

*Haller József*

## **Kriminálpszichiátria és a bűnelkövetők tipológiája**

Ebben a fejezetben azzal fogunk foglalkozni, hogy milyen a bűnöző, miután a rendőrséggel kapcsolatba került, esetleg elfogták. Nem azzal fogunk foglalkozni, hogy hogyan jött létre, mint az első kötetben, és azzal sem, hogy hogyan gondolkodik, mik a szándékai, és miképpen viselkedik a bűn elkövetése során, ahogy azzal a legfontosabb bűntettek kapcsán foglalkoztunk a második kötetben. Vizsgálódásaink lényege most az, hogy mire számítsen a rendőr, amikor az elkövetővel találkozik – a bűncselekménnyel kapcsolatban, annak elkövetése után.

A mentális zavarok a törvényszéki pszichológia és az eljáró rendőr szempontjából egyaránt fontosak, ezért ezt a fejezetet egy mostanában megszülető és egyre erőteljesebben megnyilvánuló tudományágnak, a kriminálpszichiátriának szenteljük. Először a mentális zavart írjuk le; ezt követően pedig jellemezzük azokat a zavarokat, amelyeknek a rendészeti munkához a legtöbb közük van. Ezek kapcsán kitérünk a betegségek azon jellegzetességeire, amelyeket a rendészeti munka különböző fázisaiban figyelembe kell venni. Végül bemutatunk egy bűnözőtipológiát, amely kriminálpszichiátriai megalapozottságú.

### **A mentális zavarok rendszere**

Mielőtt a kriminálpszichiátriára rátérnénk, át szeretnénk tekinteni azt, ahogyan a mentális zavarok rendszere létrejött, és ahogy a mentális zavarokat jelenleg definiálják. Ennek egyik oka az, hogy a pszichiátria a legtöbb ember számára nagyrészt ismeretlen terület, ezért részletesen be kell mutatnunk, mielőtt bűnelkövetési vonatkozásaira rátérnénk. Van azonban egy másik



[https://doi.org/10.36250/00834\\_02](https://doi.org/10.36250/00834_02)



<https://orcid.org/0000-0002-1953-3726>

oka is annak, hogy a zavarokat ekképp tárgyaljuk. Az emberek többsége nemcsak egyszerűen tájékozatlan a pszichiátriában, hanem egyszersmind tévképzetek foglya is.

Sok ember számára a pszichiátria a megbélyegzés eszköze; arra jó, hogy a „nemkívánatos” vagy pusztán a szokványostól eltérő embereket a megkülönböztetés és szociális kitaszítottság büntetésével sújtsa – sőt, a zavar kezelésével „vezesse vissza az akolba”, ezzel biztosítva a kívánatos (vagy annak tekintett) társadalmi és közgazdasági rend fennmaradását. (RICHTER 2015) Akik nincsenek tisztában ezen álláspont ideológiai hátterével, olyan kulturális metaforákat vesznek készpénznek, mint amilyen Ken Kesey *Száll a kakukk fészkére* című regénye, (KESEY 2012) és a belőle készült film (a történetben az elmeegógyintézet betegei és gondozói közötti küzdelem a szabadságharc metaforájaként jelenik meg). Ez az álláspont lényegében egyenértékű a pszichiátria megbélyegzésével.

Az emberek egy másik része nem a pszichiátriát bélyegezi meg; az ő szemükben a beteg gyanús. Ez a pszichiáterek szempontjából legalább akkora gond, mint az előző, mert távol tartja a betegeket a gyógyítástól. (SARTORIUS 1998) Az effajta megbélyegzésnek egyik korai megnyilvánulása volt az a kriminológiai elmélet, amely szerint a bűnözők gyengeelméjűek, (GODDARD 1914) azt sugallva, hogy a „gyengeelméjűség” önmagában is bűnelkövetési kockázat. Ez természetesen nincs így; és azt is ki kell hangsúlyoznunk, hogy *a mentális zavar nem azonos a gyengeelméjűséggel*. Mint alább látni fogjuk, vannak zavarok, amelyek megzavart gondolkodással járnak, ezek száma azonban csekély. Végül a pszichológusok – szakmájuk jellegzetességeiből adódóan – hajlamosak arra, hogy a mentális zavarok leírását egyfajta kiindulópontként kezeljék saját koncepcióik kidolgozására, és azok szerteágazó továbbfejlesztésére, pedig a modern pszichiátria létrejöttének egyik igen fontos eseménye volt az, amikor az elméletek burjánzásának gátat szabtak (lásd alább).

A pszichiátria lényegének megértése nélkül a kriminálpszichiátria állításai részben érthetetlenek, részben félrevezetők lennének, ezért a fejezetet egy részletes elméleti megalapozással kell kezdenünk.

### *Út a DSM és az ICD-II felé*

A zavart gondolkodású emberek már a legrégibb időkben is feltűntek társaiknak; néha isteni tulajdonságokat tulajdonítottak nekik, máskor

máglyán égették el őket (lásd például az epilepszia történetét [MAGIORKINIS–SIDIROPOULOU–DIAMANTIS 2011]). Tudományos alaposággal először az iszlám kultúrában foglalkoztak mentális zavarokkal, az első ezredforduló környékén és az azt követő néhány évszázadban. (DEURASEH–Mansor 2005) Iszlám gondolkodók és orvosok írták le elsőként a legfontosabb zavarokat, ők ismertek fel először pszichoszomatikus betegségeket, és végül ők hozták létre a szociálpszichológiát is. Európában, bár a mentális működésekkel már az ókori Görögországban is foglalkoztak, a mentálisan zavartak számára létrehozott intézetekben – ilyeneket az első ezredforduló tájékán alapítottak – csak felügyelték, nem tanulmányozták vagy gyógyították a betegeket. (SHORTER 1997) A gyógyító szándék megjelenésére a felvilágosodásig kellett várni, akkor azonban mintegy elszabadult a képzelet, és elméletek sorát hozták létre. A koncepciók egy része régi, például hippokratészi elméleteket fejlesztett tovább, de megjelentek újabb elméletek is például a Freudé (1856–1939), aki a lelket három részre osztotta. Az úgynevezett „ID” a tudatalatti, amely élvezetcentrikus, és ennek következtében az immoralis „lélek” központja, míg a „szuperén” hordozza az erkölcsi normák rendszerét. A kettő között vergődik az „én”, amely az előző kettő „harcából” alakul ki, és e konfliktusból vezethetők le a mentális zavarok.

Mindegyik elmélet az elme működésének valamilyen fontos aspektusát ragadta meg, mindegyik fontos igazságokat ismert fel, és mindegyik – bizonyos megszorításokkal – érvényes még ma is. Hippokratész (Kr. e. ~ 460–370) elmélete, amely immár csaknem 2500 éves, ha máshol nem, akkor a kutya-kiképzési kézikönyvekben mindenképpen fennmaradt. De sokan hiszik ma is, hogy a négy „humorális” („testnedvi”) típus, a kolerikus, szangvinikus, flegmatikus és melankolikus jól írja le az emberi személyiséget. Ezekből származik például az „A”, aktív, és „B”, passzív típusú jelenkori személyiségfelosztás, amely Hippokratész általánosabb elméletével ellentétben már vizsgálat tárgyává tette az egészséget és lelki egészséget is. Az „A” típusú személyiség például, amely alapvetően Hippokratész kolerikus és flegmatikus személyiségtípusának egyfajta egyesítéséből keletkezett, szívinfarktusra (EYSENCK 1990) és munkahelyi stressz mentális következményeire (KIRKCALDY–SHEPARD–FURNHAM 2002) tesz érzékennyé. A „B” típusú személyiség ezzel szemben immunbetegségekre és depresszióra hajlamosít. (KOOLHAAS et al. 2010) Az elméletek egyre több új elméletet szültek. Mindegyik fő elmélet olyan sok „fiókelmélet” szülőatyja lett, hogy azok leszármazási vonalát sokszor szinte lehetetlen kinyomozni, és gyorsuló ütemben jelentek meg a teljesen új elméletek is. Ezzel a pszichológia

nyert, mert a sokféle elmélet lehetővé tette, hogy az emberi elme működését sokoldalúan vizsgálja. A *mentális zavarok* tudománya azonban fokozatosan elvesztette a lába alól a talajt.

A pszichiáter fő feladata ugyanis a gyógyítás. Természetesen pszichológusok is kezelnek embereket; az egyik leghíresebb pszichológus, Freud hozta létre például az egyik leghíresebb terápiát, a pszichoanalízist. A pszichológusok azonban gyakran olyan emberekkel foglalkoznak, akik nem betegek, hanem pszichikai problémáik vannak. A pszichológiai kezelés alanya nem gyógyítást vár el terapeutájától, hanem egy kis segítséget ahhoz, hogy képessé váljék saját lelki problémája megoldására. A terapeuták koncepcióinak sokfélesége az alany számára előny, mert lehetővé teszi, hogy megtalálja azt a terapeutát, aki egyéniségének és a világfelfogásának legjobban megfelel.

A pszichiátriában a kutatás és a tudomány ugyanolyan fontos, mint a pszichológiában. Hogy egy Freudhoz hasonló ismertségű és tekintélyű embert említsünk, Alois Alzheimer (1864–1915) részletesen leírta a később róla elnevezett betegség idegrendszeri mechanizmusait. A pszichiátria azonban alapvetően egy gyakorlati tevékenység. A pszichiáterhez betegség-tudattal rendelkező emberek fordulnak, akik gyógyítást várnak el tőlük. Nagyon rosszul veszi ki magát, ha az orvoshoz (pszichiáterhez) forduló beteg annyi betegségnévvel, -konceptióval és gyógymóddal találkozik, ahány orvost megismer. A kezelések kidolgozása szempontjából pedig már egyenesen katasztrofális következményekkel jár, ha az orvosok már abban sem tudnak megegyezni, hogy *mi az*, amit gyógyítani kell. Ezért az elme működésével kapcsolatos elméletek számának gyarapodásával párhuzamosan erősödött egy ezzel ellentétes irányultságú igény a pszichiátriában: az, hogy a betegségek mibenlétét illetően konszenzusra jussanak. Ez teremti meg a gyógyítás elvi lehetőségét, nevezetesen azt, hogy meghatározzuk a gyógyító tevékenység tárgyát.

## *DSM-5 és ICD-11*

A rendszer keresésének igényét a második világháború gyorsította fel, amikor a pszichiátereknek mentális zavarok tömegét kellett kezelniük anélkül, hogy ezek egységes leírásával vagy értelmezésével rendelkeztek volna. A világháború különösen sürgetően vetette fel a „*mit is kell kezelnem?*” kérdés fontosságát. A háborúban tapasztalatot szerzett és jobb híján egyéni

mentális zavar-rendszereket kidolgozó pszichiáterek kezdeményezésére jött létre 1952-ben a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) első változata, (HOUTS 2000) amely arra vállalkozott, hogy rendet teremtsen a zűrzavarban.

A kezdetek óta, az első kiadással együtt, a DSM-nek összesen hét változatát hozták létre. A harmadik és negyedik változat kisebb átdolgozásai során a könyv nem kapott újabb sorszámot, csak betűjelet (DSM-III R, vagyis revision/revízió; DSM-IV-TR, vagyis text revision/szövegátdolgozás), ezért a hetedik változat, (American Psychiatric Association 2013) amely 2013-ban jelent meg, a DSM-5 nevet viseli. A folyamatos változás egyeseket zavarba hoz, ezért le kell szögeznünk, hogy a hét kiadás nem változtatta meg a kézikönyv alapvető célját, sőt, szövegeinek elég jelentős százaléka szó szerint átörökítődött. A pszichiátriai kutatás azonban folyamatos, és a kutatás eredményeitől a DSM szerzői sem tekinthetnek el, ezért a DSM-et átlagosan nyolc-kilenc évenként átdolgozzák.

A pszichiátria soha nem volt és soha nem is lesz kőbe vésve. Mint minden tudomány, a pszichiátria is fejlődik. Ha nem lepődünk meg azon, hogy a mobiltelefonoknak egyre újabb generációit kell megvásárolnunk, akkor a DSM fejlődésén sem kell meglepődnünk. Ez nem kétségbe vonja, hanem megerősíti érvényességét.

A kézikönyvet gyakorló pszichiáterek írják. Elsőprő többségük az Amerikai Pszichiáterek Társaságának a tagja, de egyrészt ehhez nem kell feltétlenül amerikaiak lenniük, másrészt – a DSM-5-tel legalábbis így volt – az elkészült kézikönyvet vitára bocsátották, a világ minden részéből érkező javaslatok alapján pedig módosították is (ez magyarázza, hogy a 2013-as keltezésű kézikönyv csak 2015-től vált érvényessé). A DSM tehát összegezi a pszichiáterek „társadalmának” konszenzusos véleményét arról, hogy mit tekintünk mentális zavarnak, és hogyan definiáljuk az egyes mentális zavarokat.

Tartalmának tanúsága szerint az alkotókat a legkevésbé sem érdeklik a mentális zavarok elméleti pszichológiai mélységei, sőt még a betegségek kialakulásának okai sem. Minden mentális zavar leírása tartalmaz egy etiológiával (a kialakulás okával) foglalkozó bejegyzést, ez azonban nagyon rövid, tipikusan úgy kezdődik, hogy „a zavar kialakulásának okait nem ismerjük” (nagyon sokszor valahol itt is fejeződik be). A szerzőket nem az érdekli, hogy a testnedvek aránytalansága, a tudatalatti és tudatos közötti küzdelem vagy a neurobiológia magyarázza-e jól a mentális zavarokat. A könyvben nem leljük fel a pszichológiára jellemző gondolati és nyelvi gazdagságot sem.

A zavarok tüneteit csoportokba sorolják, amelyeket egy-egy betűjellel látnak el (A, B, C stb.), és nagyon röviden írnak le. Itt tüntetik fel, hogy a csoportba tartozó tünetekből egyszerre hánynak kell megnyilvánulnia ahhoz, hogy a zavar diagnosztizálható legyen. A tünetcsoportokon belül vannak felsorolva a zavar adott csoportához tartozó tünetei vázlatpontoszerűen, egyetlen tömör mondatba foglalva. Ugyanitt írják le, hogy pontosan mennyi ideig kell fennállnia az adott tünetnek ahhoz, hogy figyelembe vehető legyen. A tünetek leírásában szerepel az is, hogy mikor zárja ki a diagnózist egy másik, alternatív lehetőség. A betegség leírása tehát szakszerű, precíz, áttekinthető és átfedés nélküli. Minden zavar tüneteinek leírását követi egy szöveges rész, ahol foglalkoznak például a megnevezés szinonimáival, a zavar kulturális és szociális vonatkozásaival, prognózisával stb.

A DSM (jelenleg a DSM-5) a pszichiátria egyik etalonja. A kutatásban nagyrészt ez a kézikönyv szolgál a betegségek azonosításául, és más pszichiátriai munkák is többnyire a DSM leírásaihoz igazodnak. Hosszú története során megteremtette azt a konszenzust, amely szükséges ahhoz, hogy a pszichiáterek megértsék egymást; kölcsönösen tisztában legyenek azzal, hogy miről beszélnek, vagy éppen melyik zavar gyógyításáról értekeznek. A legújabb változata tartalmaz egy pszichiátriai személyiség-kérdőívet (mérészközt) is, de ez nem tipikus. A zavarok diagnosztikai és súlyosságmérő kérdőíveit mások hozták létre, de többnyire a DSM kritériumaira alapozva.

A DSM-től függetlenül jött létre az International Classification of Diseases (ICD), magyarul a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO), amely sokkal régebbi. Első változatát 1893-ban hozta létre Jacques Bertillon (1851–1922) francia statisztikus és szociológus. (WHO s. a.) Eleinte a „halálokok Bertillon-féle rendszerének” nevezték. A mentális zavarok 1949-ben kerültek bele a rendszerbe. Jelenleg a Magyarországon 1993-ban bevezetett BNO-10 érvényes, amely a mentális zavarokat a többi betegségtől elkülönítve, külön kötetben tárgyalja. (WHO 1999) 2018-ra tervezték a tizenegyedik változat kiadását, de erre eddig még nem került sor. Időben tehát a BNO elsőbbséget élvez a DSM-mel szemben, ráadásul sok országban (például Magyarországon) a betegségeket a BNO-kódszámok szerint kell rögzíteni a kórházi nyilvántartásban. Bár egy felmérés szerint a BNO-t a kórházi, a DSM-et a kutató szakemberek részesítik előnyben, (MEZZICH 2002) ezt valószínűleg a fent említett nyilvántartási kötelezettség magyarázza. Ésszerűbb a kódszámokat egy olyan rendszerből leszármaztatni, amely minden betegséget nyilvántart, mint egy olyanból, amely a mentális zavarokra szorítkozik. A BNO azonban nagyon szűkszavú.

A tüneteket ugyanolyan precízen írja le, mint a DSM, de nem strukturálja (nem hoz létre tünetcsoportokat), nem tér ki arra, hogy a tüneteknek mennyi ideig kell fennállniuk, és hány tünetnek kell jelen lennie ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen. A pótlólagos információk is hiányoznak, vagy meglehetősen szűkszavúak. Ennek illusztrálására felhozzuk az antiszociális személyiségzavart, amelyet az ICD 149 szóban, a DSM 2207 szóban ismeret. Röviden: a BNO kiválóan alkalmas a nyilvántartásra, a mentális zavarok alapos megismerésére már kevésbé. Az BNO egyébként a betegségek nevében előszeretettel tér el a DSM-ben alkalmazott elnevezésektől, de a zavarok leírásának végén található egy szinonimajegyzék, amely mindig tartalmazza a DSM-elnevezést is. A tünetek leírásánál gyakran fogalmaz másképpen, mint a DSM, de nagyon ritkán fordul elő, hogy tartalmi eltérés legyen a két kiadvány között.

A két kézikönyvet gyakorló szakemberek állították össze, mindkettő folyamatosan megújul, a világon mindenhol elfogadják őket, és a mentális zavarok egyértelmű meghatározását és leírását tartalmazzák. Az ilyen kézikönyvek nagyon megfelelnek olyan gyakorlati irányultságú tudományok számára, mint a kriminál- és rendészeti pszichológia, ezért alább a DSM-5 leírásait fogjuk használni; ez egyenértékű a BNO-10-el, de részletesebb.

## *Megbélyezés és mentális zavarok*

Sem a DSM-et, sem a BNO-t nem azzal a szándékkal hozták létre, hogy megbélyegezzék a betegeket. Példaként először két zavart mutatunk be, majd megvizsgáljuk, hogy e két zavar diagnosztizálása mennyire fogható fel olyan eljárásként, amely visszakényszeríti a „különutasokat” a „társadalmi rend jármába”. Az egyik zavar lényege egy érzés, a másiké egy cselekvés. A két zavart egyúttal a diagnosztikai leírások szellemének megértetésére is felhasználjuk.

A pánikzavar (DSM-kód: 300.01 – F41.0) leírása a következőképpen hangzik (minden zavarleírást rövidítve, a szerző fordításában közlünk):

- *A kritérium:* Ismétlődő, váratlan pánikrohamok. A pánikroham egy hirtelen kialakuló félelem, amely percek alatt rendkívül erőssé válik, és a következők közül *legalább négy* tünettel jár együtt: gyors és/vagy kihagyó szívverés, izzadás, reszketés, testrázkódás, nehézlégzés, fulladásérzet, mellkasi fájdalom, hányinger, ájulásérzet, lehűlés vagy

forróságérzet, teljes kábulat, deperszonalizáció, „megőrülés”-érzet, halálfélelem.

- *B kritérium:* A betegben állandó félelem él a roham ismétlődése miatt, ezért életmódját megváltoztatja.
- *C kritérium:* A tünetek nem tulajdoníthatók drognak, gyógyszernek vagy valamilyen testi betegségnek.
- *D kritérium:* A tünetek nem tulajdoníthatók más mentális zavarnak, például szociális fóbiának vagy poszttraumásstressz-zavarnak.

A diagnózis gyakoriságkritériumai: átlagosan hetente minimum két roham három hónapon keresztül, vagy minimum egy roham havonta, több éven keresztül.

