

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM**  
**Rendészettudományi Doktori Iskola**



**Dr. Sófi Gyula**

**Büntetendő cselekményeket elkövető gyermek- és  
fiatalkorú pszichiátriai betegek  
jellemző mentális eltérései**

Doktori (PhD) értekezés

**Témavezető:**

**Prof. Dr. Blaskó Béla**  
r. vezérőrnagy (ny)  
Szent-Györgyi Albert díjas  
egyetemi tanár,  
professor emeritus

.....

Budapest, 2024

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. BEVEZETÉS</b> .....	<b>4</b>
<b>2. CÉLKITŰZÉS</b> .....	<b>9</b>
2.1 KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK .....	9
2.2 A KUTATÁS TUDOMÁNYTÖRTÉNETI HÁTTERE, MEGALAPOZOTTSÁGA .....	12
2.2.1A BÜNTETŐJOGUNK FEJLŐDÉSE .....	14
2.2.2A RENDÉSZETTUDOMÁNY KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE .....	19
2.2.3AZ „ORVOSI RENDŐRSÉG”, A KÖZEGÉSZSÉGÜGY KEZDETEI.....	23
2.2.4A BETEGSÉGEK EGYSÉGES NEVEZÉKTANÁNAK KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE.....	26
2.2.5A GYERMEKVÉDELEM ÉS A GYERMEK ORVOSI ELLÁTÁSÁNAK FEJLŐDÉSE .....	30
2.2.6MENTÁLIS BETEGEK KEZELÉSE ÉS ELLÁTÁSA MAGYARORSZÁGON – IGAZSÁGÜGYI PSZICHIÁTER SZAKÉRTŐI SZEMSZÖGBŐL .....	38
2.2.7A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI PSZICHIÁTRIA FEJLŐDÉSE MAGYARORSZÁGON.....	42
2.2.8A GYERMEKPSZICHOLOGIAI ÉS PSZICHIÁTRIAI SZAKÉRTŐI TEVÉKENYSÉG NEHÉZSÉGEI, AMIKOR A GYERMEK A SÉRTETT .....	73
2.3 A BÁNTALMAZOTT GYERMEK – A GYERMEKKORI ROSZ BÁNÁSMÓD PSZICHÉS- ÉS MENTÁLIS KÖVETKEZMÉNYEI.....	101
2.3.1A GYERMEKBÁNTALMAZÁS SPECIÁLIS FORMÁJA – A MÜNCHAUSEN SZINDRÓMA (BY PROXY) .....	146
2.4 A KRIMINALITÁS MEGJELENÉSE GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYBEN – A BÁNTALMAZOTT EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ (SZINDRÓMA) .....	149
<b>3. A KUTATÁS MÓDSZERTANA</b> .....	<b>158</b>
3.1 A VIZSGÁLATBA BEVÁLOGATOTT SZEMÉLYEK.....	158
3.2 DIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK.....	159
3.2.1GYERMEK MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I.) .....	159
3.2.2A GYERMEKVISELKEDÉSI KÉRDŐÍV (CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, CBCL).....	162
3.2.3KÉPESSÉGEK ÉS NEHÉZSÉGEK KÉRDŐÍV (STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE, SDQ) .....	163
3.2.4PIÉRON-FÉLE FIGYELMI TESZT .....	165
3.3 A STATISZTIKAI A FELDOLGOZÁS MÓDSZERTANA .....	165
<b>4. EREDMÉNYEK</b> .....	<b>168</b>
4.1 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK LEÍRÓ STATISZTIKAI ELEMZÉSE (A VIZSGÁLATI CSOPORTOK BEMUTATÁSA).....	168
4.2 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK DIAGNÓZISAINAK LEÍRÓ ELEMZÉSE.....	173
4.3 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK ÁPOLÁSI IGÉNYE.....	175
4.4 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK NEME, ÉLETKORA ÉS AZ OSZTÁLYRA VALÓ VISSZAKERÜLÉSEK ÖSSZEFÜGGÉSEINEK VIZSGÁLATA .....	177
<b>5. MEGBESZÉLÉS</b> .....	<b>181</b>
<b>6. MEGÁLLAPÍTÁSOK</b> .....	<b>196</b>
<b>7. IRODALOMJEGYZÉK</b> .....	<b>200</b>
SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....	224
<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b> .....	<b>229</b>

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ADHD:	Attention-deficit hyperactivity disorder / Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar
ASD:	Autizmus spektrum zavar
BNO:	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CD:	Conduct disorder / Viselkedési zavar
CSA:	Child Sexual Abuse / Gyermek sérelmére elkövetett szexuális abúzus
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / A mentális betegségek diagnosztizálásának és besorolásának kézikönyve
HOGYI:	Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet
M.I.N.I.:	Mini International Neuropsychiatric Interview / „Mini” Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú (teszt-battéria)
MDD:	Major Depressive Disorder / Major depressziós zavar
ODD:	Oppositional Defiant Disorder / Oppozíciós zavar
PTSD:	Posttraumatic Stress Disorder / Poszttraumás stress zavar
RD:	Reading Disorders / Olvasási képesség zavar
SUD:	Substance Use Disorder / Szer-használati zavar
VAHCW:	Violence Against Healthcare Workers / Egészségügyi személyzettel szembeni erőszak

## 1. BEVEZETÉS

*„Az a mód, ahogyan egy társadalom a gyermeket kezeli, nemcsak törődésének és együttműködésének fokát jelzi, hanem jól tükrözi az adott társadalom igazságérzetét, jövő iránti elkötelezettségét, valamint azt is, mennyire fontos számára az eljövendő generációk emberi feltételeinek javítása.”* – Javier Peres de Cuellar volt ENSZ főtitkár előadása, ami elhangzott 1989. szeptemberében a Gyermekjogi Egyezményekkel (kogkodex.hu) kapcsolatos olaszországi nemzetközi tanácskozáson.

Kutatásom témaválasztását meghatározta, hogy büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok pszichiáter szakértőjeként tevékenykedem. Tanulmányiam és munkatapasztalatom alapján is “egyértelmű”, hogy bizonyos mentális eltérések gyakrabban fordulnak elő a problémás viselkedésű serdülőknél, és a klinikai, gyógyító munka során azt is megélhettem, hogy a pszichés eltérések komplex megsegítése pozitív hatású lehet még a heteroagresszív, violens viselkedési eltéréseket mutató serdülők esetében is.

A gyermekek és serdülők pszichés megbetegedésének időben történő felismerése, kezelése rendkívül fontos tényező mind saját, mind közvetlen környezetük, illetve tágabb értelemben a társadalom számára is. Az általános, megszokott viselkedésük hirtelen megváltozása szinte minden esetben az első jól látható megnyilvánulása a gyermekpszichiátriai zavaroknak. A szokásos viselkedés megváltozása mögött genetikai hajlam és/vagy környezeti tényező is meghúzódhat, de számos esetben traumatizáló életesemény következményeként is megjelenhetnek pszichés tünetek, mely adott kritériumok teljesülése mellett mentális zavarként diagnosztizálhatók.

Horney a gyermekkori viselkedési problémákkal kapcsolatosan már az 1940-es években két nagy csoportot különböztet meg:

- 1) Az olyan gyermekeket, akik a “világ ellen fordultak” (“move against the world” - externalizálnak),
- 2) és az olyanokat, akik “a világ elől menekülnek” (move away from the world” - internalizálnak). (Horney, 1945).

Az egyén tanuláshoz szükséges részképességeiben feltárt elmaradásai és bűnelkövetései közötti összefüggések feltárása már évtizedek óta vizsgált, kutatott terület. Rutter és munkacsoportja 2002-ben azt találta két évtizedes nyomon követéses (follow-up study) vizsgálatuk eredményei között (Rutter & Maughan, 2002), hogy bár az olvasási képesség zavar (Reading Disorders, RD) magas komorbiditást mutat (Hulme & Snowling, 2016) a figyelemzavaros-hiperaktivitás zavarral (Attention deficit-hyperactivity disorder, ADHD), de sem az agresszív késztetések, sem az antiszociális személyiségzavar vagy a bűnelkövetések aránya nem mutatott szignifikáns emelkedést az izolált RD diagnózisúaknál a fiatal felnőttkorban. Ugyanakkor a kifejezetten súlyos fokú RD diagnózisú férfiak körében megfigyelt magasabb bűnözési kockázatot az iskolalátogatás elhanyagolásával tudták inkább magyarázni.

Willcutt és Pennington ikerkutatásában (twin-study) az RD és az internalizáló / externalizáló pszichopatológiák közötti összefüggést vizsgálta egy négyszáz fős mintán, ikrek között. Az eredmények azt mutatták, hogy az RD diagnózissal rendelkező személyek szignifikánsan nagyobb arányban mutatnak valamilyen internalizáló vagy externalizáló eltérést, mint a nem RD-s egyének. A nemek közötti különbségek elemzése arra utalt, hogy az RD és az internalizáló tünetek közötti szignifikáns kapcsolat nagyrészt a lányokra korlátozódott, míg az RD és az externalizáló pszichopatológia közötti kapcsolat erősebb volt a fiúknál. (Willcutt & Pennington, 2020).

Hegedűs Judit és Fekete Márta tanulmánya 2014-ben ugyanakkor már egyértelmű összefüggést fogalmaz meg a korai iskola elhagyás és a krímen karakter kibontakozása között. Adatgyűjtésük szerint „a jogerősen elítélt fiatalok körében Észak-Magyarországon, Dél-Dunántúlon és Észak-Alföldön számottevő volt a maximum 4 osztályt végzettek aránya.” Megállapították továbbá, hogy „A képzettségi szint és a bűnelkövetés közötti magas korreláció magyarázatát az egymásra ható tényezőkben látják a szakemberek: alacsony iskolai teljesítmény – korai iskolaelhagyás – kriminalizálódás.” (Hegedűs, 2014).

Az olvasási zavar és a pszichiátriai rendellenességek magas komorbiditását vizsgálták más magyar szerzők is egy tanulmányukban (Törő, 2017). Megállapításuk szerint az internalizáló pszichopatológiák prevalenciáját (előfordulási gyakoriságát) nem

befolyásolta az, hogy a gyermek olvasási zavarát hány éves korban ismerték fel. Az externalizáló kórképek ugyanakkor gyakoribbak voltak azokban az esetekben, amelyekben az olvasási zavart későbbi, idősebb életkorban diagnosztizálták. Korábban már más szerzők (Rutter & Maugham, 1996) kimutatták, hogy az RD korai vizsgálata és felismerése segítheti a komorbid pszichopatológiák felismerését, ezért oktatási és klinikai prioritásként kezelve a fiatalkori bűnelkövetés arányának mérséklésében is jelentőséggel bírhat.

A nemzetközi kutatási adatokból ismert prevalencia szerint, a gyermek- és serdülőkorúak legalább 1-10%-a tartós oppozíciós, diszruptív vagy agresszív viselkedési problémákat mutatnak, de pl. a pervíz érintettséggel élőknél ez az arány a 25%-ot is elérheti. (Kaat & Lecavalier, 2013), ezért a hazai populáció tekintetében is szignifikáns mértéket tételeztem fel. Továbbá a mentális zavarok externalizációs kórképei egyértelmű kapcsolatot mutatnak a bűnelkövetéssel (Kersten, 2018). Lichtenstein és munkatársai (Lichtenstein, 2012) pedig arra a következtetésre jutottak, hogy az ADHD-gyógyszerek csökkentik a bűnismétlés kockázatát, ami azt sugallja, hogy a diagnosztizált és kezelt eseteknél ténylegesen sokkal nagyobb arányú lehet az ADHD etiopatológiáját meghatározó frontális lebeny működési deficit szerepe a bűnelkövetővé válásban.

A hazai felnőtt lakosság pszichiátriai morbiditását több vizsgálatból ismerhetjük (pl. Kopp & Skrabski, 1995; Szádóczky & Boros, 2021). A gyermek- és serdülő populációt illetően azonban nem, vagy csak részlegesen állnak rendelkezésre hazai adatok (pl. Vetró, 1997 és 2008; Csorba, 2005; Kriston és Pikó, 2018). Kutatómunkája során nyert adatok alapján Csorba János arra jutott a 2000-es évek elején, hogy évente 1000 serdülőre vetítve, átlagosan hét új serdülőpszichiátriai beteg jelenik meg megyénként. A „Pannónia” felmérés eredményei egyedülállóak, ugyanis regionális, multicentrikus és klinikai jellegű felmérést végeztek serdülőkorú (14-18 éves) gyermekpszichiátriai betegek körében. Szignifikáns nemi eltérést tapasztaltak, kétszer annyi lánybeteg került kezelésre, mint fiú.

A bűncselekményeket elkövető fiatalok pszichés egészségi állapota azonban teljes mértékben feltáratlan terület a hazai szakirodalomban. A választott kutatási téma

lehetőséget ad a saját és/vagy mások testi épségét, a természeti és/vagy mesterséges környezetet veszélyeztető gyermekek és serdülők vizsgálatán és terápiáján keresztül ezen gyermekpszichiátriai kórképek előfordulási gyakoriságának és a komorbiditásnak a felmérésére, mely alapján információt nyerhetünk ezen kórképek társadalomra eső terhérol is.

A gyermekek és serdülők pszichés megbetegedésének időben történő felismerése, kezelése rendkívül fontos tényező mind saját, mind közvetlen környezetük, illetve tágabb értelemben a társadalom számára is. Az általános, megszokott viselkedésük hirtelen megváltozása szinte minden esetben az első jól látható megnyilvánulása a gyermekpszichiátriai zavaroknak. A szokásos viselkedés megváltozása mögött genetikai hajlam és/vagy környezeti tényező is meghúzódhat, de számos esetben traumatizáló életesemény következményeként is megjelenhetnek pszichés tünetek, melyek adott kritériumok teljesülése mellett mentális zavarként diagnosztizálhatók.

A disszertáció alapját képező multidiszciplináris kvantitatív kutatás a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (továbbiakban: HOGYI) Pszichiátriai Osztályára felvételt nyert gyermekek és serdülők ellátást indokló kórképeire szűkül. Témaválasztási szempontból és terjedelmi okokból nem vizsgáltam a pszichiátriai ellátási igényű fiatalok által elkövetett bűncselekmények megoszlását. Kriminológiai elemzést a Legfőbb Ügyészség rendszeresen végez, az adatgyűjtési periódus alatt 2013-ban jelent meg erről tájékoztató (Legfőbb Ügyészség, 2013). A pszichiátriai diagnózisok között domináns arányúak az externalizáló kórképek, melyeket számos kutatás egyértelműen kapcsolatba hoz a kriminalitással (Anderson et al, 2003). Ezen kórképek egyik legfőbb jellemzője, hogy "kifelé" irányulnak, azaz a környezet által jól detektálhatók. Ide tartoznak a diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok, melyek főként a figyelemzavar/hiperaktivitás zavar, az oppozíciós zavar, az impulzuskontroll zavarok (pl. pirománia, kleptománia, stb), valamint az intermittens explozív zavar formájában jelennek meg, és gyakori tünetük az agresszivitás és antiszociális megnyilvánulás, melyek összességükben jelentősen megnehezítik az alkalmazkodást és az interperszonális kapcsolatokat.

