az lássa el.

Például amikor fiatalabb betegekről van szó, akkor arra próbáljuk szocializálni, vagy egy olyan szinten megtartani, hogy lehetőség szerint önálló életvitelt, vagy legalábbis a normálist minél jobban megközelítő életvitelt tudjon folytatni, amihez hozzá tartozik az, hogy például takarítja a környezetét, hozzá tartozik az, hogyha nincs kedved, akkor is meg kell csinálni, mert ezért fogsz pénzt kapni stb. Leginkább a szinten tartás és hogy elfoglaljuk őket. Fontos, hogy ne szokjanak el ettől, ill. hogy ne szokjanak rá arra, hogy egész nap csak fekszenek. Nem szakmailag fogalmazva olyan ez mint valami izom: ha nem használod elsatnyul. Érezze, hogy fontos az, amit csinál. Vannak akik ide évekig be vannak zárva, azt se tudják például, hogy odakinn mennyibe kerül egy kiló kenyér. Amennyire lehetséges próbálnak olyasféle kontextust teremteni, ami emlékezteti őt arra, hogy odakint mi várja.”

6. Esettanulmányok

Mindeddig arról olvashattunk, hogy mi is az a skizofrénia, hogyan alakulhat ki, mik a tünetei, mik a lehetséges kezelési módok. Az adott betegséget több aspektusból is megfigyeltük. Mégis úgy gondolom, hogy pusztán az elméleti háttérrel nem adtam teljes képet erről a pszichotikus állapotról mindaddig, amíg nem osztok meg konkrét jogeseteket az olvasóval. A most következő személyekben az a közös, hogy mindnyájuknál diagnosztizálták a skizofrénia valamely ágát és, hogy mindnyájan elkövettek valamely kriminológiai cselekményt.

6.1.F. László a fényevő

2007. május 18-án telefonos bejelentésre ment ki az esemény helyszínére a rendőrség és a mentőszolgálat. Miután bejutottak a budapesti tömblakásba a zárt ajtón, megrázó látvány fogadta a jelen lévőket. Három személy volt a lakásban, egy nő egy férfi és egy kisgyermek. A nőn a mentősök már nem tudtak segíteni. Valamikor még 18.-a előtt halt meg. Mindhárom személy le volt soványodva, a férfi már fel sem tudott kelni. Az eset az ezoterikus jellege miatt nagy visszhangot váltott ki a médiában és éveken keresztül foglalkoztak a témával.⁶⁸

- Kényszergyógykezelésen a magyar fényevő szekta tagja (Parameter 2007. 11. 13.)
- Fényevő volt az éhező F. László (OSZK 2008.01.08.)
- Vádemelést javasol a rendőrség a fényevő ellen (Index 2008. 01.30.)
- Jézus üzent – mondta a fényevő (Népszabadság Online 2008. 11. 25.)
- Halálra éhezette feleségét László, a fényevő (atv 2008.11.25)
- Az ügyész is felmentené a fényevőt (Index 2009.02.24.)
- Felmentenék a családgylkos fényevő embert (Magyar Hírlap Online 2009.02.24.)
- Felmentette a bíróság a fényevőt (Index 2009.03.16.)
- Zárt osztályon marad a fényevő (Index 2009.09.18.)

Az eset bemutatásakor az internet és a média olykor kétséges valóságtartalma miatt az elmeorvos szakértői leletekre, véleményekre, vizsgálatokra és a kihallgatási jegyzőkönyvekre támaszkodtam. Mindezekből kiderül, hogy F. László az élettársával együtt, hitbéli

⁶⁸ A felsorolt webcímek az internetről származnak és a 3-as számú melléklet tartalmazza az internetcímeiket.

meggyőződésükből egy három hetes böjtkúrát, tisztító kúrát szeretett volna tartani, ami idő alatt csak folyadékot vesznek magukhoz. Ezen idő alatt velük volt a 2 éves kislányuk F. Petra, aki F. László elmondása szerint többnyire anyatejet, gyümölcsöt és pogácsát kapott. Valószínűleg csak addig, amíg ki nem fogytak a három hét alatt a hozzávalókból, és még volt erejük elkészíteni. „...*nekem nem tűnt fel az, hogy Petra sovány lett volna, nem mondta, hogy éhes lenne, vizet kért, átment az anyjához szopizni... Elfogyott a pelenka, ezért törülközőt használtunk... azért nem mentünk el venni még pelenkát, mert messze volt a bolt,...*”

(F. László 2007.05.31). Böjtiükről senki más nem tudott.

F. László elmondása szerint május 16.-án még beszélt az élettársával, aki egy külön szobában volt egyedül. Május 17.-én délután kitápáskodott és átment az élettársához P. Andreához. Ekkor vette észre, hogy nagy baj van. Hiába rázta a feleségét, már nem mozdult meg. Május 18.-án törték rájuk az ajtót, hogy bejuthassanak a rendőrök és a mentősök. F. László, hallotta, hogy be akarnak jutni, de már nem volt annyi ereje sem, hogy kinyissa az ajtót. Csak ekkor jelezte először bárkinek is az élettársa állapotát. A kislányuk addigra már több napja nem jutott élelemhez. Szervezete legyengült az alultápláltság miatt, kiszáradt és súlyos, életveszélyes állapotban került a kórházba. F. Lászlót szintén legyengült, kiszáradt, és őt is életveszélyes állapotban szállították a kórházba. F. László időérzékét elvesztette, böjtkúrájuk több mint három hétig tartott.

