



Bellavics Mária Zsóka

Bűnügyi adatgyűjtés és adatfelhasználás a klinikai profilalkotás tükrében

Collection and application of criminal data in the light of clinical profiling

Absztrakt

Jelen tanulmány célja a klinikai, illetve pszichiátriai szaktudás alkalmazási lehetőségeinek vizsgálata a rendészeti tevékenység szolgálatába állítva, különös tekintettel a profilalkotás módszerére. Körüljárjuk a klinikai szaktudás jellegét és röviden ismertetjük azon szakmákat, melyek a klinikumban diagnosztikai tevékenységet végeznek. Bemutatjuk a pszichiátria szaktudás jelentőségét a bűncselekmények kapcsán releváns nemzetközi és hazai eredményekre támaszkodva. Megvizsgáljuk azon szakmai tapasztalatokat, melyek felvetik egy külön, a bűncselekmények kapcsán felmerülő pszichés állapotokra fókuszáló pszichiátriai specializáció szükségességét. Ennek kapcsán nem csak azokra a pszichés körképekre hozunk példát, melyek a civil ellátásban viszonylag mellőzöttek, de bűnelkövetők körében központi jelentőségűek lehetnek, hanem sorra vesszük a bűncselekmények kapcsán felmerülő pszichés zavarok komplex jellegéből adódó nehézségeket, melyekre a klinikait kiegészítve a rendészeti szaktudás alkalmazása lehet megoldás. Végül ajánlást teszünk a bűnügyi pszichiátria diszciplína megalapozásához szükséges első lépésekre.

Kulcsszavak: pszichiátria, klinikai pszichológia, klinikai profilalkotás, mentális zavar, bűnelkövető

Abstract

The aim of the present study is to investigate the place of clinical and psychiatric expertise in the service of law enforcement, with special regard to the method of profiling. We introduce the nature of clinical expertise and briefly describe the professions that perform diagnostic activities in the clinical practice.

We present the importance of psychiatric knowledge based on relevant international and domestic findings related to crime. We examine professional experiences that raise the need for a psychiatric specialization focusing on the mental conditions that arise in connection with crime. In this context, we do not give examples of mental disorders only, relatively neglected in civilian care, but may have importance in cases of violent offences, and also demonstrate the complex nature of the psychiatric disorders associated with crime, which requires special police expertise besides clinical. Finally, we recommend the first steps needed to establish the specialization of criminal psychiatry.

Keywords: psychiatry, clinical psychology, clinical profiling, mental disorder, offender

Bevezetés

A bűnözői profilalkotás mint nyomozástámogató kriminalisztikai módszer manapság a világ számos országában integrált részét képezi a nyomozói tevékenységnek több bűncselekménytípus kapcsán is. Az eljárás annak ellenére, hogy csak fél évszázaddal ezelőtt született meg, és ennek megfelelően jelenleg is formálódó módszer, világszerte egyre inkább bevett gyakorlatnak számít a bűnüldözés során, és a médiavisszhangnak köszönhetően, mely a kezdetektől kíséri, jelentős figyelem övezi mind laikus, mind szakmai körökben. Ugyan a bűnözői profilalkotásnak több megközelítési lehetősége van, hazánkban ezek közül csak az egyik, a szociológiai profilalkotás van rendszer szinten alkalmazásban, emiatt indokoltnak tűnik a profilalkotói eljárások szélesebb spektrumának megismerése és adaptálása a magyar bűnelkövetői populációra. A modern profilalkotásnak a három legjelentősebb megközelítési lehetősége a bűnügyi nyomozati elemzés, a statisztikai megközelítés és a klinikai módszer. Jelen tanulmányban a klinikai profilalkotást vesszük górcső alá, és vizsgáljuk meg annak helyzetét hazánkban (Bendzsák & Benke, 1994; Kemény, 1999).

A klinikai profilalkotás az egyik legkevésbé kiforrott profilozó módszer. Az eljárás lényege, hogy a klinikumban jártas szakemberek profilalkotói tevékenység során alkalmazzák a tudásukat elsősorban a bűnelkövető pszichiátriai állapotára koncentrálnva. Alapfeltevése, hogy egyes bűncselekmények esetében meghatározó jelentősége van a mentális állapotnak, illetve egy esetleges pszichiátriai zavar jelenlétének, mely megmutatkozik a bűnelkövetés módjában. Ez alapján a helyszíni viselkedéselemeket tanulmányozva meghatározható az adott állapot, és bejósolható az elkövető későbbi magatartása, illetve egyéb, a bűnelkövetői

viselkedéstől független tulajdonságai (Lehoczki, 2011). A klinikai profilalkotás a legrégebbi, egyben paradox módon módszertanilag a legkevésbé kidolgozott eljárás. Számos emblematikus eset köthető a klinikai profilalkotáshoz, köztük az 1950-es években készült első sikeres profilként is számon tartott ügy, mely dr. James Brussel nevéhez fűződik. 1948 és 1956 között New York-ban összesen 32 helyszínen robbantásos merénylet történt, melyeknek az elkövetője feltehetően ugyanaz a személy volt. Annak ellenére, hogy a hatóságok nagy erővel dolgoztak az ügyön, évekig nem történt érdemi előrelépés, így felkérték James A. Brussel pszichiátert, hogy készítsen az illetőről egy pszichológiai személyleírást. Brussel az ügygel kapcsolatos dokumentumok alapján, sokéves klinikai tapasztalataiból kiindulva felállított egy pszichológiai fantomképet az illetőről, melyben többek között kitért az illető családi állapotára, életkorára, és még arra vonatkozóan is tett előfeltevéseket, hogy az elkövető előállításakor milyen öltözetet fog viselni. Amikor a merénylőt, George Meteskyt végül kézre kerítették, kiderült, hogy egy részletet leszámítva a profil teljes mértékben ráillt (Kemény, 1999). Egy másik említésre méltó példa Andrij Romanivocs Csikatiló, a „rosztovi rém” 1980-as években készült profilja, melyet dr. Alekszandr Buhanovszkij állított fel. Az 53 ember megölése miatt elítélt Csikatilót ugyan nem a profil alapján kapták el, de letartóztatása után annak segítségével bírták szóra. Az eleinte teljes hallgatódzásba burkolódzó Csikatiló azután tett vallomást, hogy Buhanovszkij felolvasott a róla készült személyleírásból részleteket, melyet előzőleg a helyszíni adatok alapján írt. Csikatilót annyira megrendítette a pontosan ráillő kép, hogy megtört és bevallotta a gyilkosságokat (Louri, 1995).