A leírásból világosan látszik, hogy szó sincs valamiféle átlagtól való eltérésről vagy a társadalmi konvenció megsértését célzó öntörvényű személyiségről. Minimum havi gyakoriságú pánikroham – sok éven keresztül – semmilyen átlag viszonylatában nem értelmezhető, és nincs olyan rebellis személyiség, amely ezt eszméi kifejezésének tekinthetné. Sőt, a roham életveszélyes, ha például vezetés közben jelentkezik, és rendkívül kínos, ha társaságban, mert a beteg nem tud úrrá lenni tüneteinek. Erre vonatkozik a tünetek között felsorolt életmódváltozás: az ilyen beteg lemond a vezetésről, és kerüli a társaságot.

Az időszakos robbanékonyágzavar (312.34 – F63.81) leírása a következő:

- *A kritérium:* Az alanytól megfigyelhető a következő két tünet közül legalább az egyik: 1. Ismétlődő agresszív kitörések, amelyek tárgyak, állatok, vagy emberek ellen irányulnak. Az agresszió nem okoz jelentős károkat vagy fizikai sérülést. Az esemény átlagosan hetente kétszer, legalább három hónapon keresztül megismétlődik. 2. Egy év alatt három olyan agresszív kitörés, amelynek során jelentős anyagi kár keletkezik, vagy állatok, vagy emberek fizikai sérüléseket szenvednek el.
- *B kritérium:* Az ismétlődő agresszív kitörés ereje messze felülmúlja azt, amit egy provokáció vagy egy pszichoszociális stressz indokolna.
- *C kritérium:* Az ismétlődő agresszív kitörés nem előre megfontolt, tehát impulzív, harag által motivált, és nincs konkrét célja (nem motiválja például nyereségvágy, hatalomvágy vagy mások szándékos megfélemlítése).
- *D kritérium:* Az ismétlődő agresszív kitörések erőteljes distressz állapotába hozzák az alanyt, vagy jelentős életvezetési zavarokat idéznek elő nála, egyúttal negatív anyagi és jogi következményekkel járnak.

- *E kritérium:* Az alany legalább hatéves, vagy azzal egyenértékű a biológiai kora.
- *F kritérium:* Az ismétlődő agresszív kitöréseket nem lehet valamilyen más mentális zavarral magyarázni (például major depresszióval, bipoláris zavarral, pszichózissal), nem valamilyen neurológiai betegség következményei (Alzheimer-kór, fejsérülés), és nem tulajdoníthatók gyógyszerek vagy drog hatásának. Amennyiben az agresszió 6–18 éves kor között valamilyen alkalmazkodási zavar következményeként jelentkezik, az időszaksos robbanékonyság diagnózisa nem állítható fel.

A dühroham tipikusan azok közé a jelenségek közé tartozik, amelyekkel vissza lehetne élni akkor, ha egy viselkedést azzal a céllal diagnosztizálnánk, hogy védjük azt a fajta szociális békét, amely nekünk megfelel, vagy megszeretnénk bélyegezni valakit, aki a béke ellen lázad. A zavar diagnosztikai ismérvei azonban megakadályozzák ezt. A leírás egyértelműen tisztázza, hogy a kitörésnek értelmetlennek kell lennie (C kritérium), és magának az alanynak okoz kárt (D kritérium); sőt, ha a dühroham egyfajta gyermek-szülő (esetleg tanuló-tanár) konfliktus következménye, a zavar nem diagnosztizálható. Ugyanakkor egyértelmű, hogy a zavar önmagában kimeríti a törvénysértés fogalmát, még az enyhébb (A/1 tünetnek megfelelő) formájában is. Az áldozat joggal kifogásolhatja, hogy dühkitörések áldozata legyen heti két alkalommal hónapokon keresztül. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a mentális zavar felállításának feltételei szigorúbbak, mint a jogsértésé. Egyetlen testi sérüléssel járó támadás elegendő, hogy valakivel szemben eljárjanak. Egyetlen támadás azonban még korántsem elegendő ahhoz, hogy valakinél a zavart diagnosztizálják. A diagnózis tehát nem használható fel a jog támogatására. Épp ellenkezőleg, könnyebben születethet valaki ellen ítélet, mint (kezelése érdekében) diagnózis, mert a jog kevésbé elnéző, mint a DSM. A pszichiátriai és jogi fogalmak közötti különbséget a mentális zavarok általános szempontjai szemléltetik a legjobban.

### *A mentális zavarok diagnózisának általános szempontjai*

A fenti két leírás két zavart jellemez, és egyértelmű, hogy élesen különböznek egymástól. Ha valaki a tüneteket elolvasta, biztosan nem fog összetéveszteni egy pánikbeteget egy olyasvalakivel, aki időszakos robbanékonyági zavarban szenved. Bár vannak zavarok, amelyek e kettőnél jobban hasonlítanak egymásra, így megkülönböztetésük már szakértelmet

igénnyel, sőt, vannak egyszerű, kevert vagy összetett kórképek, amelyek a pszichiáter szaktudása nélkül nem ismerhetők fel, a diagnózis felállításának mégis megvannak azok a gyakorlatban meglehetősen jól működő szempontjai, amelyek lehetővé teszik a kórisme felállítását, és a megfelelő kezelés előírását. Ezek a nagyon precíz szempontok azonban nem válaszolják meg a legfontosabb kérdést. Mikor kerül valaki olyan állapotba, hogy egy diagnózis felállítása egyáltalán szóba kerüljön? Mi az, ami szükségessé teszi, hogy egy pszichiáter beavatkozzon, vagy egyáltalán kikérjék a szakvéleményét? Nos, a mentális zavaroknak négy olyan kritériumuk van, amelyek minden zavarra igazak, és egyben az orvosi beavatkozást is indokolják. Ezek a kontextusfüggetlenség, tartósság, szenvedés és az alternatív magyarázat hiánya.

A kontextusfüggetlenség azt jelenti, hogy a zavar lényegét képező érzés vagy viselkedés olyankor jelenik meg, amikor ennek nincs észszerű oka. A fenti két példánál maradva: ha az állatkertben kiszabadul egy oroszlán, senki sem lepődik meg, ha a látogatók pánikba esnek. Ha azonban valakire akkor tör rá a pánikroham, amikor barátok társaságában egy csendes parkban sétál, akkor érzését már nem tartjuk a helyzethez (kontextushoz) illőnek. Ha valaki dührohamot produkál, ha az utcán rátámadnak, megcsodáljuk bátorságát. Ha azonban beosztottjához vágja a székét, mert az elmaradt feladatai teljesítésével, már aligha gratulálunk neki. A kontextusfüggetlenség általános kritériuma a mentális zavaroknak: az alanyban olyan érzések keletkeznek, vagy olyan viselkedés jelenik meg nála, amely nem felel meg annak a helyzetnek, amelyben van.

A fenti két zavar gyakoriság- és időkritériumaiból is világosan látszik: diagnózist nem lehet elhamarkodottan felállítani. Tapasztalati tény, hogy emberek néha indokolatlanul éreznek páni félelmet, vagy minden jelentős ok nélkül feldühödnek. Még pszichotikus képzelgések is előfordulhatnak mentálisan egészséges embereknél. (LINSOTT – VAN OS 2010) A kontextusfüggetlen érzések vagy viselkedések tehát kellőképpen gyakoriak, és tartósnak kell lenniük ahhoz, hogy a mentális zavar gyanúja felmerüljön. Ha valamin csodálkoznunk kell, akkor az nem az „elhamarkodottság”, hanem ellenkezőleg, a szigorúság. Heti egy pánikroham (hónapokon keresztül) a legtöbb ember számára már megüti a „túl sok” szintjét, a DSM szerint azonban még a „normális” kategóriába esik. Emiatt született meg a küszöb alatti mentális zavar fogalma, amelyre alább még kitérünk.

A harmadik alapvető mentáliszavar-kritérium a szenvedés és az életvezetési probléma. Ez minden mentális zavar leírásában szerepel. Kissé

kitörve a fenti két példából (amelyek leírásában ez szerepel, lásd fent): ha valakit állandó szorongásérzet gyötör, amely a generalizált szorongászavar alaptünete, de ezzel jól együtt tud élni, és nem zavarja életvezetését, akkor pusztán annyit mondhatunk róla, hogy félénk – azt, hogy mentálisan zavart, már nem. Nem teljesül ugyanis a zavar diagnózisának az a feltétele, amely a generalizált szorongászavar esetében így hangzik (D kritérium): „A szorongás, aggodás vagy annak fizikai tünetei klinikailag jelentős distresszt okoznak [ezt neveztük fent „szenvedésnek” – H. J.], vagy megakadályozzák azt, hogy az alany jól működjön szociális vagy munkahelyi közegében, vagy az élet valamilyen más fontos területén.” (American Psychiatric Association 2013, 222.) Első pillantásra a „szenvedés” nincs jelen az úgynevezett személyiségzavarokban, például az antiszociális személyiségzavarban. Az ebben érintett embereknek ugyanis nincs betegségtudatuk (mint például a szorongóknak, depressziósoknak stb.), és nem érzik a zavar hátrányait sem. Ahogy azonban leírtuk a második kötet agresszióról szóló fejezetében, az életvezetési probléma objektíven megállapítható, például abban, hogy nagyjából tíz évvel rövidebb ideig élnek, mint mások. (TEPLIN et al. 2014) Ha ehhez hozzászámítjuk a gyakori börtönbüntetéseket, a zilált családi viszonyait stb., alig hihetjük, hogy zavaruknak nincs hatása az életvitelükre, bármit gondoljanak erről a betegek.

A mentális zavarok negyedik alapkritériuma az alternatív magyarázatok hiánya. Valaki érezhet vagy viselkedhet furcsán azért, mert agysérülést szenvedett el; ebben az esetben nem mentális zavara, hanem neurológiai betegsége van. A mentális zavarokéhoz hasonló tünetek felléphetnek továbbá drog hatása alatt. Sőt, akár láz vagy gyógyszerek is előidézhettek tüneteket, például pszichózist. (GRISWOLD–DEL REGNO–BERGER 2015) Egy lázas betegről nem mondhatjuk, hogy mentális zavara van, pusztán annyit mondhatunk róla, hogy láza zavaroszerű tüneteket idéz elő nála, amit lázcsillapítóval és nem a mentális zavar gyógyításával lehet helyrehozni.

Röviden: nem könnyű valakinél mentálisan zavart diagnosztizálni, épp ellenkezőleg: egy átlagember sokkal hamarabb és könnyebben gyanakodna arra, hogy „valahol baj van”, mint a DSM. Mindezt azért fontos leszögezni, mert a mentális zavarok gyakoriak a lakosság körében, és még gyakoribbak a bűnelkövetőknél. Ha nem vagyunk tudatában a zavar diagnózisának kritériumaival, az adatokat túlzottnak tarthatjuk.

## A mentális zavarok gyakorisága

### *Gyakoriság a lakosság körében*

A mentális zavarok gyakoriságát (prevalenciáját) bármilyen populációban többféleképpen meg lehet becsülni. Az egyik lehetőség a vizsgálat időpontjára vonatkozik: fel lehet mérni, hogy egy tetszőleges időpontban a lakosság mekkora hányada szenved valamilyen mentális zavarban. Ezt pontgyakoriságnak szokás nevezni. Fel lehet mérni, hogy hány embernek volt valamilyen mentális zavara a vizsgálatot megelőző évben. Ez a 12 hónapos gyakoriság. Végül fel lehet mérni azt, hogy hány embernek volt mentális zavara valamikor az élete folyamán (életpálya-gyakoriság). A gyakoriság annál nagyobb, minél nagyobb időszakra vonatkozik.

Egy nagyjából tízezer emberre kiterjedő, 2015-ben publikált rendkívül alapos amerikai kutatás megállapította, hogy a mentális zavarok (bármilyen zavar) 12 hónapos gyakorisága 26,2%-os volt. (KESSLER 2005) Leggyakoribbak a különböző szorongásos zavarok voltak (18,1%), ezt követték a hangulati zavarok (például depresszió: 9,5%), impulzuskontroll-zavarok (például időszakos robbanékonyági zavar; 8,9%), és a drogfüggőséggel (addikcióval) kapcsolatos zavarok (3,8%). Ha ezeket összeadjuk, 40,3 jön ki, ami a „bármilyen” mentális zavar gyakoriságának másfélszerese. A kategóriákon belül ugyanez érvényesül: az alkoholfüggőséggel kapcsolatos zavarok aránya 4,4%, egyéb drogfüggőség aránya pedig 1,8% volt; ezek összege 6,2, míg a „bármilyen” drogfüggés aránya mindössze 3,8% (a szorzó itt ugyancsak 1,5). E matematikai furcsaság magyarázata a *komorbiditás*: egy és ugyanaz az ember egyszerre több mentális zavartól is szenvedhet. Aki szorongó, az egyben lehet depressziós is; aki alkoholfüggő, egyben lehet például marihuánafüggő is. Ezért a zavarok száma külön számolva mindig nagyobb, mint amikor a bármilyen zavart hordozó embereket számoljuk meg. Ebben a tanulmányban a mentálisan zavart emberek valamivel több mint felének csak egy diagnózisa volt, a fennmaradóknak viszont kettő (22%) vagy több (23%).

A gyakoriságok függését a vizsgált időintervallumtól egy brit tanulmánnyal szemléltetjük, amely szerint a mentális zavarok pontgyakorisága (vizsgálat hetében) 17%, míg a teljes életpályára vonatkozó gyakoriság 40% körüli volt. (MHF 2016) Ezekről a számokról eltérő adatokat is publikáltak már, de nincs szándékunkban sem számháborúba keveredni, sem vizsgálati módszereket összehasonlítani. Nyilvánvaló, hogy a számok

mások lesznek, ha a kutató strukturált interjúkkal dolgozott (ami a leg-alaposabb vizsgálati módszer), mint ha telefonon hívta fel az embereket. Ez a legkevésbé alapos módszer, ugyanakkor emberek tízezreit lehet így gyorsan megvizsgálni. (A fent hivatkozott amerikai tanulmány strukturált interjúkkal dolgozott). Az sem mindegy, hogy az életpálya-gyakoriságot 30 vagy 60 éves embereknél vizsgálják meg. Hasonló tanulmányok „átlagolása” után a következő általános kép körvonalazódik: a mentális zavarok pontgyakorisága valahol 15% körül, 12 hónapos gyakorisága valahol 20%, míg az életpálya során mért gyakorisága valahol 30% körül van. A komorbiditás mindig magas; a betegek nagyjából harmada egyszerre több mentális zavartól szenved.

A fenti számok egyszerre két dologra hívják fel a figyelmet: az első, hogy a mentális zavarok sokkal gyakoribbak, mint az ember gondolná, és a második, hogy nem állandó, hanem mulékony tulajdonságai az embernek. Ha nem így lenne, a pont-, 12 hónapos és életpálya-gyakoriság azonos lenne. A mentális zavar – általában véve – úgy viselkedik, mint egy betegség: a tünetei megjelennek, majd spontánul vagy kezelés hatására elmúlnak. Számos zavar ugyan nem gyógyul meg, de kezeléssel kordában tartható, vagyis tünetei a kezelés hatására háttérbe szorúlnak. Ebbe a kategóriába tartozik például a pszichózis, amely – mint alább látni fogjuk – bűnelkövetési kockázatot jelent, amennyiben nem kezelik. Van végül egy csoport, nevezetesen a személyiségzavarok, amelyek tüneteinek kordában tartása nehézségekbe ütközik. Ez nem azt jelenti, hogy egyáltalán nincs gyógymódjuk, de a betegnek csak kis részénél lehet elérni eléggé csekély mértékű javulást. A mentális zavarok ebben is hasonlítanak a testi betegségekre. Vannak gyógyítható betegségek; vannak olyanok, amelyeknek csak a tüneteit tudjuk kezelni (például cukorbetegség), végül vannak (jelenleg) gyógyíthatatlan betegségek is. A mentális zavarok tehát – bár nem szokás betegségnek nevezni őket – úgy viselkednek, mint a betegségek. Nem csodálkozunk azon, hogy a lakosság egy bizonyos része minden pillanatban beteg, azon sem, hogy egy év alatt több beteg embert tudunk összeszámolni, mint egy adott pillanatban, de az igencsak meglepő lenne, ha létezne olyan ember, aki élete során egyszer sem betegedett meg. Ebben az összefüggésben a mentális zavarok életpálya-gyakorisága nem magasnak, hanem nagyon alacsonynak tűnik. Lehet, hogy az ember elméje ellenállóbb a zavarok ellen, mint a teste, de ennél valószínűbb, hogy a mentális zavarok életpálya-gyakorisága pontatlan, mert visszamenőleges vizsgálatot igényel. Egy 17 országot összehasonlító felmérésben (WANG et al. 2007)

azt látták, hogy a mentális zavartól szenvedő embereknek csak töredéke fordul orvoshoz (még a súlyos állapotúak közül sem mindannyian), ezért nehéz felmérni, hogy kinek volt mentális zavara valamikor az élete során. Ezért a fenti 30%-os életpálya-gyakoriságot inkább kevésnek, semmint soknak kell tartanunk.

Végezetül el kell mondanunk, hogy a diagnózis szigorú kritériumai miatt nagyon sokan kimaradtak a fenti statisztikából, mert nem jelenik meg náluk elegendő számú tünet, vagy a tünetek nem tartanak elég sokáig ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen. (HALLER et al. 2014) Az ilyen állapotokat küszöb alatti zavaroknak szokás nevezni. A küszöb alatti tünetcsoportok iránti figyelem folyamatosan nőtt az elmúlt egy-két évtizedben, mert az általuk okozott szenvedés és életvezetési zavarok hasonlóak ahhoz, amit a „kifejlett” mentális zavaroknál tapasztalunk, ugyanakkor a diagnózis hiányában gyógyszerekkel nem kezelhetők. (BALÁZS et al. 2013) Az ilyen betegek nyúlnak a leggyakrabban az úgynevezett alternatív terápiákhoz, sokszor sikerrel. (HALLER et al. 2013) A küszöb alatti mentális zavarok nagyjából duplájára növelik azoknak a számát, akiknek valamilyen mentális problémája van. (CARRELLAS–BIEDERMAN–UCHIDA 2017)

A fentiek alapján aligha állíthatnánk, hogy a mentális zavarok vagy küszöb alatti problémák önmagukban bűnelkövetési kockázatot jelentenek. Ahhoz túl gyakoriak. Ez azonban nem zárja ki azt, hogy a mentális zavarok a bűnelkövetőknél más eloszlásban jelennek meg, és még kevésbé azt, hogy a mentális zavarban szenvedő elkövető másképpen gondolkodjon, más szándékai legyenek, és másképpen viselkedjen, mint azok, akik nem szenvednek ilyen zavarban. Mielőtt azonban ezt megvizsgálnánk, arra a kérdésre kell válaszolnunk, hogy milyen gyakoriak a mentális zavarok a bűnelkövetőknél.

### *Gyakoriság a bűnelkövetőknél*

Az ezredforduló tájékán Kaliforniában megvizsgáltak 16 halálra ítélt bűnözőt, akik az úgynevezett halálsoron éltek. (FREEDMAN–HEMENWAY 2000) Valamennyien gyilkosok voltak, többségük többszörös gyilkos. Négy zavart vizsgáltak meg náluk: a poszttraumásstressz-zavart, a depressziót, a drogfüggést és a pszichózist. Ezenfelül vizsgálták az agysérülések gyakoriságát és a káros agyi elváltozásokat is. Az elítélteknek nagyjából egyharmada (5 elítélt) *mind a négy* mentális zavarral rendelkezett, további egyharmaduk (6) hárommal, a fennmaradó egyharmadot (5) pedig két zavarral diagnosztizálták.