6.1.1. Anamnézis

F. Lászlót pszichológiai betegséggel azelőtt soha nem kezelték. A középiskolában birkózott, versenyeken indult és ez idő tájt ismerkedett meg először a jógával. Kohászati Gépészmérnöki végzettséget szerzett, valamint angolul és németül is tanult. Dolgozott kutatómérnöként, különböző cégeknél töltött be vezető szerepet, majd családi vállalkozásban tevékenykedett, az édesapja 2003-ban bekövetkező haláláig. Ezután egyéni vállalkozással foglalkozott. Anyagi gondjai soha nem voltak. 2004-ben találkozott először az élettársával, P. Andreával, aki a Számviteli Főiskolát, és a Közgazdasági Egyetemet is elvégezte. P. Andrea munkái során dolgozott hajón, különböző vezetői pozíciókban, ill. saját vállalkozása is volt. F. László a találkozást követően több diáktársával együtt ment ki Indiába Sai Babához tanulni, amit a Metafizikai Akadémia nevű iskola biztosított, illetve szervezett meg. „*Ott Szai Babával találkoztam. Ő egy avatár, azt kell tudni róla, hogy Indiában istenként tisztelik... Őneki, mint isteni inkarnációnak olyan szeretet kisugárzása van, hogy nem biztos, hogy el lehet mondani ezt a kisugárzást... Én is ezt a szeretet kezdtem el gyakorolni, amit ott*

megtapasztaltam.... Az önzetlen szeretet, isteni szeretet azt jelenti, hogy mindenki felé szeretetet árasztok. Az, hogy valakit nem szeretek, annak már oka van.” (F. László 2007.05.29.)

„Mivel tisztában van a konvencionális normákkal és képes ezek szerint viselkedni, konvencionális kérdésfeltevések, felszínesebb szemléletmód mellett a belső, irreális világa nem tárul fel a maga teljességében. Ezt a kettősséget igazolják a vizsgálati eredményei is.”

(Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.06.07.)

Az Indiai út után kezdett az érdeklődése az irracionális felé fordulni. A jóga és a meditációk mellett különféle mesterek tanaival kezdett azonosulni. F. László még 2004-ben összeköltözik P. Andreával, aki valószínűleg azonosult a nézeteivel. Utólag már nem tudjuk biztosan megállapítani, hogy vajon ő is rendelkezett-e bizonyos skizofrén tünetekkel, vagy sem. Feltételezésem szerint P. Andreánál idővel kialakulhatott egy indukált pszichotikus zavar, ami alapján átvette a domináns személy F. László pszichotikus gondolkodásmódját.

2005 júniusa körül megszületik F. Petra. A pontos időpont nem tisztázott, mert otthonszülés volt, ahol csak a két szülő volt jelen. A gyermeket nem anyakönyvezték. F. László elmondása szerint 2005.06.28.-án született. *„Az én kislányom egy megvilágosodott szent és az ő akarata az, hogy akkor szülessen biztonsági okokból születése maradjon titokban... Isten akarata volt, semmilyen kezelésem gondozáson nem volt a gyermek kérésére nem vitték sehová és az anya sem ment semmilyen kezelésre a terhesség 10 hónapig tartott... Petra nevet kapta, ezt a nevet a gyermek adta önmagának, születése előtt gondolati síkon közölte velünk.” (F. László 2007.05.24.)*

F. László és P. Andrea az összeköltözésüktől kezdve a nézetüknek megfelelően, folyamatosan szabadultak meg a vagyonaiktól, illetve építették le a baráti és családi kapcsolataikat. Cégeiket megszüntették, márkás ruháikat a Máltai Szeretet Szolgálatnak ajándékozták, autóikat ill. ingatlanjaikat ki-ki a saját testvérére íratta át. Egyszerű életet szerettek volna élni. *„...volt egy alapelvünk hogy vagyont nem halmozunk fel. ... az is alapelvünk volt, hogy másoknak segítsünk..., (F. László 2007.05.23.)*

„Elgondolkodtam még, nálunk másképp volt, mint az átlagos. Teljesen más volt minden. Mert mindent az Úr Jézus Krisztus kérése alapján csináltunk. ...

A magas szintnek kockázati tényezője is van. Hinni kell az isteni irányításban. Nem az a legvalószínűbb kockázat, hogy meghal, hanem hogy mágiát küldenek rá. Minél magasabb célpont, annál inkább célpont. Vadásznak rá a mágusok, azok, akiket gonosz erő irányít. Találkoztunk is ilyenekkel.

A feleségem Szent András reinkarnációja volt. Ezt Jézustól tudtuk. Meg ő tudta aztat. Hát beszélünk vele gondolati úton... illetve a feleségem. Nem, én nem beszéltem vele sosem. A feleségem elég magas szintű volt, hát nagyon magas szintű. Halottat is tudott feltámasztani, nem fordult elő, de tudott volna. ...

Én Pál apostol reinkarnációja vagyok. Nekem nem kellett beszélnem jézussal, én értesültem róla. ...

Nagyon fegyelmezetten kellett élnünk, mert nagyon sokan támadtak bennünket.”

(F. László 2007.07.10.)

Vallási, lelki vezetőjük nem volt.