Ezen mentális zavarok a környezet számára egyértelműen sokszor, mint agresszív magatartás nyilvánul meg, emiatt szervesen kapcsolódhatnak bűncselekményhez (Allely et al, 2014).

A javítóintézeti nevelésbe vagy letartóztatásba vett gyermek- és fiatalkorúak körében az átlag populációhoz képest nagyobb arányú a mentális zavarok jelenléte. A mentális zavarok a büntetés letöltését követő 5 év után is jelentős mértékben megmaradnak a terhelteknél, illetve egyéb más pszichiátriai megbetegedések jelennek meg körükben (Abram et al, 2015). Számos mentális zavar a gyermekkorban és/vagy a serdülőkorban jelentkezik először, ezért nagy jelentősége van azok korai felismerésének és szakszerű kezelésének, mely nemcsak az érintett számára, de a családja, a közössége és a társadalom szempontjából is fontos.

Hazánkban átfogó felmérés gyermek- és serdülőkorú populáción eddig még nem történt a bűnelkövetői magatartás és a tanulási részképesség-zavarok és a súlyos externalizációs gyermekpszichiátriai állapotok összefüggéseinek vizsgálatára. Jelen kutatásommal nemcsak a probléma jelentőségére szeretném felhívni a figyelmet annak érdekében, hogy preventív stratégiákat dolgozhassunk ki, hanem a bűnelkövető fiatalok mentális érintettségét is szeretném bizonyítani. Amennyiben ez megvalósul, úgy konkrét protokoll kidolgozásával támogathatjuk meg a gyermek- és serdülő igazságügyi pszichiátriai és pszichológiai szakértéseket, melyek a nyomozati- és bírói szakban lévő eljárásokban kitüntetett szerepet kapnak.



## 2. CÉLKITŰZÉS

### 2.1 KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

Gyermekpszichiáter szakorvos-jelöltként találkoztam először nagyobb számban magatartás-zavaros gyermekekkel és serdülőkkel a járóbeteg-szakrendléseimen, majd a fekvőbeteg ellátó egységekben is. Munkám egy további részében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői tevékenységét segítettem gyermekgyógyász szakorvosként, gyermekpszichiáter szakorvos-jelöltként majd szakorvosként is. Itt a feladatom már egyértelműen az volt, hogy a (jelenleg hatályban lévő) Nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. Tv. (a továbbiakban Nkt.) 4. § 3. pontja szerint meghatározott definíció szerint megállapítsam pszichiátriai diagnózisát, amely alapján a vizsgált tanuló „beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel” (BTM) kategóriába sorolandó? A törvény szerint az a tanuló tartozik ebbe a kategóriába, aki „az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd, közösségbe való beilleszkedése, továbbá személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősül sajátos nevelési igényűnek.”

Mint látható, már a BTM kategória is olyan viselkedési tünetként észlelhető definíció-elemeket vonultat fel, amelyek a büntetendő cselekményekkel kapcsolatba hozható 18 év alattiak egy részét is jellemzi. Kerestem a szakirodalomban annak eredményeit, vizsgálták-e – és ha igen, milyen összefüggéseket találtak – a fiatalok bűnelkövetők körében a pszichés tényezők oki háttérét? A gyermekpszichiátriai epidemiológia feltárta az átlag populációban előforduló különböző mentális eltérések arányát. De ismerjük-e a büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok mentális problémáinak átlag gyermektől való eltéréseit? Akár ismerjük az aránybeli eltérések mértékét, akár nem, a büntetendő cselekmény elkövető serdülők a cselekmény elkövetése előtt ismertek voltak-e a gyermekpszichiátria számára? Kaptak-e adekvát, komplex megsegítést?

A disszertáció alapját képező epidemiológiai felmérés eredményei nem “öncélú adatgyűjtések”, a bűnelkövetők pszichés eltéréseinek ismerete ugyanis segíti a bűnüldözőt is, ha az ismeretek megfelelő módon a birtokába kerülnek (Dean, 2005).

A depresszió, a szorongás és a viselkedési zavarok a felnőttek (Friedrich, 2017) és a serdülők betegségeinek és fogyatékoságainak vezető okai közé tartoznak (Piao et al, 2022). A kognitív károsodások szinte mindenütt jelen vannak a pszichiátriai rendellenességekben. A hatályos pszichiátriai nozológiában (DSM-5) szereplő mentális eltérések között 17 különböző állapot diagnosztikai kritériumait képezik (Forbes, 2024). A kognitív károsodások rontják a mindennapi funkciók – beleértve a norma és szabálykövetés – végrehajtásának képességét felnőtteknél és gyermekeknél is, közvetlenül ronthatja az életminőséget is, megtöbbszörözve a pszichiátriai zavarokkal egyébként is együttjáró hatásokat (Lam et al, 2014; Lettau, 2021; González, 2021).

A konvergens pszichiátriai, idegi képző és állatkísérletek a kognitív károsodást, azaz a megismerési folyamatok eltéréseit a mentális betegségek kritikus összetevőjévé teszik (Morozova, 2022), de maga a kogníció és a pszichopatológia közötti kapcsolat vitatott. A bizonyítékok arra utalnak, hogy az internalizáló tünetek jelenléte nagyobb valószínűséggel korrelál pozitívan a kognícióhoz, mint az externalizáló tünetek (Lahey, 2015).

Ezen alapkérdések mentén, a klinikai, majd különösen az igazságügyi gyermekpszichiáter szakértői tevékenységem során a jelen PhD dolgozat alapját képező hipotézisek merültek fel.

A) Hipotézisem szerint eltérés tárható fel a pszichiátriai ellátási igénnyel orvoshoz forduló, büntetendő cselekmény miatt felelőségre vont fiatalok és a büntetendő cselekményt el nem követő fiatalok diagnosztikai arányai között.

B) Feltételeztem, hogy a magyar fiataloknál megállapítható pszichiátriai eltérések aránya nem különbözik jelentős mértékben a nemzetközi szakirodalomban leírt külföldi arányoktól.

C) Kórházunk (Heim Pál OGYI) intézeti kutatás-etikai engedélye (KUT-27/2021) birtokában módomban nyílt az ország egyetlen gyermek- és ifjúsági pszichiátriai (zárt)

osztályára felvett kriminális és nem-kriminális előzményű fiatalok pszichiátriai vizsgálatára, vizsgálati leleteinek (anonimizált) összehasonlító, epidemiológiai vizsgálatára.

Azt feltételeztem, hogy kriminális és nem-kriminális előzményű fiatalok osztályos kezelésének paramétereiben sajátos különbségei vannak.

D) A pszichiátriai betegekre általánoságban jellemző, hogy ismételt hospitalizációt jelent mentális eltérésük.

Előfelvetésem szerint a kriminális előzménnyel terhelt fiatalkorúak, különösen a fiúk gyakrabban kerülnek pszichiátriai osztályra, mint a hasonló előzményű lányok, és mindkét nem gyakoribb ellátási igényt mutat, mint a nem-kriminális előzményű fiatalok.

E) Azt is feltételeztem, hogy az életkoraik előrehaladtával egyre gyakrabba válik a pszichiátriai ellátási igény a kriminális előzménnyel terhelt fiatalkorúak esetében, függetlenül a nemüktől.

A felvetődött hipotézisek vizsgálatára az alábbi konkrét kérdéseket fogalmaztam meg:

#### **A megválaszolandó kérdések:**

1. A büntetendő cselekményt elkövető serdülőknél mennyi a különböző pszichiátriai diagnózisok előfordulási gyakorisága (prevalenciája)?
2. A kriminális populációban megállapított pszichiátriai diagnózisok előfordulási gyakorisága eltér-e az átlagpopulációban megállapítható prevalenciától?
3. Mely pszichiátriai diagnózisok terén mutatnak hasonlóságot vagy egyezést a magyar fiatalkorú (18 év alatti) kriminál-pszichiátriai betegpopuláció prevalencia adatai a nemzetközi szakirodalomban fellelhető hasonló életkori csoportban, hasonló vizsgált periódusban és vizsgálati módszerrel keletkezett adatokkal?

4. A pszichiátriai tünettán miatt fekvőbeteg ellátást igénylő kriminál-pszichiátriai serdülő populáció kórházi kezelése milyen sajátosságokat mutat az átlagpopulációhoz képest?
5. Van-e összefüggés a nemek és a visszakerülés között eltelt napok száma között?
6. A büntethetőség szempontjából releváns életkori kategóriák és a visszakerülés között eltelt napok száma között van-e korreláció?

## **2.2 A KUTATÁS TUDOMÁNYTÖRTÉNETI HÁTTERE, MEGALAPOZOTTSÁGA**

Korinek Lászlót idézve: „a tudományos igényű bűnözéskutatást már igen régen foglalkoztatja az ifjú generáció és a kriminalitás kapcsolatrendszere. Ez nem véletlen, hiszen az emberi viselkedést meghatározó értékek és normák a gyermekkortól kezdve épülnek be a személyiségbe, a nevelés egész folyamata a társadalomba beilleszkedést szolgálja. Így azután a legtöbb kriminológiai irányzat – akár veleszületett bűnözési hajlamot tételez fel, akár a környezet alakító szerepét hangsúlyozza – fontos visszajelzéseket kap a gyermekek és fiatalok devianciájának adataiból.” (Korinek, 2010).

Az igazságügyi szakértői működésről szóló 31/2008. (XII.31.) IRM rendelet szerint szakkérdés a „büntetőeljárás során a tizenkettedik életévét betöltött, de a tizennegyedik életévét be nem töltött fiatalok terhelt beszámítási és belátási képességének vizsgálata, [...]” [31/2008. (XII.31.) IRM rendelet 19/A. § (1) bek.] Figyelemmel ennek során arra, hogy: „(2) Ha a szakkérdés annak megállapítására irányul, hogy a terhelt a) a cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követte-e el, amely őt képtelenné tette a cselekmény következményeinek felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék vagy b) elmeműködésének kóros állapota csupán korlátozta-e a cselekmény következményeinek felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék, [...]” [31/2008. (XII.31.) IRM rendelet 17. § (2)-(3) bek.]

Minimum elvárható, a valóságban szükséges is, hogy a gyermekek és serdülők büntetendő cselekményinek feltárása érdekében megindított eljárásokba kirendelt igazságügyi szakértő megfelelő és (gyermek- és ifjúsági pszichiátriai szakvizsgával) igazoltan meglévő szakismeretekkel rendelkezzen az ebben az életkorban jellemző fejlődés-pszichopatológiai folyamatokról.

Az igazságügyi gyermek- és ifjúsági pszichiáter szakértői tevékenysége, olyan jogszabályi normatíva és szakmai-tudományos evidencia, mely több tudományterület határmezsgyéjén helyezkedik el. Ezen tudományterületek legmagasabb szintű ismerete szükséges, melyek részben a munkavégzéshez jogszabályban előírt képzéseken és továbbképzéseken valósulnak meg, illetve folyamatos önképzés útján sajátítandók el, összhangban „Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről” szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelettel.

Az igazságügyi szakértői vélemény (általánosságban is, nem csak pszichológiai és pszichiátriai szakterületeken) bizonyítási eszköz [Be. 16. § c) pont]. A bizonyítékok értékeléséről úgy rendelkezik a Be., hogy „A büntetőeljárásban szabadon felhasználható a törvényben meghatározott minden bizonyítási eszköz, [...]” [Be. 167. § (1) bek.], így az orvosszakértői vélemény is. A bizonyítékoknak azonban nincs törvényben előre meghatározott bizonyító erejük. „A bíróság, [...] a bizonyítékokat egyenként és összességükben szabadon értékeli, a bizonyítás eredményét az így kialakult meggyőződése szerint állapítja meg.” [Be. 167. § (3)-(4) bek.] Ebből következően nem jelenthető ki kategórikusan, hogy a büntetendő cselekmény miatt felelősre vont 12-14 év közötti gyermek, és a 14-18 év közötti serdülő büntethetőségét elmeszakértői vizsgálat állapítja meg, tekintettel arra, hogy a büntethetőség kérdése nem szak-, hanem jogkérdés.

Szakkérdésként tisztázandó, hogy a „büntetőeljárás során a tizenkettedik életévét betöltött, de a tizennegyedik életévét be nem töltött fiatalok terhelte beszámítási és belátási képességének vizsgálata, [...]” [31/2008. (XII.31.) IRM rendelet 19/A. § (1) bek.]. Figyelemmel ennek során arra, hogy: „(2) Ha a szakkérdés annak megállapítására irányul, hogy a terhelt a) a cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követte-e el, amely őt képtelenné tette a cselekmény következményeinek felismerésére,

vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék vagy b) elmeműködésének kóros állapota csupán korlátozta-e a cselekmény következményeinek felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék, [...]” [31/2008. (XII.31.) IRM rendelet 17. § (2)-(3) bek.]”

A gyermek- és ifjúsági pszichiátriai szakterületen kirendelhető igazságügyi szakértőnek ismernie kell:

- a gyermekek és fiatalok jogállásával kapcsolatos rendelkezéseket,
- az elmeműködés és a lélektani folyamatok egészséges és kóros fejlődését, (az u.n. developmentális pszichopatológiát),
- a normától eltérő elmeműködés nemzetközi sztenderdeknek megfelelő aktualizált diagnosztikai módszertanait.

A szakértőnek ezeken túl szükséges ismernie a politikai és szocio-kulturális közeget, amelyben a vizsgálatra jelölt gyermek, illetve serdülő nevelkedik.

### **2.2.1 A BÜNTETŐJOGUNK FEJLŐDÉSE**

A kodifikált magyar büntető anyagi jogban, az elmeállapot normától való eltérésének kérdése, melynek vizsgálata és az eltérés hiánya alapozza meg a bűncselekmény alanyává válását, már a XVIII. században megjelenik. (Dósa, 1995). A francia „Code Penal” 1791-es megjelenését követően, hazánkban is felmerült az igény egy önálló büntetőtörvénykönyv megalkotására, amely instruálta volna a büntetendő magatartásokat, annak érdekében, hogy az akkoriban egyre nagyobb hangsúlyt kapó jogbiztonság, a törvényi és a szokásjogi gyakorlat tisztázása, annak megismerhetősége, esetleges modernizálása megvalósulhasson. Az első magyar büntető törvénykönyv létrehozására (1790/91. évi LXVII. tc.) 1791-ben, az 1790–1791-es diétán állítottak fel országgyűlési bizottságot. Érdekes a történelmi háttérrel realizálni: ekkor alig pár hónapja szabadult fel hazánk II. József abszolútizmusa alól, és az 1789. július 14-i dátum sincs még történelmi távlatban, amikor a párizsiak elfoglalták Bastille börtönét.

Az 1790-91. évi országgyűlés felhatalmazásával készült az úgy nevezett 1792. évi javaslat, amely a beszámíthatóságnak két ágát különbözteti meg: egyrészt, amikor a tettes nem cselekszik szabadon; másrészt, amikor nem tudta, nem is tudhatta, mit cselekszik (Finkey, 1942).