Ennél kevesebb zavar nem fordult elő; az átlagos zavar három volt. Ha az agysérüléseket és agyszerkezeti elváltozásokat is hozzászámítjuk, akkor a neurológiai vagy pszichiátriai problémák átlagos száma négy, a legkevesebb ilyen problémák száma pedig három volt. Vagyis: a mentális zavarok gyakorisága 300% volt, ami 400%-ra emelkedett, ha a neurológiai elváltozásokat is hozzászámítjuk. A 100% fölötti gyakoriság nyilván a komorbiditást jelzi. Hasonlóan súlyos pszichiátriai állapotban voltak más halálraítéltek is. (LEWIS 1986; LEWIS 1988; EVANS 1997)

Nem kétséges, hogy maga a halálos ítélet – mint traumás esemény – és a börtönben töltött idő hat az elítéltek lelkivilágára, (PANTON 1976) ugyanakkor valószínű, hogy a diagnózisok egy része – például az agysérülések vagy agyi strukturális elváltozások – már a büntett elkövetése előtt létrejöttek. A pszichózis is korai életkorokban, gyermek- vagy (tipikusan) kamaszkorban jelentkezik, (STARLING–FEIJO 2012) tehát valószínű, hogy a tett elkövetése előtt már fennállt. Úgy tűnik tehát, hogy a mentális és neurológiai zavaroknak legalább egy része nem utólagos következménye a büntetés kiszabásának és a börtönnek. Ezt alátámasztja egy tanulmány, amely a pszichiátriai *előéletet* vizsgálta gyilkosoknál. (FRIERSON et al. 1998) Az ilyen tanulmányokat bizonyos mértékig óvatosan kell kezelni, mert a gyilkosságot megelőző pszichiátriai zavarokat soha nem lehet teljesen feltárni (láttuk, hogy ez a lakosságnál is nehéz). Gyilkosság elkövetése előtt kevesen keresnek fel egy szakavatott pszichiátert. A tanulmányból mindenesetre kiderül, hogy az elítéltek ~80%-a drogfüggő volt már a gyilkosságok elkövetése előtt, és nem voltak ritkák náluk egyéb mentális vagy neurológiai diagnózisok sem. Megjegyzendő, hogy az elítélteknek csak harmada volt drog hatása alatt a gyilkosság elkövetésének pillanatában, így ha a drogot kockázati tényezőként fogjuk fel, akkor inkább gyanakodhatunk a drogfüggésre (~80% gyakoriság), mint a drog közvetlen hatására (~30% gyakoriság).

A fentiek alapján valószínűleg nem járunk messze az igazságtól, ha feltételezzük, hogy a gyilkosok egyszerre több mentális és neurológiai zavartól is szenvednek, és e problémák már a gyilkosság elkövetése előtt fennállnak. A gyilkosság azonban nagyon súlyos büntett; mi a helyzet azokkal, akik enyhébb büntetteket kaptak?

Egy fiatalokú elítélteket vizsgáló tanulmány (GOSTISHA et al. 2014) minden alanyról fellelte az egyszerűen magatartási vagy viselkedési zavarnak nevezett mentális zavart, amely ártatlan hangzása ellenére az antiszociális személyiségzavar „kötelező” előszobája (lásd alább). Ehhez nagy arányban

társultak egyéb zavarok: az alanyok ~90%-a szenvedett komorbid zavartól is. Vezető komorbiditás volt a figyelemhiányos hiperaktivitási zavar (62%), ezt követte a drogfüggés (57%) és poszttraumásstressz-zavar (31%). Ezek összege a komorbiditások miatt megint több, mint 100%.

A mentális zavarokat egyedileg vizsgáló tanulmányok szintén alátámasztják azt a feltételezést, hogy azok gyakran járnak együtt bűnelkövetéssel. Egy svéd tanulmányban (FAZEL et al. 2015) csaknem ötvenezer depresszióval diagnosztizált ember életpályáját vizsgálták meg visszamenőleg. A depressziósok háromszor gyakrabban követtek el erőszakos bűncselekményeket (emberölést, támadást, szexuális bűntetteket, rablást, gyújtogatást, zaklatást) a diagnózis felállítását *követő* három éven belül, mint azok, akiknél depressziót nem állapítottak meg. Hasonlóképpen: a bűnözők között kétszer gyakoribb volt az autizmus, mint a lakosság körében; (RUTTEN – VERMEIREN – VAN NIEUWENHUIZEN 2017) az alkohol- és drogfüggés a szexuális bűncselekmények elkövetőinek több mint felénél kimutatható, (KRAANEN – EMMELKAMP 2011) az időszakos robbanékonyági zavarban szenvedő alanyok pedig csaknem százszor többször támadtak rá másokra, mint azok, akik másfajta mentális zavartól szenvedtek, vagy akiknek semmilyen diagnózisa nem volt. (KULPER et al. 2015) Ráadásul náluk sokkal gyakoribb volt a depresszió, szorongás, drogfüggőség és néhány személyiségzavar is. Az időszakos robbanékonyági zavarban szenvedő erőszakos bűnelkövetők körében tehát nagyon magas a komorbiditás.

A hasonló példákat a végtelenségig lehetne sorolni. Mindnek az a következtetése, hogy a mentális zavarok gyakorisága jóval magasabb a bűnelkövetőknél, mint azoknál, akik nem sértenek törvényt. A tanulmányok elsőprő többsége a legsúlyosabb bűntettekkel foglalkozott, de olyan is akad, amely enyhébb bűntetteket is górcső alá vett. Egy holland tanulmány például (VINKERS et al. 2011) több mint hússzezer törvényszéki esetet dolgozott fel a törvényszéki szakértők jelentései alapján. Az elkövetők kétharmadánál diagnosztizáltak valamilyen „klinikai” mentális zavart, és ez a tulajdon elleni bűncselekményekre is igaz volt (némielg sommásan: „klinikainak” szokták nevezni azokat a mentális zavarokat, amelyek nem személyiségzavarok). Ezenfelül az elkövetőknek mintegy felénél valamilyen személyiségzavart is diagnosztizáltak, és ez az arány *magasabb* volt azoknál, akik tulajdon elleni bűncselekményt követtek el. Az ilyen és hasonló tanulmányok egyértelműen igazolják, hogy a mentális zavarok az enyhébb bűntettek elkövetőinél is gyakoriak.

Itt nem szeretnénk megvizsgálni azt, hogy a mentális zavar és bűnelkövetés között milyen a kapcsolat; mindössze arra szorítkozunk, hogy megállapítsuk: a mentális zavarok gyakorisága a bűnelkövetőknél többszöröse annak, amit a lakosságnál láttunk. A lakosság körében a mentális zavarok gyakorisága csak 20% körüli, az elkövetők körében viszont többségben, néha elsöprő többségben vannak. Sőt, a legsúlyosabb büntetteknek a mentális zavarok gyakorisága meghaladhatja a 100%-ot, mert minden bűnelkövető több mentális zavartól is szenved egyszerre. Enyhébb bűncselekmények esetében (például tulajdon elleni büntettek) az arány ennél kedvezőbb (100% alatt marad), de itt is jóval magasabb, mint ami az általános népességben kimutatható. Megállapítható továbbá, hogy a mentális zavarok nemcsak gyakoribbak, de összetételük is más. A lakosság körében a vezető mentális zavar a szorongás, míg az antiszociális személyiségzavar ritka; ez a lakosságnak alig 3%-ánál fordul elő. (WERNER–FEW–BUCHOLZ 2015) Ezzel szemben az elkövetőknél a szorongás meglehetősen ritka, viszont nagyon gyakoriak a személyiségzavarok, elsősorban az antiszociális személyiségzavar. Egy összefoglaló tanulmány, amely 23 000 elkövető adatait összesítette, (FAZEL–DANESH 2002) 47%-nál állapított meg antiszociális személyiségzavart, és 65%-nál valamilyen személyiségzavart (a személyiségzavaroknak tehát csaknem háromnegyede antiszociális személyiségzavar volt).

Röviden: azoknak az elkövetőknek a többsége, akikkel a rendőr kapcsolatba kerül, mentálisan zavart lesz, és jelentős részüknél lesz jelen az antiszociális személyiségzavar. Sok olyan bűnözővel fog találkozni, aki egyszerre több mentális zavartól szenved.

Végezetül fontos megjegyeznünk, hogy bár a fenti számok már eleve magasak, mégsem tükrözik a probléma teljes nagyságát, mert tudomásunk szerint bűnözőknél még senki nem vizsgálta meg a küszöb alatti zavarok gyakoriságát. Épp ellenkezőleg, a tanulmányok a súlyos zavarokra összpontosítottak. A lakosság körében a küszöb alatti zavarok nagyjából ugyanolyan gyakoriak, mint a diagnosztikai küszöb felettié, és életvezetési következményeik csaknem ugyanolyan súlyosak (lásd fent). Könnyen lehetséges, hogy az elkövetők közül azok, akiknél nem állítható fel diagnózis – és ez a bűnözők *kisebbségére* igaz – jelen van valamilyen küszöb alatti zavar.

## A rendészet területén előforduló legfontosabb zavarok

Van néhány zavar, amelyek különösen gyakran fordulnak elő bűnelkövetőknél, mások ritkábbak, de nagyon súlyos bűnökkel járnak együtt. Ebben a fejezetben röviden áttekintjük a rendészetiileg jelentős zavarokat, minden zavarnál kiemelve azokat a tüneteket, amelyek a legkritikusabbak a rendészeti munka szempontjából. Ahol lehetséges, a különböző zavarok közötti összefüggéseket is kiemeljük. A fejezet alapjául szolgáló információk zöme a DSM-5-ből származik. A továbbiakban csak az ettől eltérő forrásokra hivatkozunk külön. Megjegyezzük, hogy a droggal kapcsolatos mentális zavarokra itt nem térünk ki, mert az előző kötetben ezt a kérdést végig a DSM-5 szellemében tárgyaltuk. Arról azonban nem szabad elfeledkezni, hogy a drogfüggés önmagában is mentális zavar, és ez a bűntettek elkövetésének egyik nagyon fontos kockázata.

Az alábbi leírások valószínűleg kissé száraznak fognak tűnni. Ez szándékos. A mentális zavarokról sokan írnak színesen, de ezek a leírások elég gyakran hiányosak, sőt, néha hibásak is. Fontosnak tartottuk, hogy a leírásokat onnan vegyük, ahonnan mindenki informálódik, illetve mindenkinek informálódnia kellene, és ez a forrás – a DSM-5 – eléggé szikár. Reméljük, hogy a pontosság ellensúlyozza a „külsínt”.

### *Személyiségzavarok*

A személyiségzavar olyan tartós belső pszichikai állapot, és külsőleg megnyilvánuló viselkedés, amely sarkosan különbözik azokétól, akiknek kultúrájához az egyén tartozik. Mindenre kiterjed és merev; korán, a kamaszkor vagy fiatal felnőttkor során alakul ki, de időben rendkívül tartós, valamint distresszt és életvezetési problémákat okoz. Egészen röviden, olyan emberekről van szó, akik teljesen másképp éreznek, gondolkodnak és viselkednek, mint környezetük. Ez már kora gyermekkorban kiütkezik, és később sem változik. A személyiségzavarok élesen különböznek a DSM korábbi változataiban „klinikai zavarként” azonosított zavaroktól, amelyeknél az alany érzi, hogy problémája van, és igyekszik attól megszabadulni, például orvoshoz megy. Ilyesmi nem fordul elő a személyiségzavarok esetében, amelyek nem járnak betegségtudattal. Alanyaik saját egyéniségük részének tekintik a zavart. Az életvezetési probléma a klinikai és a személyiségzavar esetén egyaránt kialakul (mint láttuk, ez a zavar egyik alapkritériuma), de

másképpen. A klinikai zavarok esetében (hogy ezt a forgalomból kivont kifejezést egyetlen bekezdés erejéig még megőrizzük) a szenvedő alany tudatában van szenvedésének, a személyiségzavaros nincs.

Mielőtt rátérnénk a kérdéskör további kifejtésére, le kell szögeznünk, hogy a személyiségzavarok nem kamaszkorban alakulnak ki (lásd a meghatározást), hanem jóval korábban, már gyermekkorban. A meghatározás ebből a szempontból félrevezető, de nem véletlenül, mert általános nézet szerint a gyermekeknek még nem alakult ki a személyisége, ennél fogva személyiségzavara sem lehet. Az viszont nem kétséges, hogy például aki felnőttként antiszociális személyiségzavarban szenved, már gyermekkorában más, mint a többi gyermek. A DSM ezt úgy oldotta meg, hogy az antiszociális személyiségzavar diagnózisának kötelező kritériumává tette a gyerekkori viselkedészavart. Ennek tünetei részleteiben nem azonosak az antiszociális személyiségzavaréval, hiszen gyermekekről van szó, de egyértelműen afelé mutatnak, és a kettő együtt egy kora gyermekkortól gyakorlatilag öregkorig átívelő mentális zavaregyüttest alkot.

A személyiségzavarokat három nagy osztályba sorolják. Az „A” csoportba sorolt zavarok a paranoid (301.0 – F60.0), skizoid (301.20 – F60.1) és a skizotípusos (301.22 – F21) személyiségzavar. Ezek tünetei nagyon hasonlítanak a skizofréniára (ha tüneteiket „összeadnánk” skizofrénia lenne belőle). A paranoid személyiségzavarra az állandó gyanakvás jellemző: az alanyok úgy érzik, hogy ellenséges és számukra ártalmas környezetben élnek. A skizoid személyiségzavaros emberek a társadalomtól elkülönülve, egy érzelmileg hűvös világban élnek, amely tulajdonképpen nem érdekli őket. A skizotípusos személyiségzavar hasonlít a skizoidhoz, azzal a különbséggel, hogy gondolati zavarok is társulnak hozzá. A betegek babonásak, hisznek a telepátiában, a „hatodik érzékben” stb., tehát egyfajta mágikus gondolkodás jellemzi őket. A paranoid kényszerképzetek sem idegenek tőlük. E rövid bemutatáson túl nem foglalkozunk ezekkel, mert rendészeti jelentőségük csekély (vagy ezekről keveset tudunk).

A „B” típusúak közé tartoznak az antiszociális (301.7 – F60.2), borderline (301.83 – F60.3), hisztionikus (301.50 – F60.4), és nárcisztikus (301.81 – F60.81) személyiségzavarok, amelyek kriminálpszichológiai szempontból a legfontosabbak, és amelyekkel alább részletesen foglalkozunk majd.

A „C” típusú személyiségzavarok közé olyanok tartoznak, amelyek tünetei leginkább a szorongásos zavarokra vagy a korábban szintén a szorongásos zavarok közé sorolt kényszeres zavarokra emlékeztetnek. Idetartozik az elkerülő (301.82 – F60.6V), függő (301.6 – F60.7) és kényszeres (301.4 – F60.5)

személyiségzavar. Az elkerülő személyiségzavar bizonyos mértékig hasonlít a skizoidra, mert a szociális kapcsolatok kerülése jellemző rá, de itt nem egy hideg, érdektelen személyiségről van szó, hanem olyasvalakiről, aki fél a „felsüléstől”, és ezért kerüli a társas kapcsolatokat. A függő személyiségzavar esetében olyan emberekről van szó, akik csak másokra támaszkodva, mások gondoskodása mellett tudják elképzelni az életet. Végül a kényszeres személyiségzavarosok rend-, szabály- és rituálémániások. Erkölcük merev, kizárólagos, és csak akkor tudnak együttműködni másokkal, ha övék marad a döntés joga. Ezek a személyiségzavarok sem különösebben fontosak rendészeti szempontból (legalábbis keveset tudunk erről az oldalukról).

### *Általános személyiségzavar (személyiségzavar általánosságban)*

Ennek a „zavarnak” külön fejezete van a DSM-5-ben, de nincs kódszáma, és nincsenek tényleges tünetei sem. Inkább azoknak a szempontoknak a gyűjteménye, amelyek alapján a személyiségzavarokat diagnosztizálni lehet. Leírása a következő:

- *A kritérium:* Belső tapasztalatok és külső viselkedés időben tartós együttese, amely eltér az egyén saját kultúrájának elvárásaitól. Az alábbi területek közül legalább kettőben megnyilvánul:
  - érzékelés (például ahogyan magát, másokat vagy az eseményeket felfogja);
  - érzelmek (például az érzelmi válaszok köre, erőssége, bizonytalansága és a helyzetnek való megfelelése);
  - személyközi kapcsolatok;
  - impulzuskontroll.
- *B kritérium:* A tartós tünetmintázat merev, és erősen nyilvánul meg a legkülönbözőbb személyes és szociális helyzetekben.
- *C kritérium:* A tartós tünetmintázat klinikai szempontból jelentős distresszt idéz elő, vagy az egyén működése károsodik a szociális, munkaköri vagy más fontos területen.
- *D kritérium:* A tünetmintázat stabil, és hosszan tartó, és legalább kamaszkortól vagy kora felnőttkortól kimutatható.
- *E kritérium:* A mintázat nem magyarázható valamilyen más mentális zavarral.
- *F kritérium:* A mintázat nem tulajdonítható valamilyen anyag élettani hatásainak (például drognak vagy gyógyszernek) vagy valamilyen kóros állapotnak (például fejsérülésnek).

Ebben az általános formában a leírás egy sereg olyan emberre is érvényes, akit visszatekintve akár koruk legjelentősebb személyiségének is tarthatunk. Egy forradalmian új gondolat megfogalmazója, aki zseniként már nagyon fiatalon kialakítja saját elképzeléseit, tökéletesen megfelel a leírásnak, még az orvosi szempontot figyelembe vevő C kritériumnak is. Ha konfliktusba kerül kultúrkörével, szenvedést él át, és nem érvényesül az életnek valamely fontos területén, esetleg egyetlen területén sem. Az ilyen ember „meg nem értett zseni” is lehet. A személyiségzavar rendellenessége azonban nem az általános szempontrendszerből, hanem a specifikus személyiségzavarok leírásából derül ki. A fentieket nem egy mentális zavar leírásának kell tekintenünk, hanem a személyiségzavar egy olyan meghatározásának, amelyet pontokba szedtek.

### *Antiszociális személyiségzavar és korai viselkedészavar*

Az előző kötetben már röviden felsoroltuk a zavar tüneteit, de hiányosan, mert csak az „A” tünetcsoportról írtunk. Alább következik a teljes leírás. Mellé tettük a viselkedészavarét, amiről már fent megelőlegeztük, hogy „kötelező” előjátéka az előzőnek (a „kötelezősége” vonatkozó kritériumot kiemeltük).