6.1.2. Exploráció

Már az első pszichológiai vizsgálaton zajlott beszélgetésből kitűnt, hogy F. László érzelmi megnyilvánulásai nincsenek összhangban a tragikus eseménnyel. *„Az arca zömében érzelmi reakciót nem tükrözött. Szájzuga időnként rándult, de nem az elmondásaival összefüggésben. Örömeztet, mosoly akkor jellemezte, ha szakrális élményekről, a személyes hatásáról, a feleségéről, vagy a kislányáról beszélt. Lassan, körülményesen, a helyes kifejezést keresően beszélt.”* (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.05.23.)

Az elmondottak már ráillenek a skizofrénia negatív tüneteire. Pszichomotoros tünetet az időnkénti szájzug rágáson kívül nem mutatott.

„A böjt stratégiáját, célját és hatását előadásszerűen, precízen, körültekintően mondta el.”

(Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.05.23.)

„Kérdésre elmondta, hogy a villanyszámlát valóban nem fizették ki, de egyéb szolgáltatót sem vettek igénybe. Ez azért volt, Mert az Úr Jézus Krisztus nem engedte ki őket a lakásból azért, hogy csekket fizessenek be. Mert akkor az ő energiájából az adott szolgáltató részesült volna.” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.05.30.)

„Emelkedett ideálok vezérlik mindennapi életvezetését melyek teljes egészében az „ego megszüntetése” áll. Ösztönkésztetéseit elfojtja, mivel nem képes a személyiségébe integrálni azokat...” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.06.15.)

A továbbiakban megállapításra került, hogy agresszív késztetései az indulattalanítás miatt nincsenek. Kerüli a konfliktusokat, a misztikus dolgokra nyitott, befelé forduló, rejtőzködő paranoid személyiség, aki a saját fontosságát túlértékeli. Körülményes, precizitásra törekvő, beszéde darabos, keresi a megfelelő szavakat, a visszaemlékezés nehézkes. Üldöztetési és

nagyzásos tévképzetei vannak. Hallucinációi középpontjában Jézus, P. Andrea és F. Petra szerepel.

„Tudata az általa is képviselt vallásossági és életfilozófiai tematikára centrált. Ez eléri a rendszerezett téveszme szintet, ez áthatja a teljes életvezetését, a mindennapok életterét teljesen beszűkíti.” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.)

Ebből az életszemléletből nem is képes kiszakadni. A megtörtént eseményeket is integrálja az életvezetésébe, annak súlyát nem képes felfogni, büntudata nem alakult ki.

„Nem érti, hogy felesége, akiben rengeteg erő volt, hogy halhatott meg, és a gyermekük, akinek hatalma van a holtakat feltámasztani is, hogyan nem akadályozhatta meg ezt.”

(Sz. Zsuzsanna szakpszichológus 2007.05.29.)

„Az ismételt explorációk során feltárt téveszme-rendszeréhez következetesen ragaszkodott, a benne felmerülő ellentmondásokat (felesége halála, amin kivételes képességű gyermeke nem segített) is beleillesztette doxasma(tévhit)-rendszerébe (valamilyen felsőbb szempont szerint ennek így kell lennie).” (Dr. T. Ilona főorvos. 2007.06.06.)

A kényszergyógykezelés szükségességét állapították meg.

6.2. P. Károly Sándor és az ezotéria

Ez az eset szintén felkeltette a média figyelmét és az aktuális események függvényében újra és újra az előtérbe kerül:⁶⁹

- Horror! Kivégezte családját P. Károly (Blikk.hu 2008.10.19.)
- Megöltem őket (Blikk.hu 2008.10.21.)
- Luxusgyilkosság (hetek 2008.10.24.)
- Munkahelye miatt mészárolta le családját P. Károly? (Blikk.hu 2009.10.01.)
- A budai családirtónak büntetés az élet (Blikk.hu 2009.11.25.)
- A budai luxusgyilkos is fényevő volt „Már elment a szellem” (atv 2009.12.02.)
- Családirtótól rettegnek a magyar hírességek (HÍR24 2012.10.10.)
- Megölt nejétől örökölt a családirtó (Blikk.hu 2012.10.11.)
- Kártérítésért perli volt cégét a családirtó (Blikk.hu 2012.10.27.)
- Jósnot vádol tettéért a családirtó (Blikk.hu 2012.11.05.)
- Újra megfigyelésen a családirtó (Blikk.hu 2012.12.17.)

⁶⁹ A felsorolt webcímek az internetről származnak és a 4-es számú melléklet tartalmazza az internetcímeiket.

P. Károly tanúvallomásaiból is kiderül, hogy egy igen tanult emberről van szó, aki választékos beszédképességgel rendelkezik. Elmebetegsége lappangva fejlődött ki, aminek főbb kiváltó oka egy Júlia nevezetű ezotériával foglalkozó „látnok” nő.

„Akkor erre nem jöttem rá. Utólag látom tisztán. Igen: A mindkettőnk szüleiről azt sugallta gonoszok, rossz emberek. Egymástól finom eszközökkel próbált meg leválasztani. Átformálta lassan az életünk és a barátaink életét. Ezek sugalmazások, utalások, könyvek, helyek, amik a befolyását növelték. Attól tartok, most is irányítja, amit írok. Attól tartok, az itt ülők gondolatait is befolyásolja. Attól tartok, azt hiszik, másra akarom kenni a felelősséget. Nem. Én kezemben volt a kés.

Hogy ki voltam előtte? Emlékezem

Hogy ki voltam akkor? Sejttem.

Hogy ki vagyok most? Keresem.” (P. Károly Sándor tanúvallomása 2008.10.20.)