A fenti két igen impozáns eset érthető módon beindította mind a szakma, mind a civil közönség fantáziáját. A külső szemmel misztikus tudással machináló klinikusok sokakban keltették azt a benyomást, hogy különleges képességek birtokában vannak, szinte gondolatolvasók, ugyan ezt ők maguk is cáfolták. A valóságban egy igen egyszerű dolog történt: két pszichiáter, akik évtizedeket töltöttek hasonló problémákkal küzdő emberek tanulmányozásával, a korábbi tapasztalataikból kiindulva megsaccolták az ismeretlen elkövetők jellemzőit, mely az ő esetükben sikeres volt. Ha közelebbről, józan szakmai szemmel vesszük szemügyre ezen eseteket, észre kell vennünk a szerencse faktor igen nagy szerepét mindkét ügyben. Hangsúlyozzuk, hogy a szerencse szerepe itt nem a két orvos „tippelgetésének” sikerében keresendő, hanem személyükben, tudniillik, a laikus közhiedelemmel ellentétben közel sem olyan egyértelmű, hogy egy, a hétköznapokban tevékenykedő klinikus birtokában van azon szakmai tapasztalatoknak és személyes kvalitásoknak, melyekkel a két fent említett ritka tehetséges kolléga bírt. A következőkben e problémakört járjuk

körbe, nevezetesen a pszichiátriai szakértelem esetleges szerepét a bűnelkövetés során, illetve az egyes, hogy úgy mondjuk az átlagos pszichiátertől reálisan elvárható tudást, mely hétköznapi szinten biztonsággal integrálható lehet a rendészeti munkába.

A klinikai szaktudás – pszichiátria és klinikai pszichológia

Mindenekelőtt ahhoz, hogy valóban értelmezni tudjuk a klinikai profilalkotás jelentését, fontos tisztáznunk a klinikai szaktudás fogalmát a jelen kontextusban. A pszichiátriai értelemben vett klinikai szaktudás alapvetően két, egymással összhangban működő diszciplína együttműködésére épül, ezek a pszichiátria és a klinikai pszichológia. A két műfaj tárgya ugyan közös, de egészen más perspektívából közelítik meg azt. A pszichiátria az orvostudományok közé tartozik, medikai szempontból releváns mentális zavarokat hivatott azonosítani és felismerni. A pszichiátriai diagnosztika alapja a pszichiátriai klinikai interjú és az úgynevezett pszichiátriai státusz, mely az észlelhető mentális állapot leírása, annak különböző aspektusai mentén. Igen fontos hangsúlyozni, hogy a pszichés státusz azon tüneteket öleli fel, melyek vagy a környezet számára észlelhetőek vagy a beteg számára is szubjektíve megélhetőek, ennek megfelelően a pszichiátria, hogy úgy mondjuk, a felszínre koncentrál, és az ezen a szinten megjelenő eltérések patomechanizmusára (Mátyássi, Szűcs & Kelemen, 2021). A pszichiátriai státusz természeténél fogva objektív vizsgálati eszközökkel nem megragadható, annak leírása és az arra támaszkodó diagnózis felállítása nagymértékben ki van szolgáltatva a diagnosztika szubjektív benyomásainak és személyes képességeinek. Ennek a problémának a kompenzálására alkotta meg a szakmai közösség azokat a diagnosztikai kézikönyveket, melyek vezérfonálul szolgálnak a szakemberek számára. A legjelentősebb diagnosztikai rendszer a DSM–5 („*Classification of Mental and Behavioral Disorders*” – a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve), melyet az Amerikai Pszichiátriai Társaság alkotott meg 2013-ban (American Psychiatric Association, 2013). Mint a neve is mutatja a DSM–5 a DSM ötödik kiadása, az elsőt 1952-ben adták ki, és tekintettel a pszichiátriai betegségek komplex, társadalmi szempontból szenzitív jellegére, a szakma folyamatosan fejleszti azt, hogy a DSM mindig az aktuális, legmodernebb kutatási eredményeket és szociológiai, illetve erkölcsi globális helyzetet tükrözze. A DSM–5 igen precízen definiálja az egyes pszichiátriai betegségeket, meghatározza az egyes kórállapotok tüneteit, illetve, hogy azoknak milyen konstellációban, súlyossági szinten és mennyi ideig kell fennállniuk, hogy fel lehessen állítani az adott diagnózist (Lazáry, Németh & Bánki, 2021).