#### 1. táblázat

#### *A korai viselkedés zavar és antiszociális személyiség zavar összehasonlító bemutatása*

| Viselkedészavar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Antiszociális személyiségzavar                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>A kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Legalább három az alábbiak közül.<br>Mind a háromnak együtt kellett megjelennie az elmúlt évben, legalább egynek az elmúlt fél évben.<br>Agresszió emberek és állatok ellen:<br>1. Gyakran zaklat, fenyeget vagy félemlít meg másokat.<br>2. Gyakran kezdeményez verekedést.<br>3. Olyan fegyvereket használ, amelyekkel súlyos sebeket lehet ejteni. | Legalább három az alábbiakból:<br>1. Nem tartja be a szociális normákat, és letartóztatás jogalapját megteremtő cselekedeteket követ el.<br>2. Hajlam a csalásra: hazudozás, álnevek használata, és mások félrevezetése személyes érdekből vagy élvezetből.<br>3. Könnyelmű, képtelen hosszú távú tervet készíteni. |

| Viselkedészavar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Antiszcziális személyiségzavar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>A kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4. Fizikailag kegyetlen emberekkel.<br>5. Fizikailag kegyetlen állatokkal.<br>6. Rablást követ el.<br>7. Szexuális erőszakot követ el.<br>8. Rongálás.<br>9. Károkozás szándékával gyújtogat.<br>10. Károkozás szándékával rongál meg vagyontárgyakat.<br>Hazugság és bűncselekmény:<br>11. Betör, vagy kocsit tör fel.<br>12. Félrevezet másokat nyereségvágyból, vagy kötelezettségei elkerülése végett.<br>13. Nagyértékű lopásokat követ el.<br>Jelentős szabálysértés:<br>14. Gyakran tér haza késő éjjel a szülői tiltás ellenére 13 éves kor előtt.<br>15. Gyakran szökik el otthonról hosszabb időre.<br>16. Gyakran lóg el az iskolából 13 éves kora előtt. | 4. Ingerlékeny és agresszív: gyakran verekszik, és támad másokra.<br>5. Vakmerő: semmibe veszi saját és mások biztonságát.<br>6. Felelőtlen: nem végez munkát tartósan, és nem tesz eleget pénzügyi kötelezettségeinek.<br>7. Hiányzik belőle a bűnbánat: közömbös mások szenvedése iránt, vagy az okozott szenvedést racionalizálja (érvekkel elfogadhatóvá teszi). |
| <i>B kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| A viselkedési problémák jelentősen hátráltatják iskolai előmenetelét, szociális integrációját vagy valamilyen más fontos tevékenységét.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Az egyén legalább 18 éves.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>C kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Amennyiben elmúlt 18 éves, csak akkor diagnosztizálható, ha az antiszcziális személyiségzavar nem áll fenn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 15 éves kor előtt kimutatható volt nála a viselkedészavar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>D kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Az antiszocialitás nem skizofrén roham, vagy a bipoláris zavar mániás szakaszára jellemző.                                                                                                                                                                                                                                                                           |

*Forrás:* American Psychiatric Association 2013, 469–470. (viselkedés zavar), 2013, 659. (antiszcziális személyiség zavar)

Ha figyelmesen elolvassuk a két tünetlistát, hamar megtaláljuk az átfedéseket és a különbségeket is. A viselkedészavar eléggé nyilvánvalóan gyermekekre, az antiszociális személyiségzavar definíciószerűen felnőttekre vonatkozik. Bár nincs akadálya annak, hogy valakinek a 18. életéve után is viselkedészavara legyen, felnőtteknél csak elvétve diagnosztizálják. A két zavart általában ugyanannak a tünetegyüttesnek a gyermekkori, illetve felnőttkori változataként szokták felfogni. (HALLER 2018)

A viselkedészavaros gyermek *nem* a „nagyon rossz”, hanem az *elvetemült* gyermek, aki olyan tetteket követ el, amelyekért felnőttekre börtönbüntetést szabnak ki (lopás, rablás, szexuális erőszak, fizikai erőszak). Az antiszociális személyiségzavar a maga részéről a bűnöző leírása, hiszen már első tünete törvénybe ütköző cselekedetek végrehajtásáról szól.

Mindkét zavar leírása azonban nagyon „megengedő”, hiszen a viselkedési tünetek közül már három elegendő ahhoz, hogy a zavar diagnosztizálható legyen. Ez azt jelenti, hogy a leírás rendkívül különböző emberekre is érvényes lehet. Az a gyermek, akinél csak a táblázat 11., 13. és 14. sorszámú tünetei teljesülnek, még nem fiatalkorú bűnöző, akinél viszont megfigyelhetők a 6., 7. és 8. tünetek, már egyértelműen az. Ha az antiszociális személyiségzavaros felnőtt törvényt sért (1. tünet), másokra támad, és verekszik (4.), ráadásul érzéketlen mások szenvedése iránt (7.) akkor már bűnöző. Ha viszont csak hazudozik (2.), nem készít maga számára hosszú távú tervet (3.), illetve felelőtlen (6.), akkor már nem biztos, hogy bűnöző; lehet, hogy pusztán önsorsrontó, kallódó ember. Nem véletlen, hogy a zavarban szenvedő embereknek csak egy része, nagyjából fele követ el büntetett cselekedeteket. A többi pusztán hajléktalan vagy munkanélküli; élete sikertelen anélkül, hogy büntetett cselekedeteket követne el. (MORAN 1999a) A fenti két leírás tehát nem a fiatalkorú vagy felnőtt bűnözőt határozza meg. Ugyanolyan eséllyel írnak le bűnözőnek „szerencsétleneket”.

## *Pszichopátia*

A pszichopata bűnöző az áldozat rémálma, de egyúttal a média „kedvence” is, akiről sok újságcikket lehet írni, akire sok filmet lehet építeni, és a tévé közönsége is falja a róluk szóló híreket. Bármilyen furcsa azonban, a pszichopátia fogalma nem létezik, mert régóta kikerült a „hivatalos” pszichiátria szótárából. Ez azonban nem akadályozza meg azt, hogy pszichiáterek szakcikkük légióit publikálják róla. Ennek nagyon sajátos okai vannak.

Az antiszociális személyiségzavar fogalmát a DSM azzal a határozott szándékkal hozta létre 1980-ban, hogy helyettesítse a korábban közhasználatban lévő pszichopátiafogalmat. (MORAN 1999b) A pszichopátiával két baj volt: kriminalizálta a pszichiátriát, és diagnózisa (a korabeli definíciók szerint) meglehetősen bizonytalan volt. (WIDIGER 1996) A pszichiáterek nehezen egyeztek meg abban, hogy valaki pszichopata-e, vagy sem, míg az antiszociális személyiségzavar diagnózisát meglehetősen egybehangzóan állították fel. Röviden: a fogalom idővel devalválódott.

A DSM-5-ben és BNO-10-ben a pszichopátia az antiszociális személyiségzavar szinonimája; egyikben sem jelenik meg önálló pszichiátriai entitásként. A két kézikönyv abban különbözik egymástól, hogy a DSM-ben az érvényes antiszociális személyiségzavar leírása kiegészítő információs lapjain (tehát nem a tünetek között) szól néhány szót a pszichopátiáról mint a zavar különösen súlyos változatáról, és a könyv vége felé megfogalmaz egy alternatív antiszociálisszemélyiségzavar-leírást, amely akár a pszichopátia leírásaként is felfogható.

Nyilván oka van annak, hogy pszichiáterek sokat írnak egy nem létező kórképről, és annak is, hogy a DSM legújabb változata egy *alternatív* leírással küszködik, amelyre korábbi változataiban nem volt példa. Ennek oka az, hogy az antiszociális személyiségzavarnak vannak olyan súlyos formái, amelyek valószínűleg megérdemlik, hogy külön nevük legyen. A jelenség megértéséhez sok segítséget nyújt az alternatív antiszociális személyiségzavar leírása, amely így hangzik: (American Psychiatric Association 2013, 764–765.)

- *A kritérium:* A személyiség működésének közepes vagy súlyos zavara, amely során legalább kettő teljesül az alábbiak közül.
  1. Énazonosság: saját értékét a megszerzett nyereségből, hatalomból és élvezetből vezeti le.
  2. Énközpontúság: céljait saját vágyainak függvényében tűzi ki, hiányzik belőle a belső szociális szabályrendszer, viselkedése ellentmond a törvényes vagy etikus viselkedés szabályainak.
  3. Empátia: nem törődik mások érzéseivel, szükségleteivel vagy szenvedésével. Nem érez bűnbánatot, ha másokkal rosszul bánt.
  4. Társas kapcsolatok: másokhoz való viszonyának lényege a kizsákmányolás; ez magában foglalja a hazugságot, kényszerítést, és megfélemlítést.

- *B kritérium:* Legalább hat teljesül az alábbi patológiás tulajdonságok közül:
  1. Hajlam a manipulálásra: mások kegyeibe férkőzve követi céljait; ennek érdekében felhasználja személyes vonzerejét.
  2. Kegyetlenség: nem törődik azzal, hogy milyen hatással van másokra a viselkedése; agresszív és szadista.
  3. Csalásra való hajlam: becstelenség és mások félrevezetése.
  4. Ellenségesség: állandóan vagy gyakran ingerlékeny, rosszindulatú és bosszúálló.
  5. Kockázatvállalás: szükségtelenül vág bele kockázatos vállalkozásokba, könnyen elunja magát, és kezd bele valamibe pusztán az unalom miatt.
  6. Impulzivitás: a pillanat hatása alatt cselekszik, nem méri fel a következményeket.
  7. Felelőtlenység: nem tartja be ígéreteit, nem teljesíti kötelezettségeit.
  8. Megjegyzés: életkora legalább 18 év.

Ha ezt a tünetlistát összehasonlítjuk az antiszociális személyiségzavar fenti leírásával, két dolog tűnik fel: 1. a tünetek erősen átfednek, de ebben a leírásban sarkosabban vannak megfogalmazva; 2. több tünet kell egyszerre fennálljon ahhoz, hogy a zavar diagnosztizálható legyen. A „hivatalos” tünetlistából elég, ha három teljesül; az alternatív listából minimum nyolcnak kell teljesülnie (2 + 6). A leírás valóban egy súlyosabb zavart ír körül, de nem nevezi meg pszichopátiaként. Ez a kifejezés csak a leíráshoz fűzött magyarázatban tűnik fel. Pszichopátiának tekinti a zavart, ha a fenti leíráshoz társulnak a következők: szorongás és félelem hiánya, a szociális környezettől való elszakadás és a figyelem felkeltésének vágya.

Mivel a fenti leírás pusztán alternatíva, és nem „hivatalos” álláspont, az a példátlan eset áll elő, hogy a pszichopátiának van egy mérőeszköze, a Hare-féle pszichopátia-kérdőív, (HARE 1980) de nincs érvényes meghatározása vagy leírása. Ettől függetlenül a nagyon súlyos antiszociális személyiségzavar valószínűleg megérdemel egy saját nevet. A „hivatalos” leírás hiánya azonban visszavezet bennünket oda, ahonnan a DSM-ek létrehozása kiindult, nevezetesen a káoszba. Az egyetlen biztos pont Hare kérdőíve. Ezt leszámítva mindenki úgy határozza meg, és osztja altípusokra a pszichopátiát, ahogy kedve tartja, azt a koncepciót követi, amely neki személyesen a legszimpatikusabb, vagy létrehoz egy újat. Nagyon sokan tanulmányozzák a pszichopátiát, de szinte mindenki egy másfélét, mert az elnevezés

mögött eléggé különbözőképpen leírt kórképek állnak. Mindössze két példát kiemelve az osztályozások közül: van, aki a pszichopátiának két típusát azonosítja, és van, aki négyet. A „kétosztatú” rendszerben elkülönítik az emocionálisan stabil és emocionálisan instabil pszichopátát; (HICKS et al. 2004) a „négyosztatúban” pedig nárcisztikus, borderline, szadista és antiszociális pszichopátáról beszélnek. (MURPHY–VESS 2003) A két rendszert csak nagyon áttételesen lehet megfeleltetni egymásnak.

A különböző, egymással sokszor köszönőviszonyban sem álló felosztásokkal nem érdemes itt részletesen foglalkozni. Érdemes kiemelni azonban, hogy:

- Vannak nagyon súlyos tüneteket produkáló antiszociális emberek, akiket akár pszichopátának is nevezhetünk.
- Az ilyen súlyos állapotok ritkák; az antiszociális személyiségzavarosoknak csak töredéke, maximum negyede minősíthető pszichopátának a Hare-kérdőív alapján, (WERNER–FEW–BUCHOLZ 2015) bár arányuk attól is függ, hogy melyik pontszámot tekintjük küszöbértéknek: a „hagyományos” harmincat a lehetséges negyvenből, vagy egy ennél alacsonyabb értéket. Az ilyen „valószínűleg pszichopata” kategória már a lakosság 3%-át alkotja (COID–YANG 2008) (a „valószínűleg pszichopata” minősítés a tanulmány szerzőitől származik).
- Az „egyszerű” antiszociális személyiségzavar ambivalens viszonyban van a bűnözéssel (lásd fent), a pszichopata viszont már erősen a bűnözés felé hajlik. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a pszichopata minden esetben erőszakos. Talán az olvasónak is feltűnt, hogy az antiszociális személyiségzavar „hivatalos” változatában sarkosan megjelenik az agresszivitás, az alternatív leírásból viszont ez hiányzik. Bár az alternatív leírás A4 tüneténél szerepel a kényszerítés és megfélemlítés, amelyek kétségtelenül agresszív cselekmények, a szociális partnerek „kizsákmányolása” megvalósulhat félrevezetés (hazugság) által is. Ez nem véletlen. A pszichopáták (az így nevezhető antiszociális egyének) nem csak erőszakos bűncselekményeket követhetnek el. A csalás, hamisítás, tulajdon elleni és gazdasági bűncselekmények egyforma eséllyel fordulhatnak elő bűnlajstromukon. (HART–HARE 1997) A pszichopátia alapjellegzetességei – kockázatvállalás, kegyetlenség (empátiahiány) stb. – ugyanúgy „segítségükre” van ezeknél a bűncselekményeknél, mint az erőszakosságnál.
- Bár a pszichopátiának sokféle tipizálása létezik, a legáltalánosabban elfogadott típusok az „elbűvölő” (személyes vonzerőre apelláló) és a „vad”,

ellenséges pszichopata. E két típus veszélyessége egyenértékű, de más-képpen viselkednek. Az „elbűvölő” pszichopata prototípusa Ted Bundy, aki személyes vonzerejét kihasználva csalt el, és gyilkolt meg több mint 30 nőt, miközben a mindennapokban mintapolgárként viselkedett. (HARE 1999) A „vad” pszichopata prototípusa Donald Henry Gaskins, aki való-színűleg ugyanannyi nőt ölt meg, de nem bűvölte el, hanem lerohanta őket. (GREIG 2005, 130.) A pszichopata két típusa egyébként levezethető a fenti alternatív leírásból is. Az „elbűvölő” pszichopatára a B/1 tünet (manipulálás vonzerővel) jellemző, a „vad” pszichopatára pedig a B/4 tünet (ellenségesség, rosszindulat, bosszúállás).

A fentiek alapján az ember úgy érzi, hogy csak nagyon óvatosan lehet hasz-nálni a pszichopátia fogalmát; a továbbiakban mi ezt olyan antiszociális személyiségzavarnak fogjuk fel, amely különös kegyetlenséggel, a büntett sikerként való felfogásával és a feltűnés vágyával jellemezhető. (Zárójelben: ítélet után Gaskins azzal dicsekedett egy újságírónak, hogy 100-nál is több nőt ölt meg a rábizonyított néhány helyett. A feltűnési viselkedéstől a „vad” pszichopata sem mentes.)

### *Borderline és narcisztikus személyiségzavar*

Két olyan zavarról lesz itt szó, amelyek kapcsolatban állnak a bűnelkövetéssel, de ez a kapcsolat nem olyan szoros, mint az antiszociális személyiségzavar vagy pszichopátia esetében. Ez már abból is látszik, hogy a bűnelkövetők között nem fordulnak elő nagyon gyakran, vagyis az általuk jelentett koc-kázat relatíve kisebb.

A borderline (határeset) személyiségzavar tünetei a következők (itt a le-írásban nem jelennek meg tünetcsoportok):

A személyközi kapcsolatok, önértékelés, és érzelmek súlyos kiegyensú-lyozatlansága és feltűnő impulzivitás. Kora felnőttkorban kezdődik, és a leg-különbözőbb környezetekben nyilvánul meg. Az alábbi tünetek közül legalább öt megfigyelhető:

1. Kétségeesetten igyekszik elkerülni, hogy elhagyják.
2. Személyközi kapcsolataiban az idealizálás és megvetés szélsőségei között csapong.
3. Önértékelése szélsőségek között mozog.
4. Impulzivitás legalább két olyan területen, amely árthat neki (költekezés, szex, drog, vezetés, étkezés).

5. Öngyilkossági kísérletek és öncsonkítás.
6. Érzelmileg kiegyensúlyozatlan (néhány óráig, maximum néhány napig tartó elkeseredési, szorongási, ingerlékenységrohamok váltakoznak).
7. Belsőleg tartósan kiürültnek érzi magát.
8. Indokolatlanul haragszik, és nem tudja visszafogni ebből fakadó kirohanásait.
9. Stresszhelyzetben paranoid gondolatai és disszociációs érzése van (a disszociáció a környezettől, és a külső érzékeléstől való elszakadást jelenti).

Míg az antiszociális személyiségzavar tipikusan férfibetegség (a nemek aránya 3:1 a férfiak „javára”) (ALEGRIA et al. 2013) a borderline zavarnál az arány fordított: 1:3 a nők „javára”. (SANSONE–SANSONE 2011) Nemcsak a zavarok gyakorisága, de tünetei is függenek a beteg nemétől. A férfi borderline-osokra robbanékony személyiség, újdonságkeresés és drogfüggőség jellemző. A nőknél ezek a tulajdonságok kevésbé hangsúlyosak, viszont ők gyakrabban fordulnak pszichiáterhez pszichoterápia és gyógyszeres kezelés érdekében. Bár járulékos tulajdonságaik alapján a férfiak tűnnek veszélyesebbnek, az *erőszakos* bűncselekmények kockázata a borderline személyiségzavaros nőknél nagyobb. (SANSONE–SANSONE 2009) A női gyilkosok jelentős része ebben a zavarban szenved. A férfiaknál a zavar inkább a drogbűnözéshez köthető. (AROLA et al. 2016) Természetesen megváltozik a helyzet az antiszociális komorbiditások esetében, amikor az agresszív indulatok felszínre kerülnek. (ROBITAILLE et al. 2017) Összességében a zavar bűnözési kockázatát a szélsőséges kiegyensúlyozatlanság hozza létre, de ennek következménye a nemtől függ.

A narcisztikus személyiségzavar a nagyság érzetében, a csodálat iránti igényben és az empátia hiányában megnyilvánuló zavar. Kora felnőttkorban alakul ki, a legkülönbözőbb környezetekben megnyilvánul, és az alábbi tünetek közül legalább öt jellemzi:

1. Különös jelentőséggel ruhazza fel magát, eltúlozza sikereit és tehetségét.
2. Erősen foglalkoztatja a korlátlan hatalom, határtalan siker, szépség stb. gondolata.
3. Úgy érzi, hogy különleges volta miatt csak hozzá hasonlóan kiváló emberekkel tarthat fenn kapcsolatot.
4. Megköveteli, hogy mértéktelenül csodálják.
5. Különleges jogokra tartja érdemesnek magát.

6. Szeret kihasználni másokat.
7. Nem érez empátiát másokkal szemben.
8. Gyakran irigykedik másokra, és úgy érzi, mások őt irigylik.
9. Arrogáns, és dőlyfösen viselkedik.

A fenti tünetegyüttesben egy diktátor képe rajzolódik ki, de természetesen nem minden nárcisztikus személy jut valódi hatalomhoz, hogy megkövetelhesse azt, ami szerinté kijár neki. A zavar – akár teljesen „kifejlett” formájában, akár küszöb alatti tünetekkel – nagyon gyakori a bűnelkövetők körében. (STONE 2007) Ez tulajdonképpen természetes: a büntetthez minimum az kell, hogy valaki saját magát fontosabbnak tartsa az áldozatnál. Ez lényegében az ötödik tünettől azonos. A büntett végrehajtását megkönnyíti az empátia hiánya; könnyebb büntettet végrehajtani, ha valaki nem érez együtt az áldozattal. A nárcisztikus személyiségzavaros egyébként hajlamosabb nyereségvágyból vagy más célt követve bűnözni, mint indulatból. Még a féltékenységből elkövetett gyilkosságokat is tervezetten hajtja végre, mintegy bosszút állva az önimádata sérelméért. (EVZONAS 2018) Összességében azonban nehéz felbecsülni a nárcisztikus személyiség szerepét a büntettekben, mert nagyon sok tünet átfed az antiszociális személyiségzavarával és a Hare-féle kérdőív által kimutatott pszichopátiával. (BLACKBURN 2007) Könnyen lehetséges, hogy ez a személyiségzavar csak mintegy színt ad, és addicionális motivációt biztosít olyan büntetteknek, amelyek más zavarokkal hozhatók összefüggésbe.

### *Személyiségzavar és intelligencia*

A személyiségzavar és intelligencia viszonyának kérdése még a szakembereket is megosztja, ezért ezt érdemes kissé részletesebben is áttekinteni. A zavarleírások egyike sem tartalmaz utalást az értelmi képességekre. A pszichopátia például annyira nem köthető az értelmi képességek romlásához, hogy a fogalmat bevezető tanulmány éppenséggel intelligensnek tekintette a pszichopátákat. (CLECKLEY 1941) Sőt, egyes tanulmányok egyenesen zsenialitást véltek felfedezni néhány pszichopátánál. (DELISI et al. 2010) Ha azonban megvizsgáljuk a tüneteket, úgy tűnik, mintha az intelligenciával baj lenne; a hosszú távú tervek készítésének képtelensége az antiszociális személyiségzavar egyik tünete, ezt pedig a csökkent intelligencia jeleként is felfoghatjuk. Másrészt viszont mások manipulálása intelligenciát igényel. Mi az igazság?