Szirmay Antal 1795-ös Büntető Kódex tervezetében így fogalmaz (Hajdu, 1971): „senkinek nem lehet semmiféle cselekményt felróni, csak akkor, ha azt szabadon követte el és értette, vagy legalábbis megérthette, hogy mit cselekszik.”

Az 1876. évi Közegészségügyi Törvény a körorvost („közhivatali orvost”) közigazgatási elmeorvosi és törvényszéki elmeszakértői feladatokkal látta el: feladatuk lett az elmebetegé nyilvánítás, ezen belül a gyógyíthatóság és a közveszélyesség megállapítása, a tébolydába irányítás, valamint polgári és büntetőügyekben véleményadás is. Egyre fontosabbá vált tehát, hogy az egyetemi képzés során a leendő orvosok elmeorvosból is megfelelő képzést kapjanak (Pisztora, 2009).

Az első magyar nyelvű, átfogó büntetőjogi szabályozást tartalmazó törvénykönyv a Csemegi-kódex volt. Ez, az 1878. évi V. törvénnyel beiktatott törvénykönyv, általános része 1951-ig, sajátos része pedig 1962-ig maradt hatályban. VII. fejezetében, a 76. § alatt szabályozza a beszámítási képességet kizáró vagy enyhítő okokat (Kóhalmi, 2005).

A Csemegi-kódex beiktatása után száz évvel, a Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 24. paragrafusában kodifikálta, mit tekint a büntetőjog kóros elmeállapotnak:

„24. § (1) Nem büntethető, aki a cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában – így különösen elmebetegségben, gyengeelméjűségben, szellemi leépülésben, tudatzavarban vagy személyiségzavarban – követi el, amely képtelenné teszi a cselekmény következményeinek felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék.

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

25. § A 24. § rendelkezései nem alkalmazhatók arra, aki a cselekményt önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követi el.”

A törvény miniszteri indoklása szerint, a beszámítási képességet kizáró okokat a jogszabály a “kóros elmeállapot” gyűjtőfogalom alatt foglalja össze (László, 1985).

Belovics Ervin büntetőjogi tankönyvében a beszámítási képességről a következőket írja: *„A beszámítási képességnek két összetevője van, a felismerési és az akaratí képesség. A felismerési képesség a cselekmény következményeinek, az előre látása... Az akaratí képesség azt jelenti, hogy a felismerési képességgel rendelkező személy szabadon alakíthatja ki az akaratát és annak megfelelő magatartást tud tanúsítani.”* (Belovics, et al, 2003).

Blaskó Béla 2003-ban megjelent tankönyvében a beszámítási képesség két konjunktív feltételét emeli ki: a felismerési és az akaratí képességet. Beszámítási képességgel rendelkezik – nézete szerint – az, *„aki képes arra, hogy a felismeréshez viszonyítva akaratának megfelelő magatartást tanúsítson. Az elkövető több más feltétel megléte esetén is csak akkor büntethető, ha legalább korlátozott beszámítási képességgel rendelkezett az elkövetési magatartás tanúsításakor.”* (Blaskó, 2003).

Az elmeműködést súlyosan zavaró állapotok, vagyis a „kóros elmeállapotok”, a beszámítási képesség mindkét pillérét, a felismerés képességét és az akarat kinyilvánításának képességét is érintik. Fennállásuk és az egyén viselkedésére kifejtett hatásuk speciális ismeretanyagot és tapasztalatot igénylő feladat, ezért elmeorvos-szakértői vizsgálatot igényel.

Az 1978. évi IV. tv. azonban a fiatalokúra nézve nem szabályoz külön beszámítási képességet kizáró okot.

Az orvos- és egészségügyományok (pszichiátriai, pszichológia), valamint a társadalomtudományok (szociológia) folyamatos fejlődésével párhuzamosan, és azok eredményeire építkezve, miszerint a pszichiátria biológiai, pszichológiai és szociológiai aspektusok determinálta komplexum, a fiatalokúra büntető igazságszolgáltatási rendszerét is frissíteni volt szükséges. Az erre irányuló reformokat igen jelentős



mértékben az ENSZ és az Európa Tanács ezen tárgykörben megszületett dokumentumai határozzák meg. Az egyik legmaghatározóbb nemzetközi egyezmény az ENSZ Közgyűlése által, 1989. november 20. napján ratifikált „A gyermekek jogairól szóló egyezmény”, amelyet Magyarország, az 1991. évi LXIV. törvénnyel hirdetett ki. Az Egyezmény – a részes államokra kötelező érvényű – előírása alapján, a büntetethez való alsó életkori határának determinálása, olyan legalacsonyabb életkor, amelyen alul a gyermekkel szemben bűncselekmény elkövetésének vélelme kizárt. Az egyezmény 37. cikk (b) pontja arról is rendelkezik, hogy a részes államok nemzeti jogalkotása gondoskodjon arról, hogy a szabadságvesztéssel járó büntetés csak a legvégső és legrövidebb időre alkalmazható intézkedés legyen a gyermekekkel szemben.

Egyebek mellett ezen előzmények és egyéb körülmények eredőjeként állapította meg a magyar törvényhozás a 2012. évi C. törvénnyel az „új” Büntető Törvénykönyvet. A büntetethez való szempontjából „értékelhető” eltérések, a „kóros elmeállapotok” köre olyan szerteágazó, hogy leszűkíteni őt – a törvény szintjén pontosan nem is definiálható – kóros mentális, illetve pszichés eltérésre nem célszerű. Éppen ezért az új, hatályos Btk. a következőképpen rendelkezik a kóros elmeállapokra vonatkozó szabályokról:

„17. § (1) Nem büntethető, aki a büntetendő cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követi el, amely képtelenné teszi cselekménye következményeinek a felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

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

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

Az új büntető anyagi kódexünkben nívum az 1978. évi IV. törvényhez képest, hogy nem nevesíti a kóros elmeállapotot megalapozó pszichiátriai rendellenességeket. Ennek oka az, hogy a kóros elmeállapot törvényi felsorolása soha nem lehet teljes, naprakész a pszichiátria tudomány folyamatos fejlődése miatt, és így nem is felelhet meg teljes mértékben a pszichológusok és pszichiáterek által használt terminológiáknak. Az új

szabályozás előrevetítette azt a folyamatot, amelyben felértékelődött az igazságügyi elmeorvos szakértők szerepe a büntetőeljárásokban.

A korábbi szabályozásokhoz képest megváltozott a felelősségre vonandók köre is: eszerint a 12-14 év közti elkövetők is büntetőjogi felelősséggel tartoznak az alábbi bűncselekmények esetében. A gyermekkorra vonatkozó, 16-os cikkely alapján:

„16. § Nem büntethető, aki a büntetendő cselekmény elkövetésekor a tizennegyedik életévét nem töltötte be, kivéve

- a) az emberölés [160. § (1)–(2) bekezdés],
- b) az erős felindulásban elkövetett emberölés (161. §),
- c) a testi sértés [164. § (8) bekezdés],
- d) a hivatalos személy elleni erőszak [310. § (1)–(3) bekezdés],
- e) a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak [311. §, ha a 310. § (1)–(3) bekezdése szerint minősül],
- f) a hivatalos személy vagy közfeladatot ellátó személy támogatója elleni erőszak [312. §, ha a 310. § (1)–(3) bekezdése szerint minősül],
- g) a terrorcselekmény [314. § (1)–(2) bekezdés],
- h) a rablás [365. § (1)–(4) bekezdés], és
- i) a kifosztás [366. § (2)–(3) bekezdés]

elkövetőjét, ha a bűncselekmény elkövetésekor a tizenkettedik életévét betöltötte, és az elkövetéskor rendelkezett a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátással.”

Tankönyvének legújabb, átdolgozott kiadásában Blaskó Béla megállapítja, hogy *“Annak háttérében, hogy a (hatályos) Btk. a felnőttkorúaktól eltérő szabályokat állapít meg a fiatalkorú elkövetőkkel szemben, lényegében az eltérő életkori sajátosságokra tekintettel főként az alábbiak állnak:*

- *a fiatalkorú viszonylag csekély élettapasztalattal rendelkezik (a Ptk. szerint is “csupán” korlátozottan cselekvőképes)*
- *a fiatalkorúak érzelmi, értelmi, erkölcsi fejlettsége eltér a felnőtt-korúakétól,*
- *ebben az életkorban fejlődnek, alakulnak ki a társadalmi következményekhez való alkalmazkodási készségek,*

- *az ember életének ez a szakasza a társadalomba történő beilleszkedés szakasza, és az eddigiekre is tekintettel*
- *a fiatalok nem képesek arra, hogy minden élethelyzetben maradéktalanul felismerje magatartása társadalomra veszélyes következményeit.* (Blaskó, B., 2023).

### **2.2.2 A RENDÉSZETTUDOMÁNY KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE**

A „rendőr” szó közel 200 éve került a nyelvünkben használt szavak közé. „Magyarországon a rendőr kifejezés a mai formában először 1833-ban, Fogarasi János diák-magyar-műszó könyvében látott napvilágot. A (köz)rendészet szavunk elsőként Karvasy Ágoston, 1862-ben megjelent könyvével válik közismertté” (Sallai, 2019).

A rendőrhivatal, mint a közigazgatás első formája a 17. és 18. század fordulóján jelent meg azokban a birodalmakban, amelyek az eredeti tőkefelhalmozás, a városiasodás és a nyitott piacgazdaság útjára tértek (francia–porosz modell). A rendőrségek életre hívása társadalmi szükségletet, a közrend és a közbiztonság fenntartását szolgálta, az általuk gyakorolt rendfenntartó funkció az állam kötelességeként fogalmazódott meg, az államszervezetben elkülönült intézményként állították fel azokat; személyzetüktől szakértelmet követeltek. Hiányoztak azonban az alkotmányosság azon fundamentumai – a törvények uralma, a hatalmi ágak megosztásának elve, az emberi jogok tisztelete –, amelyek csak a következő századok érdemei lesznek. Ennek az eredettörténetnek a nyomai a mai napig látszanak a rendészet jogi szabályozásán, szervezeti felépítésén és működésén. (Azt is mondhatnánk, hogy nosztalgia egy olyan világ iránt, amelyben a törvény nem szabályoz, hanem felhatalmaz, a hatósági erőszak a „jó ügy” szolgálatában korlátlan, a hierarchia határozza meg a szakértelmet, a titkosság alapvető működési feltétel (Le Clere, 1957).

Európában az államrendőrség „koraszülöttnek” számított abban az értelemben, hogy megszervezése idején hiányzott az a közjog, amely a későbbi századokban a rendészetet is a törvények alá rendelte. Arról a közjogról van szó, ami az állam és polgárai kapcsolatát jogviszonyokká alakítja. Az alattvalóból szabad polgár lesz. A „koraszülött” rendészetet a közjog hiánya egyáltalán nem nyugtalanította. A rendőrhatalmat

korlátozó garanciák helyett készen állt az általános felhatalmazás elmélete, az a felfogás, amely szerint, aki biztonságot akar, az vegye tudomásul, hogy a rendőrség csak a jogi és a morális korlátok nélküli hatalom birtokában lehet eredményes. A német közjogász, Sonnenfels (1733-1817) szerint: „A rendőrség köteles pontosan tájékozódni valamennyi rend és közület erejéről, hogy a tájékozottság birtokában, ha ezek közül bármelyik is gyanús nagyságra tenne szert, képes legyen azt a követelményeknek megfelelő korlátok közé visszaszorítani.” (Finszter, 2019)

Egy másik szerző pedig azt hangsúlyozta, hogy „az állami hatóságok szabad belátásának kell érvényesülnie.” (Temesi, 2012) Ez a szervezeti kultúra a szabadságára büszke polgárral szemben előnyben részesítette a jól fegyelmezhető alattvalót. Megszületett a rendőrállam.

Az európai nemzetállamokban a közjog felvirágzásának időszaka a 19. századra tehető. Ez különösen érvényes a büntető anyagi és eljárásjogi kódexek megalkotására, valamint a közigazgatás szabályozására. A 20. század két diktatúrája azonban arra készítette a jog művelőit, hogy ne higgyenek fenntartások nélkül a dogmatikai formák erejében. Ezek tudni illik, ha tisztességtelen kezekbe kerülnek, az embertelenséget is legalizálhatják.

Európában a két világháború közötti időszak, a rendészetek válságaként is leírható. Kiváltképp a diktatórikus – prominensen a náci német és a kommunista szovjet – rendszerek mutatták meg, hogy a rendészeti kényszer miként válhat az önkény engedelmes eszközévé, lerombolva mindazt az értéket, amit a 19. század közjogi fejlődése teremtett meg. A második világháború után Európában nem volt háború, a társadalom létezés ösztöne és a fejlődés iránti igénye, előmozdította a gazdaság, ipar – és technika fejlődését, így a 20. század második felére az emberek viszonylag magas általános életszínvonallal rendelkeztek. Morális fejlettségi szintjüknek attribútuma a felismerés, olyan nemzetközi garanciák szükségessége, amelyek mellett a formális joguralom nem válhat diktatúrák kiszolgálójává. Ezen eszmék talaján a fejlett országokban, azoknak is a fejlett polgári demokráciáiban terjedt el a jogállami minőségű jogot és a politikai demokráciát egyesítő alkotmányos jogállam, ahol az államszervezet felépítésének és működtetésének fontos elve a hatalommegosztás,

biztosítandó egy rendőrállam kialakulásának megakadályozását (Szigeti & Szilvássy, 2015).

Az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata 1948-ban és az Emberi Jogok Európai Egyezménye 1950-ben, valamint az ENSZ közgyűlése által elfogadott Polgári és Politikai Jogok Egyezségokmánya 1966-ban az alkotmányos demokráciák rendőrségeit is formálták. A humanista jogfelfogást követő európai országok közösségét fogja össze az 1949-ben alakult Európa Tanács, amelynek rendőrségre vonatkozó irányelvei, közöttük a 2001. szeptember 19-én kelt R (10) számú ajánlás a rendőrségek nemzetközi etikai kódexéről hozzájárultak a szakmai kultúra megújulásához. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának határozatai közül számos, a rendészeti kényszerintézkedések jogszerűségéhez ad iránymutatást.

„Magyarországon 1867 előtt nem volt egységes központi közigazgatás és rendőrség, ezért a településeken, városokban az adott helyi hatalomnak alárendelve látták el a rend, a közbiztonság fenntartását.” (Sallai, 2020). Sallai a 19. század derekán publikáló jogtudóst, Zsoldos Ignácot szólaltatja meg rendről és rendőrségről: „Rend magában fenn nem tartódik, annak fenn kell tartatnia. Kik a rend fenntartásában felvigyáznak, s a rendbontókat – törvény szabta büntetések elvétele végett – bejelentik: rendőrnek neveztetnek. A rendőrség tehát minden jól rendezett polgárzatok egyik fő kelléke, s van is minden művelt országban.” (Sallai, 2020).

Az első magyar büntető törvénykönyv 1878. évi indokolásában olvashatjuk: „Hogy a föltétlen igazság és a társadalom fenntartásának érdeke, – vagyis az igazságos és a hasznos – a büntető rendszerben szükségszerűleg nevezetes tényezőt képeznek: ez magától értetődik, ez bizonyos tekintetben a józan észnek tana.” (Lőw, 1880).