6.2.1. Anamnézis

P. Károly főiskolát, angol nyelvű manager szakot és ezzel kapcsolatos mesterképzést végzett. Az IBM után a British Telecom magyarországi leányvállalatánál dolgozott, ahol a fizetése már meghaladta az egymillió forintot. Első gyermeke egy élettársi kapcsolatból származik. A cselekmény idején feleségével K. Dórával és közös kislányukkal P. Karinával együtt K. Dóra szüleinek a házában laktak egy a szülőktől elválasztott lakrészben.

P. Károlyt érdeklődési köre Júliával való találkozás előtt még a műszaki, tudományos és a művészeti ágak körül mozgott és foglalkoztatta a pszichológia is. Júliával a feleségével együtt ismerkedtek meg, akihez később kezelésekre kezdtek el járni. A kezeléseket két-három órásként voltak nyolcezer forintos óradíjjal. Júlia mindegyikükkel külön foglalkozott. Utazásaik során legtöbbször a kislányukat is magukkal vitték. A kezeléseket végeztével feladatokat kaptak, meditálniuk kellett, naplót írni és az ajánlott könyveket olvasni. Így egy idő után az életük megváltozott Júlia hatására. P. Károly már csak ezoterikus könyveket olvasott és egyedül ez a téma érdekelt.

A befolyás P. Károly és K. Dóra esetében is világosan megjelenik, ugyanakkor kettejükre más-más hatással volt. P. Károlynál az ezotéria katalizátorként működött a betegsége felszínre törésében, aminek a végkifejlete a 2008.10.18-án 06 óra 20 perc körüli időben bekövetkezett tragikus esemény lett. P. Károly elmondása szerint parancshangra engedelmeskedett. Megszerette volna óvni a szeretett lányát és feleségét, hogy az Atya visszavigye őket a sötét

középkorba a kínzások közé, amit a meditációja során tudott meg. Éppen ezért az indigógyermeknek tartott 3 éves lányát P. Karinát egy konyhakéssel szíven szúrta. A K. Dóra felébredt a kislánya nyöszörgésére és átment a másik szobába, ahol meglátta, hogy mi történt. Dulakodni kezdett a férjével, de P. Károly őt is leszúrta. A következő parancshang, amit a fejében hallott, hogy vágja ki a nyelvét.

Külön kiemelném, hogy nem magát az ezotériába vetett hitet szeretném kritizálni, hanem annak egy pszichotikus állapottól szenvedő személyre gyakorolt hatását szemléltetném.

P. Károly és K. Dóra gyakran tartottak közös meditációt, amin a kislányuk is részt vett. P. Karinának különleges képességeket tulajdonítottak, így az ő feladata volt a szelleműzés.

Egy alkalommal, mikor P. Károly megkérdezte a lányát, hogy elment-e már a szellem és P. Karina azt mondta, hogy igen, nem hitt neki. Ezt úgy büntette, hogy összetörte a kislány egyik kedvenc játékát.

6.2.2. Exploráció

P. károly személyiségét a vizsgálati eredményeken keresztül szeretném szemléltetni:

A *Lüscher* teszt alapján megállapítható, hogy a kifelé és a befelé fordulás egyaránt jelen van. „A külvilágtól a belső élete elszakítja őt... emellett ... a külvilág eseményeit paranoid típusú nyitottsággal, éber és veszélyt érzékelő érzékenységgel figyeli, irreális és csodaváró állapotban van.” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus, 2008.12.19.)

A Szondi teszt szerint „Képes a konvencióknak megfelelő magatartásszabályozásra, fékezett-uralt hiper-rendességre törekvő megnyilvánulásokra, ezért szorongásai, belső nyugtalansága, az önmagáról alkotott irreális elképzelései sem jelennek meg mások számára nyilvánvaló módon. ... A paranoid szkizofréniára emlékeztető nárcisztikus önértékelése, megszállottsága, és mindent uralni vágyó szemléletmódja alakult ki. ... elképzeléseiben humanizációs törekvéseket tart szem előtt.” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus, 2008.12.19.)

A negatív gondolatait, érzelmi veszteségeit nem képes feldolgozni, így a szégyenérzete sem tud oldódni.

A Rorschach teszt alapján megtudhatjuk, hogy „A pszichés tempója lelassult a szubjektív jellegű megjegyzései, valamint a fejlett, de körülményes megfogalmazásai és fokozott fantáziatevékenysége miatt.” (Sz. Zsuzsanna szakpszichológus, 2008.12.19.)

Megnyilvánulásai egymásnak ellentétesek: „miközben gazdagon árnyalt a személyisége, valamint ötletes és kreatív megoldások jellemzik, amelyek magas intellektuális színvonalát tükrözik, a gondolkodásának a hatékonysága jóval alacsonyabb színvonalúvá vált.”

(Sz. Zsuzsanna szakpszichológus, 2008.12.19.)

Önértékelési válsággal küzd és a cselekményét nem képes feldolgozni. Egyrészt tudja, hogy a cselekményt ő követte el, másrészt nem hiszi, hisz a hangok irányították. Visszatérő kérdésként foglalkoztatja, hogy vissza lehet-e az egészet csinálni.

Az orvosszakértői vélemény megállapította, hasadásos elmezavarban szenved, amiket hallucinációk és téveszmék jellemeznek.