Egy egészen friss tanulmány negatív összefüggést mutatott ki az intelligencia és pszichopátia között (minél „butább” valaki, annál valószínűbb, hogy pszichopata), ez azonban rendkívül gyenge volt. (DE RIBERA–KAVISH–BOUTWELL 2018) Ha a pszichopáták „butábbak” is másoknál, a különbség – átlagosan – nagyon kicsi. Egy másik tanulmány a pszichopáták tulajdonságait és az intelligencia fajtáit is figyelembe vette, és azzal a következtetéssel zárult, hogy a manipulatív pszichopáták valamivel intelligensebbek, míg az erőszakos pszichopáták valamivel kevésbé intelligensek az átlagnál. (HEINZEN et al. 2011) Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a pszichopáták között ne lennének nagyon alacsony intelligenciahányadosú emberek, és még azt sem, hogy a csökkent intelligencia ne befolyásolná a beszámíthatóságot antiszociális személyiségzavarban. (KULPER et al. 2015) A két fogalom azonban nincs feltétlenül kauzális kapcsolatban egymással. Nem lesz valakiből pszichopata azért, mert buta, és a pszichopátia sem ok a butaságra. Még az sem kizárt, hogy a pszichopátia és intelligencia közötti viszonyról alkotott képünkön nyomot hagy az, hogy a börtönökben (ahol intelligenciateszteket lehet végezni) elsősorban sikertelen pszichopátákkal találkozunk, olyanokkal, akiket sikerült elítélni. (SPIRONELLI et al. 2014) A legintelligensebbek valószínűleg sokkal ritkábban kerülnek ilyen helyzetbe.

Hogy visszatérjünk ennek a fejezetnek az eredeti céljához: naivitás és hiba lenne arra számítani, hogy az antiszociális vagy pszichopata elkövető könnyen elfogható, mert intelligenciája alacsony. A pszichopátia egyes tünetei magasabb, más tünetei alacsonyabb intelligenciával társulnak. (COPESTAKE–GRAY–SNOWDEN 2013) Nincs egyértelmű összefüggés a személyiségzavar és az intelligencia között; a két tulajdonság egymástól független.

### *A belső késztetések kezelésének zavarai*

Ebbe az osztályba olyan zavarok tartoznak, amelyeknél az elkövetőben egy esemény erős érzelmeket kelt, ezek valamilyen cselekedet végrehajtására sarkallják, és az illető nem tud ellenállni a csábításnak. Jellemző példa erre az időszakos robbanékonyság, ahol a belső késztetés a harag, amit egy vélt vagy valós, de enyhe provokáció vált ki. Az impulzuskontroll-zavarok közé sorolható továbbá a gyermekkori ellenkező-kihívó zavar (313.81 – F91.3), amely a környezetével folyamatosan szembehelyezkedő, gyakran az agresszív gyermek „fedőneve”; a kleptománia (312.32 – F63.3), amikor valaki nem tud ellenállni a lopás kísértésének, és a pirománia (312.33 – F63.1), amikor

valaki a gyújtogatás vágyát érzi ellenállhatatlannak. A fizikai erőszak, lopás és gyújtogatás nyilván törvénybe ütközik, tehát ezeknek a zavaroknak mindegyike – amennyiben cselekedetekben nyilvánul meg – kimeríti a bűncselekmény fogalmát.

Az impulzusok kezelésének zavara azonban nem csak az impulzuskontroll fedőnevet viselő zavarok esetében fordul elő. A DSM *nem* az impulzuskontroll-zavarok között tart nyilván néhány olyan zavart, amelynek köze van a belső impulzusok kezeléséhez és a bűnözéshez, és amelyeket a bűnügyi szakirodalom is ebbe a csoportba szokott sorolni (legalábbis gyakran). Ezeket ismertetjük alább.

### *Szexualitás és impulzuskontroll*

A szexuális zavarokat az előző kötetben a DSM szellemében tárgyaltuk (felsoroltuk tüneteiket is), ezért itt most megelégszünk azzal, hogy emlékeztetünk a lényegre: sem a szexuális orientáció, sem a hiperszexualitás önmagában nem zavar. A pedofil orientáció akkor válik zavarrá, ha a vágy elfojtása szenvedést okoz, ami még nem bűncselekmény, illetve akkor, ha gyermekek molesztálásában nyilvánul meg, ami már bűncselekmény is. Megkülönböztettünk alapvetően pedofil orientációra visszavezethető és alapvetően antiszociális személyiségzavarra visszavezethető pedofil bűntetteket. A szexuális erőszak esetében is felfedezhető ez a kettősség. Bizonyos szexuális bűncselekményeket az antiszocialitás, míg másokat a hiperszexualitás jellemez.

### *Szociális jellegű impulzusok*

Röviden mutatjuk be a szociális fóbiát és autizmust is, mert akik ezekben a zavarokban szenvednek, csak erős külső hatásra válhatnak bűntettek elkövetőivé. A szociális fóbiára (szakszerűbb megnevezéssel szociális szorongászavarra; 300.23 – F40.10) az jellemző, hogy alanyának nehezebbé esik másokkal szociális kapcsolatba lépni, vagy mások előtt szerepelni (például előadást tartani). Ennek oka a kritikától való félelem. Valami ilyesmit láttunk az elkerülő személyiségzavarnál is, ezúttal azonban úgynevezett klinikai zavarral van dolgunk (betegségtudat megjelenése, lásd korábban a személyiségzavar és klinikai zavar közötti különbséget). Az elítélt bűnözők között aránytalanul kevés az, akinek valamilyen szorongászavara van, (GOOD 1978) és fordítva: a szorongás diagnózisa csökkenti

a bűnelkövetés kockázatát. (MODESTIN–THIEL–ERNI 2002) A szorongás önmagában tehát nem veszélyes. Egyedül a szociális szorongászavar képez kivételt. Bár általában véve ez is csökkenti bűnelkövetés kockázatát, ha a szociális fóbiában szenvedő embert kényszerrel próbálják szociális kapcsolatteremtésre készíteni, kitörhetnek: akár fegyverrel is fenyegethetik zaklatójukat, (CASIANO et al. 2008) sőt, gyilkosságot is elkövethetnek. (ALDEN–TAYLOR 2004) Itt az impulzuskontrollnak egyfajta fordítottjával van dolgunk: az alany egy viselkedés *elkerülésére* érez erős belső késztetést, és ha erre megpróbálják rákényszeríteni, váratlan reakciót produkálhat.

Az autizmusnak – szakszerűbben autizmus spektrum zavarnak (299.00 – F84.0) – két vezető tünete van: az érzelmi kötődés zavara és a sztereotípiára való hajlam. Egyszerűbben: az autista csak nagyon kevés emberrel képes közeli kapcsolatba kerülni, életét pedig merev szabályok, és rutinok szerint éli le. Ez a külső szemlélőben azt az érzést keltheti, hogy értelmileg fogyatékos, mert nehéz vele kommunikálni, és furcsa szokásai vannak. Ez azonban nincs így. Sok autista kivételes teljesítményekre képes, miközben furcsaságait megőrzi. A „spektrum zavar” kifejezés egyébként arra utal, hogy a tünetek súlyossága nagyon széles határok között ingadozik. Van olyan autista, aki alig különbözik az átlagembertől, de olyan is, akinél a zavarok rendkívül súlyosak. A zavar általában már nagyon korán, gyermekkorban kialakul. A bűnözési kockázat vezető okaként a mások szándékainak félreértését (úgynevezett tudatelméleti deficitet), és a sztereotip viselkedésformákhoz való ragaszkodást tartják nyilván. (YOUNG–BREWER–HEDLEY 2012) Magyarázatul: azt a képességünket, hogy mások szándékait megértsük, tudatelméletnek nevezik; e képességünk teszi lehetővé, hogy „elméletet” alkossunk mások elképzeléseiről, szándékairól vagy vágyairól. Az autisták – zavaruk súlyosságától függően – hajlamosak rosszul értelmezni vagy teljesen félreérteni mások szándékait, és ez néha erőszakos büntetésekre készteti őket. A viselkedési szabályaikhoz való ragaszkodás – különösen, ha erős tudatelméleti zavarral társul – szintén erőszakos bűncselekményekhez vezethet. A helyzetet súlyosítja, ha az autizmushoz más zavarok is társulnak, például figyelemhiányos hiperaktivitási zavar. (HEERAMUN et al. 2017) Az autizmus kockázata az erőszakos bűnelkövetésre nem túlságosan magas, mindössze 1,4-szerese annak, amit az átlaglakosságnál tapasztalunk.

## *Hangulatszabályozás és időszakos robbanékonyság*

Bár az időszakos robbanékonyági zavar és a diszruptív hangulatszabályozási zavar különböző DSM-főcsoportokhoz tartozik (az előző az impulzuskontroll-zavarok, az utóbbi a depressziós kórképek közé) a kettő között olyan sok hasonlóság van, hogy korábban javaslatot tettünk a kettőnek ugyanolyan egységes jelenséggént való kezelésére, mint ahogy egységesen kell kezelnünk a viselkedészavart és az antiszociális személyiségzavart is. (FAZEL–DANESH 2002) Először hasonlítsuk össze a két zavar tüneteit.

### 2. táblázat

*A hangulatszabályozás és időszakos robbanékonyság zavar összehasonlító bemutatása*

| <b>Diszruptív hangulatszabályozási zavar</b>                                                                                                                                                                                         | <b>Időszakos robbanékonyági zavar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>A kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Súlyos és ismétlődő dühkitörések, amelyek megnyilvánulhatnak verbális vagy fizikai agresszióban (tárgyak vagy emberek ellen). A kitörések ereje vagy tartóssága messze felülmúlja azt, amit egy provokáció vagy a helyzet indokolna. | <p>Az alanynál megfigyelhető a következő két tünet közül legalább az egyik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ismétlődő agresszív kitörések, amelyek tárgyak, állatok vagy emberek ellen irányulnak. Az agresszió nem okoz jelentős károkat vagy fizikai sérülést. Az esemény átlagosan hetente kétszer, legalább három hónapon keresztül előfordul.</li> <li>2. Egy év alatt három olyan agresszív kitörés, amelynek során jelentős anyagi kár keletkezik, vagy állatok emberek fizikai sérüléseket szenvednek el.</li> </ol> |
| <i>B kritérium</i>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| A kitörés nincs összhangban az életkori sajátosságokkal.                                                                                                                                                                             | Az ismétlődő agresszív kitörés ereje messze felülmúlja azt, amit egy provokáció vagy egy pszichoszociális stressz indokolna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| <b>Diszruptív hangulatszabályozási zavar</b>                                                                                                                                    | <b>Időszakos robbanékonyági zavar</b>                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>C kritérium</i>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| A kitörések átlagosan 2-3-szor fordulnak elő hetente.                                                                                                                           | Az ismétlődő agresszív kitörés nem előre megfontolt (tehát impulzív, és harag által motivált), és nincs konkrét célja (például nyereségvágy, hatalomvágy vagy mások megfélemlítése).          |
| <i>D kritérium</i>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| A kitörések között az alany olyan mértékben ingerlékeny és haragos, hogy arra környezete felfigyel (szülők, tanárok, barátok).                                                  | Az ismétlődő agresszív kitörések erőteljes distressz állapotába hozzák az alanyt, vagy jelentős életvezetési zavarokat idéznek elő, egyúttal negatív anyagi és jogi következményekkel járnak. |
| <i>E kritérium</i>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| A fenti tünetek legalább egy évig fennállnak, anélkül, hogy ez alatt három hónaposnál hosszabb szünet állna be.                                                                 | Az alany legalább 6 éves, vagy azzal egyenértékű a biológiai kora.                                                                                                                            |
| <i>F kritérium</i>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| Az A–D kritériumoknak teljesülnie kell legalább három környezetben: otthon, iskolában és baráti közösségben. Ezek közül legalább egyben súlyos formában kell meg nyilvánulniuk. |                                                                                                                                                                                               |
| <i>G kritérium</i>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |
| Az első diagnózis nem állítható fel 6 éves kor előtt vagy 18 éves kor után.                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |

*Forrás:* American Psychiatric Association 2013, 156. (hangulatszabályozás zavar), 466. (időszakos robbanékonyág)

Hogy a táblázat ne legyen nagyon féloldalas, a diszruptív hangulatszabályozási zavar H–K kritériumait táblázaton kívül foglaljuk össze. A tüneteknek 10 éves életkor előtt meg kell nyilvánulniuk (H), nem állhat fenn a bipoláris zavar mániás szakaszának (I) vagy a depressziónak (J) a diagnózisa, és a tünetek nem magyarázhatók a más zavaroknál is felsorolt okokkal (drog stb.) (K).

A két zavar leírása, bár másféleképp van strukturálva, csaknem teljesen átfed egymással. A diszruptív hangulatszabályozási zavar A kritériuma az időszakos robbanékonyág zavar A és B kritériumának összevonásaként hat, a gyakorisági és időtartambéli kritériumok csaknem teljesen megegyeznek stb. Az egyetlen különbség, hogy a diszruptív hangulatszabályozási zavar leírásából hiányzik a nyereségvágy hiányára vonatkozó kitétel, de a tünetek felsorolását követő leírásban a kitöréseket frusztrációval hozzák összefüggésbe, ami többnyire nem nyereségvágyból következik be. A betegségek csoportbesorolása tehát eltér ugyan, de ezt ellensúlyozza, hogy az időszakos robbanékonyági zavar gyakran komorbid a depresszióval, (MEDEIROS et al. 2018) aminek megjelenését megelőzi (COCCARO 2003) (mintegy előre jelzi); sőt a depresszióban tapasztalt dühkitörések rendkívül hasonlóak az időszakos robbanékonyági zavar tüneteivel. (FAVA–KENDLER 2000)

Röviden: két olyan zavarról van szó, amelyek leírása szinte megegyezik. Az egyik a depressziós zavarok közé tartozik, a másiknak nagyon sok köze van a depresszióhoz. A két zavar szinte kizárólag alanyaik életkorában különbözik: az egyik gyermek- és kamaszkorban diagnosztizálható, a másik elsősorban felnőttkorban. Megkockáztatjuk, hogy a két zavar olyan embereket jellemez, akik kora gyermekkoruktól kezdve túldimenzionálják a provokációk jelentőségét és az erre adott válaszukat, ennél fogva kockázatot jelentenek az erőszakos bűnelkövetés szempontjából. A két zavar között nincs olyasféle DSM-ben rögzített folytonosság, mint a viselkedés zavar és az antiszociális személyiségzavar között, de ez talán annak is tulajdonítható, hogy a diszruptív hangulatszabályozási zavar a DSM-5-ben jelent meg először, így tanulmányozása még gyermekcipőben jár.

### *Impulzuskontroll személyiségzavarban*

Az antiszociális személyiségzavarnál és előzményénél, a viselkedészavarnál, valamint a borderline személyiségzavarnál láttuk, hogy a tünetek között szerepel az impulzivitás és ingerlékenység, azért az alanyok egy része sokszor úgy nyilvánul meg, mint egy impulzuskontrollban szenvedő beteg. Akinél ezek a tünetek fennállnak (mint fent láttuk ez nem „kötelező”), egyes

helyzetekben úgy viselkednek, mintha impulzuskontroll-zavaruk lenne, más helyzetekben viszont megjelenik az a fajta érzéketlen, nyereségvágyó stb. személyiség, amiről fent írtunk.

### *Bipoláris zavar*

A bipoláris zavarral ugyanaz a problémánk, mint lentebb lesz a skizofréniával. Egy súlyos zavarral van dolgunk, amelynek tárgyalása tapintatot igényel, hogy kivédjük a megbélyegzés veszélyét, amely a bűnelkövetés kockázatától függetlenül is fenyegeti a betegeket. A megbélyegzés megnehezíti, hogy a beteg orvoshoz forduljon, ami rontja a gyógyulás esélyét. Ez különös hangsúlyt kap egy olyan betegségnél, amelynél nagy az öngyilkosság veszélye. Ezzel együtt a bipoláris zavar bűnelkövetési kockázata viszonylag magas. Különböző tanulmányokban a betegség 2–9-szeresére növelte az erőszakos bűnelkövetés kockázatát a lakossági átlaghoz képest. (FAZEL et al. 2010a) A kockázat elsősorban azoknál jelentkezik, akik egyúttal alkoholt is fogyasztanak, és sok bipoláris páciens fogyaszt alkoholt, hogy enyhítse tüneteit. (CRUM 2013; FARREN–HILL–WEISS 2012)

A bipoláris zavart az különbözteti meg a depressziótól, hogy két szakasz váltakozásából áll; innen származik a neve is. A depressziós szakasz leírása a DSM-ben a következő:

- *A kritérium:* az alábbi tünetek közül legalább öt megfigyelhető minimum két héten keresztül.
  1. Nyomott hangulat (szomorúság, belső üresség és reménytelenség érzete).
  2. Az örömet szerző tevékenységek iránti érdeklődés elvesztése.
  3. Testsúlycsökkenés vagy -gyarapodás, a megfelelő étvágyváltozással.
  4. Nyugtalanág vagy passzivitás.
  5. Fáradtságérzet, energiavesztés érzete.
  6. Fölöslegesség érzete és indokolatlan bűnbánat.
  7. A gondolkodási és összpontosítási képesség csökkenése.
  8. Foglalkozás a halál gondolatával és az öngyilkossággal.

A *B és C kritérium* a szokásos kitételekre vonatkozik: az életviteli zavarokra, illetve az alternatív magyarázatok kizárására.

A mániás szakasz tünetei a következők:

- *A kritérium:* Abnormálisan és tartósan emelkedett hangulat, ingerlékenység, tevékenységkényszer és energikusság. Ez legalább egy hétig tart.

- *B kritérium:* Legalább három megfigyelhető az alábbiak közül:
  1. Infláldott önértékelés és a grandiózusság érzete.
  2. Alvásigény erős csökkenése.
  3. Beszédkényszer.
  4. Rohanó gondolatok.
  5. Összpontosítás zavara.
  6. Erős célirányos tevékenység (irányulhat társas életre, munkára vagy szexre), vagy pszichomotoros nyugtalanság, céltalan tevékenység-kényszer.
  7. Kellemetlen következményekkel járó viselkedések túlsúlyba kerülnek (meggondolatlan vásárlás, szexuális indiszkrécio stb.).

A *C és D kritérium* a szokásos kitételekre vonatkozik: az életviteli zavarokra, illetve az alternatív magyarázatok kizárására.

A fenti tünetek bárkinél megjelenhetnek rövidebb-hosszabb ideig. Ami a bipoláris zavart megkülönbözteti a múltó szomorúságtól az, hogy a beteg csaknem mindennap így érez, a napnak csaknem teljes ideje alatt. Ráadásul a fenti tartósságkritériumok némileg félrevezetőek. A 2, illetve 1 hét nem a betegség időtartamára vonatkozik, hanem az egyes szakaszok minimumtartamára. A bipoláris zavar, ha nem kezelik, évekig tart, ami alatt az általában 1–3 hónapos depressziós szakaszokat 1–2 hetes mániás szakaszok szakítják meg.

A bipoláris zavart korábbi DSM-változatok és a köznyelv is mániás depresszióknak nevezi, ami szinte „hívószóként” hat a közönségre, ha bűnelkövetéssel hozzák összefüggésbe. A mániás depressziót általában valamilyen „sötét” erőszakhoz kötik. Ebben valószínűleg szerepet játszik a mánia kifejezés, amit a köznyelvben egyfajta rögeszmés gondolkodásnak szoktak értelmezni. Mint fent tisztáztuk, nem erről van szó, és a veszély sem olyan nagy, mint általában gondolják. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a bipoláris zavar megnövekedett bűnelkövetési kockázattal jár, elsősorban a mániás szakaszban. A beteg önmagára is veszélyes, elsősorban a depressziós szakaszban.