Mindezek folyamánya azonban a rendőrség örökös, közbiztonságot védelmező tevékenységére csekély hatást gyakorolt. Ez a terület változatlanul a generális klauzula, az általános felhatalmazás hatálya alatt állt. A fővárosi rendőrséget létrehozó törvényalkotásról Sallai megállapítja: a „megszületendő törvénynek és ennek hatásaként felállított állami rendőrségnek Európában a kor színvonalának megfelelően, a jogállam előfeltételeit biztosító, felelősséget vállaló, modern szervezetnek kellett

lennie. [...] Így hosszas vita után, 1881-ben született meg a XXI-es törvény a Budapest fővárosi rendőrségről.” (Sallai, 2020).

A rendészet pártirányításának 1956-ot követő gyakorlatát mutatja be Korinek László elemzése: „A rendészet része volt a proletárdiktatúra államgépezetének, ezért osztozott annak a monolitikus hatalmi központ általi kiszolgáltatottságában.” (Korinek, 2006).

1988-ban a Belügyminisztériumban megszűnt a tisztán rendőrminisztériumi funkció, annak feladatkörébe került a civil államigazgatásnak számos fontos területe, például a helyi közigazgatási szervek (megyei, városi, kerületi tanácsok) törvényességi felügyelete, az állami személyzeti munka és a településfejlesztés. A minisztérium legfelsőbb vezetésében civil közigazgatási szakemberek jelentek meg, akik új szellemet képviseltek.

A rendszerváltozás hajnalán egyetértés mutatkozott abban, hogy a rendészet csak reformértékű átalakítások eredményeként kaphat helyet az alkotmányos demokrácia államszervezetében. *Reformra* akkor van szükség, amikor új politikai rendszer születik, a korábbi időszak éles kritikája fogalmazódik meg, az egyetlen járható út a múlttal való teljes szakítás. A reform soha nem lehet parciális, az ilyen változtatás csak holisztikus (a rendszer valamennyi alrendszerét érintő) szemlélettel vezényelhető le. A *modernizáció* ezzel szemben nem a nagy társadalmi változások, hanem a távlatos gondolkodás és politikai kompromisszumok eredménye. A *korszerűsítés* a technikai fejlődéssel egyre gyakrabban kerül napirendre, tipikusan csak kisebb részterületeket érint és gyors döntéseket igényel. A rendészetben az 1990-es békés átmenet inkább annak a modernizációnak adott ismételt esélyt, amelynek kezdetei a 19. században lelhetőek fel, és amelyet a pártidiktatúra 40 esztendeje szakított meg.

A jelen fejezet bevezetőjében említett Marcel Le Clere 1957-es írása, akár útmutató is lehetne. Az alkotmányosság fundamentumai, mint a törvények uralma, a hatalmi ágak megosztásának elve, az emberi jogok tisztelete, a 20. század érdeme, viszont ezen értékek reprezentálása a következő századoknak is felelőssége lesz. A 21. században új kihívásokkal kell szembe néznünk. A mai többpólusú világrendben látható a hatalmi egyensúly változása. Az eddig békésnek hitt világrend felborulni látszik.

### 2.2.3 AZ „ORVOSI RENDŐRSÉG”, A KÖZEGÉSZSÉGÜGY KEZDETEI

A történelmi Magyarországon Mária Teréziáig nyúlnak vissza a közegészségügy szabályozásának kérdései. Korszakos jelentőségűnek tekinthetjük Mária Terézia egészségügyi alaprendeletét 1770-ből (Generale Normativum in Re Sanitatis).

A rendeletnek természetszerűleg voltak előzményei Nyugat-Európában, de a Habsburg Birodalomban is. Ezekből az egészségügyi tárgyú előzményekből épül fel az említett alaprendelet. A főszabályzatként is említett rendelkezés kétségkívül egy Habsburg-birodalmi rendelet magyarországi adaptációja.

„...a magisztrátusok két vonatkozásban teljesítik hivatali kötelezettségüket: éberség egyrészt természetesen a határok mentén fekvő tartományokban, amelyekben a járványos betegség váratlanul és hatalmas pusztítást okozva jelentkezhethet, másfelől éberség a kedvező belső egészségügyi közállapotok fenntartása érdekében” (Balázs, 2007).

A 18. század, a rendőrség, mint önálló szakigazgatási szerv elkülönülésének, és a közigazgatástól történő különválásának évszázada is egyben. Johann Heinrich Gottlob von Justi 1756-os munkájában, az úgynevezett „rendőr-tudomány” keretei közé sorolta a belső igazgatás valamennyi teendőjét. Ide értette az egészségügyet és a vallásügyet is (Deák, 2013). Mindebből következik, hogy jelentős történelmi hagyománya van annak az igazgatási modellnek, mely a közegészségügyet a belügyi irányítás alá tartozónak tekinti. A legnevesebb magyar jogtudósok, többek közt Karvasy Ágost, írásaiban alátámasztja azt az okszerű következtetést, hogy a korabeli jog- és rendészettudomány művelői a rendészet részének tekintették az egészségügy, közegészségügy irányítását.

A közrendészeti tudomány című, 1862-ben megjelent művének (első kiadás) első oldalán így vélekedik:

„1. §. A közrendészeti tudománynak és a közrendészeti hatóságnak fogalma. A közrendészeti tudomány (Polizeywissenschaft) azon elveknek foglalatja, melyeknek alkalmazása által az államban a fenyegetődző veszélyek és háborítások közvetlenül

elháríthatnak, azoknak káros következményei megszüntetnek vagy enyhíttetnek, és az emberek finomabb szükségletei, melyeket a magasabb műveltség kíván, kielégíttetnek. A veszélyek és háborítások, melyeknek elhárítása a közrendészeti tudomány tárgyát képezi, származhatnak vagy az emberek gonosz akaratából, vagy azoknak vigyázatlanságából, vagy a természeti elemektől, azaz az emberi akaratától független eseményektől.

Azon hatóság, melynek hivatása a sértéseket és háborításokat czélszerű intézkedések által megelőzni, és a társaság finomabb szükségleteiről gondoskodni, közrendészeti hatóságnak vagy rendőrségnek (Polizey) nevezetik.”

A továbbiakban megalkotja „az orvosi rendőrség”, vagyis a közegészségügy fogalmát:

„84. §. Az orvosi rendőrség fogalma. Az orvosi rendőrség foglalatja azon intézkedéseknek, melyek az egészség fenntartására czéloznak, ezen intézkedések két nemre oszlanak t. i. olyanokra, melyek által a polgároktól a betegségek eltávolíttatnak, és olyanokra, melyek a kiütött betegséget gyógyítván az egészség helyreállítására szolgálnak.” (Karvasy, 1862).

Hasonlóan vélekedik, a közigazgatás- és rendészettudomány területén maradandót alkotó másik jogtudós, Concha Győző is. A rendőrség természete és állása szabad államban címmel megtartott Akadémiai előadásának nyomtatott változatában 1901-ben a következőket írta: „Tágabb értelemben a közrend elemeihez számítjuk a természet rendjét is. [...] A természet rendjének megbomlása (tűzvész, árvíz, hegyomlás, pestis) megbontja az állam és társadalom rendjét is. [...] Ha a gyógyítás külön orvosi karnak kiváltsága, ebből következik a kuruzslók megakadályozása, másrészt a gyógyszeremélyzet kényszerítése, hogy működését végezze is. (Kib. btk. 92—96. §) [...] a rendőrség [...] Mint a jó orvos óvhatja, támogathatja, időleg helyettesítheti az organismus működéseit, de nem teremtheti.” (Concha, 1901).

Mint láthatjuk, a kor klasszikusai a közegészségügy irányítását és felügyeletét egyértelműen a belügyi igazgatás részeként fogadták el. Az egészségügy helyzetét pedig egyértelműen az állami szerepvállalás egyik fontos tényezőjeként kezelték. Az 1867-es kiegyezés számos változást hozott a magyarországi rendfenntartás szervezetében. Alapvető, hogy a felelős magyar kormány kezébe került vissza – 1848 után ismét – a belügyek kezelése.



A belügyminisztérium az alábbi ügyeket kapta:

„A belügyminisztériumhoz beosztott ügyek:

[...] A közegészség minden ügyei, nevezetesen: egészségállapottróli jelentések, himlőoltás, gyógyászati kontárkodás, bonczolások, hullák szállítása, temető, halottas szobák, és a közegészségi rendőrség. Járványok és azok elleni intézkedések, kivéve az állatok körüli intézkedéseket. Fürdők és mindennemű ásványvizek orvosi szempontból, orvosi személyzet és bábák, gyógyszerterek minden ügyei, gyógyszerteri számadások felülvizsgálata in linea medica; véleményezések orvosi műszaki tekintetben.” (Magyarországi Törvények és Rendeleték Tára, 1867).

Patrubány képviselő álláspontja szerint, ha az egyének életszükségei megoldottak, az jelentős részben hozzájárul az állam legfontosabb kérdéseinek megoldásához: „Azért a törvényhozásnak nem szabad figyelem nélkül hagyni a közegészségügy ismeretét és természetét; nem szabad azért, mert az állam jólétének, munkaképességének alapja, az az állam fölvirágzásának föltétele. ... A közegészségi ügy kezelésének szintén két formája van, egyik a központosított, midőn az állam kormánya tartja kezében ezen intézkedések megtételét és végrehajtását; e tekintetben látjuk Poroszországot és Franciaországot, hol ilyen kezelés uralkodik; másik a decentralisatio formája, mely Belgiumban, Hollandiában és különösen Angliában áll fen, az úgynevezett helyi közegészségi hatóság, „local board of health”, alakul ez a választó polgárok kebeléből, mint választmány, melyben orvosok, mérnökök, építészek is vannak, vannak hivatalnokai, gondos figyelemmel kísérik azon intézkedéseket, melyeket a közegészségi tanács elrendel. Az angol nép, mely szabadságára nagyon féltékeny, józanságánál fogva belátta, hogy egyéni szabadságából a közhaszonra másoknak némi részt helyesen enged át, s azért nem hogy zúgolódnék, sőt ellenkezőleg nagyon is követeli a törvények határai között a „helyi egészségügyi hatóság” szigorúságát (Danielisz, 2021). A képviselő - az angol mintára - szükségszerűnek tartja azon egészségügyi bizottságok rendszerének kiépítését, melyek megfelelő apparátussal rendelkeznek. Hangsúlyozta, hogy végrehajtó hatalom nélkül a közegészségügyi javaslatok nemhogy betarthatatlanok, de végrehajtásuk sem garantált.

Dr. Melly József, 1917-ben budapesti kerületi orvosként vitt szolgálatot a köz érdekében, később 1923-tól a főváros tisztiorvosa lett. 1928-ban egyik tanulmányának

bevezetőjében azt írta. „A társadalomra nézve minden megszületett éplelkű és testű egyén értéket, energiaforrást jelent, tehát minden olyan ártalom elhárítását, mely ezt károsítja, jólindokolt nemzetvédő tevékenységnek kell tartanunk. Erre irányul az egészségügyi profilaxis széles alapon való szervezése, az anya- és csecsemővédelem intézményes kiépítése, a betegekről való gondoskodás, szakképesítéssel bíró orvosok működésének istápolása a kontárok üldözése és kórházak építése útján, a testi és szellemi nyomorékok asyilizálása és legújabbán az öngyilkosok társadalmi úton való megmentésére való törekvés.” (Melly, 1928).

A fent taglalt történelmi korszakaink jól mutatják, hogy az egészségügyi irányítás és felügyeleti rendszer az állami igazgatás szerves része. Ezt támasztja alá a Mária Terézia idejéből származó egészségügyi alaprendelet, illetve a kiegyezéskori rendészeti és jogi szakírók alaptézise, miszerint a közegészségügy koordinálása és működtetése a belügyi igazgatás szerves része.

Az elmúlt közel 100 év alatt ugyan gyökeres szerkezeti változás ment végbe szervezeti szinten, és az egészségügyi szakmai szemlélet is számos ponton módosult, ám a közegészségügy feladatai ma is szinte ugyanúgy definiálhatók, vagyis az emberi életek megmentése, betegségek gyógyítása orvosi szinten vagy prevenció keretében, odafigyelve a természeti és épített környezet állapotára.

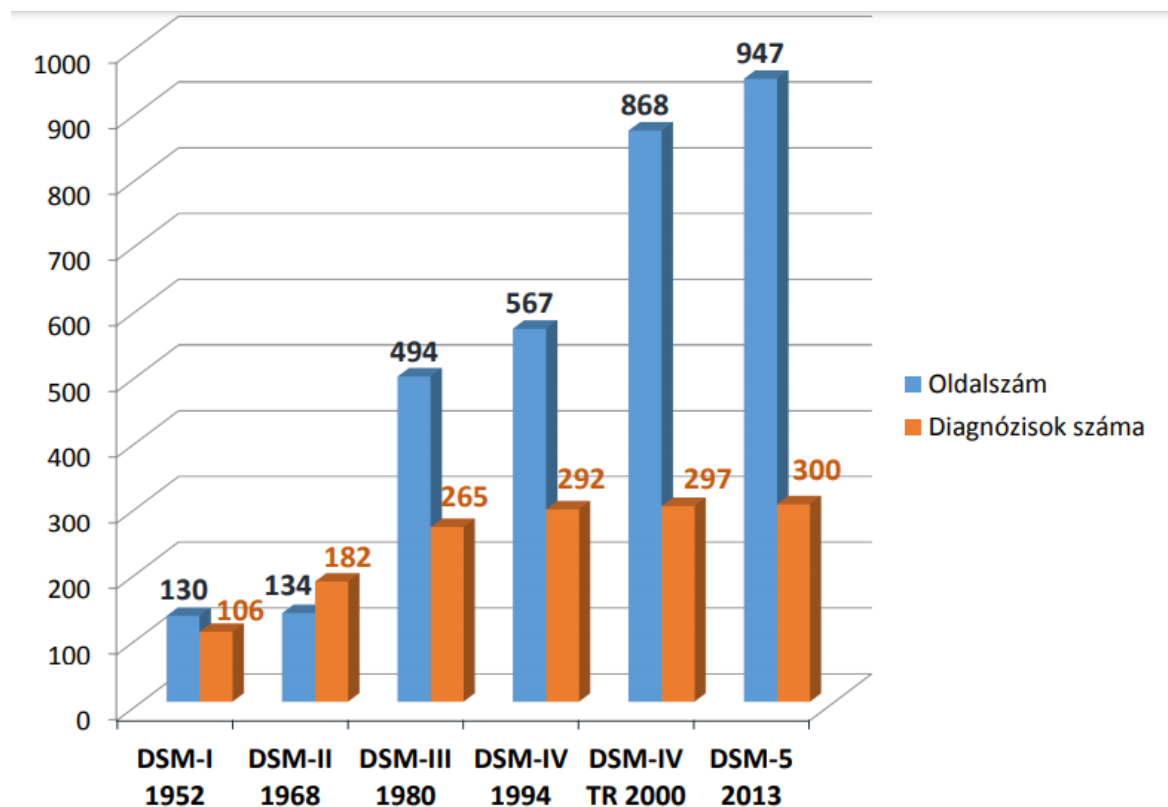
#### **2.2.4 A BETEGSÉGEK EGYSÉGES NEVEZÉKTANÁNAK KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE**

Miközben a betegségek természetével kapcsolatos tudományos igényességű megismerés is fejlődött, a szakemberekben, kutatókban megfogalmazódott az egységes nevezéktan (nozológia) létrehozásának szükségessége is. A nozológia tudománya az orvostudomány egyik területe, melynek tárgya a betegségek osztályozása és azok struktúrába rendezése. Tulajdonképpen az osztályozási rendszerek bevezetésével nemcsak a betegségek (és nyilvánvalóan a mentális zavarok) kritériumainak meghatározása valósul meg, de ezek segítségével történik a diagnosztizálás is. Az egységes klasszifikáció számos előnnyel jár, mely azon túl, hogy egységes kutatási

kereteket teremt, lehetővé válik a szakemberek szakmai diskurzusa is, melyek történeti hagyományon alapulnak (Németh & Füredi, 2020).