6.3. Dr. M. Szilvia

Úgy gondolom, hogy csak akkor ismerhetjük meg teljes körűen ezt az esetet és annak kibontakozó kegyetlen voltát, ha részletesen szemléltetem a lejátszódó eseményeket. Az Előző bemutatott két személynél F. Lászlónál és P. Károly Sándornál megállapíthattuk, hogy a bűncselekmény elkövetése a skizofrénia első diagnosztizált jele volt.

Dr. M. Szilviát viszont már kezelték a pszichiátriai betegsége miatt. Az első alkalommal 1991-ben skizoaffektív pszichózist állapítottak meg nála és 6 hétig kapott kórházi kezelést Németországban. 1994-ben a férjét és a két gyermekét egy autóbalesetet követően szó nélkül elhagyta. Ezután került megint pszichiátriai kezelés alá, ill. vett részt pszichoterápián. Gyógyszeres kezelésben 2001-ig részesült. Németországban elvált az ottani férjétől, de ettől függetlenül időszakosan még tovább praktizált külföldön. 2005 vége felé neurológus állást keresett, de mivel nem talált, ezért 2006 márciusában hazautazott egy új kapcsolatából származó kislányával, akit Zsófinak hívtak. Ezután hárman laktak együtt az édesanyjánál T. Imrénénél egy 27 nm-es lakásban és T. Imréné 63 ezer forintos nyugdíjából éltek.

6.3.1. Anamnézis

Egy éve éltek már Magyarországon, mikor a tragédiához vezető események elkezdődtek. T. Imréné ekkor 79, Dr. M. Szilvia kislánya pedig 3 éves volt. Tévé néztek. Véleményem szerint Dr. M. Szilvián ekkor uralkodhattak el a tévképzetei, amik már egy ideje jelen lehettek. Azt feltételezte, hogy T. Imréné a kezében tartott zoknijával meg akarja őt ölni, amit meg is kérdezett tőle. Beszélgetni kezdtek, mire ez a kérdés újból felmerült kettejük között. *„...ő is megkérdezett engem, hogy én meg akarom-e ölni, mire én - mint egy pszichoterápiás technika provokatív módon történő alkalmazásakor - ... mondtam neki, hogy én megölöm őt minden gond nélkül, de persze ezt nem gondoltam komolyan, csak ki akartam szedni belőle,*

hogy ő miért néz engem ilyen elszántan... Ekkor anyám felállt, a testi erejét demonstrálva, és én ettől újra, mint régen megijedtem.” (Dr. M. Szilvia, kihallgatási jegyzőkönyv, 2007.03.12.)

Dr. M. Szilvia elmondta, hogy az elmúlt évben T. Imréné több alkalommal bántotta. Egy újabb támadást elkerülve, mikor édesanyja feléje közeledett megragadta a haját és a földre nyomta, úgy hogy a hátára rá tudjon ülni. Mindeközben T. Imréné Dr. M. Szilvia elmondása szerint *„gonoszul hörgött, de nem azért, mert nem kapott levegőt, hanem egyszerűen olyan undorító volt, mint aki azt akarja mondani, hogy megöl engem”*

(Dr. M. Szilvia, kihallgatási jegyzőkönyv, 2007.03.12.) Ezt Dr. M. Szilvia a hörgésből állapította meg. Úgy vette észre, hogyha összeszorítja a nyakát, akkor nem hörög, így immáron arra gondolt, hogy légzészavar miatt alakult ki a hörgés, és ezzel csak jót tesz. Emlékezete szerint körülbelül négyszer szorította össze T. Imréné nyakát, amik nagyjából 2-3 másodpercig tartottak. Görcsre gyanakodott, így elkezdte masszírozni a nyelőcsövét, de amint elengedte az édesanyja újból hörögni kezdett. Eközben Dr. M. Szilvia mindvégig T. Imrénén ült, akinek valamikor, az események folyamán egy bordája elrepedt. *„Akkor átvillant az agyamon, hátha egy görcse van, ami az egész testére és a nyelőcsövére is kiterjed.”* (Dr. M. Szilvia, kihallgatási jegyzőkönyv, 2007.03.12.) Az este folyamán T. Imréné többször is fel akart állni, attól függetlenül, hogy a leánya rajta ült. Ezt Dr. M. Szilvia a későbbiekben úgy próbálta megakadályozni, hogy a keze ügyébe kerülő szövet bevonatú fából készült vállfával háromszor fejbe csapta: *„Akkor nagyon megsajnáltam és meg is simogattam a fejét, és kértem, hogy ne haragudjon, nem akartam bántani, és azt is mondtam, hogy nem akarom őt megölni, csak szeretném, ha ő sem akarna engem megölni.”* (Dr. M. Szilvia, kihallgatási jegyzőkönyv, 2007.03.12.) T. Imréné újból szeretett volna felkelni, ezért az édesanyja fejét Dr. M. Szilva a 3-4 alkalommal a földre verte, ami szerinte 30-40 másodpercig tarthatott. T. Imréné az eszméletét ekkor sem vesztette el. Dr. M. Szilvia egyre jobban tartott édesanyja „támadásától”, ezért T. Imrénére rakta a mellettük lévő fotelt, majd beleült. A fotel lábai alatt volt annyi hely, hogy ne nyomja őt össze. T. Imréné immáron, mindvégig a szobában tartózkodó három éves kislánytól próbált segítséget kérni, de az anyja ráparancsolt, hogy menjen az ágyba lefeküdni, aminek ő szót is fogadott. *„Fél óra is eltelhetett, amikor eszembe jutott, hogy testi merevség állhat fenn nála. Továbbra is olyan nagy erővel emelte fel a fotelt velem együtt, hogy az számomra érthetetlen volt, és mással nem tudtam magyarázni, csak azzal, hogy vaginális görcse is lehet. ... mondtam neki, hogy: Na mi van kurva! Egy faszt akarsz-e? Ekkor ráütöttem a fenekére. ... A fotelt a felsőteste felett hagytam, ő közben emelgette a fenekét, fél oldalammal, a bal csípőmmel ráültem az ő bal csípőjére, a bal karommal a jobb csípőjét lenyomva tartottam a földön, és a jobb kezemmel, a négy ujjammal,*