A klinikai pszichológia a pszichológia tudomány egyik alkalmazott területe, feladata a pszichiátriai kórképek felismerése és kezelése a pszichológia perspektívájából és eszköztárával. Mivel a pszichológia leíró tudomány, melynek tiszte az emberi pszichés és az azt szervező folyamatok tanulmányozása, a klinikai pszichológia is a normális pszichés folyamatokhoz viszonyítva, mondhatni azok torzult variánsaiként kezeli a mentálisan zavart állapotokat. A klinikai pszichológia ennek megfelelően nem a felszíni megjelenésre, sokkal inkább az az alatt húzódó folyamatokra helyezi a hangsúlyt, így vizsgálati eszköztára is ennek megfelelően van kialakítva. A klinikai pszichológiai az úgynevezett pszichodiagnosztikára támaszkodik, mely a feltáráó interjú mellett a személyiségmérő eszközök eredményein alapul. Ez utóbbiakra példa a laikusok számára is ismerősen csengő Rorschach-teszt, mely tintafoltok mentén történő asszociációk segítségével ad képet a beteg mélylélektani állapotáról (Urist, 1977). Ezen vizsgálati eszközök igen nagy előnye, hogy kevésbe vannak kiszolgáltatva a vizsgáló személyes benyomásainak és kvalitásainak, illetve a vizsgálati alany számára sem manipulálhatók, tekintve, hogy nincs tisztában a tesztek működési elvével. Ennek köszönhetően a pszichológiai vizsgálat elsősorban a felszín alatt húzódó folyamatokról és a személyiség szerkezetéről ad képet (Jekkel & Gonda, 2019).

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a két szakma egymás kiegészítői, és nem helyettesíthető egyik a másikkal. A pszichiátria a felszínen megjelenő tünetek leírásával és azok rendszerbe helyezett értelmezésével meghatározza a klinikai képet, melynek természetéről, illetve a manifeszt állapot talaját képező személyiségstruktúrákról a klinikai pszichológia ad információt.

Klinikai szaktudás relevanciája a bűnelkövetés kapcsán

A klinikai szaktudás bemutatása után érdemes röviden körbejárni, hogy ezen ismeretek alkalmazásának mennyire van létjogosultsága a rendészeti munka során. Világszerte számos tanulmány születik a bűnelkövetés és a mentális állapot tanulmányozására. Ezek közül több is nagy mintákra koncentrál, elsősorban börtönökben történő empirikus adatgyűjtést használva eszközül. Ezekben belül egyesek retrospektív adatgyűjtést segítségével gyűjtenek információt a bűnelkövetők pszichés állapotára vonatkozóan. Ezen vizsgálatok eredményei abból a szempontból aggályosak lehetnek, hogy az így felhasznált diagnózisok eredetileg nem kutatási célból készültek, emiatt torzulhat validitásuk, előnyük viszont, hogy ezzel a stratégiával igen nagy mintákról gyűjthető tapasztalat (Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer & Smith, 2002). Egy másik, kutatási szempontból sokkal

hálásabb megközelítés a pszichiátriai interjúkon alapuló keresztmetszeti munkák, melyek kifejezetten kutatási célra fejlesztett eszközökkel gyűjtenek adatokat az adott csoportban. Hátrányuk viszont, hogy ilyen módon egységnyi idő alatt csak korlátozott számú alany vizsgálható (Fazel & Danesh, 2002). Ugyan az egyes módszerek mentén, ha változik is a kutatás érvényessége, az nagy általánosságban elmondható, hogy minden ebben a témában született publikáció igen magas gyakoriságról számol be a pszichés zavarok tekintetében, egyes esetekben akár több mint 90%-os érintettséget talál (Zabala-Baños et al., 2016). Ez a normál populációban mérhető hozzávetőleges 25%-os gyakorisághoz képest rendkívül magas (Alonso et al., 2004). Egy másik fontos tanulság, amit levonhatunk a fent idézett kutatásokból, hogy a börtönökben fogvatartott bűnelkövetők között igen nagy a komorbiditás, vagyis a vizsgálati személyeknél egynél több klinikai diagnózis állítható fel. Elmondható továbbá, hogy a fogvatartottak körében észlelt kórképek jó része nem epizódszerű, hanem egész életen át jelen van, így ezen eredményeket nem lehet kizárólag a börtönhatásokkal magyarázni, nagy valószínűséggel a bekerülés előtt is fennálltak (Moore, Sunjic, Kaye, Archer & Indig, 2016). A pszichiátriai diagnózisok akkor állíthatók fel, ha azok markánsan megjelennek a klinikai képben, vagyis valamilyen módon befolyásolják az érintett viselkedését, gondolkodását és a világhoz való viszonyulását. Ezeket fontolóra véve könnyen beláthatjuk, hogy az elkövetés folyamán a fennálló kórképnek valamilyen formában hatása lehet a tettesi magatartásra, kapcsolatban állhat a bűnelkövetéssel, és amennyiben ez így van, a pszichiátriai szaktudás hasznosítható lehet az esetükben.

A fent tárgyalt kutatások normál börtönpopulációban készültek, vagyis olyan fogvatartottak között, akik büntethetőség szempontjából nem szenvednek releváns pszichés zavarban. Mellettük mindenképp meg kell említeni az igazságügyi pszichiátriákon kényszergyógykezelésben részesülő betegeket, akik a cselekményüket olyan kóros állapot hatása alatt követték el, mely akadályozta őket abban, hogy rálássanak tettük súlyosságára, illetve számoljanak annak következményeivel. Számos pszichiátriai kórkép kapcsán láthatunk előfordulni súlyos bűncselekményeket, melyek direkt köthetők a mentális állapothoz. A legtipikusabb és a köztudatban leginkább élő mentális zavar, mely violens bűncselekmények kapcsán szinte kötelezően előkerül, az a skizofrénia, így ehelyütt is ezt a kórképet említjük. A sztereotípiákkal ellentétben a skizofrén betegpopuláció nem kifejezetten agresszív, viszont az is tény, hogy a pszichés betegségek közül az egyik leggyakoribb kórkép, mely a pszichés szempontból diagnosztizálható bűnelkövetők között előfordul, például életellenes cselekmények kapcsán (Sher & Rice, 2015). A skizofrénia egy az egész életen fennálló és a globális személyiséget érintő betegség, melynek vezető tünete a pszichotikus állapot.