A BNO rendszer kialakításának igénye az 1890-es évekre nyúlik vissza. Ebben az időben egy francia testvérpár Jacques Bertillon orvos és statisztikus és öccse, a rendőrtiszt, Alphonse Bertillon végeztek úttörő munkákat az adatok, jellemzők tételes feldolgozása terén. Munkássága csúcsán (1891-93 között) Jacques Bertillon annak a bizottságnak volt az elnöke, amely feladatául fogadta, hogy egységes szerkezetben vizsgálja a halálhoz vezető okokat (Manchikanti et al, 2011). Hamarosan az Egyesült Államokban is bemutatták a Bertillon vezetésével megalkotott „Halálokok Nemzetközi Listáját”, és 1898-ban az USA alkalmazni kezdte a rendszert (Gersenovic, 1995). 50 év alatt többszöri kódrevízió esett át, míg a hatodik revíziót már az Egészségügyi Világszervezet égisze alatt dolgozták ki 1948-ban. Kutatómunkánk megkezdésekor Magyarországon a X. revízió volt hatályos, ezt a 9/1993 NM rendelet léptette hatályba. (9/1993. (IV.2.) NM rendelet, Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről. Forrás: <https://njt.hu/jogszabaly/1993-9-20-3D>)

A BNO mellett azonban 1952-től megjelent a pszichiátria/pszichológia szakterületén elkülönült osztályozási rendszer is, amely a diagnózisokhoz konkrét kritériumokat és leírásokat rendel. Ez a Mentális Zavarok Diagnosztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM), melynek első verzióját 1952-ben jelentették meg. Azóta több verzió született, mely mutatja, hogy a diagnózisok egyre pontosabbá váltak. A kézikönyvet az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) adja ki és felügyeli, jelenleg az ötödik verzió (DSM-5) van érvényben. 1952-höz képest az eredeti 106 diagnózis 2013-ra megháromszorozódott, a mentális zavarok leírását tekintve pedig kilencszeresére nőtt a tartalom, amely gyarapodás mutatja a pszichiátriai/pszichológiai kutatások számának emelkedését, ezáltal pedig a szakmai tudás bővülését (1. ábra).

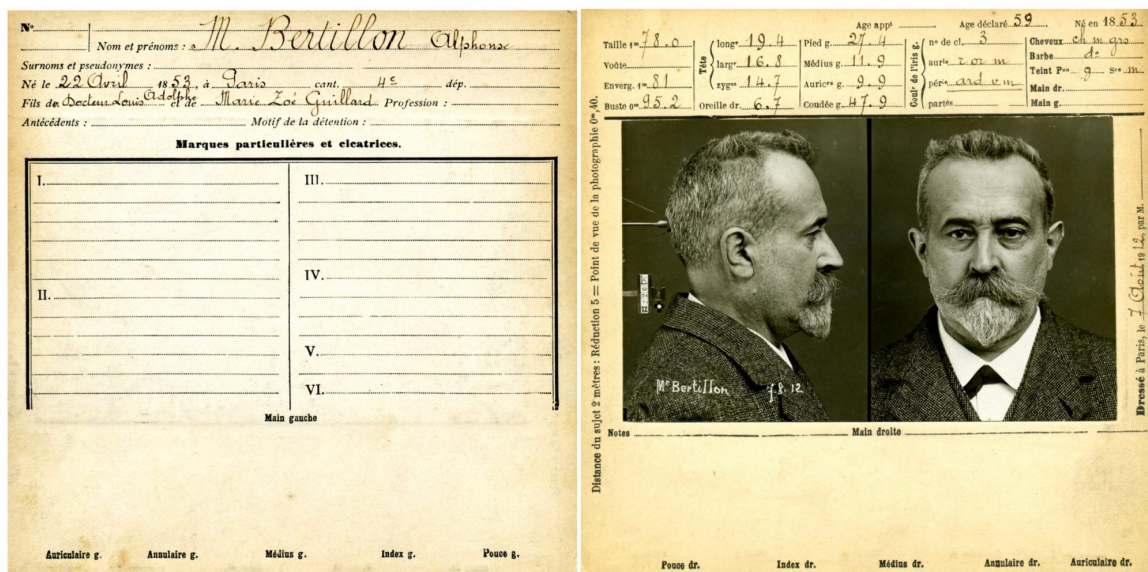


1.ábra

A DSM terjedelmének és a diagnózisok számának alakulása

Forrás: Szekeres (2019)

Az ifjabb Bertillon, a rendőrtiszt Alphonse érdeklődése a bűnelkövetőkre fókuszált. Az akkor újdonságnak számító fotódokumentációt is beemelve antropometriai felmérést javasolt a visszaeső bűnözők könnyebb azonosítására. Bertillon ezt az adatgyűjtést azoknál a bűnözőknél vélte fontosnak, akik újra és újra bűnselelményeket követtek el, vagy azért, mert valamilyen okból meg tudták úszni a felelősségre vonást, vagy azért, mert életmód-bűnözőként a kisebb-nagyobb büntetések letöltése után is életmódjukká válva folytatták a törvénszegéseket. Ezek a karrier-bűnözők sokszor próbálták meg a külsejük elváltoztatásával csökkenteni a felismerhetőségüket. Bertillon dolgozott ki elsőként egy olyan szempontrendszer (2. ábra), amelyben rögzíteni és rendszerezni tudta a bűnelkövetők testi adottságai közül mindazokat, amelyek minden körülmények között is állandóak maradtak (Bertillon, 1893).



2. ábra

Bertillon azonosító kártyája. (Forrás:

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bertillon,Alphonse,ficheanthropométriquerecto-verso.jpg>

Vélhetőleg rendőrtiszt testvére inspirálhatta Jacques Bertillon-t arra, hogy bűncselekmények staisztikai jellemzőivel is foglalkozzon. A The New York Times 1913. november 30-i számában megjelent "A francia bűnözés új elemzése" című cikkében felteszi a kérdést, hogy mik lehetnek az okai a bűnözés emelkedésének? (Bertillon, J. 1913, „New Analysis of French Crime”). Bemutatja a Németországi, 12 évesnél idősebb fiatalokú bűnelkövetők számának emelkedését is, amely 1882 és 1909 között mintegy 20%-os volt! Ugyanezen időszak alatt Franciaországban a 16-20 éves korú bűnelkövetők száma 38%-kal emelkedett. Felveti azt is, hogy a 16 évesnél fiatalabb gyermekek esetében a bűnelkövetési statisztika magasabb kell legyen, mint amit az adatok mutatnak, mert "a bírók, ami azt illeti, nagyon gyakran nem tesznek mást, mint szigorúan rájuk szólnak." Adatai azt mutatták, hogy a bűnelkövetés leggyakrabban 18 és 24 éves kor között következik be. Életkor szerint is elemezte a különböző bűncselekményekben való részvételt, megállapításai a mai kor adataival is összecsengéseket mutatnak.

Meng, Segal & Boden (2013) egy tanulmányban úgy látták, eredetileg az állhatott elméletben a fiatalokú bűnelkövetők és a felnőtt bűnelkövetők elkülönítése mögött, hogy az elkülönítés és a büntetés helyett gondoskodást és irányítást biztosítsanak a fiataloknak. Ez az elképzelés a 19. században honosodott meg, és a 20. század elejére általánossá vált. Az 1950-es és 1960-as években a közvélemény aggodalma azonban

nőtt a fiatalkori bűncselekmények megelőzésének hatékonysága iránt, és hiányolták a fiatalok bűnelkövetőkre vonatkozó speciális jogintézményeket is.

### **2.2.5 A GYERMEKVÉDELEM ÉS A GYERMEKEK ORVOSI ELLÁTÁSÁNAK FEJLŐDÉSE**

*„... a ma fiatalsága holnap a nemzet zömét alkotja, miért is a fiatalok testi, lelki, erkölcsi gondozására, nevelésére különös figyelmet kell fordítani ...” – Csorna Kálmán, A szociális gyermekvédelem rendszere, (1929)*

Egyes ókori társadalmakban (pl. Spárta) a testi fogyatékossgal született (vagy “idétlen”, azaz időtlen, koraszülött) gyermekek felnevelése helyett, a “vének tanácsa” lehetőséget adhatott arra az apának, hogy az ilyen gyermeket kitegyék a Taigetosz hegyen az úgynevezett Apothetaira. Plutarkhosz feljegyzésének fordítási hibájával szemben az erre a helyre kitett csecsemőt elvihették azok, akiknek nem volt gyermekük. Így a gyermek kitételének ritkán volt halálos áldozata. Rómában a testi eltéréssel született csecsemőket vagy a XI. városrészben, vagy az avertini hegyekre tették ki. A csecsemők mellé állított korsóban valamilyen értéket helyeztek el, mely vagy az életben tartáshoz adott segítséget, vagy a temetés költségeit fedezte.

Más elbírálás alá estek az árva gyermekek: Athén, az ún. „orphanophylakes”-ekben nevelte az elesett katonák árváit, a római korban pedig a hasonló funkciójú intézményekben, az „orphanotrophiak”-ban helyeztették el az árvákat, akik a császár védelme alá kerültek (Alimentarii pueri et puellae).

Nagy Konstantin i.sz. 315-ben megtiltotta a „gyermekkivetés és áruba bocsátás” jogát. 330-ban megalapította az első árvaházat Konstantinápolyban. 370-ben Nagy Szent Basil alapított szegényházat Neocesareaban, melyet árvák ellátására is szánt. A kereszténység terjedésével egyre több templom mellett hoztak létre lelenházat. Például Milánóban 787-ben, Montpellierben 1180-ban. Rómában, 1198-ban, III. Ince pápa által alapított menhely rendelkezett először az ún. forgóládával (ruota v. torno), mely a törvénytelen gyermekek szüleinek névtelenségét biztosította (Deutsch, 1912).

A reformáció idején a polgárság függetlenedni kívánt ezen a területen az egyháztól, és saját jótékonyági tevékenységgel próbálta megoldani a gyermekvédelem ügyét. Mivel a felügyelet az állam kezében volt, és a gazdaságosság szempontjait is figyelembe kellett venni, ez azzal a következménnyel járt, hogy a lelencgyermeket együtt gondozták a fogvatartottakkal. A következmények negatív hatásai miatt új megoldást kellett találni. 1572-ben Augsburg-ban, majd 1695-ben Halle-ben, megürült kolostorokban hoznak létre önálló árvaházakat. A halle-i árvaházban már ekkor szegényiskolát is létrehoznak, így a későbbiekben ez a modell szolgál majd mintául az európai árvaházak kialakításához.

1770-ben Szentpétervárott, majd 1783-ban Moszkvában, Nagy Katalin cárnő rendelete alapján épülnek meg hasonló funkciójú intézetek (Bókay, 1935).

A XIX. század végére a szegényügyet és a gyermekvédelmet sikerül különválasztani. Az árvaházak fenntartása és ellátása jótékony szervezetek adománygyűjtésén, illetve egyéni adományozók jóindulatán alapult. Az egyik ilyen szervezet az 1906. február 25-én megalakult Országos Gyermekvédő Liga. Adománygyűjtő tevékenységet folytattak (pl. gyermeknapokon gyűjtöttek), de budapesti központjukba folyamatosan érkeztek az állami gondoskodásba szánt gyermekek is. Az alakuló közgyűlésen megfogalmazott céljuk volt „elsősorban egy akkora országos gyermekvédelmi alap létesítése, hogy annak kamatjövedelméből a társadalmi gyermekvédelem összes anyagi szükségletei fedezhetőek legyenek.” (<https://www.ogyl.hu/bemutatkozas.html>) A szervezet alapszabálya értelmében központi céljuk a gyermekek és a fiatalok védelme volt, mely tevékenységet 1906-1950 között töretlenül végeztek. Az államosítás és vagyonfelosztás után 40 évvel 31 közéleti személyiség, a Liga újjáélesztésének megálmodójával, Dr. Ranschburg Jenővel az élen ismét létrehozta a civil szervezetet.

A magyar gyermekvédelem törvényi szintű szabályozása Szent Istvánig nyúlik vissza. Törvényben rendelkezik az özvegyek és árvák ellátásáról, illetve külön helyiséget jelöl ki az Esztergomban és Pécsváradon alapított kórházakban, az elhagyott csecsemők részére. Gellért püspök alakított ki elsőnek idehaza otthont az elhagyott gyermekeknek, és iskolát is szervezett nekik (Ruffy, 1928).

Könyves Kálmán I. törvénykönyvének 58. fejezete már kitér az abortuszt, a gyermekgyilkosságot és a gyermek magára hagyását büntetendő cselekmények halállal történő szankcionálására (Szalárdi, 1900).

Mária Terézia 1763-ban Tallóson alapított, 100 gyermek ellátását biztosító árvaházat, melynek férőhelyét királynői utasításra gyorsan 200 főre emelték (Gönczi, 1928). II. József 1784-ben rendeleti úton hoz létre hatóságilag szervezett lelencházakat.

Sor kerül az első magyar felajánlásra, Sándor István végrendeletében:

„Ugyanott, az ország közepén a szegénygyermek számára, kik a szülőktől elhagyattatnak s talált gyermekeknek neveztetnek, egy oly háznak felállítására, mely a németektől Findlingshausnak neveztetik, hagyok ötezer forintot, azaz 5000 ft. Hasonlóképen a szülésháznak (Geburthaus) ott való felállítására rendelék ötezer forintot, azaz 5000 ft.” A Sándor István végrendeletében felajánlott pénz fogja képezni a majdan Budapesten felállítandó Állami Gyermekmenhely – a későbbi Heim Pál Gyermekkorház – építési költségének alapját (Ruffy, 1928).