- *a hüvelykujjamat nem használtam – benyúltam a vaginájába, úgy, hogy a kezem az ujjam gyökéig, azaz a tenyerem felső részéig voltak benne anyám nemi szervébe. ... Ekkor a kezemmel én őt kielégítettem oly módon, hogy ütemes ritmusos mozgással, ki-be huzigáltam a kezemet a nemi szervében*” (Dr. M. Szilvia, kihallgatási jegyzőkönyv, 2007.03.12.) Időközben T. Imréné elaludt, és egész este a fotel alatt maradt. Másnap a szomszédok a gyereksírássá lettek figyelmesek, de mivel nem tudtak bemenni, hívták a rendőrséget, majd később kiérkezett a mentő is. T. Imrénét a kórházba szállították, ahol napokkal később elhunyt. Dr. M. Szilvia zavarodott voltát jól szemlélteti egy a 2007 májusában írt levele, melyben megemlíti, hogy a sértettre, mármint édesanyjára szeretné ráíratni azt a 27 nm-es lakást, ahol T. Imréné 1986 óta él egyedül.

6.3.2. Exploráció

A pszichés vizsgálatnál megállapították, hogy Dr. M. Szilviánál hiányzik a betegség belátása, a realitástól eltávolodott, nehezen alkalmazkodik, befelé forduló, szorongó személyiség, és skizoid vonásokkal rendelkezik. Kudarcot nagyon nehezen tolerálja. Nehéz helyzetekben egy tudatködös állapot állhat be, ahol nem ismeri fel a helyzet valóságtartalmát és emiatt viselkedése irracionálissá válik. Belső problémáit nem képes feldolgozni, és ebből kifolyólag tudatvesztéses állapot is kialakulhat.

Utószó

A munkám során bemutatásra került egy olyan betegség, amit gyakorta gyűjtőfogalomként használnak az elme működésének a zavarai esetén. Az elmezavarból következik, hogy a skizofrének cselekményei nem mindig logikusak, vagy éppen nehezen értelmezhetőek. Persze egy rendőri intézkedés során nemcsak ezért igényelnek fokozott körütekintést, hanem mert olyan betegek, akiknek legtöbbször hiányzik a belátási tudatuk, beszámítási képességük, így velük szemben büntethetőséget kizáró ok áll fenn.

Mivel a büntetésüknek nincs nevelő hatása, - de a pszichés állapotuk miatt fennáll a veszély egy ismételt jogellenes cselekmény elkövetésére, - ezért pszichiátriai kezelést igényelnek, ahol az elsődleges cél a gyógyítás. Az eset súlyától függően ez megvalósulhat egy orvosilag elrendelt pszichiátriai intézetben, vagy a bíróságilag elrendelt Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosító Intézet keretein belül is.

Abban az esetben, ha hiányzik a támogató közeg, család, anyagi biztonság, akkor fokozott kockázatként jelenik meg a skizofrének számára az utcára kerülés lehetősége. A kényszergyógykezelés alatt eltöltött időszak és a gyógyszeres kezelés hiánya, mind a fizikai, mind pedig a szellemi állapotukat is megviseli, lerontja, és ettől még inkább kiszámíthatatlanná válhatnak egy velük szemben fogantatott rendőri intézkedés során.

Úgy gondolom, hogy az esettanulmányok jól szemléltetik a skizofrénia tüneteit, és rajtuk keresztül meg tudtam ragadni olyan súlyos problémákat, amikre oda kell figyelünk. Esetükben nem tudjuk leolvasni az arcáról az agressziót, vagy a harag jelét. A fennálló betegség tüneteiből egy rendőri intézkedés során elsődlegesen nekünk kell levonni a következtetéseket:

- Milyen állapotban van a skizofrén személy?
- Magára hagyható-e más személlyel vagy sem?
- Szükséges-e azonnali pszichiátriai kezelés azért, hogy egy esetleges tragédiát elkerülhessünk, vagy mert az állapota így kívánja?

Sok információ gyűlt össze, de még mindig megválaszolatlanul hagytam a saját kérdésemet, ami a Tudományos Diákköri Munkám címe is. Erre válaszolva, ennyi ismeretanyag háttérben, remélem a skizofrén személyekre nem bűnelkövetőként fogunk tekinteni, hanem mint egy segítségre szoruló mentálisan sérült embertársunkra, akkor is, ha éppen egyikük-másikuk a schub pozitív állapotában agresszív viselkedést is mutat.