A pszichózis lényege, hogy az illető elveszíti a realitással való kapcsolatát, illetve valóságérzékelése sérül valamilyen formában. A skizofrén betegek esetében ez leggyakrabban hallucinációk, főleg hanghallások, látási, szaglási élmények vagy testi érzetek képében jelentkezik. A skizofrének esetében jellemző hanghallások sokszor utasítók, vagy szidalmaznak a beteget és környezetét. A másik tipikus pszichotikus tünet az úgynevezett téveszme, mely olyan kóros, nem egyszer a valóságtól elrugaszkodott meggyőződések takar, melyekben a beteg rendületlenül hisz. Ezek sokszor üldöztetési jellegűek, de láthatunk vallásos, mágikus vagy befolyásoltatásos tematikájú téveszmét ([American Psychiatric Association, 2013](#)). A skizofréniára jellemző pszichotikus tüneteket azért érdemes megemlíteni a bűnügyi pszichiátria kapcsán, mert ezek a betegek, ha mások életére törnek nem egyszer a fent említett kóros élményeik hatására teszik. Például gyakran látjuk, hogy a kóros hanghallás buzdítja a beteget arra, hogy megölje például az egyik közeli hozzátartozóját ([Kageyama et al., 2017](#); [Flynn, Rodway, Appleby & Shaw, 2014](#)). Máskor előfordul, hogy egy téveszme mentén tör valaki életére, mert úgy érzi, hogy az illető üldözi őt, vagy éppen valamilyen fajta ártó természetfeletti entitás szállta meg. Ezekben az esetekben érdemes a rendészeti munkát megtámogatni pszichiátriai szaktudással, mivel ezen cselekmények indítéka sokszor nem világos a pszichiátriai szempontból laikusok számára, ha úgy tetszik józan, hétköznapi logikával nem követhetők ([Hodgins, Piatosa & Schiffer, 2014](#)). A skizofrénia az eddig említett tünetek mellett más eltérésekben is megnyilvánul. Ezeknek a betegeknek a gondolkodása bizarrá válhat, viselkedésük szétesett, indulataikat nehezebben tudják fékezni, nem képesek megfelelő módon értelmezni környezetük jelzéseit. Ebből adódóan az általuk elkövetett bűncselekmények sokszor rendkívül brutálisak, és furcsa, igen felkavaró elemeket tartalmaznak. Emiatt már a helyszíni szemle során is kihívást jelenthet a tettes viselkedésének rekonstruálása, illetve behelyezni azt egy logikus forgatókönyvbe, például az áldozat testén található sérülések alapján ([Sher & Rice, 2015](#)). A betegek viselkedése igen nagymértékben eltér a normálisan megszokottól, ami megmutatkozhat szokatlan mozgásmintázatokban, a beszéd zilált, szétesett szövéseben és értelmetlen szavak használatában. Ez megjelenhet a helyzethez nem illő érzelmekben is, így ezekkel az egyénnel való kommunikáció is igen nehézkessé válhat, a kihallgatás is elemi akadályokba ütközhet, és ebből megint levonhatjuk azt a következtetést, hogy a betegekre specializált szaktudás segítségére lehet a nyomozói munkának ([American Psychiatric Association, 2013](#)).

A bűnügyi pszichiátria – egy új diszciplína?

Azt már röviden körüljártuk, hogy a pszichiátriai szaktudásnak van helye a bűnüldözés során. Most gondoljuk azt végig, hogy ez mégis milyen módon valósulhat meg. A mai Magyarországon alapvetően van lehetőség a rendvédelmi szervek szolgálatába állítani a klinikai szakértelmet, és ezt az igazságügyi pszichiátria teszi lehetővé. Fontos viszont kihangsúlyozni, hogy az igazságügyi pszichiátria feladata elsősorban az, hogy a pszichiátriai szempontból érintett jogi esetkehez szaktudást biztosítson, így értelemszerűen nem korlátozódik a bűnügyekre (Baran, Szabó & Zsigmond, 2021). Ez tükröződik az igazságügyi pszichiátriai képzésben is, mely a pszichiátriai szakvizsgára ráépítve elsősorban a jogi ismeretekre fókuszál. Ennek értelmében az igazságügyi pszichiátriai szakvizsga önmagában nem garantál speciális, bűnesetekre koncentrálnó szaktudást és tapasztalatot. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy hazánkban nincsenek a témában jártas klinikusok, köztük igazságügyi pszichiáterek, akik kompetensek a témában. Hazánkban elvéve, de akadnak olyan szakemberek, akik egyéni érdeklődésük és tevékenységük mentén kialakítottak egy, a bűnelkövetésekre irányuló tudást, de ezek jellemzően elszigetelt, egyéni ismeretek (Sófi & Farkas, 2020; Lehoczki, 2011). Ez azért sem szerencsés, mert amellet, hogy háttérintézmény és szakmai közösség nélkül ezek az ismeretek nehezen örökíthetők és építhetők be az oktatásba, nem is feltétlen ismertek a potenciális kuncsaftok által. Félő tehát, hogy azok a rendészeti szervek, melyek hasznosítani tudnák azokat, nem férnek hozzá.