### *Poszttraumásstressz-zavar*

A mentális zavarok kialakulása – akár csak a bűnelkövetése – egy sereg olyan kockázati tényezőre vezethető vissza, amelyek egyenkénti súlya és egymás közötti viszonya nem teljesen tisztázott. A poszttraumásstressz-zavar kivételt

képez: pontosan tudjuk, hogy egy traumás esemény idézi elő. Ez képezi a zavar leírásának *A kritériumát*. A trauma egy olyan helyzet, amelyben:

1. az alany közvetlenül szembesül a halállal vagy az élet elvesztésének veszélyével;
2. súlyos sérülést szenved el, vagy szexuális erőszak veszélyének van kitéve;
3. közvetlen hozzátartozóját vagy barátját éri a fentiekhez hasonló katasztrófa;
4. traumaként élheti meg továbbá a rendőr vagy egészségügyi szakember, ha leszakadt végtagokat kell összegyűjtenie egy baleset vagy bűntett helyszínén, vagy ha gyakran szembesül gyermeket ért szexuális erőszakkal.

A DSM-5 szerint ez a trauma átélésének négy módja. Gyermeknekél a trauma akkor is kialakulhat, ha nem voltak szemtanúi az eseménynek, de megtudják, hogy szüleiket katasztrófa érte. A korábbi változatok (például a DSM-IV-TR) feltételül szabták, hogy a traumás stressz átélője védtelennek érezze magát az adott helyzetben. Ez a DSM-5-ből kikerült, talán azért, mert magától értetődő. A legnagyobb veszély sem traumatizálhat, ha ellenőrzésünk alatt tartjuk.

Bár oknak tűnik, a trauma is pusztán egy kockázati tényező. Minden traumának van olyan elszenvedője, aki egy múltó zaklatottsági fázis után normálisan éli tovább az életét, és vannak, akiknél kialakul a zavar. Az ellenálló képességet genetikai tényezők és korábbi életesemények együttesen határozzák meg.

A *B kritérium* a traumás esemény önkéntelen felidézésére vonatkozik. Ez megjelenhet egyszerűen a memórianyom felszínre törésében vagy álmokban, de pszichózishoz hasonló tünetekben is: a beteg hirtelen úgy érzi, mintha ténylegesen visszakerült volna a traumás helyzetbe (mintha megint füttyülnének füle mellett a golyók, vagy égne fölötte a ház). Mindez pszichikailag is és fizikailag is felzaklatja: újra és újra erős stresszt él át.

A *C kritérium* a traumás emlékek elnyomásának módozataira vonatkozik; a beteg igyekszik elnyomni emlékeit, illetve kerüli azokat a helyeket, embereket vagy eseményeket, amelyek felidézhetik benne a traumás eseményt.

A *D kritérium* a trauma negatív pszichikai következményeit sorolja fel. Ezek: amnézia, amely elsősorban a traumára vonatkozik, az önértékelés zavara („rossz vagyok”), a világgal szembeni bizalmatlanság („a világ veszélyes hely”), indokolatlan önvád a traumával kapcsolatosan, és egy

tartós negatív lelki állapot (félelem, harag, szégyen). Továbbá a beteg kivonja magát olyan tevékenységekből, amelyek fontosak, elidegenedik környezétől, és képtelen pozitív élményeket átélni.

Az *E kritérium* azt írja le, hogy a beteg ingerlékeny és dühkitörései vannak, vakmerő, hajlamos az önpusztításra, állandóan résen van (figyel a potenciális veszélyekre), nem képes rendesen koncentrálni semmire, és rosszul alszik.

Végül az *F kritérium* szerint a tünetek legalább egy hónapig kell tartanak. A *G és H kritérium* a szokásos „biztonsági” kikötéseket tartalmazza (a beteg rosszul érzi magát, és a tünetek nem magyarázhatók jobban valami mással). Itt is megjegyezzük, hogy fenti egy hónap nem a betegség időtartamára vonatkozik, pusztán azt rögzíti, hogy a pszichiáternek mikortól érdemes komolyan venni a tüneteket.

A tünetek nem jelennek meg azonnal a trauma után. Az eseményt egy zavaros, főleg szorongással jellemezhető periódus követi (a heveny stressz-zavar; DSM kód: 308.3 – F43.0), amely azonban nagyjából egy hónapon belül elmúlik, és az alany pszichikailag rendbejön. A poszttraumás tünetek 3–6 hónappal később jelennek meg, amikor már úgy tűnhet, hogy az illető „megúsztá”. Van egy természetes gyógyulási folyamat, ha azonban ez nem következik be egy éven belül, nagy az esélye annak, hogy a tünetek soha nem múlnak el. A Vietnámból hazatérő amerikai katonák negyven évvel később még mindig e zavarban szenvedtek. (CORRY–KULKA–FAIRBANK 2016)

A fenti leírás érzékelteti, hogy a zavar nagyon összetett. Keverten jelennek meg benne az agresszivitás, szorongás, depresszió és pszichózis tünetei úgy, hogy mindehhez zaklatott lelkiállapot társul. Természetesen nincs, vagy nagyon ritka az a beteg, aki az összes fenti tünetet produkálná. Az A, B, és C kritérium tünetei közül egy-egy, a káros pszichikai következményeket felsoroló D és E kritérium tünetei közül pedig két-két tünet szükséges ahhoz, hogy a diagnózis érvényes legyen.

Hogy egy kicsit színesítsük a fenti szikár leírást, adunk néhány példát arra, hogy a tünetek hogyan jelennek meg a valóságban. A fenti felsorolásból valószínűleg az „állandóan résen van” kifejezés tűnik a legártalmatlanabbnak. Ez az eredeti szövegben „vigilance”-ként szerepel, ami elővigyázatosságot jelent. Nos, háborús veteránok körében ennek egyik tünete a fegyverek gyűjtése. Van olyan veterán, aki 40 fegyvert halmozott fel lakásán, (HEINZ et al. 2016) mintegy felkészülve bármi rosszra, ami a jövőben érheti. A poszttraumás tévképzetek, furcsa gondolatok és hallucinációk könnyen agresszióba torkollhatnak. Egy katona például azt képzelte, hogy

lőnek rá, ezért lövéseket adott le szomszédja házára. (ZEPINIC 2017) Végül meg kell jegyeznünk, a depressziószerű lehangoltság és reménytelenségérzet sok beteget kerget öngyilkosságba. (TARRIER–GREGG 2004)

Már a fentiekből is kikövetkeztethető, de felmérések is igazolják, hogy a zavar jelentős kockázata az erőszakos bűnelkövetésnek (WOJCIECHOWSKI 2017) és a bűnismétlésnek, (STONE 1993) ami valószínűleg a zavar tartósságából és a kezelés rossz hatékonyságából ered.

### *Pszichózissal járó zavarok*

A pszichózis lényege, hogy alanya bizonyos mértékig elveszti kapcsolatát a valósággal. Nem arról van szó, hogy ne érzékelné környezetét, de olyasmiket is lát, hall és gondol, amit rajta kívül senki más nem tart valóságosnak. A pszichózist elsősorban a skizofréniával azonosítják, de nem csak ebben a mentális zavarban alakulhat ki. Viszonylag gyakori a depresszióban, bipoláris és poszttraumásstressz-zavarban is. A disszociatív zavarokat is a pszichózis egy formájának tekinthetjük. Ilyen például a deperszonalizációs zavar (300.6 – F48.1), amelyben valaki önmagával veszíti el a kapcsolatot. A pszichózist mégis a skizofrénia tüneteinek keresztül mutatjuk be, mert a bűnelkövetéssel kapcsolatban ez a leggyakrabban kutatott zavar.

A skizofrén egyénnek téveszméi vannak, hallucinál, nehezebb beszélni, mozgása szétesik, érzésvilága elszárazodik, és gyengül akarata. Ez az *A kritérium* öt tünete, amely közül kettőnek kell fennállnia legalább egy hónapon keresztül. Az első két tünet a pszichózis lényegét ragadja meg, ezért részletesebben írjuk le.

A hallucinációk során a beteg főleg hangokat hall, bár a képi hallucinációk sem ritkák. Alapesetben azonban a beteg felszólításokat kap egy testetlen hangtól. A hang lehet barátságos vagy ellenséges, sőt, egy rokon hangja is lehet. A hanghoz való érzelmi viszonytól függ, hogy a beteg engedelmeskedik-e a felszólításnak. A buzdítások sokfélék lehetnek. Ha a legendának hihetünk, Csontváry egy természetfölötti hang hatására kezdett el festeni. A hang buzdíthat ugyanakkor akár gyilkosságra is.

A téveszme többnyire „üldözési mánia” jellegű. A beteg úgy érzi, hogy meglopják, áskálódnak ellene, vagy életére törnek. A téveszme néha kitágul: a beteg úgy véli, hogy világméretű összeesküvés irányítja az életét; a „sötét erők” gondolatokat vagy miniatűr gépeket ültetnek el az emberek fejében, köztük a sajátjában.

A beteg ezeket a gondolatait megfogalmazza, de gyakran nagyon szövevényes, repetitív módon, és néha összefüggéstelenül (harmadik tünet). A leg súlyosabb mozgászavar a katatón skizofréniához kapcsolódik, amellyel nem foglalkozunk. A betegség nagyon megnehezíti a beteg életét (*B kritérium*). A diagnózishoz a zavarnak legalább fél éven keresztül fenn kell állnia, ez alatt a tünetek súlyosnak kell lenniük legalább egy hónapon keresztül (*C kritérium*). A súlyos periódusok között a tünetek enyhék, vagy pusztán az érzelmi elsivárosodás és akaratgyengülés fedezhető fel. Az is előfordul (főleg korai szakaszokban), hogy a rohamok között egy külső szemlélő nem tudja megkülönböztetni a beteget az egészségestől. A diagnózis felállításához ki kell zárni egy sereg más zavart (*D kritérium*), például olyanokat, amelyekben a pszichózis járulékosan előfordulhat, de olyanokat is, amelyekben a beteg kommunikációja és viselkedése félrevezető lehet (ilyen például az autizmus).

A zavar korán – többnyire kamaszkorban – és fokozatosan alakul ki. Az első tünetek nagyon hasonlíthatnak a depresszióhoz. Ahogy a zavar fejlődik, további tünetek is megjelennek: a beteg elidegenedik szociális környezetétől, felnőttkorára pedig értelmi képességei fokozatosan romlani kezdenek. Néhány skizofrén spontán javul, vagy akár meg is gyógyulhat, a többségnél azonban a zavar haláláig tart, viszont tünetei jól kezelhetők. A tünetek azonban hamar visszatérnek, ha a gyógyszeres kezelés félbeszakad.

A skizofréria sokféle büntettet eredményezhet, de roham alatt a beteg nem fogja fel sem azt, hogy mit tesz, sem azt, hogy az rossz. Sőt téveszméi vagy hallucinációi hatására azt képzelheti, hogy saját életét védelmezi, vagy a világot menti meg egy katasztrófától. Így a skizofréria – illetve a pszichotikus állapot általában – mentesíthet a jogi felelősségtől, ha a büntetettre a roham alatt kerül sor, és a tünetek hatására következik be.

## *Mentális zavar és felelősség*

A pszichózis kivételével, ahol ez a kérdés nyilvánvaló, a mentális zavarok ugyanúgy felvetik a felelősség kérdését, mint ahogy felvetik a bűnelkövetés objektív kockázatait is. Két álláspont küzd egymással. Az első álláspont képviselői gyanakvással tekintenek a mentálisan zavartakra, egyfajta időzített bombának tartják őket. Ez az álláspont főleg a közvéleményre és a médiára jellemző, de sok kutató is osztja. A másik álláspont (METZL–MACLEISH 2015) szerint a mentális zavar *nem* jelent bűnügyi kockázatot.

A zavar és a büntett közötti kapcsolatot két érveléssel szokták kétségbe vonni: 1. a mentálisan egészséges emberek is követnek el büntetetteket; 2. a mentálisan zavartak többsége nem követ el ilyesmit. Mindkét érvelés hibás. Bárki elkövethet büntetetteket, de nem mindegy, hogy ennek mekkora az esélye. Erőszakos büntetetteket a skizofrén betegek négyszer, a depressziós betegek nagyjából kétszer gyakrabban követnek el, mint a mentálisan egészséges emberek. Amikor pedig a depressziót és a bipoláris zavart hasonlították össze, kiderült, hogy az utóbbi négyszer kockázatosabb, mint az előbbi. (BLANCO et al. 2018) A skizofrén betegek emellett tízszer nagyobb valószínűséggel követnek el gyilkosságot (ennek tehát nagyobb a kockázata, mint az „egyszerű” erőszakos büntettné, lásd fent), mint a nem skizofrének. (ERONEN–TIIHONEN–HAKOLA 1996) További statisztikák mellőzésével kijelenthetjük, hogy az előző alfejezetben bemutatott valamennyi mentális zavar elszenvedője nagyobb kockázatot jelent bűnelkövetési szempontból, mint azok, akik nem szenvednek mentális zavarban. Ezek tények.

A tények ellenére, a lényegét illetően azoknak van igazuk, akik a mentális zavarok „dekriminalizálása” ellen küzdenek. Hogy ezt megvilágítsuk, a fent idézett legnagyobb kockázatnövekedést összevetjük egy átlagos EU-tagország statisztikáival. Egy ilyen tagország 100 000 lakosára évente kettő gyilkosság esik. Ha a gyilkosság esélye skizofrénekénel megtízszereződik, akkor 100 000 skizofrén évente húsz gyilkosságot fog elkövetni. A növekmény óriási (tízszeres), de ez nem feledtetheti azt a tényt, hogy 99 980 skizofrén (amennyi marad a 100 000-ből) *nem* követett el gyilkosságot. Ha a fenti adatokat felszorozzuk a várható bűnelkövetői karrier hosszával (tehát nem éves bontásban adjuk meg), az elkövetett gyilkosságok száma változik, de az arány alig. Röviden: ha megbélyegezzük a skizofrénekét, az elsöprő többség esetében ez igazságtalan lesz.

A fentiekből valószínűleg kiderült, hogy azokkal rokonszenvezünk, akik védik a mentálisan zavart embereket. A legfontosabb kérdésekben igazuk van. Sőt, a mentális zavar kriminalizálása rejtőzködővé teszi a betegeket, amivel nem csökkentjük, hanem növeljük a bűnelkövetés kockázatát, mert megfosztjuk a beteget a gyógyulás esélyétől. A probléma szőnyeg alá söprését mégsem látjuk célravezetőnek. Bizonyos zavarok esetében az érintettek elsöprő többsége soha nem követ el büntetetteket; és a bűnözés még a legveszélyesebb zavarok (például pszichopátia) esetében sem „kötelező”. A bűnelkövetők körében mégis többségben vannak azok, akik mentálisan zavartak (mint fent láttuk), mert a büntett elkövetésének esélye náluk nagyobb, mint másoknál. Ezen nem segítünk azzal, hogy hallgatunk

róla. A kriminálpszichiátriával, ezzel a meglehetősen új tudománnyal tehát mindenképpen foglalkoznunk kell. Az alábbiakban azt fogjuk megvizsgálni, hogy e tudomány miképpen segítheti a rendőri munkát – a felelősség kérdésétől függetlenül.

## A kriminálpszichológia rendészeti alkalmazásai

Fent pszichiátriai alapismeretekkel láttuk el az olvasót, elsősorban bűnelkövetési oldalról közelítve meg a kérdést. Miután ezt a munkát elvégeztük, arról kell számot adnunk, hogy miért tettük ezt. A rendészet alkalmaz pszichológusokat, helyel-közzel pszichiátereket is, és ha szükséges, a rendészeti szakembernek módjában áll külső szakértőket bevonni az eljárásba. Ez elegendő is volna, ha a mentális zavarok ritkán fordulnának elő az elkövetők között. Fent láttuk azonban, hogy az elkövetők többsége mentálisan zavart, sőt bizonyos bűntettek esetében mindenki, sőt, mindenki többszörösen.

A mentálisan zavart elkövetők nagy aránya két lehetőséget vet fel:

1. minden rendőr mellé beosztunk egy pszichológust (pszichiátert); vagy
2. lehetővé tesszük, hogy a rendőr megszerezze azokat az ismereteket, amelyekre szüksége van. Könnyen lehet, hogy ez visszatetszést kelt. Hogyan vehetné át egy rendőr a pszichológus vagy pszichiáter szerepkörét? Nos, ha ebből a szempontból közelítjük meg a kérdést, akkor a rendőr tulajdonképpen semmiféle munkára nem lehet alkalmas. Példának a jogot hozzuk fel. A jognak ugyanúgy szakemberei vannak, mint a pszichológiának vagy a pszichiátriának. Mivel minden büntett alapvetően jogi kérdés, itt is két lehetőség vetődik fel: 1. minden rendőr mellé beosztunk egy büntetőjogászt (a pszichológussal együtt már hárman lennének); vagy 2. ellátjuk a rendőrt a munkája végzéséhez szükséges jogi ismeretekkel. Nem arra képezzük ki a rendőrt, hogy képviselje a vádat, a védelmet, vagy ítélkezen. Annyi jogi ismerettel látjuk el őt, amennyi szükséges ahhoz, hogy elvégezze munkáját. A pszichiátriai ismereteket is ebből a szempontból kell megközelítenünk. A rendőrnek nem kell alkalmassá válnia arra, hogy diagnózisokat állítson fel bonyolult esetekben, vagy kezelésben részesítse a bűnelkövetőt. Pszichiátriai ismeretekre azonban szüksége van, ha jól szeretné ellátni a munkáját.

A fenti álláspont felveti az „amatőr” és a „profi” közötti versengés képzetét, amihez nagyon óvatosan kell közelíteni egy olyan mesterség esetében, amellyel szemben a professzionalizmus erős társadalmi elvárás.

Dokumentálható, hogy az „amatőröknek” van esélye ebben a versenyben. Egy tanulmány profi profilozókat (kriminálpszichológusokat) versenyeztetett meg tapasztalt nyomozókkal, akiknek nem volt pszichológiai végzettsége. (PINIZZOTTO–FINKEL 1990) Az derült ki, hogy a szexuális bűntettek esetében a profik jobbak voltak, gyilkossági esetekben azonban a két csoport nagyjából egyformán jól teljesített. Egy ilyen provokatív tanulmányt természetesen sok hasonló követett, és a tapasztalatok összegzése (csaknem húsz évvel később) (KOC SIS–MIDDLEDORP–KARPIN 2008) arra utal, hogy a profilozók mégiscsak jobbak, mint a tapasztalt nyomozók – természetesen csak akkor, ha a profilozást vesszük alapul. A nyomozó nyomozzon, a kriminálpszichológus profilozzon – mondhatnánk tehát. A kérdést azonban minden hasonló tanulmányban rosszul tették fel. Nem az a kérdés, hogy a profi profilozó jobb-e a profilozásban, mint a profi nyomozó. Őszintén reméljük, hogy a profilozó jobban ért a saját szakmájához. A valódi kérdés azonban az, hogy a profi nyomozó jobb nyomozó lesz-e az által, hogy a pszichológiában és pszichiátriában jártasságot szerez? Erre a kérdésre a szakirodalomban nem találtunk választ. Azt azonban le kell szögeznünk, hogy a cél nem a pszichiáterek és rendőrök versengése. Ismét csak a jogot hozva fel példának: nem várjuk el a rendőrtől, hogy jobban ítélkezzen, mint egy bíró. Azt várjuk el tőle, hogy a jogot helyesen alkalmazza saját munkája során. Az analógiát átemelve a pszichiátria témájába: nem szabad elvárnunk a rendőrtől, hogy jobban értsen a pszichiátriához, mint egy pszichiáter. Célul tűzhetjük ki azonban azt, hogy képes legyen munkája közben pszichiátriai ismereteket felhasználni. Ennek lehetséges szintjeiről értekezünk az alábbiakban.

### *Első szint*

Meggyőződésünk, hogy a rendészettel foglalkozók számára már pusztán az is segítség, ha rájönnek: az elkövetők között sok a mentálisan zavart. Sokkal többen vannak, mint ahogy a legpesszimistábbak sejtették volna. További hasznos reveláció lehet az is, ha tisztázódik számukra, hogy a mentálisan zavartak nem értelmi fogyatékosok. Ha például a pszichopata értelmileg fogyatékos volna, könnyen el lehetne fogni, de nem az; sőt, még az is lehet, hogy kivételesen intelligens. Ugyanez elmondható a bipoláris, autista, időszakosan robbanékony vagy a szexuálisbűn-elkövetőről is.