Szalárdi Mór, a Rókus Kórház szülész, a lelencek ügyének képviselőjeként, az orvostársadalom összefogásával kezdett egy lelencház létesítéshez. Azonban amikor nagyobb nyilvánosság elé tárja elképzeléseit, nem várt támadásokkal találja magát szembe: „Bajon csak állami lelencház felállítása által lehet segíteni, de alig hogy a lelencház felállításának eszméje a nyilvánosság elé került, ... leghevesebben a „szakértők” megtámadták.” (Szalárdi, 1900). Az ellenzők a német szakirodalomra hivatkozva tartottak a törvénytelen gyermekek számának növekedésétől, és attól, hogy ez a lehetőség felszabadítja majd az anyákat a gondoskodás felelőssége alól. A tiltakozás eredményeként, sor került Lelencház-Egyesület állami szintű betiltására is.

Azonban 1885-ben, az offenzív előzmények ellenére, Szalárdi Mór irányításával mégis megalakul a Szegény Beteg Gyermek Egyesülete, amely 1891-től Fehér Kereszt Egyesület néven működik tovább (Szalárdi, 1900). Öt évvel később, az Egyesület jóvoltából épült meg a Tűzoltó utcai Fehér Kereszt Gyermekkorház, mely a mai II. Gyermekklinika jogelődje. Azonban hamar világossá vált, hogy az orvostársadalom összefogása, a magánemberek és magán egyesületek elszánt törekvése ellenére, az



állami szerepvállalás elengedhetetlen. A magyar állami gyermekvédelem megalakulását szorgalmazó Torday Ferenc hangsúlyozta, hogy az egyre gyarapodó és elhagyott gyermekek ellátása állami és társadalmi kötelesség egyaránt. „A gyermekvédelem ügye az emberiségnek nagy szent ügye. Ezért vagyunk egy táborban mindannyian, kik a gyermekvilág javáért küzdünk, de külön zászlók alatt harcolunk, mert a gyermekvédelem egyszersmind nemzeti ügy is. ... Ha a társadalom és az állam, intézményeikkel nem képesek megakadályozni, hogy elhagyott gyermekek létezzenek, úgy kötelessége az államnak és a társadalomnak egyaránt gondoskodni arról, hogy el ne vesszenek az élet számára.” (Torday, 1907).

1871-ben több gyermekvédelmi egyesület elérte anyagi korlátait, így az Országgyűlés felkérte a belügyminisztert, hogy próbáljon szülő- és lelencházak számára megfelelő költségvetési keretet biztosítani, azonban csak 1895-ben, az akkori belügyminiszter, Hieronymi Károly állt az elhagyott gyermekek ügye mellé. A fővárosi mellett a vidéki árvaházak kérdése is felvetődött. A főváros telket is felajánl a Hajcsár út – Angol utca sarkán, sőt a lelencház tervezésére is megbízást ad. Az állami ellátásban lévő gyermekek száma évente duplázódik.

Kanócz István miniszteri titkár, 1895-ben az Országos Közegészségügyi Egyesületben tartott előadásában az állami mulasztásról beszélt, indoklásában kifejtette, hogy a gyermekek ellátási kötelezettségét az állam még mindig a községekre hárította (Pornói, 2018). A 19. század végétől a gyermekvédelem szerves részét képezte az orvosi tevékenység, egyik eklatáns példa erre a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. évi XXI. törvénycikk, melynek 3. §-ának értelmében az országos betegápolási alapból fedezték *„a talált, valamint a hatóságilag elhagyottaknak nyilvánított gyermekek után 7 éves korukig felmerülő gondozási, ápolási és nevelési költségeket; és a kórházakban szülő nőknek és szülőtteiknek ápolási költségeit,”* illetve az orvosi ellátás fontosságát tartalmazza az 50.000/1899. B.M. rendelet az *Intézetek közvetítésével gondozása a 7 éven aluli elhagyott gyermeknek* címmel, szintén szól az orvosi ellátás fontosságáról (Magyarországi Rendeleték Tára, 1867-1945). Az elkövetkezendő pár évre vonatkozóan pedig mérföldkőnek számított a 14. § is, mely deklarálta a belügyminiszter hatáskörét a rendeleti úton történő rendelkezési lehetőségéről az állami felügyelet módjainak tekintetében.

1901-ben, Széll Kálmán miniszterelnök irányítása alatt, megszületik a Gyermekvédelmi törvény. Az állami gyermekvédelmet szabályozó törvény VIII. cikkelye kimondja, hogy a talált, valamint a hatóságilag elhagyatottnak nyilvánított, hét éven aluli gyermekek ellátásáról az államnak kell gondoskodnia. A cikkelyt, a törvény XXI. szakaszában terjeszti ki a gyermek 15. életévéig.

A miniszterelnök gyermekvédelmi feladatvállalásáról egy 1910-es tudósítás így ír:

„... de egyiknek a sorsa sincs annyira a szívéhez és szeretetéhez nőve, mint a gyermekvédelem. Ehhez nem enged hozzányúlni ellenséges kézzel, ebben mindenki, a ki az elhagyatott gyermek rovasára akar takarékoskodni, vele szemben találkozik ellenségül.” (Budapesti Hírlap, 1910).

Széll Kálmán Gyermekvédelmi törvénye meghatározza az elhagyatott gyermekek fogalmát, a családi krízishelyzetek esetén biztosítja az állam segítségét és az intézeti elhelyezést. Garantálja az állami gyermekvédelmet, és kijelenti, hogy igényt tart a társadalom kisegítő munkájára (Ruffy, 1928). A jogszabály egyedülálló Európában. A törvény alapján kialakított gyermekmenhelyi rendszer több európai országot, hasonló rendszerek kialakítására ösztönzött. A törvény megalkotása után, az országos felügyelet biztosítására Széll Kálmán, 1903-ban Ruffy Pált nevezte ki vezetőnek. 1914-ben tartott előadásában így határozza meg a gyermekmenhelyeket: „Az állami gyermekmenhely az az intézmény, mely az elhagyatott gyermeket a saját kezdeményezéséből, vagy mert az arra illetékes hatóság oda utalta, felveszi és a számára körülhatárolt területen elhelyezéséről gondoskodik.

Az állami gyermekmenhely három feladatkört tölt be:

- az egyik, hogy **felveszi** a gyermeket;
- a második, hogy **visszatartja** mindaddig, míg kihelyezéséről gondoskodik;
- a harmadik, hogy a beteg gyermeket **gyógyítja**.

Ennélfogva a gyermekmenhely közigazgatási hivatal, mely a gyermek jogviszonyaira vonatkozó összes jogügyleteket lebonyolítja; gyermekszálló, amelyben a gyermek addig tartózkodik, míg az alkalmas vasúti vonat végleges elhelyezése céljából a vidékre nem szállítja; végre egy minden részletében szakszerűen és a modern hygiene

követelményei szerint berendezett csecsemő- és egyben gyermekkórház” (Ruffy, 1914).

Ruffy mellé, igazgató-helyettesnek Szalárdi Mórt nevezik ki, akinek feladata a menhelyi ellátás orvosszakmai szervezése volt. A fővárosin kívül, 16 városban hoznak létre állami gyermekmenhelyeket. Az intézmények élére nagyrészt gyermekorvosok kerülnek, akik közigazgatásilag és szakmai szempontból is irányítják a menhelyeket. A gyermekvédelmi törvény megalkotóinak a családi nevelés elsőbbsége lebegett a szeme előtt, így a menhelyekre kerülő gyermekek rövid ideig és kivételesen tartózkodtak az intézményekben. A gyógyításra, ápolásra nem szoruló gyermekek vidékre kerültek őstermelő, iparos vagy gazdálkodó nevelőszülőkhöz. Egy-egy településre több gyermeket is kihelyeztek, és ellátásukat rendre ellenőrizték. A jobb képességű gyermekek tanintézetekbe kerültek, ahol felsőbb iskola elvégzését tudták biztosítani részükre (Dickmann, 2001).

A Budapesti Állami Gyermekekmenhely az első években, 1903-1907 között, még nem állt rendelkezésre, így továbbra is a Szalárdi Mór által – 1891-től – vezetett Fehér Kereszt Országos Egyesület látta el a gyermekvédelmi tevékenységet. Később a tevékenységi kör kiterjedt az egészségügyi ellátásra is. Az egyesület tulajdonában lévő, IX. kerületi, Tűzoltó utca 7 - 9. szám alatti épületegységben alakul ki az a kórházi részleg, melyben a belgyógyászati osztály mellett, szemészet és sebészet is működni kezdett, „az összes vidéki menhelyből átveszi azokat a beteg gyermekeket, kiknek betegsége különleges gyógykezelést igényel ... a menhely az egészségügy és gyógyászat érdekeinek szolgálatában a rendelkezésre álló anyagot tudományosan feldolgozza, vegykonyhája van, és külön kórbontóval rendelkezik.” (Ruffy, 1908).

A betegellátás robbanásszerűen növekvő igénybevétele már ekkor azt bizonyította, hogy egy sokkal nagyobb épületre van égető szükség. 1904-ben Budapest székesfőváros közgyűlése az 1379. számú határozatában az Üllői út és Orczy út sarkán lévő, 4500 négyszögöl területű telket átengedte, örök használatba az állami gyermekmenhely számára (Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága Közgyűlési Jegyzőkönyve, 1904).

Az építési munkálatok 1905. november 27-én kezdődtek majd a Budapesti Magyar Királyi Állami Gyermekmenhely 1907. július 23-án saját épületébe költözött (3.ábra).



3. ábra

A Magyar Királyi Állami Gyermekmenhely, Üllői útra néző főépülete  
(forrás: <http://heimpalkorhaz.hu/blog/110-eve-adtak-at-korhazunk-elodjet/>)

A Gyermekmenhely több épületrészből állt, a terveket Ybl Lajos készítette. „A budapesti állami gyermekmenhely ... Sándor János [elírás, valójában: István] által évtizedek előtt lelencházi célokra tett 10.000 forintos alapítványnak az időközi kamataival 1,200.000 koronára felszaporodott összegéből épült az Üllői úton a székesfőváros közönsége által ez intézmény céljaira adományozott 5 hold területen 1907. évben ...” (Ybl, 1909). A gyermekmenhelyen Róth Miksa által festett ablakokat helyeztek el, „Az örök szeretet nevében,” felirattal. A külső homlokzatra Zsolnay-majolika díszek kerültek. (4. ábra)



4. ábra

Az Állami Gyermekmenhely főépületét díszítő Zsolnay majolika megmaradt darabja  
(Forrás: <https://www.kozterkep.hu/38023/a-m-kiralyi-kozponti-allami-gyermekmenhely-homlokzati-frize-emlekere#vetito=360146>)

A Menhely használatba vételére 1907. júliusában kerül sor, az ünnepélyes átadáson gróf Andrassy Gyula belügyminiszter és Ruffy Pál kormánybiztos is részt vett 1908. június 4-én. Az első világháború okozta viszontagságok, az egyre növekvő létszám zsúfoltsága fertőzések terjedését, élelmezési ellátás nehézségét és következményes egészségállapot romlást eredményezett. Az 1918-ban „Magyar Állami Gyermekmenhely” átnevezett intézet igazgatója Dr. Torday Ferenc, a Mária Valéria telepen, a zsúfoltságot enyhítendő, szerez két használaton kívüli barakkot. Azonban az újabb és újabb barakkok felállítása, a vérszerinti rokonokhoz való elhelyezés ellenére sem tud a létszám olyan szintre csökkenni, ahol az elkülönítés megoldódható lenne. Minden igyekezet ellenére a körülmények nem redukálódnak. 1923-ban kettéválik a gazdasági- és a szakmai igazgatás, azonban további fejlesztésekre csak az 1930-as évek elején adódik lehetőség.

A gyermekmenhelyek számára az új világot, az orvos, tisztiorvos és egészségtan tanár, Dr. Barabás Zoltán hozta el. 1925-ben a menhely élére kerülve, szoros együttműködést köt dr. Pettkó-Szandtner Aladárral a gyermekvédelmi főosztály vezetőjével. A személyes barátságon túl, a példaértékű együttműködésük tette lehetővé a rászoruló gyermekek helyzetének javítását. Munkásságuk hatására egyre több gyermeket helyeznek el nevelőszülőknél, innovatív orvosi eljárás hatására csökken a halálozás. Társ-menhelyek alakulnak. Elindul a nyaraltatás. Az intézményekben gondozónők, óvónők edukációs tevékenységet folytatnak. Ezen időszak alatt több építkezés is folyik, újabb és újabb kórházi osztályok alakulnak.

A II. Világháborút követően újra nevet vált az intézet, 1949. január 1-től Állami Gyermekvédő Intézet lesz. Az ellátási igények növekvő nyomása hatására egyre inkább elkerülhetetlenné válik, hogy a gyermekvédelmi és a gyermekkórházi funkció ketté váljon.

Az intézet az ágyszámok további növekedésével fokozatosan gyermekkórházzá szerveződik, mely 1954-től Bókay János Gyermekkórház néven működik tovább. A menhelyen most már csak a beteg, egészségügyi ellátásra szoruló gyermekek maradhattak hosszabb időre. A kórház nevét a SE I. Gyermekklinika kérésére – amelynek épülete az Üllői út – Bókay János utca sarkán található – az egyértelműség

biztosítása érdekében 1957-ben Heim Pál Gyermekkorházra változtatják. Az ország legnagyobb gyermekkorháza jött létre ekkor, amelynek életében az újabb mérföldkövet az jelentette, amikor 2018. január 1-én országos intézetté avatták, és így már Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet néven biztosítja a gyermekek legmagasabb színvonalú ellátását.

## **2.2.6 MENTÁLIS BETEGEK KEZELÉSE ÉS ELLÁTÁSA MAGYARORSZÁGON – IGAZSÁGÜGYI PSZICHIÁTER SZAKÉRTŐI SZEMSZÖGBŐL**

Európában az igazságügyi elmekórtan a természettudományos megalapozottságú pszichiátriával együtt fejlődött a XVIII. század második felétől.

Egy korábbi fejezetben részletesen bemutatásra került a hazai büntetőjog fejlődése kapcsán, hogy az 1791-92-ben elkészült törvényjavaslat már törvényszéki orvosi vonatkozásokat is figyelembe vett. Megfogalmazásra került, hogy az orvosszakértői vizsgálatokat végző orvosok ebben az irányban megfelelő képzést igényelnek. 1793-ban rendeletben utasították a budapesti Magyar Királyi Pázmány Péter Tudományegyetemet arra, hogy Orvosi Karán önálló törvényszéki orvostani tanszéket állítson fel. Az „Államorvostan” tanszék 1816-ben alakult meg, itt a hallgatóknak „törvényszéki orvostant” és „orvosi közigazgatást” oktattak (Sótonyi, 2009).

Schwartzter Ferenc, 1844-ben a bécsi egyetemen szerezte meg orvosi oklevelét. Ezt követően az ottani kórház elmeosztályán dolgozott. Megfogalmazódott az igény arra, hogy Magyarországon is alapuljon a bécsihez hasonló elmeegógyintézet. Érdeklődését is figyelembe véve őt bízták meg azzal, hogy a helyszíneken tanulmányozza a német, belga, angol és francia elmeegógyintézetek működését. Tapasztalatai alapján nyújtotta be a magyar kormánynak 1848 őszén a magyar elmeegógyintézet megszervezésére vonatkozó tervét. Nevéhez kötődik az első magyar nyelvű pszichiátria tankönyv elkészítése is, „A lelkibetegségek általános kór- és gyógytana törvényszéki lélektannal” címmel (Schwartzter, 1858). 1860-tól 1866-ig a pesti egyetemen az elmeegógyászat magántanára volt, majd 1878-ig az intézet vezetőjeként dolgozott. A lipótmezei tébolyda az ő tervei szerint készült és az ő felügyelete alatt épült.