De térjünk vissza a bűnügyi pszichiátria kérdésére, pontosabban arra, hogy van-e értelme az igazságügyi pszichiátrián belül egy új specializáció kialakításának, mely kifejezetten a bűnelkövetők klinikai értelemben vett lélektanára összpontosít. Ahogy korábban említettük, a bűnelkövetők között igen magas a pszichés rendellenességek aránya. Másrészt azt is fontos kiemelni, hogy ezt a réteget jellemzően más mentális zavarok érintik, mint a nem bűnelkövető személyeket. Egy az NKE RTK Kriminálpszichológia Tanszéken belül tevékenykedő Kriminálpszichológiai Kutatóműhely által jelenleg is vezetett kutatás részeredményei szerint a fiatalok bűnelkövetők közel 70%-a oppozíciós, illetve viselkedészavarral diagnosztizálható, és ezek messze a leggyakoribb eltérések körükben (Haller, Bellavics & Baráth, 2020). Az oppozíciós és viselkedészavar a gyermekkori deviáns, antiszociális attitűd egész személyiséget érintő jelenlétét jelzi (American Psychiatric Association, 2013). Felnőttkorban hasonló eltérés a személyiségzavarok között szereplő antiszociális személyiségzavar formájában van számon tartva. Az antiszociális személyiségzavar egyes kutatók szerint a bűnelkövető populáció több mint kétharmadában is lehet (Moran,

1999), míg a normál populációban 2–4% a gyakoriságuk (Mulay & Cain, 2020). A személyiségzavar definíció szerint az érzelmi élet és az indulati kontroll egész személyiséget átható és egész életen át jelenlevő zavara. A személyiségzavarok három csoportot képeznek: A) vagyis különc, B) vagyis dramatikus, C) vagyis szorongó csoportok, és ezeken belül helyezkednek el az egyes személyiségzavarok, melyek fő motívumaik mentén vannak meghatározva. A dramatikus csoportba tartozó antiszociális személyiségzavar fő jellegzetessége a többi ember szükségleteinek és jogainak semmibevétele, a társadalmi és erkölcsi értékek ignorálása. Képtelenek számolni tetteik következményeivel, impulzívák, empátiátlanok és manipulatívák. Előszertettel használják az agressziót tetteik eléréséhez eszközül, és ennek megfelelően igen gyakran kerülnek összeütközésbe a törvénnyel (American Psychiatric Association, 2013). Az antiszociális személyiségzavar egy igen extrém változata az úgynevezett pszichopátia, mely az empátiátlanság, a machiavellianizmus, vagyis manipuláció és kegyetlenség igen extrém verzióiban nyilvánul meg (Hare, 1970). Az antiszociális személyiségzavaros egyének nem kívánatos páciensek a pszichiátriai ellátásban. A fent részletezett nyilvánvaló okok mellett ez betudható annak is, hogy a tudomány jelen állása szerint nincs érdemi kezelése a személyiségzavaroknak, gyógyszeresen legfeljebb az érzelemszabályozási zavarból adódó hangulati és szorongásos panaszokat lehet kompenzálni, ezen kívül elsősorban pszichoterápiás eszközökkel lehet eredményeket elérni náluk, melyre a pszichiátriai osztályokon korlátozottan van lehetőség (Davidson et al., 2009; Rivas-Vazquez & Blais, 2002). Emiatt az antiszociális személyiségzavar nem igazán van jelen a normál civil ellátásban, vagy ha mégis, akkor a rá jellemző manipulatív módon, különféle hátsó szándékok mentén, például előszertettel választják a pszichiátriai osztályokat menedékül az igazságszolgáltatással szemben. Ennek megfelelően a civil ellátásban mozgó és képződő pszichiátereknek vajmi kevés szakmai tapasztalata és tudása van ennek a zavarnak a mély természetéről, mert ugyan lehet találkozni velük a pszichiátriai osztályokon, de ha a személyzet felismeri őket a deviáns, keretszegő viselkedésük mentén, pont amiatt szinte azonnal elbocsátásra kerülnek, így nincs lehetőség intenzíven tanulmányozni állapotukat.

A bűnelkövetés kapcsán a személyiségzavarok közül az A, vagyis különc csoport érdemelhet még figyelmet. Ebbe a csoportba tartozik a skizotíp, a skizoid és a paranoid személyiségzavar. Terjedelmi okok miatt csak röviden mutatjuk be a három személyiségzavart. Az első, vagyis a skizotíp személyiségzavar fő jellemzője a különc, furcsa habitus, sajátos gondolkodási stílus és hiedelemvilág, de ezek az emberek alapvetően a realitásban mozognak (Rosell, Futterman, McMaster & Siever, 2014). A skizoidok az abszolút magányos emberek, nem vágnak emberi társaságra, sőt sokszor kifejezetten nehezen viselik mások