Irodalomjegyzék

OFFLINE IRODALMAK

- Animula (2010), 75 papír-ceruza teszt. Budapest, Animula Kiadó
- APA (2001), DSM-IV-TR Diagnosztikai kritériumai, Budapest: Animula Kiadó
- BERECZKEI Tamás (2008), Evolúciós pszichológia. Budapest, Osiris Kiadó
- CHASE, Ronald (2013), Schizophrenia. USA: Hopkins University Press
- COMER Ronald J. (2005), A lélek betegségei Pszichopatológia. Budapest, Osiris Kiadó
- CSERNYIKNÉ PÓTH Ágnes – FOGARASI Mihály (2006), Kriminálpszichológia Budapest, Rejtjel Kiadó
- FÜREDI János – NÉMETH Attila – TARISKA Péter (2009), A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- GILMAN, Sander, L. (2008), Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness. In: WALLACE, Edwin R. – GACH, John (eds.), History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry. USA: Springer, 461-481.
- KÉRI Szabolcs (2008), Skizofrénia a kognitív deficit tükrében. Budapest, Gondolat Kiadó
- KUNCZ Elemér (2011), Igazságügyi pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- LUKÁCS Dénes (1996), Szondi – az ösztönprofiltól az elméletig. Budapest, Animula Kiadó
- MÉREI Ferenc (2002), A Rorschach-próba. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- NAVARRO, Joe (2011), Beszédes testek. Budapest, Nyitott Könyvműhely
- NÉMETH Attila (2006), Pszichiátria másképp. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- PLÉH Csaba - BOROSS Ottilia (2011), Pszichológia- akadémiai lexikonok a-z. Budapest, Akadémiai Kiadó
- RAFTER, Nicole (2009), Philippe Pinel: Mania without delirium. In: RAFTER, Nicole (ed.) The Origins of Criminology. USA: Routledge, 50-56.
- STONE, Michael H. (2006), History of Schizophrenia and its Antecedents. In: LIEBERMAN, Jeffrey A. – STROUP, Scott, T. – PERKINS, Diana, O. (eds.), The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia. USA: American Psychiatric Publishing
- TSUANG, Ming T. – FARAONE, Stephen V. – GLATT, Stephen J. (2011), Schizophrenia. Oxford, Oxford University Press
- TRIXLER Mátyás – TÉNYI Tamás (2006), A szkizofrénia pszichoterápiája. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

ONLINE IRODALMAK

1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról. (Hatályos állapot: 2013.X.18.)

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Hatályos állapot: 2013.X.18.)

36/2003. (X. 3.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről (Hatályos állapot: 2013.X.20.)

Ábrák jegyzéke

1. ábra. A skizofrén személyek és biológiai rokonsági kapcsolat

COMER, Ronald. J. (2005). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 473.

2. ábra. Az agyról készült keresztmetszet

COMER, Ronald J. (2005), *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó. 478.

3. ábra Rorschach, H. (1921): Rorschach -teszt

http://www.google.hu/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a7/Rorschach1.jpg&imgrefurl=http://eo.wikipedia.org/wiki/Dosiero:Rorschach1.jpg&h=482&w=736&sz=135&tbnid=qHWlk15DOBVqsM:&tbnh=90&tbnw=137&zoom=1&usg=__Z_wXvNPerGW67CVg98mOIY8eUGI=&docid=xQlhN0k9uwxXDM&sa=X&ei=IoAwUfHKGIWctAaJwIC4Bw&ved=0CFMQ9QEwBQ&dur=125 [letöltve: 2013.03.01.]

4. ábra Lüscher Max, (1949): Lüscher-teszt

<http://oshungary.hu/media/luscher-jpg-QMA7TOR9.jpg?width=800&height=600>
[letöltve: 2013.09.22.]

5. ábra Raven-teszt

<http://www.thinktonight.com/v/vspfiles/assets/images/ravens-image.gif> [letöltve: 2013.09.23.]

1. kép Adolf Wölflí festménye

<http://www.hirado.hu/Hirek/2011/05/~media/News/Hirado/Hirek/2011/05/01/10/Adolf%20Wolflí.jpg.ashx>
[letöltve: 2013.11.05.]

Mellékletek

1. sz. melléklet: Az I. és II. típusú skizofrénia összehasonlítása⁷⁰

15-1. TÁBLÁZAT

Az I. és a II. típusú skizofrénia összehasonlítása

	<i>I. típus</i>	<i>II. típus</i>
Tünetek	Pozitív tünetek Téveszmék Hallucinációk Inadekvát érzelmek Pozitív formális gondolkodási zavarok	Negatív tünetek Akarat hiánya Szociális visszahúzóds Tompá és sivár érzelmek Alogia
Premorbid alkalmazkodás	Viszonylag jó	Viszonylag rossz
A hagyományos antipszichotikus szerekre adott reakció	Jó	Rossz
A betegség kimenetele	Kedvező	Rossz
Biológiai jellemzők	A neurotranszmitterek kóros működése	Az agy kóros szerkezete

Forrás: Crow, 1985, 1982, 1980 nyomán.

⁷⁰ COMER Ronald J. (2005), *A lélek betegségei Pszichopatológia*. Budapest, Osiris Kiadó, 472.