Laufenauer Károly 1878-ban egyetemi magántanári kinevezést kapott az elmeór- és gyógytanból, majd ezt követően a lipótmezei elmeorvosi intézetben dolgozott 1882-ig, amikor az újonnan rendszeresített elmeór- és gyógytani tanszékre rendkívüli tanárrá nevezték ki. Mindeközben a jogi karon egyetemi magántanárként igazságügyi elmeorvost oktatót.

A Magyar Jogászegylet 1893-ban tartott ülésén felolvasott írására maga Csemegi Károly reagált ugyanott, eképpen: *„Áttérek most a korlátozott beszámíthatóságra. Mi a korlátozott beszámíthatóságot nem ismerjük el; nem ismerjük el a jog szempontjából azt az állapotot, hogy az illető vádlott cselekménye minőségének felismerési képességével bírt is, de nem is bírt, akarat elhatározásával bírt is, de nem is bírt. De elismerjük a büntethetőség csekélyebb fokát; elismerjük azt, hogy azon lelki állapotok, a melyekre Laufenauer tanár úr hivatkozott, az ember lelkét az ösztönök és ingerek rohamaival szemben az ellenállásra csekélyebb mértékben képesítik. Az ellenálló erő gyengül; az ösztönök nagyobb súllyal hatnak, nagyobb erőt fejtenek ki; s az erkölcsi nyomaték, mely ellenáll az ösztön ingerének, sokkal csekélyebb lévén: nagyon természetes, hogy ez, bár nem a beszámíthatóságot, mely teljes mértékben megvan, de a bűnösséget enyhíti.”* (Laufenauer, 1893).

Laufenauer Károly mellett kezdett el dolgozni Moravcsik Ernő Emil, 1883-1889 között. 1887-től a Budapesti Törvényszék elmeorvos szakértőjeként az volt a feladata, hogy felismerje az „elmebeteg büntettesek” -et, és „beszámíthatóságuk fokozatának minősítése” eredményeként segítse a Törvényszék munkáját. Párhuzamosan a Jogi és Államtudományi Karon törvényszéki elmeorvost és lélektant adott elő. (Moravcsik, 1888) Az 1888-ban megjelent „A gyakorlati elmeorvost vázlata” című könyvében a pszichiátia-diagnosztika igazságszolgáltatás keretében történő felhasználásával foglalkozott.

1894-ben az Igazságügyi Minisztérium egy ideiglenes elmeosztályt állított fel a közveszélyes elmebetegek megfigyelésére és gyógyítására, majd 1895-ben megbízást adott Moravcsik Ernő Emilnek az elmebetegségekre gyanús letartóztatottak megfigyelésére szolgáló osztály kialakítására. A leendő Országos Megfigyelő Intézet (IMEI) tervezésénél egyrészt az őrzés különleges, biztonsági berendezéseit és létszám normáját, másrészt pedig a pszichiátriai gyógyításhoz szükséges felszereléseket kellett

figyelembe vennie. Ennek eredményeként 1896-ban a gyűjtőfogház mellett egy állandó, az akkori igényeknek megfelelően modern országos elme-megfigyelő és gyógyító intézet létesült 140 beteg befogadására. Az intézet első igazgatója Moravcsik Ernő Emil, egyetemi nyilvános rendes tanár lett.

Laufenauer Károly halálát követően, 1902-ben Moravcsik Ernő Emilt bízták meg az Elmekórtani Tanszék vezetésével is, így az „Elmekór és Gyógytani” valamint a „Törvényszéki Elmekórtani és lélektani” Tanszékek egybeolvadtak. A két, egyesült tanszék 1908-ban foglalhatta el méltó helyét a külső klinikai tömbben (jelenlegi címe Balassa utca 6. szám alatt) felépült új épületben.

A bíróság az akkori törvények értelmében bármely gyakorló orvost felszólíthatott arra, hogy a beszámíthatóságról véleményt adjon, a törvényszéki- és börtönorvosok részére pedig kötelezően előírta a törvényszéki orvosi vizsgát, melynek részét képezte a törvényszéki elmekórtan is.

Moravcsik volt az első, aki „A gyermekkorban lévő büntettesekről” írt (Moravcsik, 1896).

Egy másik, szintén mérföldkövet jelentő monográfiája 1908-ban jelent meg, címe „A tanúvallomások pszichológiája” (Moravcsik, 1908). Ebben – többek között – azt hangsúlyozza, hogy *„az igazságszolgáltatás körében működni kívánó, vagy működő szakemberek behatóan foglalkozzanak a kriminál-pszichológiával. ... A vallomások – a lehetőség szerint – szószerint, gyorsírással vétessenek fel és nem a bírósági vagy rendőrségi közeg saját fogalmazásában, mert ez sokszor a kapott felvilágosítást egyéni hajlamai és izlése szerint dolgozván fel, nem tükrözi vissza híven a tanu gondolkodását. ... Kívánatos, hogy a még teljesen ki nem derített bűnügyek a hírlapokban ne tárgyalassanak – már a suggestió befolyás elkerülése szempontjából is. A tanuk vallomásait u.i. sokszor meghamisítja a tény körülményeire vonatkozó adatoknak gyakori hallása, tárgyalása, s emlékezeti csalódásokra vezethet.”*

Ranschburg Pál 1899-ben hozta létre kísérleti pszichológiai laboratóriumát. Kutatta a mentális retardáció kriminálpszichológiáját, melynek során a vallomástétel



pszichológiai problémáit vizsgálta: hazugság, tétova válasz, szuggesztibilitás problémáját. Számos elhagyott/elhanyagolt, bántalmazott fiatal és fiatalkorú bűnözőt vizsgált az I. Világháború előtt. A gyermekvédelmi hálózat számára útmutatót készített ezen gyermekkorúakkal való foglalkozáshoz. Szorgalmazta a mentálisan retardált és pszichopátiás fiatalok szomatikus és pszichiátriai vizsgálatát, mielőtt nevelőintézetbe kerülnének, ahol gyógypedagógiában is járatos pedagógusok segítségét kaphatják meg.

A II. világháború utáni évtizedekben Nyírő Gyula tanszékvezetői tevékenységében (1951-1966) is fontos szerepet kapott az igazságügyi pszichiátria gyakorlása és oktatása egyaránt. Az elmeszakértői gyakorlatot a pszichiátriai tevékenység elengedhetetlen részének tekintette. Már az 1940-es években részt vett az „Elmebetegügyi” törvénytervezet megalkotásában, mely szerint a beteg emberi méltósága sérthetetlen. Azt tanította, hogy a mentális betegség mellett is van morális felelősség és ugyanakkor mentálisan egészséges személy is kerülhet korlátozott beszámíthatóságot eredményező tudati állapotba.

A 1960-as évek elején nagy változás történt hazánkban az igazságügyi pszichiátriai szakértői tevékenység szervezetében és működésében egyaránt. A jog oldaláról felmerült az az igény, hogy *„jöjjön létre az élethivatásként, főfoglalkozásban végzett, egységes módszertani elvek szerint működő, az igazságügyi célokat szolgáló igazságügyi szakértői szervezetrendszer. ... Megfogalmazódott azonban a fő foglalkozású szakértés veszélye is, a hivatalnokká válás, a tudományos tapasztalati elmélyedés, a szakma alapos nyomon követhetőségének hiánya a napi rutin mellett.”* (Sótonyi, 2009). Ennek eredményeként 10 olyan igazságügyi szakértői intézet jött létre országszerte, ahol igazságügyi pszichiátriai szakértői tevékenység is zajlik.

Tringer László igazgatása alatt (1994-2004) új rendszerű ráépített igazságügyi pszichiátria szakképzés lépett életbe. Tringer László, Huszár Ilona és Kuncz Elemér nevéhez fűződik a követelményrendszer kidolgozása és a szakképzés elindítása. Több évtizedes elmeorvosi szakértői tapasztalataikat összefoglalva Kuncz Elemér szerkesztésében megjelentet 1998-ban az „Igazságügyi pszichiátria” szakkönyv,

hozzájárulva ezzel a mindennapi szakértői munka színvonalának emeléséhez és az egységesebb szakértői gyakorlat kialakításához.

### **2.2.7 A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI PSZICHIÁTRIA FEJLŐDÉSE MAGYARORSZÁGON<sup>1</sup>**

A magyar gyermekpszichiátria kialakulásának történetét vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az orvostudomány, a gyermekvédelem, illetve a pszichológia területén történő változások egymást erősítve alkotják annak jellegzetességeit. Ahogyan az már a 2.2.4-es fejezetben is megemlítésre került, a gyermekvédelem magyarországi történeti fejlődését vizsgálva egészen a Szent István-i törvényekig nyúlhatunk vissza. Az egyházak, valamint a civilek áldozatos tevékenységének bemutatásától indulva a 20. század elején megvalósuló állami szerepvállaláson (Széll Kálmán 1901. tv. VIII. törvénycikkén) keresztül jutunk el a modern gyermekvédelem és gyermekorvoslás összefüggéseinek taglalásához. A korábbi fejezetek áttekintést nyújtanak azokról a mozgalmakról, melyek idővel találkozással és összekapcsolódva teremtették meg a gyermekek védelmének intézményi kereteit, ahol természetesen az orvosi tevékenység is kiemelt szerepet kapott, továbbá az állami szerepvállalást eredményezték. Kifejtésre került, hogy a gyermekgyógyítás szervesen kapcsolódik a gyermekvédelemhez. Az árvákra gyakorolt kritikus történelmi helyzetek mindig is nagy kihívást jelentettek a társadalom számára.

Szent István Király Dekrétomainak Második Könyve 24. Fejezet az özvegyekről és árvákról kimondja, „Akarjuk nyilván, hogy az özvegyeknek és árváknak is legyen részök a mi törvényünkben, ily ok alatt: ha valamely özvegynek fiai, leányai maradnak, és azokat nevelni, mind éltiglen velek lakni fogadkozik, legyen a mi engedelmszolgálatunkból hatalma, hogy azt mivelhesse, és senki új házasságra ne kényszerítse őtet.” (CJH 1000-1949). Az árvákról tradicionálisan a rokonság vagy a közösség gondoskodott, a gyermekek védelmének közösségi szellemisége a kereszténység (karitás) terjedésével mélyült el. Ugyan az államalapítást követő időszakban az állam még nem vállalt

---

<sup>1</sup> Az alfejezet az International Research Institute által szervezett VIII. Társadalomtudományi Konferencián tartott előadás alapján készített tanulmány felhasználásával készült (Sófi, 2020)

felelősséget, de már ekkor megjelent az egyház befolyása és hatása. Bizonyos rendek hangsúlyosan feladatuknak tekintették a gyermekek oktatását, védelmét és az orvoslást. Egyik jelentős személy e tekintetben Gellért püspök (980-1046) volt, aki az elhagyott és árva gyermekek részére otthont teremtett, illetve a 13. századtól a magyar alapítású Pálos rend is gondoskodott az árvákról (Pesti Növendékpapság, 1847).

A 15-16. századtól a gyermekekre, társadalmi hatások révén, egyre nagyobb figyelem terelődött, mely leginkább a szervezett iskolai oktatásban jelent meg az iskolák alapításával és az árvaházak számának növekedésével (Veczkó, 2000). A felvilágosodás korában útjára indult eszmeáramlat eredménye a gyermekekről való gondolkodásra is hatást gyakorolt (Farkas, 2017:a), mivel megkérdőjeleződtek a hagyományos intézmények, szokások és erkölcsök, és az emberi értelem került a szemlélet fókuszába (Farkas, 2018). A nevelés mindenhatóságába vetett hit az abszolutista uralkodókra is hatott, melynek eredményeként iskolarendszereket hoztak létre. Amellett, hogy egyik motivációjuk a tömegek gondolkodásának kontrollja volt, a filozófusok, pedagógusok diskurzusba történő bevonásával elterjedt a mindenki (szegények, elesettek) számára is elérhető oktatás kívánalma, és a bentlakásos iskolák a hétköznapi élettől elhatárolódva lehetőséget teremtett a gyermekek feletti teljes kontroll kialakítására, valamint gyakorlására (Ariés, 1987). A kor legnevesebb polihisztoraként Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) gyermekgondozással kapcsolatos nézetei gyorsan elterjedtek a nyugati társadalmakban, így idővel hazánkban is. Véleménye szerint az embert a társadalom viszonyai rontják meg (Rousseau, 1978). Rousseau állítása a gyermekről alkotott képünk változásához is hozzájárult. Hazai viszonylatban kiemelendő az 1763-ban, Mária Terézia által megalapított az első magyar árvaház, ahol orvost is foglalkoztattak. 20 évvel később lelenházak megalakulását rendeletekben határozták meg. Ezzel egy időben végrendeleti felajánlások és a dinamikus karitatív tevékenységnek köszönhetően tovább erősödött a gyermekvédelmi rendszer, melyet kiegészített a gyermekek orvosi ellátása. Az 1839-ben megalakult a Pesti Szegény Gyermekek Kórház Egylet, valamint 1871-ben létrehozott Országos Első Gyermekmenedékhely Egyesület széles tömegeket aktivizáltak a gyermekek védelmének érdekében (Gazda, 2017). Az 1867-es kiegyezés erősítette a polgárosodást, és ezzel párhuzamosan fókuszba került a gyermekek védelme is (pl. gyermekmunka beszüntetése), bár e tekintetben a nyugati államokhoz képest jelentős elmaradás

jellemezte hazánkat. Az iparosodás és az urbanizáció következtében felgyorsultak a társadalomban létrejövő folyamatok is, mely az állami szociálpolitikára is hatást gyakorolt (Zimmermann, 1996). A gyermekek védelméhez kapcsolódó tevékenységek intézményesülni látszottak (Fehér Kereszt Mozgalom) és 1884-ben a Fehér Kereszt Országos Lelencház Egyesület Kórházat alapított, mely 1887-ben nyitott (mai SOTE II. Gyermekklinika). Főként a civilek vállalták fel az állam helyett a gyermekek védelmét és orvoslását ezzel megalapozva a gyermekvédelem alapjait, melyet erősített a gyermekekkel kapcsolatos tudás fejlődése a gyermektanulmányozási mozgalom hatására (Farkas, 2017:a).