közelségét. Érzelmileg extrém szinten sivárok, sokszor empátiátlanok. A paranoid személyiségzavar fő jellegzetessége a folyamatos gyanakvás. Ezek az egyének mindig lesben állnak, készen arra, hogy lebuktassák környezetük vélt vagy valós hátsó szándékait. Igen nehezen viselik a kritikát és ha ellentmondanak nekik, igen indulatosak tudnak lenni (American Psychiatric Association, 2013). Közös jellemzője a három személyiségzavarnak, hogy szociálisan rendkívül beszűkültek, kifejezetten kerülnek más emberek társaságát. Másik fontos tulajdonságuk, hogy ha frusztráció mentén időnként produkálnak is pszichotikus állapotot, alapvetően nem jellemző rájuk, s ha alacsony színvonalon is, de képesek annyira funkcionálni, hogy különösebben ne tűnjenek fel környezetüknek. Ebből adódóan igen ritkán kerülnek az egészségügy látóterébe, egyrészt mert az aszociális attitűdjükből adódóan nem tűnik fel nekik, hogy a közösséghez képest problémásak, vagy a kóros személyiségük mentén nem is képesek érzékelni, hogy velük van a gond, így nem kérnek segítséget. Másrészt nem produkálnak olyan szinten drámai tüneteket, mint például a skizofrén betegek, hogy az őket körülvevő embereknek okozzanak annyi problémát, hogy azok kénytelen-kelletlen, ha másként nem, mentő segítségével a megfelelő egészségügyi intézménybe juttassák őket. Emiatt mind a társadalombiztosító által finanszírozott ellátásban, mind a magánszektorban igen alul reprezentáltak, vagyis az ott tevékenykedő pszichiáterek igen ritkán találkoznak velük, és a kutatások számára is nehezen megközelíthetők. Ezzel szemben a bűnelkövetők között igen nagy arányban jelen lehetnek. Egy 2002-ben készült börtönpopulációt vizsgáló kutatásban a vizsgált minta több mint 30%-a diagnosztizálható volt valamelyik A-csoportba tartozó személyiségzavarral, mely az alapsokaságban előforduló 7%-hoz képest igen nagy szám (Longato-Stadler, Knorring & Hallman, 2002; Volkert, Gablonski & Rabung, 2018). Egy másik, valamivel egzotikusabb jelenség, ami kapcsán rendre szóba kerül az A-csoport, az a sorozatgyilkosság. Michael H. Stone „*Anatomy Of Evil*” című munkájában megállapítja, hogy a sorozatgyilkosok jó 50%-a skizotíp személyiségzavarral küzd, akik könnyen azonosíthatók az FBI Viselkedéstudományi Részlege által leírt aszociális dezorganizált elkövetőként (Douglas et al., 1992; Stone, 2009). Klasszikus példa erre a csoportra Jeffrey Dahmer a „Milwaukee kannibál”, aki az elkábított áldozatait testével machinált igen bizarr módon (Rosewood, 2017). Ugyan Magyarországon a sorozatgyilkos jelenség nemigen releváns jelenség, tekintve hogy rendkívül ritka, mégis ezekből az extrém példákából, illetve olyan tudományosan igazolt tényekből, minthogy a skizotíp személyiségzavar igen gyakran társul klinikai értelemben releváns szexuális devianciákkal, vagyis parafiliákkal, joggal feltételezhetjük, hogy e zavaroknak a sorozatelkövetőknél kevésbé drámai cselekmények kapcsán is lehet jelentőségük (Gabbard, 2014).

Így ennek a csoportnak, melynek a hétköznapi ellátásban igen kis jelentőség jut, egy olyan szakember számára, aki kifejezetten a bűnelkövetésre specializálódik, kiemelt szerepe lehet.

Bűnügyi pszichiátria – speciális szakmai megfontolások

A következőkben egyéb, praktikusabb szempontok mentén vizsgáljuk meg azt a kérdést, hogy érdemes-e a bűnesetek pszichés állapotát tárgyaló önálló specializációként gondolni a bűnügyi pszichiátriára.

- Mint ahogy korábban említettük, a pszichiátriai diagnózis a pszichiátriai státuszon alapul jórészt, vagyis az észlelhető tüneteken. A pszichiáter számára rendkívül nagy jelentősége van a megfigyelésnek, hogy használható információkat gyűjtsön a betegről. Erre egy másik lehetőség az úgynevezett heteroanamnézis, mely a beteg korábbi viselkedéséről hozzátartozók, más orvosok stb. által szolgáltatott információkat foglalja magába. A bűnügyi pszichiátriai kázus egyik kulcseleme egy olyan speciális viselkedés – a bűncselekmény –, mely nagyban meghatározza az illetőről kialakított szakmai képet. A bűnelkövető viselkedést viszont nincs lehetőség megfigyelni, sokszor még szemtanú sem áll rendelkezésre, így a pszichiáter kénytelen a rendelkezésre álló dokumentációra hagyatkozni, mely jórészt a nyomozás folyamatából származik (Dietz, 1996).
- Igazságügyi pszichiátriai vizsgálatok során tapasztalható, hogy a vizsgált egyénnek a vizsgálat idején nincsenek jelenlevő, klasszikus értelemben vett pszichiátriai tünetei, hanem a betegség lehetőségét a bűnelkövetés jellege veti fel. Itt megint előkerül az a probléma, hogy a diagnózis szempontjából legfontosabb magatartásjegy nem megfigyelhető a vizsgálatot végző szakember számára (Bourget, Gagne, & Wood, 2017).
- A pszichiátereknek alapvetően nem egy ismeretlen jelenség a manipuláló beteg, így valamilyen szinten minden szakember tudja kezelni ezt a jelenséget. Mégis a bűnügyi pszichiátriai esetekben az osztályokon megszokottól igen eltérő motivációk mentén manipulálnak a vizsgálati személyek, és ne feledjük, hogy ők sokszor az antiszociális, illetve pszichopátiás spektrumokon mozognak, vagyis a megtévesztés mesterei (Heitzman, Opio & Waszkiewicz-Bialek, 2008).
- Végül nagyon fontos megemlíteni azokat a viselkedéselemeket, melyek szintén meghatározók lehetnek az állapot megállapítása során és szintén hozzáférhetetlenek a pszichiáter számára, így például az előállítás vagy a kihallgatás során tanúsított magatartás (Dietz, 1996).