2. sz. melléklet: Antipszichotikus szerek⁷¹

16-1. TÁBLÁZAT

Antipszichotikus szerek

<i>Osztály- vagy generikus név</i>	<i>Kereskedelmi név</i>	<i>Szokásos napi adag (mg)</i>
Klórpromazin	Thorazine	200–600
Riszperidon	Risperdal	2–8
Triflupromazin	Vesprin	50–150
Tioridazin	Mellaril	200–600
Mezoridazin-bezilát	Serentil	150
Piperaktazin	Quide	20–40
Trifluoperazin	Stelazine	2–4
Flufenazin-hidroklorid	Prolixin, Permitil	2,5–10
Perfenazin	Trilafon	16–64
Acetofenazin-maleát	Tindal	60
Klórprotixén	Taractan	75–200
Tiotixén	Navane	6–30
Haloperidol	Haldol	2–12
Loxapin	Loxitane	20
Molindon-hidroklorid	Moban, Lidone	15–60
Pimozid	Orap	2–10
Klozapin	Clozaril	300–900

Forrás: Hedaya, 1996, 249. o.; Silver és Yudofsky, 1988, 771–773. o.

⁷¹ COMER Ronald J. (2005), *A lélek betegségei Pszichopatológia*. Budapest, Osiris Kiadó, 496.

3. sz. melléklet: F. László felsorolt webcímeinek internetcímei

- Kényszergyógykezélesen a magyar fényevő szekta tagja (Parameter 2007. 11. 13.)
<http://www.parameter.sk/rovat/kultura/2007/11/13/kenyszergyogykezelesen-magyar-fenyevo-szekta-tagja> [letöltve: 2013.02.20.]
- Fényevő volt az éhező F. László (OSZK 2008.01.08.)
<http://oszk.com/2008/01/08/fenyevo-volt-az-ehezo/> [letöltve: 2013.02.20.]
- Vádemelést javasol a rendőrség a fényevő ellen (Index 2008. 01.30.)
<http://index.hu/bulvar/vad080130/> [letöltve: 2013.02.20.]
- Jézus üzent – mondta a fényevő (Népszabadság Online 2008. 11. 25.)
http://nol.hu/belfold/jezus_uzent_mondta_a_fenyevo [letöltve: 2013.02.20.]
- Halálra éhezettette feleségét László, a fényevő (atv 2008.11.25.)
http://atv.hu/bulvar/2008_nov_halalra_ehezettette_feleseget_laszlo_a_fenyevo_video.html
[letöltve: 2013.02.20.]
- Az ügyész is felmentené a fényevőt (Index 2009.02.24.)
http://index.hu/bulvar/2009/02/24/az_ugyesz_is_felmentene_a_fenyevo_ferfit/
[letöltve: 2013.02.20.]
- Felmentének a családgyilkos fényevő embert (Magyar Hírlap Online 2009.02.24.)
http://www.magyarhirlap.hu/hirvilag/felmentenek_a_csaladgyilkos_fenyevo_embert.html
[letöltve: 2013.02.20.]
- Felmentette a bíróság a fényevőt (Index 2009.03.16.)
http://index.hu/bulvar/2009/03/16/felmentette_a_birosag_a_fenyevokent_ismertte_valt_ferfit/
[letöltve: 2013.02.20.]
- Zárt osztályon marad a fényevő (Index 2009.09.18.)
http://index.hu/bulvar/2009/09/18/zart_osztalyon_marad_a_fenyevo [letöltve: 2013.02.20.]

4. sz. melléklet: P. Károly Sándor webcímeinek internetcímei

- Horror! Kivégezte családját P. Károly (Blikk.hu 2008.10.19.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/20081019/horror_kivegezte_csaladjat_p_karoly

[letöltve: 2013.01.14.]

- Megöltem őket (Blikk.hu 2008.10.21.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/20081021/megoltem_okek[letöltve: 2013.01.14.]

- Luxusgyilkosság (hetek 2008.10.24.)

<http://hetek.hu/belfold/200810/luxusgyilkossag> [letöltve: 2013.01.14.]

- Munkahelye miatt mészárolta le családját P. Károly? (Blikk.hu 2009.10.01.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/munkahelye-miatt-meszarolta-le-csaladjat-karoly-2001020 [letöltve: 2013.01.14.]

- A budai családirtónak büntetés az élet (Blikk.hu 2009.11.25.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/a-budai-csaladirto-buntetesem-hogy-elek-2005199

[letöltve: 2013.01.14.]

- A budai luxusgyilkos is fényevő volt „Már elment a szellem” (atv 2009.12.02.)

http://atv.hu/hircentrum/091201/a_budai_luxusgyilkos_is_fenyevo_volt_mar_elment_a_sze_llem_.html [letöltve: 2013.01.14.]

- Családirtótól rettegnék a magyar hírességek (HÍR24 2012.10.10.)

<http://www.hir24.hu/baleset-bunugy/2012/10/10/csaladirtotol-rettegnék-a-magyar-hirességek/>

[letöltve: 2013.01.14.]

- Megölt nejétől örökölt a családirtó (Blikk.hu 2012.10.11.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/megolt-nejetol-orokolt-a-csaladirto-2113805

[letöltve: 2013.01.14.]

- Kártérítésért perli volt cégét a családirtó (Blikk.hu 2012.10.27.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/karteritesert-perli-volt-ceget-a-csaladirto-2116505

[letöltve: 2013.01.14.]

- Jósnot vádol tettéért a családirtó (Blikk.hu 2012.11.05.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/josnot-vadol-tetteert-a-csaladirto-2117793

[letöltve: 2013.01.14.]

- Újra megfigyelésen a családirtó (Blikk.hu 2012.12.17.)

http://www.blikk.hu/blikk_aktualis/ujra-megfigyelesen-a-csaladirto-2125217

[letöltve: 2013.01.14.]