Az egyes zavarok leírása – önmagában és minden további segítség nélkül – specifikus ismeretekkel is ellátja a rendészeti szakembert, ami

hozzájárulhat ahhoz, hogy ügyesebben lássa el feladatát. A fenti leírásokból például eléggé nyilvánvalóan kiderül, hogy a zavar befolyásolja azt, ahogyan az elkövető gondolkodik, ahogy szándékai kialakulnak benne, és ahogyan viselkedik. Egy nárcisztikus imádja magát, a depressziós ezzel szemben nagyon rossz véleménnyel van magáról. Ez utóbbi egy büntetett alkalomadtán már azért is hajlandó magára vállalni, mert önmagát okolja mindenért. A nárcisztikus lehet, hogy keményen tagad a kihallgatáson, de a büntetettel dicsekedni fog cellatársának, aki esetleg ellene vallhat, mert benne is lehet némi nárcisztikus vonás, és senki sem utál jobban egy önimádót, mint egy másik önimádó. Ha valaki kihallgatáson nagyon bizarr nyilatkozatokat tesz, például túl sokat lovagol összeesküvés-elméleteken, felmerülhet a gyanú, hogy pszichotikus. Ezzel kapcsolatban már pusztán a fentiek elolvasása világossá teszi, hogy vallomása megbízhatatlan, de az is kiderül a fentiekből, hogy egy ilyen zavar elég jó hatásfokkal kezelhető, és az illető akár néhány napon belül is megbízható vallomásokat tehet – ha szakértő kezébe kerül, és itt szakértőn természetesen pszichiátert értünk. Ha valaki soha nem követett el más büntetett, mint azt, hogy „visszaütött”, ezt viszont nagyon gyakran tette, valószínű, hogy időszakos robbanékonysági zavarban szenved. Az ilyen emberek hajlamosak a bűnbánatra (könnyen vallanak), ugyanakkor állapotukon segíteni lehet, pszichoterápiával ugyanúgy, mint gyógyszerekkel. Ha viszont bűnlajstromán a dühkitörések mellett előre megfontolt büntettek is szerepelnek, például fegyveres rablás, akkor az illető már valószínűleg antiszociális személyiségzavarban szenved. Ha így van, lelkiismeretére lehetetlen hatni, ugyanakkor nagyon érzékeny lesz minden olyan ajánlatra, amely az érdekeit veszi célba. Ha valaki figyelmesen átolvassa a mentális zavarok fenti leírásait, és elgondolkodik rajtuk, önmaga is levonhat nem egy olyan következtetést, amivel rendészeti munkáját segíteni tudja.

## *Második szint*

A kriminálpszichiátria több mint tíz évvel ezelőtt kezdte el körvonalazni saját szerepét a rendészettudományon belül. (ARBOLEDA-FLÓREZ 2006) Fel szerette volna tární a bűnelkövetés és a mentális zavar közötti kapcsolatot, foglalkozni szeretett volna azokkal a mérőeszközökkel, amelyekkel a büntetőjogi felelősség kérdése megállapítható, továbbá az elítélt bűnözők börtönbeli kezelésének kérdésével, és azzal, ahogyan a társadalom

viszonyul a mentális zavarokhoz. Már az első tanulmányok is tökéletesen tisztában voltak azokkal az etikai dilemmákkal is, amelyeket a kérdés felvet, és amelyekkel fentebb mi is foglalkoztunk. Az alapvető célok azóta sem változtak, és bár kétségtelen előrelépés is tapasztalható minden területen, a kriminálpszichiátria még ma is távol áll attól, hogy „kész” tudomány legyen. Akkor érné el igazán célját, ha „recepteket” szolgáltatna: ha tájékoztatná a rendészeti szakembereket arról, hogy bizonyos zavarok tüneteit mutató bűnelkövetőkkel hogyan kell bánni az eljárás különböző fázisaiban. Más szóval: akkor lenne igazán hasznos, ha nem a rendőrré lenne bízva, hogy kitalálja a tudományt, hanem az már ki lenne találva. Ezzel kapcsolatban két dolgot érdemes megjegyezni: 1. A pszichiátria és bűnelkövetés összeházasítása eléggé bonyolult ahhoz, hogy még jó ideig ne legyen elég receptek szerint eljárni. A rendészeti szakember intuíciójára és kreatív hozzáállására valószínűleg még hosszú ideig szükség lesz. Ez egyben azt is jelenti, hogy jelenleg és még jó ideig nem lesz elegendő a recepteket megismerni; szükség lesz az alapismeretekre és azok gondolkodásalapú felhasználására. Ez a fejezet az alapismereteket közvetíti. 2. A másik dolog, amit ki kell emelnünk az, hogy a kriminálpszichiátria jelenleg önmagát találja ki. Nagyon sokan lelkesednek érte, megszülettek első jelentős alkalmazásai is, de még korántsem tartunk ott, hogy egy jól kidolgozott tudománnyal legyen dolgunk. Ez egyrészt újra aláhúzza azt az igényt, hogy a rendészeti szakember kreatívan vegyen részt ebben a folyamatban, ugyanakkor azt is, hogy követnie kell a szakirodalmat, hogy mintegy röptében szívja magába az új felismeréseket. A jelen helyzetben – és a könyv terjedelmi kereteit szem előtt tartva – nem vállalkozhatunk többre, mint néhány felismerés bemutatására, amivel mintegy kedvet próbálunk csinálni az ilyen irányú ismeretek bővítéséhez.

A példák elsőnek felhozott csoportja a profilozásnak egy új ágához, a klinikai profilozáshoz kapcsolódik. Több mint kétszáz francia gyilkos vizsgálatából kiderült például, hogy a mentálisan zavartak csaknem ötször gyakrabban fordultak pszichiáterhez a gyilkosságot megelőzően, mint a mentálisan nem zavart gyilkosok. (RICHARD-DEVANTOY et al. 2016) Ez két következtetésre ad okot: 1. a mentális zavarra az alanyok maguk is felfigyeltek, és az ellen megpróbálták felvenni a harcot; 2. a pszichiátereknek nem tűnt fel, hogy pácinseik társadalmilag veszélyesek, vagy nem voltak meg az eszközeik ahhoz, hogy egy ilyen gyanúnak hangot adjanak. Talán pusztán ennek a tanulmánynak az alapján is fel lehet jegyezni a kriminálpszichiátria feladatai közé, hogy a hasonló helyzetekre fel kell készülnie. Meg kellene teremteni

a lehetőségét annak, hogy aki mentális problémákkal fordul orvoshoz, ne csak zavarára nézve kapjon segítséget, hanem a büntett elkövetése ellen is védelmet nyerjen. Ez nemcsak a társadalomnak és a majdani áldozatnak, hanem a betegnek is érdeke. Egy másik tanulmány szexuális gyilkosokat és szexuális sorozatgyilkosokat hasonlított össze. Míg az előzőknél elsősorban impulzuskontroll-zavarok voltak túlsúlyban, amit a droghasználat súlyosbított, az utóbbiaknál elsősorban szexuális zavarokat lehetett diagnosztizálni. Következtetés: bár a büntett rendkívül hasonlóknak tűnik, a háttérben néha teljesen más pszichiátriai tulajdonságokat találunk, és rendészettudományi szempontból – akár az elkövető kezelése szempontjából is – egyáltalán nem mindegy, hogy milyen.

A mentális diagnózisok kihallgatás-lélektani szempontból is rendkívül fontosak. Több olyan mentális zavar is van, amely érzékennyé teszi a beteget a befolyásolásra, ami hamis tanúvallomásokat eredményezhet. (LEO 2009) Az értelmi fogyatékosok olyasmibe egyezhetnek bele, amit nem is értenek, míg a depressziósokat az önvád viheti rossz útra. Még egy példa erejéig: a pszichopáták kihallgatásának teljesen más utat kell követnie, mint a nem pszichopátáénak. (PERRI 2011) A fő különbségek a nem pszichopátákhoz képest a következők:

1. Az érzelmekre és a felelősségre való utalás (empátia, bűnbánat, szociális kötelezettségek) értelmetlen. A kihallgatásnak a tényekre és a bizonyítékokra kell koncentrálnia. Ennek következménye, hogy a kihallgatást akkor kell megejteni, amikor már tényleges bizonyítékok gyűltekk össze, mert a bizonyítékok gyengeségét a gyanúsított a maga javára fogja fordítani (mert nem „buta”).
2. A kihallgatónak nem szabad saját érzelmeit kivetítenie a kihallgatottára, mert ugyanaz az esemény más hatást vált ki kettőjük közül (nem úgy kell gondolkodnia az elkövetőről, ahogy magáról gondolkodna).
3. A kihallgatottat sem lebecsülni, sem lekicsinyelni nem szabad. Tudni kell, hogy nagyon ügyesen hazudik, és manipulálni akarja majd a kihallgatót, ha pedig lekicsinyelik, vagy megvetéssel/haraggal kezelik, ellenségesse válhat, és megtagadja az együttműködést. A pszichopátától nagyon eltérően kell kihallgatni azt, aki impulzuskontroll-zavarban szenved, vagy depressziós. Mindketten fogékonyak az érzelmi ráhatásra, de míg egy időszakosan robbanékony embert *rá kell venni* arra, hogy információkat szolgáltatson, a depresszióست attól kell visszatartani, hogy igaztalanul vegyen magára bűnöt.

A példák sorát a skizofréniával zárjuk, amely nagyon megnöveli az erőszakos bűnelkövetés kockázatát, a skizofrének többsége mégsem követ el büntettet. Az elkövetés kockázatát azonban növeli, ha a beteg nem tartja be a kezelési előírásokat, vagy drogot fogyaszt, (FAZEL et al. 2010b) ha komorbid pszichopátiás tulajdonságai vannak, (LAAJASALO et al. 2011) vagy ha értelmi képességei elmaradnak az átlagtól. (AHMED et al. 2018) Amikor a bűnelkövetés vagy bűnismétlés kockázatát becsüljük fel, minderre tekintettel kell lenni. Ha a beteg hajlamos rá, hogy megfeledezzen a gyógyszerek beviteléről (sokszor szándékosan), vagy enyhén pszichopátiás (Hare-pontszámai nem érik el a küszöböt, de az átlagnál magasabbak), és ha intelligenciahányadosa jóval az átlag alatt van, akkor sokkal jelentősebb kockázatot jelent, mint ellenkező esetben.

### *Harmadik szint*

A fentiek azt sugallják, hogy a komorbiditások nemcsak léteznek, hanem lehet, hogy ezek jelentik a legnagyobb kockázatot. Lehet, hogy nem azt a kérdést kell feltennünk magunknak, hogy milyen mentális zavarban szenved valaki, hanem azt, hogy ezek milyen kombinációban fordulnak elő nála.

Érdekes, hogy ezt a fontos kérdést, kissé módosított formában, már negyven évvel ezelőtt feltették, bár a terület mostanában vesz igazán lendületet. Az Egyesült Államok Igazságügyi Minisztériuma bízta meg Edwin Megargee pszichológust, hogy próbáljon meg rendszert találni a rendszertelenségben, és rajzolja meg az elkövetők legfontosabb típusainak pszichológiai profilját. Megargee leleteit több publikációban foglalta össze. (MEGARGEE 1977; MEGARGEE–BOHN 1977; MEGARGEE 1993) Vizsgálódásainak alapjául a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-t (MMPI) választotta, amely a személyiségjegyek felmérésére szolgál, erős pszichopatológias irányultsággal.

Azt tapasztalta, hogy az általa megvizsgált sok ezer bűnöző között jócskán voltak mentálisan zavartak – sok komorbiditással –, de olyanok is, akikkel ilyen értelemben alig volt probléma. Legfontosabb felismerése az volt, hogy a patológias személyiségjegyek és mentális komorbiditások nem véletlenszerűen alakultak ki, hanem egy bizonyos rendszer szerint. Ezek alapján tíz, meglehetősen jól elkülöníthető bűnözőtípust tudott leírni. Alább súlyossági sorrendben összefoglaljuk a típusok lényeges tulajdonságait (Megargee elnevezéseinek felhasználásával), anélkül azonban, hogy

a pszichiátriai jellemzést részletesen leírnánk (ez nagyon hosszú lenne). Azt azonban kihangsúlyozzuk, hogy minden bűnözőtípus hátterében az MMPI-2 pontosan körvonalazott pontszámkritériumai állnak. Megargee leírta az elítélttel való bánásmód irányelveit is; ezeket is összefoglaljuk. Azt is jelezzük, hogy az egyes típusok milyen százalékban fordultak elő az elítéltek között.

*Item* (gyakoriság 19%): Pszichikailag stabil, jól működik mindenféle környezetben, mindössze a tekintéllyel és a hatósággal vannak konfliktusai. *Javasolt bánásmód*: pszichikailag „rendben van”, nem igényel különösebb figyelmet. Nincs szüksége nagyobb ráhatásra, mint a büntetés önmagában.

*Easy* (7%): Intelligens, stabil, jól nevelt középosztálybeli, aki könnyen alkalmazkodik, és vannak képességei. *Javasolt bánásmód*: rá kell bírni, hogy képességeinek hasznát vegye. Jó alanya a nevelési programoknak.

*Jupiter* (3%): Hátrányos helyzetű környezetből jön. Hátrányait képes ellensúlyozni, de gyakran van konfliktusa a börtönszeméllyel és társaival. *Javasolt bánásmód*: nevelési és szakképzési programokkal kell segíteni. Tanácsadásra van szüksége, hogy a jó úton elinduljon, és azon megmaradjon.

*Able* (17%): Megnyerő és népszerű, de impulzív és manipulatív. Középosztályból származik, teljesítményorientált. Jól boldogul a börtönben, de rossz tulajdonságai nem javulnak. *Javasolt bánásmód*: változtatni kell manipulatív attitűdjén. Humorral kell kezelni, és szembesíteni kell meszterkedéseinek negatív következményeivel.

*George* (7%): Kemény munkára képes, de szorongó és behódoló személyiség, amely deviáns környezetből származik. *Javasolt bánásmód*: meg kell ismertetni a létfenntartás és pénzkereset alternatív módozataival. Támogató hozzáállással kell kezdeni, amelyet racionális együttműködéssé kell alakítani, és nevelésben, valamint szakképzésben kell részesíteni.

*Baker* (4%): Szorongó, védekező, szűk látókörű, és dogmatikus gondolkodású. Hajlamos az alkoholizmusra, de más drogot nem fogyaszt. *Javasolt bánásmód*: szorongása kezelést igényel. Később kezelni lehet alkoholproblémáját, és nevelési programokba kell bevonni. Tanácsadásra van szüksége, hogy lesozokjon az önpusztító viselkedéstől.

*Charlie* (9%): Ellenséges, embergyűlölő, gyanakvó. Élettörténete alkalmazkodási problémákról, bűnözésről, alkoholról és drogokról szól. Elidegenedett, agresszív és antiszociális. *Javasolt bánásmód*: szoros felügyelet alatt tartandó. Következetességgel, igazságossággal és kitartással kell jó irányba terelni.

*Delta* (10%): Erkölcstelen, élvhajász és önző. Intelligens és manipulatív. Nem épít ki normális kapcsolatot társaival vagy a börtönszeméllyel.

Impulzív, szenzációhajász, és gyakran szegi meg a szabályokat. *Javasolt bánásmód:* el kell különíteni a nála gyengébb és könnyen kihasználható társaktól. Határozottan szembe kell szállni vele, de a javulás esélye csekély.

*Foxtrot (8%):* „Utcai keménylegény”, cinikus, antiszociális. Hátrányos helyzetű és deviáns környezetből jön. Súlyos bűnözői előélete van, rosszul alkalmazkodik a börtönhöz. *Javasolt bánásmód:* szoros felügyeletet igényel. Szocializációját társak bevonásával lehet fejleszteni. Kemény kézzel kell szembesíteni tettei következményeivel.

*How (13%):* Instabil, nyugtalan, zavart, igazi pszichiátriai eset. Minden környezetben rosszul működik, és nagyon sokféle hiányossága van. *Javasolt bánásmód:* pszichiátriai kezelésre van szüksége.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a rövid leírásokban újra és újra feltűnnek azok a tünetek, amelyekkel az olvasó fentebb már találkozott. Ez nem véletlen; a sommás leírások pszichiátriai zavarokat takarnak. Nem csak a „How” pszichiátriai eset; ő pusztán az, akinél a komorbiditások a legsúlyosabbak.

Az egyes típusok gyakoriságának összege 97% volt, tehát Megargee (1977) az elítéltek elsöprő többségét be tudta sorolni a fő típusok valamelyikébe. Vizsgálatát nem túl régen megismételték belga elítélteken, (SNEYERS et al. 2007) akik körében minden típus fellelhető volt, csak az arányokban voltak különbségek. Delta és Charlie gyakoribb, George ritkább volt, mint az amerikai mintában. A besorolás sikeressége sem volt olyan nagy, mint Megargee-nél, de még így is magas volt. Az MMPI-2-t később felhasználták szexuális bűnözők vizsgálatára, (DAVIS–ARCHER 2010) illetve különböző büntett-típusok elkövetőinek összehasonlító vizsgálatára. (SHECHORY–WEISS–WEINSTAIN 2013)

Bár az elképzelés régi, az elkövetők mentális zavar szerinti osztályozása még mindig gyermekcipőben jár, és alapkérdések várnak tisztázásra. Csak futólag felhozva néhányat: tisztázni kell, hogy a kulturális háttér hogyan befolyásolja ezt a bűnözői tipológiát. Nem tudjuk például, hogy ezek a bűnözőtípusok jelen vannak-e Magyarországon, és ha igen, milyen arányban? Tisztázni kell a büntett típusa és a bűnözői tipológia közötti viszonyt. Ez a munka már elkezdődött (lásd fent), és az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a típusok más arányban fordulnak elő a különböző bűnelkövetői csoportokban, sőt, egyes típusok alkalomadtán hiányozhatnak, vagy újak jelenhetnek meg. Végül nem szabad megállni a bűnözők személyiség- és mentáliszavar-alapú osztályozásánál. Tisztázni kell, hogy milyen összefüggés van a típus és a bűnözői viselkedés között, ami egyszerre lenne hasznos a bűnözői profilalkotás és a nyomozás számára. Már Megargee is

elkezdte számba venni a típusok börtönviselkedését és perspektíváit, de erről még ma is meglehetősen keveset tudunk.

Jól kitapintható, hogy a munka még korántsem ért véget, ugyanakkor meggyőződésünk, hogy ez a fajta megközelítés képviseli a harmadik, jelenleg legmagasabb szintjét a kriminálpszichiátriának. A mentális zavarok önmagukban is fontosak, de igazából kölcsönhatásaik és együttes következményeik azok, amelyek rendészeti szempontból a legérdekesebbek.