A fentieket olvasva könnyen kitalálhatjuk a felmerülő problémák forrását: a bűnügyi pszichiátria esetei alapvetően multidiszciplináris esetek, vagyis a klinikain kívül egyéb szaktudást is megkíván értelmezésük, nevezetesen a rendészeti szakértelmet. A bűnelkövetői magatartás rekonstruálása, a helyszín vizsgálata, vagy akár a kihallgatás során mutatott attitűd értelmezése mind olyan jelenségek, melyek a hétköznapi ember számára nehezen kezelhetők, olyan szakemberek speciális ismereteit és tapasztalatát teszik szükségessé, akik kifejezetten ezekre a kázusokra vannak szakosodva, illetve rendelkeznek a megfelelő tapasztalati anyaggal.

Bűnügyi pszichiátria – első lépések

Most, hogy beláttuk, hogy a bűnelkövetéshez kapcsolódó pszichés állapotok értelmezésére speciális klinikai és egyben rendészeti ismereteket ötvöző pszichiátriai szaktudásra van szükség, gondoljuk végig azokat a lépéseket, melyekkel megalapozhatunk egy ilyen jellegű szaktudást. Nyilvánvalóan igen fontos élni azzal a szerencsés helyzettel, hogy a határaikon túl ez a terület jóval előrehaladottabb, így mindenképp fontos az eddig felhalmozott tudás importálása és adaptálása. Másrészt élnünk kell azzal az előnnyel, hogy hazánkban egy-egy pionír már megkezdte a bűnügyi klinikai szakértelem megalapozását, ezt a tudásanyagot mindenképpen ápolni és bővíteni kell, illetve a rendészeti szakemberek számára minél hozzáférhetőbbé tenni (Sófi & Farkas, 2020; Lehoczki, 2011). A megkezdett munkát viszont folytatni kell, törekedve a legmodernebb tudományos igényességre. Ezt pedig empirikus kutatásokon keresztül lehet megvalósítani, mely kifejezetten a magyar bűnelkövető populációra fókuszál. Ahogy azt korábban láthattuk, az empirikus adatgyűjtésnek számos módja van. Mi ezúttal a nagyobb mintákon felvett adatokra helyezük a hangsúlyt, melyek szerencsés esetben a 21. századra önálló tudományá fejlődött kutatómódszertan szempontjait követi, illetve igyekeznünk kell olyan vizsgálati eszközöket használni, melyek eredménye bizonyítottan a vizsgálni kívánt jelenséget méri, kiszűri a vizsgáló személyes impresszióit, lehetőleg objektív, és a populációtól függetlenül megismételhető. A kutatómódszertan sokak szemében igen szőrshasogató, és sokszor az az érzésünk, hogy felesleges aggályokat támaszt. De ha megfontoljuk azt, hogy a végeredménynek mindenki számára érthetőnek és hasznosíthatónak, illetve a nemzetközi kutató közösség által folyamatosan gyarapodó kollektív tudásba integrálhatónak kell lennie, belátjuk, hogy e szempontok igen fontosak (Szokolszky, 2014; Jekkel & Gonda, 2019). Az ilyen jellegű alap kutatásnak egy másik fontos aspektusa annak multidiszciplináris jellege,

melynek tükröződnie kell a vizsgálati eredményekben. Ennek az az alapvető feltevése, hogy a kutatás eszköze már a kezdetek kezdetén alkalmazza a rendészeti szakértelmet, vagyis a kriminológiai jelenségek kutatási célból való értelmezése olyan tudás mentén történjen, mely valóban érti és ismeri annak természetét.

Összefoglalás

A jelen tanulmányban röviden bemutatásra került a klinikai profilalkotás fogalma, illetve az a szaktudás, melyre támaszkodik. Megvizsgáltuk a klinikai szakértelem kapcsolatát a rendészettel, és speciális példákon keresztül tanulmányoztuk egy esetleges új, bűnügyi pszichiátriai specializáció létrejöttének lehetőségét. A továbbiakban végiggondoltuk azokat a szempontokat, melyek a bűnügyi pszichiátriai szaktudást megalapozó kutatások kapcsán számottevőek. Végeredményként felvetettük annak a lehetőségét, hogy egy ilyen szaktudás létrejöjjön, mely önmagában érték, hiszen általa olyan speciális ismeretekkel gazdagodhatnánk, melyet mind a klinikai, mind pedig a rendészeti szakemberek is tudnának hasznosítani a deviáns viselkedés értelmezése során. A bűnelkövetők körében folytatott empirikus adatgyűjtés gyümölcseként olyan sokváltozós, klinikai, kriminológiai és szociológiai adatokat tartalmazó adatbázisok hozhatók létre, melyek segítségével profilalkotói eljárások és a büntetés-végrehajtás során alkalmas kockázatbecslő skálák kerülhetnek kifejlesztésre. A bűnügyi pszichiátriai ismeret alkalmazható lehet kihallgatásstratégia kialakításában, támogathatja a rendőröket a zavart, pszichésen érintett bűnelkövető megközelítésében, és alkalmazható lehet a bűnprevenció, de akár az igazságügyi szakértés során is. És végül, de nem utolsó sorban, az ilyen elméleti tudásra építve a speciális képzés is megalapozható, melynek végeredményeként olyan szakemberek segíthetnék a rendészeti munkát, akiknek ismeretei stabil, megbízható természettudományos eredményekre támaszkodik elsősorban, és nem a személyes kvalitásaikra, illetve tapasztalataikra.

Felhasznált irodalom

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, D., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, Y., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z.,

- Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. & Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(420), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baran B., Szabó Á. & Zsigmond R. (2021). Forenzikus pszichiátria. In Németh A., Füredi J., Lazáry J. & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 739–759). Medicina.
- Bendzsák K. & Benke M. (1994). Profilalkotás mint nyomozási módszer. *Rendészeti Szemle*, 32(5), 22–37.
- Bourget, D., Gagne, P. & Wood, S. F. (2017). Dissociation: Defining the concept in criminal forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(2), 147–160.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, V., Seivewright, H., Robertson, H. & Crawford, M. J. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 39(4), 569–577. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004066>
- Dietz, P. E. (1996). The quest for excellence in forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 24(2), 153–163.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*, 359(9306), 545–550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Flynn, S., Rodway, C., Appleby, L. & Shaw, J. (2014). Serious violence by people with mental illness: national clinical survey. *Journal of interpersonal violence*, 29(8), 1438–1458. <https://doi.org/10.1177/0886260513507133>
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Haller J., Bellavics M. Zs. & Baráth N. (2020). Kriminálpszichiátria – elméleti háttér és gyakorlati hasznosság és hasznosság. *Magyar Rendészet*, 20(3), 119–135. <https://doi.org/10.32577/mr.2020.3.7>
- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: theory and research*. John Wiley & Sons.
- Heitzman, J., Opio, M. & Waszkiewicz-Bialek, E. (2008). Disease-defence-manipulation: the difficulties in providing forensic-psychiatry opinions. *Psychiatria Polska*, 42(4), 609–622.
- Hodgins, S., Piatosa, M. J. & Schiffer, B. (2014). Violence Among People with Schizophrenia: Phenotypes and Neurobiology. In Miczek, K. A. & Meyer-Lindenberg, A. (Eds.), *Neuroscience of Aggression* (pp. 329–368). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1515/mks-2014-975-616>
- Jekkel É. & Gonda X. (2019). Klinikai pszichológiai vizsgálatok. In Réthelyi J. (Szerk.), *Pszichiátria jegyzet orvostanhallgatóknak* (pp. 216–227). Oriold és Társai Kft.
- Kageyama, M., Solomon, P., Yokoyama, K., Nakamura, Y., Kobayashi, S. & Fujii, C. (2017). *Violence Towards Family Caregivers by Their Relative with Schizophrenia in Japan*. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9537-4>

- Kemény G. (1999). A profilalkotás adaptálásáról. *Belügyi Szemle*, 47(3), 3–20.
- Lazáry J., Németh A. & Bánki M. Cs. (2021). Klasszifikációs rendszerek. In Németh A., Füredi J., Lazáry J. & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 201–209). Medicina.
- Lehoczki, Á. (2011). Irányzatok a bűnügyiprofil-alkotásban, *Belügyi Szemle*, 59(6), 62–81.
- Longato-Stadler, E., Knorring, L. V. & Hallman, J. (2002). Mental and personality disorders as well as personality traits in a Swedish male criminal population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2), 137–144. <https://doi.org/10.1080/080394802753617962>
- Louri, R. (1995). *Csikaitilo – Hajsza a rosztovi rém után*. Ikon Kiadó.
- Máttyássi A., Szücs A. & Kelemen O. (2021). Interjú, anamnézis, státusz. In Németh A., Füredi J., Lazáry J. & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 135–146). Medicina.
- Moore, E., Sunjic, S., Kaye, S., Archer, V., & Indig, D. (2016). Adult ADHD among NSW prisoners: prevalence and psychiatric comorbidity. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 958–967. <https://doi.org/10.1177/1087054713506263>
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(5), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s001270050138>
- Mulay, A. L. & Cain, N. M. (2020). Antisocial personality disorder. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 206–215. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_569
- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A. & Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 16(7), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>
- Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D. & Smith, H. (2002). Personality disorders in prison: aren't they all antisocial?. *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 337–349. <https://doi.org/10.1023/A:1020468117930>
- Rivas-Vazquez, R. A. & Blais, M. A. (2002). Pharmacologic treatment of personality disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 101–104. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.1.104>
- Rosewood, J. (2017). *Jeffrey Dahmer: A Terrifying True Story of Rape, Murder*. LAK Publishing.
- Sher, L. & Rice, T. (2015). Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 16(4), 212–229. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1028998>
- Sófi, Gy. & Farkas, J. (2020). A fiatalkori pszichopátiás vonások legfőbb jellegzetességei és rendészeti vetületei. In Marton Zs., Németh K., Pelesz P., Péter E. (Szerk.), *IV. Turizmus és Biztonság Nemzetközi Tudományos Konferencia. Tanulmánykötet* (pp. 42–54). Pannon Egyetem.
- Stone, M. H. (2009). *The Anatomy of Evil*. Prometheus Books.
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of personality assessment*, 41(1), 3–9. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4101_1

- Volkert, J., Gablonski, T. C. & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Zabala-Baños, M. C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D. & Rodríguez, M. (2016). Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. *Rev Esp Sanid Penit*, 18(1), 13–23. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202016000100003>

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

- Bellavics M. Zs. (2022). Bűnügyi adatgyűjtés és adatfelhasználás a klinikai profilalkotás tükrében. *Belügyi Szemle*, 70(1), 31–46. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.1.2>