## Felhasznált irodalom

- AHMED, A. O. – RICHARDSON, J. – BUCKNER, A. – ROMANOFF, S. – FEDER, M. – ORAGUNYE, N. – ILNICKI, A. – BHAT, I. – HOPTMAN, M. J. – LINDENMAYER, J. P. (2018): Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia? *Psychiatry Research*, Vol. 259. 350–357. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.003>
- ALDEN, L. E. – TAYLOR, C. T. (2004): Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, Vol. 24, No. 7. 857–882. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.006>
- ALEGRIA, A. A. – BLANCO, C. – PETRY, N. M. – SKODOL, A. E. – LIU, S. M. – GRANT, B. – HASIN, D. (2013): Sex differences in antisocial personality disorder: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personal Disorders*, Vol. 4, No. 3. 214–222. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031681>
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth edition. Arlington, APA. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J. (2006): Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry*, Vol. 5, No. 2. 87–91.
- AROLA, R. – ANTILA, H. – RIIPINEN, P. – HAKKO, H. – RIALA, K. – KANTOJÄRVI, L. (2016): Borderline personality disorder associates with violent criminality in women: A population based follow-up study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. *Forensic Science International*, Vol. 266. 389–395. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.06.028>
- BALÁZS, J. – MIKLÓSI, M. – KERESZTÉNY, A. – HOVEN, CW. – CARLI, V. – WASSERMAN, C. – APTER, A. – BOBES, J. – BRUNNER, R. – COSMAN, D. – COTTER, P. – HARING, C. – IOSUE, M. – KAESS, M. – KAHN, J. P. – KEELEY, H. – MARUSIC, D. – POSTUVAN, V. – RESCH, F. – SAIZ, P. A. – SISASK, M. – SNIR, A. – TUBIANA, A. – VARNIK, A. –

- SARCHIAPONE, M. – WASSERMAN, D. (2013): Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, Vol. 54, No. 6. 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- BLACKBURN, R. (2007): Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the psychopathy checklist-revised. *Journal of Personality Disorders*, Vol. 21, No. 2. 142–159. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.142>
- BLANCO, E. A. – DUQUE, L. M. – RACHAMALLU, V. – YUEN, E. – KANE, J. M. – GALLEGU, J. A. (2018): Predictors of aggression in 3,322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders evaluated in an emergency department setting. *Schizophrenia Research*, Vol. 195. 136–141. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.002>
- CARRELLAS, N. W. – BIEDERMAN, J. – UCHIDA, M. (2017): How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. *Journal Affect Disorders*, Vol. 210. 166–173. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.037>
- CASIANO, H. – BELIK, S. L. – COX, B. J. – WALDMAN, J. C. – SAREEN, J. (2008): Mental disorder and threats made by noninstitutionalized people with weapons in the national comorbidity survey replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 196, No. 6. 437–445. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181775a2a>
- CLECKLEY, H. (1941): *The mask of sanity*. St. Louis, Mosby.
- COCCARO, E. F. (2003): Intermittent explosive disorder: taming temper tantrums in the volatile impulsive adult. *Current Psychiatry*, Vol. 2, No. 7. 42–60.
- COID, J. – YANG, M. (2008): The distribution of psychopathy among a household population: categorical or dimensional? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 43, No. 10. 773–781. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0363-8>
- COPESTAKE, S. – GRAY N. S. – SNOWDEN R. J. (2013): Emotional intelligence and psychopathy: a comparison of trait and ability measures. *Emotion*, Vol. 13, No. 4. 691–702. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031746>
- CORRY, N. H. – KULKA, R. – FAIRBANK, J. A. (2016): Forty Years After the War: How are Vietnam Veterans Doing Today? *PTSD Research Quarterly*, Vol. 27, No. 1. 1–11.

- CRUM, R. M. – MOJTABAI, R. – LAZARECK, S. – BOLTON, J. M. – ROBINSON, J. – SAREEN, J. – GREEN, K. M. – STUART, E. A. – LA FLAIR, L. – ALVANZO, A. A. – STORR, C. L. (2013): A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *JAMA Psychiatry*, Vol. 70, No. 7. 718–726. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1098>
- DAVIS, K. M. – ARCHER, R. P. (2010): A critical review of objective personality inventories with sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 66, No. 12. 1254–1280. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20722>
- DE RIBERA, O. S. – KAVISH, N. – BOUTWELL, B. (2018): Untangling intelligence, psychopathy, personality disorders, & conduct problems: A meta-analytic review. *European Journal of Personality*, Vol. 33, No. 5. 529–564. DOI: <https://doi.org/10.1002/per.2207>
- DE LISI, M. – VAUGHN, M. G. – BEAVER, K. M. – WRIGHT, J. P. (2010): The Hannibal Lecter myth: Psychopathy and verbal intelligence in the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 32, No. 2. 169–177. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9147-z>
- DEURASEH, N. – MANSOR, A. T. (2005): Mental health in Islamic medical tradition. *The International Medical Journal*, Vol. 4, No. 2. 76–79.
- ERONEN, M. – TIIHONEN, J. – HAKOLA, P. (1996): Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 22, No. 1. 83–89. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/22.1.83>
- EVANS, J. R. (1997): Quantitative EEG findings in a group of death row inmates. *Arch Clin Neurology*, Vol. 12. 315–316. DOI: <https://doi.org/10.1093/arclin/12.4.315a>
- EVZONAS, N. (2018): Jealousy as a Driving Force for Murder. *The Psychoanal Review*, Vol. 105, No. 3. 257–277. DOI: <https://doi.org/10.1521/prev.2018.105.3.257>
- EYSENCK, H. J. (1990): Type A Behavior and Coronary Heart Disease: The Third Stage. *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol. 5, No. 1. 25–44.
- FARREN, C. K. – HILL, K. P. – WEISS, R. D. (2012): Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current Psychiatry Report*, Vol. 14, No. 6. 659–666. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0320-9>
- FAVA, M. – KENDLER, K. S. (2000): Major depressive disorder. *Neuron*, Vol. 28, No. 2. 335–341. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)00112-4](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)00112-4)
- FAZEL, S. – BUXRUD, P. – RUCHKIN, V. – GRANN, M. (2010b): Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophrenia Research*, Vol. 123, No. 2–3. 263–269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.019>

- FAZEL, S. – DANESH, J. (2002): Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, Vol. 359, No. 9306. 545–550. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- FAZEL, S. – LICHTENSTEIN, P. – GRANN, M. – GOODWIN, G. M. – LÄNGSTRÖM, N. (2010a): Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 67, No. 9. 931–938. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.97>
- FAZEL, S. – WOLF, A. – CHANG, Z. – LARSSON, H. – GOODWIN, G. M. – LICHTENSTEIN, P. (2015): Depression and violence: a Swedish population study. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 2, No. 3. 224–232. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00128-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00128-X)
- FREEDMAN, D. – HEMENWAY, D. (2000): Precursors of lethal violence: a death row sample. *Social Science & Medicine*, Vol. 50, No. 12. 1757–1770. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00417-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00417-7)
- FRIERSON, R. L. – SCHWARTZ-WATTS, D. M. – MORGAN, D. W. – MALONE, T. D. (1998): Capital versus noncapital murderers. *Journal American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 26, No. 3. 403–410.
- GODDARD, H. H. (1914): *Feeble-mindedness: Its causes and consequences*. New York, Macmillan.
- GOOD, M. I. (1978): Primary affective disorder, aggression, and criminality. A review and clinical study. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, No. 8. 954–960. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770320048003>
- GOSTISHA, A. J. – VITACCO, M. J. – DISMUKES, A. R. – BRIEMAN, C. – MERZ, J. – SHIRTCLIFF, E. A. (2014): Beyond physiological hypoarousal: The role of life stress and callous-unemotional traits in incarcerated adolescent males. *Hormones and Behavior*, Vol. 65, No. 5. 469–479. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2014.03.016>
- GREIG, C. (2005): *Evil serial killers: in the minds of monsters*. New York, Barnes & Noble.
- GRISWOLD, K. S. – DEL REGNO, P. A. – BERGER, R. C. (2015): Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *American Family Physician*, Vol. 91, No. 12. 856–863.
- HALLER, J. (2018): Preclinical models of conduct disorder – principles and pharmacologic perspectives. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Vol. 91. 112–120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.032>

- HALLER, H. – CRAMER, H. – LAUCHE, R. – GASS, F. – DOBOS, G. J. (2014): The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, Vol. 14, No. 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-128>
- HALLER, J. – FREUND, T. F. – PELCZER, K. G. – FÜREDI, J. – KRECSAK, L. – ZÁMBORI, J. (2013): The anxiolytic potential and psychotropic side effects of an echinacea preparation in laboratory animals and healthy volunteers. *Phytotherapy Research*, Vol. 27, No. 1. 54–61. DOI: <https://doi.org/10.1002/ptr.4677>
- HARE, R. D. (1980): A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, Vol. 1, No. 2. 111–119. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(80\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(80)90028-8)
- HARE, R. D. (1999): *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopath Among Us*. New York, Guilford.
- HART, S. D. – HARE, R. D. (1997): Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In STOFF, D. M. – BRIELING, J. – MASER, J. eds.: *Handbook of Antisocial Behaviour*. New York, Wiley. 22–35.
- HEERAMUN, R. – MAGNUSSON, C. – GUMPERT, C. H. – GRANATH, S. – LUNDBERG, M. – DALMAN, C. – RAI, D. (2017): Autism and Convictions for Violent Crimes: Population-Based Cohort Study in Sweden. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, Vol. 56, No. 6. 491–497. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.011>
- HEINZ, A. J. – COHEN, N. L. – HOLLERAN, L. – ALVAREZ, J. A. – BONN-MILLER, M. O. (2016): Firearm ownership among military veterans with PTSD: a profile of demographic and psychosocial correlates. *Military Medicine*, Vol. 181, No. 10. 1207–1211. DOI: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00552>
- HEINZEN, H. – KÖHLER, D. – GODT, N. – GEIGER, F. – HUCHZERMEIER, C. (2011): Psychopathy, intelligence and conviction history. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34 No. 5. 336–340. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.08.002>
- HICKS, B. M. – MARKON, K. E. – PATRICK, C. J. – KRUEGER, R. F. (2004): Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment*, Vol. 16, No. 3. 276–288. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.276>
- HOUTS, A. C. (2000): Fifty years of psychiatric nomenclature: Reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 7. 935–967. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679-\(200007\)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679-(200007)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8)
- KESÉY, K. (2012): *Száll a kakukk fészkére*. Budapest, Európa.

- KESSLER, R. C. – CHIU, W. T. – DEMLER, O. – WALTERS, E. E. (2005): Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62, No. 2. 856–863. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- KIRKCALDY, B. – SHEPARD, R. – FURNHAM, A. (2002). The influence of type A behaviour and locus of control upon job satisfaction and occupational health. *Personality and Individual Differences*, Vol. 33, No. 8. 1361–1371. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00018-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00018-1)
- KOC SIS, N. R. – MIDDLEDORP, J. – KARPIN, A. (2008): Taking stock of accuracy in criminal profiling: the theoretical quandary for investigative psychology. *Journal of Forensic Psychology Practice*, Vol. 8, No. 3. 244–261. DOI: <https://doi.org/10.1080/15228930802282006>
- KOOLHAAS, J. M. – DE BOER, S. F. – COPPENS, C. M. – BUWALDA B. (2010): Neuroendocrinology of coping styles: towards understanding the biology of individual variation. *Front Neuroendocrinol*, Vol. 31, No. 3. 307–321. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2010.04.001>
- KRAANEN, F. L. – EMMELKAMP, P. M. (2011): Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: a review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 31, No. 3. 478–489. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.006>
- KULPER, D. A. – KLEIMAN, E. M. – MCCLOSKEY, M. S. – BERMAN, M. E. – COCCARO, E. F. (2015): The experience of aggressive outbursts in Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatry Research*, Vol. 225, No. 3. 710–715. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.008>
- LAAJASALO, T. – SALENIUS, S. – LINDBERG, N. – REPO-TIIHONEN, E. – HÄKKÄNEN-NYHOLM, H. (2011): Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34, No. 5. 324–330. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.08.004>
- LEO, R. A. (2009): False confessions: Causes, consequences, and implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 37, No. 3. 332–343
- LEWIS, D. – PINCUS, J. – FELDMAN, M. – JACKSON, L. – BARD, B. (1986): Psychiatric, neurological, and psychoeducational characteristics of 15 death row inmates in the United States. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 143, No. 7. 838–845. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.143.7.838>

- LEWIS, D. O. – PINCUS, J. H. – BARD, B. – RICHARDSON, E. – PRICHEP, L. S. – FELDMAN, M. – YEAGER, C. (1988): Neuropsychiatric, psychoeducational, and family characteristics of 14 juveniles condemned to death in the United States. *American Journal Psychiatry*, Vol. 145, No. 5. 584–589. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.584>
- LINSKOTT, R. J. – VAN OS, J. (2010): Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: Evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol. 6, No. 1. 391–419. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506>
- MAGIORKINIS, E. – SIDIROPOULOU, K. – DIAMANTIS, A. (2011): Hallmarks in the history of epilepsy: from antiquity till the twentieth century. In FOYACASIBAT, H. ed.: *Novel Aspects on Epilepsy*. London, IntechOpen. DOI: <https://doi.org/10.5772/19010>
- MEDeiros, G. C. – SEGER, L. – GRANT, J. E. – TAVARES, H. (2018): Major depressive disorder and depressive symptoms in intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, Vol. 262. 209–212. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.001>
- MEGARGEE, E. I. (1977): A new classification system for criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 4. 107–216.
- MEGARGEE, E. I. (1993): *Impact of the revised mmpi ("mmpi-2") on the megargee mmpi-based offender classification system. Final Report on NIJ-funded Research Grant No. 89-IJ-CX-0028*. Tallahassee, Florida State University.
- MEGARGEE E. I. – BOHN, Jr. M. J. (1977): Empirically determined characteristics of the ten types. In MEGARGEE, E. I. ed.: A new classification system for criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 4. 149–210. DOI: <https://doi.org/10.1177/009385487700400204>
- METZL, J. M. – MACLEISH, K. T. (2015): Mental illness, mass shootings, and the politics of American firearms. *American Journal of Public Health*, Vol. 105, No. 2. 240–249. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302242>
- MEZZICH, J. E. (2002) International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, Vol. 35, No. 2–3. 72–75. DOI: <https://doi.org/10.1159/000065122>
- MHF (2016): *Fundamental facts about mental health 2016*. London, Mental Health Foundation. Elérhető: [www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf](http://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf) (A letöltés dátuma: 2018. 11. 20.)

- MODESTIN, J. – THIEL, C. – ERNI, T. (2002): Relationship of criminality to endogeneity and anxiety in patients with unipolar depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 56, No. 2. 153–159. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00942.x>
- MORAN, P. (1999a): *Antisocial Personality Disorder: an epidemiological perspective*. London, Gaskell.
- MORAN, P. (1999b): The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 34, No. 5. 231–242. DOI: <https://doi.org/10.1007/s001270050138>
- MURPHY C. – VESS J. (2003): Subtypes of psychopathy: proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic, and antisocial psychopaths. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 74, No. 1. 11–29. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021137521142>
- PANTON, J. H. (1976): Personality characteristics of death-row prison inmates. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 32, No. 2. 306–309. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197604\)32:2<306::AID-JCLP2270320224>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197604)32:2<306::AID-JCLP2270320224>3.0.CO;2-M)
- PERRI, F. S. (2011): The flawed interview of a psychopathic killer: what went wrong? *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, Vol. 8, No. 1. 41–57. DOI: <https://doi.org/10.1002/jip.128>
- PINIZZOTTO, A. J. – FINKEL, N. J. (1990): Criminal personality profiling: An outcome and process study. *Law and Human Behavior*, Vol. 14, No. 3. 215–233. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01352750>
- RICHARD-DEVANTOY, S. – BOUYER-RICHARD, A.-I. ANNWEILER, C. – GOUREVITCH, R. – JOLLANT, F. – OLIE, J. P. – BOURDEL, M. C. – LHUILLIER, J. P. – BEAUCHET, O. (2016): Major mental disorders, gender, and criminological circumstances of homicide. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, Vol. 39. 117–124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.01.014>
- RICHTER, D. R. – KATSCHNIG, H. (2015): Sociology and Psychiatry. In WRIGHT, J. D. ed.: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Orlando, Elsevier. 974–978. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.27068-2>
- ROBITAILLE, M. P. – CHECKNITA, D. – VITARO, F. – TREMBLAY, R. E. – PARIS, J. – HODGINS, S. (2017): A prospective, longitudinal, study of men with borderline personality disorder with and without comorbid antisocial personality disorder. *Borderline Personal Disorder and Emotion Dysregulation*, Vol. 4, No. 25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0076-2>
- RUTTEN, A. X. – VERMEIREN, R. R. J. M. – VAN NIEUWENHUIZEN, C. (2017): Autism in adult and juvenile delinquents: a literature review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Vol. 11, No. 45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0181-4>

- SANSONE, R. A. – SANSONE, L. A. (2009): Borderline Personality and Criminality. *Psychiatry*, Vol. 6, No. 10. 16–20.
- SANSONE, R. A. – SANSONE, L. A. (2011): Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, Vol. 8, No. 5. 16–20.
- SARTORIUS, N. (1998): Stigma: What can psychiatrists do about it? *The Lancet*, Vol. 352, No. 9133. 1058–1059. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08008-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08008-8)
- SHECHORY, M. – WEISS, J. M. – WEINSTAIN, R. (2013): Differentiating offenders by index offense and personality inventories: the characteristics of adult probationers in Israel. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 57, No. 3. 312–331. DOI: <https://doi.org/10.1177/0306624X11428316>
- SHORTER, E. (1997): *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York, Wiley.
- SNEYERS, M. – SLOORE, H. – ROSSI, G. – DERKSEN, J. J. (2007): Using the Megargee system among Belgian prisoners: cross-cultural prevalence of the MMPI-2 based types. *Psychological Reports*, Vol. 100, No. 3. 746–754. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.100.3.746-754>
- SPIRONELLI, C. – SEGRÈ, D. – STEGAGNO, L. – ANGRILLI, A. (2014): Intelligence and psychopathy: a correlational study on insane female offenders. *Psychological Medicine*, Vol. 44, No. 1. 111–116. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713000615>
- STARLING, J. – FEIJO, I. (2012): Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In REY, J. M. ed.: *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- STONE, A. A. (1993): Post-Traumatic Stress Disorder and the Law: Critical Review of the New Frontier. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 21, No. 1. 23–36.
- STONE, M. H. (2007): Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality Mental Health*, Vol. 1, No. 2. 138–153. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.18>
- TARRIER, N. – GREGG, L. (2004): Suicide risk in civilian PTSD patients—predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 39, No. 8. 655–661. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0799-4>
- TEPLIN, L. A. – JAKUBOWSKI, J. A. – ABRAM, K. M. – OLSON, N. D. – STOKES, M. L. – WELTY, L. J. (2014): Firearm homicide and other causes of death in delinquents:

- a 16-year prospective study. *Pediatrics*, Vol. 134, No. 1 63–73. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3966>
- VINKERS, D.J. – DE BEURS, E. – BARENDREGT, M. – RINNE, T. – HOEK, H. W. (2011): The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 21, No. 5. 307–320. DOI: <https://doi.org/10.1002/cbm.819>
- WANG, P. S. – AGUILAR-GAXIOLA, S. – ALONSO, J. – ANGERMEYER, M. C. – BORGES, G. – BROMET, E. J. – BRUFFAERTS, R. – DE GIROLAMO, G. – DE GRAAF, R. – GUREJE, O. – HARO, J. M. – KARAM, E. G. – KESSLER, R. C. – KOVESH, V. – LANE, M. C. – LEE, S. – LEVINSON, D. – ONO, Y. – PETUKHOVA, M. – POSADA-VILLA, J. – SEEDAT, S. – WELLS, J. E. (2007): Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, Vol. 370, No. 9590. 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- WERNER, K. B. – FEW, L. R. – BUCHOLZ K. K. (2015): Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric Annals*, Vol. 45, No. 4. 195–199. DOI: <https://doi.org/10.3928/00485713-20150401-08>
- WHO (1999): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (s. a.): *History of the development of the ICD*. Geneva, World Health Organization. Elérhető: [www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf) (A letöltés dátuma: 2018. 11. 17.)
- WIDIGER, T. A. – CADORET, R. – HARE, R. – ROBINS, L. – RUTHERFORD, M. – ZANARINI, M. – FRANCES, A. (1996): DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 105, No. 1. 3–16. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.1.3>
- WOJCIECHOWSKI, T. W. (2017): PTSD as a risk factor for the development of violence among juvenile offenders: a group-based trajectory modeling approach. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260517704231>
- YOUNG, R. – BREWER, N. – HEDLEY, D. (2012): Adults with Autism Spectrum Disorders: Criminals in waiting? In RICHARDSON, C. E. – WOOD, R. A. eds.: *Autism Spectrum Disorders: New Research*. Nova Biomedical. Elérhető: [www.researchgate.net/publication/273887146](http://www.researchgate.net/publication/273887146) (A letöltés dátuma: 2018. 11. 22.)
- ZEPINIC, V. (2017): Posttraumatic stress disorder in courtroom: insanity defence. *American Journal of Applied Psychology*, Vol. 6, No. 2. 22–30. DOI: <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20170602.12>