Az árva gyermekek ellátásával párhuzamosan egyre nagyobb figyelem összpontosult a beteg gyermekek kezelésére. A legjelentősebb eseménynek e tekintetben az 1839-ben 400 részvényes adakozásából létrehozott Pesti Szegény Gyermekek Kórház Egyesület megalakulása volt Mária Dorottya főherceg asszony védnökségével. A Jelenkor 1839. május 15. számában további adományozókat szólítottak meg, és a támogatásoknak köszönhetően a mai Puskin utcában (Turányi, 1963), megnyitotta kapuit 1839. augusztus 15-én 12 férőhellyel a Pesti Szegény Gyermekek Kórház, melyet Schoepf (Mérei) Ágost (1804-1858) gyermekorvos vezetett (Varga, 1960). További adományozásoknak köszönhetően megújult, és saját épületbe a József-külvárosi Ősz utcába (ma Szentkirályi utcába) költözött és Stefánia Gyermekkórház néven folytatta tevékenységét (Pákh, 1860). Az 1848-49-es Szabadságharc a még kezdeti időszakában lévő intézményt súlyosan érintette, gyakorlatilag veszélybe került a fennmaradása, hiszen az egyesület elvesztette legtöbb támogatóját, még az intézet igazgatója is kénytelen volt Kossuth Lajossal együtt emigrálni (végül Manchesterben telepedett le, ahol szintén gyermekkórházat alapított). A gyermekhalandóság a 19. század végén is komoly társadalmi kihívás volt, melyet a gyermekeket érintő járványok súlyosbítottak. A szabadságharc egyik táborigorvosaként szolgálatot teljesítő Roth Mátyás érdekesítő és áttekintő képet nyújt a Londonba emigrálása idején született művével, mely a gyermekek halandóságának okaival és megoldási lehetőségeivel foglalkozik (Roth, 1869). Ebben a korban a gyermekorvosoknak nemcsak a gyermekhalandósággal, hanem a szakma létjogosultságának megkérdőjelezésével is küzdöttek. Azt írja: „nemcsak a gyermekhalandósággal, a legkülönbözőbb gyermekjárványokkal és betegségekkel kellett megvívnia, hanem sokan a pediatriának a létjogosultságát is

kétségbe vonták” (Kapronczay, 1998). 1852-től id. Bókai János (1822-1884) lett a gyermekkórház orvosigazgatója, aki a gazdasági nehézségek miatt kénytelen volt csökkenteni az ágyak számát, munkáját pedig fizetés nélkül végezte. Elhivatottságának köszönhetően a nehézségek ellenére is megteremtette a hazai gyermekgyógyászatot, majd 1861-től a Pesti Egyetem Orvosi Kar (mai nevén: Semmelweis Egyetem) gyermekgyógyászat magántanára lett. Munkássága nemcsak az orvosnemzedékekre, de a társadalomra is hatott. A Stefánia Gyermekkórházat (ma SE I. sz. Gyermekklinika) haláláig vezette, majd méltó utódja, fia Bókay János (1858-1937) vette át a Klinika igazgatását.

A 19. századi eszméáramlatok a jogtudományban is ideológiai változásokat hoztak. Egyik kiemelt jelentőségű gondolkodó, Karvasy Ágost „A közrendészeti tudomány” 1862-ben kiadott művének „Orvosi rendőrség vagyis a közegészségügy” című fejezetében kifejtett álláspontja szerint az állam érdeke tulajdonképpen az ember gyógyítása, és csökkenteni szükséges a gyermekeket érintő „külső ártalmas behatásokat”. Ezzel az állítással tulajdonképpen elsőként fogalmazta meg a preventív szemléletet, valamint hangsúlyozta a szakértelmet elsődlegességét, miszerint „a betegségek gyógyítására mindenekelőtt jól kiképzett gyógyszeremélyzet... szükséges”, valamint hat területen tartja indokoltnak a betegek elkülönítését, melyből az egyik a beteg gyermekek (Karvasy, 1862).

A gyermek-kort érintő pszichológiai szakértelem Magyarországon is el kezdett terjedni és intézményesülni a XX. század elején, az akkoriban megjelenő állami gyermekvédelem, a szegény sorsú gyermekek és anyák megsegítésére irányuló filantróp-kezdemenyezések, és a közoktatási- pedagógiai reformokat szorgalmazó *gyermektanulmányi mozgalom* befolyására.

A századforduló rendészeti és társadalompolitikai diskurzusában új, veszélyes, azonnal szabályozást igénylő „elem” jelenik meg: a fiatalokú bűnöző, az elhagyott gyermek, és a kettő között, korabeli kifejezéssel, az „*erkölcsileg züllött*” gyermek. Ezeknek a gyermekeknek a szülei – ha egyáltalán vannak – szakképzetlen városi munkások, még rosszabb esetben földönfutók, lumpenproletárok, olyanok, akik maguk is potenciális veszélyforrásként mutatkoznak az állam és intézményei nézőpontjából.

Azonban ugyanekkor, a század első évtizedében felbukkan egy „másik” gyermek is, nem a rendészeti, hanem a pedagógiai diskurzusban: a képességeit bontogató, értelmét, érzelmeit próbálgató, fejlődő személyiség. Ez a gyermek olyan iskolában tanul, ahol ugyan nem veszik figyelembe az életkorára jellemző érzelmi és intellektuális igényeit, de olyan középosztálybeli családban nevelkedik, ahol a szülők maguk is szívesen biztosítanának számára „valódi gyermekkort” a modern tudományos ismeretek birtokában.

A (potenciális) fiataikorú bűnözőt és a (potenciális) autonóm, demokratikus együttélésre, önkiteljesedésre képes személyiséget ugyanazokkal az eszközökkel kezdik tanulmányozni: megfigyelik közösségi életét, játékát, rajzait; tesztekkel felmérik képességeit, intelligenciáját, megvizsgálják alkatát, fiziológiáját stb. A gyermekkel együtt, a pszichológia és az (orvos)tudományi tevékenység vizsgáló körébe kerül a család és az iskola is, mint a nevelésbe való orvosi/pszichológiai beavatkozás és az ezzel kapcsolatos társadalmi reformmozgalmak új terepe.

A pszichológia és a gyermektanulmányozás, első világháború előtt megindult és a Tanácsköztársaság bukásával megtorpanó hazai intézményesülési folyamatai az 1920-as évek közepétől folytatódnak.

A gyermekkor körüli pszichológiai szakértelem, szerves része volt a két háború közötti időszak társadalmi problémáinak megoldására, feltárására irányuló, a falukutató mozgalomtól a közegészségügyi, mentálhigiénés elképzelésekig terjedő, értelmiségi reformkonszenzusának. A korabeli eugenikai, mentálhigiénés, reformpedagógiai elképzelések közös alapvetése volt, hogy a társadalmi problémák egyúttal pszichológiai problémák és viszont. A pszichológiai szakértelem ideális körülmények között (például megfelelő állami támogatás és intervenció esetén) alkalmas a *népesség* „minőségének” javítására, így a társadalmi problémák (szegénység, bűnözés, prostitúció, alkoholizmus, politikai „devianciák” stb.) hatékony kezelésére is (Lechner, 1919).

A pszichológiai és pszichiátriai tudományok 1945 utáni – rövid ideig tartó – magyarországi konjunktúrája egyszerre kapcsolódik az akkor már nemzetközivé váló nyugati pszichológiai diskurzushoz, és – sajátos módon – a még nem sztálinista magyar

kommunista párt közpolitikai elképzeléseihez is. A gyermekkor körüli tudományos szakértelem intézményesülése a második világháború végét követően ugyanis Európaszerte óriási konjunktúrának indult. Ennek több oka van. Egyrészt a háború utáni újrakezdés eufóriájában az élehetőbb társadalmi viszonyok, így a békés jövő egyik garanciája az új, felnövekvő nemzedék lett. Másrészt a pszicho-tudományok a háború alatt, különösen a győztes angolszász államokban (Nagy Britannia, USA) a *humán erőforrásként* „felfedezett” személyközi viszonyok befolyásolásának, hatékonyabb menedzselésének legfontosabb szakértői, technológiai lettek.

Hazánkban 1945 után széleskörű társadalmi és politikai támogatottsággal bevezetik a nyolc osztályos, egységes és kötelező általános iskolát, tandíjmentessé teszik a közép- és felsőfokú oktatást, és a rendszer felsőbb szintjeit összeillesztik az alsóval (általános iskola – középiskola – felsőoktatás), biztosítva a folyamatos előrejutást.

A sztálini politikai struktúra adaptációjáig minden feltétel adott volt ahhoz is, hogy a gyermeklélektan – de általában a pszichológia más alkalmazott területei – Magyarországon addig soha nem tapasztalt, hirtelen fejlődésnek induljanak. Az oktatáspolitikai irányítása a koalíciós időkben a Kommunista Párt fontos stratégiai céljai közé tartozott a pártegyesítést követően, hogy a döntéshozó intézményi posztok és a kutatóintézetek a saját irányítása alá kerüljenek. A két háború között Szondi Lipót, Schnell János, vagy valamelyik filantróp egyesület lelkes önkénteseként dolgozó, kis létszámú, de a társadalmi reformok, a pszichológia és a modern pedagógiai elképzelések iránt mélyen elkötelezett fiatal szakember generáció számára úgy tűnt, eljött az idő, hogy álmaik valóra váljanak. Közülük többen (például Mérei Ferenc, Kun Miklós, Binét Ágnes) a háború előtt és alatt is az illegális kommunista mozgalom aktivistái voltak.

A két háború közötti elszigetelt kis kutató és terápiás intézetek 1945 után nagy állami intézményekké alakultak. Az egykori lelkes önkéntesek pedig pszichológusként, fizetett közalkalmazottakká váltak.

A korabeli pszichológia sajátos helyzetét az a tény is jelzi, hogy az oktatási reformok és az alkalmazható gyermek-lélektani szaktudás iránti igény nem csupán – a fővárosban

intézményi pozícióba került – új pszichológusok és pedagógusok részéről fogalmazódik meg, hanem vidéki tanítók, tanárok körében is, méghozzá (a népi kollégiumokhoz hasonlóan) alulról induló kezdeményezésként. A vidéki kezdeményezésekből az állami gyermeklélektani állomások hálózata lett, a felügyelet és a koordináció feladatát pedig a budapesti Állami Gyermeklélektani Intézet látta el szakmai tanácsadóként, (Barra, 1947; Schnell, 1968).

A pszichológiai kutatások és rájuk alapozott pedagógiai javaslatok alaphipotézise volt, hogy az akkori, megreformálandó oktatási rendszer a középosztály (korabeli kifejezéssel a burzsoázia) érdekeit szolgálja, az iskolai tudás és pedagógiai gyakorlat a középosztály gyermekeinek világképéhez illeszkedik, és azt teszi normatívvá, így az „akinek van, annak adatik” elve alapján újra is termeli a társadalmi egyenlőtlenségeket. A korabeli közoktatás-politika kétféle módon próbálta elérni, hogy az iskola az (addig) alávetett osztályok számára is a felemelkedés eszköze legyen, egyrészt a kötelező nyolc osztályos általános iskola bevezetésével és a tankötelezettség idejének meghosszabbításával teljes körűvé tette a közoktatást és késleltette a szelekció (a továbbtanulás) szakaszát, másrészt az iskolai tantervet és pedagógiai gyakorlatot tartalmilag igyekezett a munkás- és paraszti származású gyermekek otthonról hozott tapasztalataihoz igazítani. A koalíciós és majd a sztálini időszak közoktatás-politikája tehát osztálypolitika volt. A pszichológia, amelynek funkciója, hogy a „szaktudományok szigorával ellenőrizze a pedagógiai ideológiai feltevéseit” (Mérei, 1971), közvetlenül a társadalmi struktúra átalakításához szolgáltatott szaktudást.

A szovjet kommunista párt 1936-os ún. pedológiai határozata 1948 végén válik nyilvánosan ismertté Magyarországon. Ekkorra a kommunista párt a közoktatás irányításában (is) átvette a hatalmat. Államosították az egyházi és magániskolákat, megszüntették a koalíciós oktatásirányítás szakértői háttérintézményét, az *Országos Köznevelési Tanácsot*, amelynek feladatait átszervezték a közvetlen pártirányítás alá tartozó *Országos Neveléstudományi Intézet*-be (ONI). Az új intézet élére a párt első számú pedagógus-pszichológusát, Mérei Ferencet nevezték ki. Ekkor még a kommunista pártvezetés még alapvetően pszichológiai tudásra alapozza a közoktatás-politika szakmai koncepcióját.



A szakmai-ideológiai vádak – szovjet mintára – a társadalmi egyenlőtlenségek problémája kapcsán fogalmazódtak meg, először a pszichoanalízis ellen (Tariska, 1948), majd a pedagógiában alkalmazott fejlődés-lélektani koncepciók bizonyos irányzataival kapcsolatban (Mérei, 1949, Binét, 1949). A vádak az egyenlősítő közoktatás-politika kudarcának okait keresik: ha a közoktatás mindenki számára hozzáférhető, miért teljesítenek rosszabbul a munkás és paraszti származású tanulók a képességmérő teszteken, mi okozza tömeges lemorzsolódásukat az oktatási rendszer felsőbb szintjeiről?

Az ONI igazgatója és munkatársai szerint a jelenség magyarázata a „*pszichologizmus*ként” leleplezett reakciós, burzsoá pedagógiai koncepciókban rejlik, amelyek magukat „reformpedagógiáknak” álcázva az egykori uralkodó osztály kulturális miliőjéhez és ideológiájához igazítják a tanterveket és a neveléslélektant. A fentebb idézett SZKP pedológiai határozatát az ONI Értesítője 1949. januárjában közli fordításban. Ez nagy zavart keltett a szakmában, különösen az elkötelezett kommunista szakemberek körében, akik addig meg voltak győződve arról, hogy a „funktionalista”, azaz fejlődés-lélektan alapú pedagógia, a kortárs szovjet közoktatás alapjául szolgál. A szovjet pedológiai határozat „kihirdetése” és a közép- és felsőfokú oktatásban a származási kvótarendszer szovjet mintára történő bevezetése felgyorsította az eseményeket.

Mérei és az ONI más vezető munkatársai a sztálinista tudományos rítusoknak megfelelően kénytelenek voltak a kollégáik részéről (Tariska, 1949; Sziklai, 1950) megfogalmazott „kritikákra” (amelyek nem voltak többek, mint ideológiai vádak) nyilvános önkritikával reagálni (Mérei, 1949). Végül az 1950. április 29-én kelt 122/1950. számú minisztertanácsi rendelet kimondta az Országos Neveléstudományi Intézet megszűnését. Vezetőit és munkatársait elbocsátották és kizárták a pártból (Knausz, 2006). A származási kvótarendszer bevezetése a közoktatásban „szükségtelenné” tette a pszichológiai szakértelmet és eliminálta az osztályhelyzet és a gyermekkor, valamint az iskolai tudás összefüggéseire vonatkozó tudományos kérdésfeltevést. Ennek jegyében a pszichológia kérdésfeltevése irrelevánsnak bizonyult, hiszen csak a kapitalizmusban lehet összefüggés a gyermekek osztályhelyzete és iskolai teljesítménye, előmenetele között (Joravsky, 1989). A

fiziológiai kutatások kivételével megszüntetik az egyetemi pszichológiai kutatásokat és a pszichológusképzést. Megmaradt ugyan a budapesti egyetem és a Gyógypedagógiai Főiskola pszichológiai tanszéke, azonban kizárólag pedagógusképzés céljaira. A pszichoterápiás és más pszichológiai profilú magánkezdeményezések, egyesületek már a fordulat éveiben, 1948–49-ben megszűntek. Mindössze két, „hagyományos” értelemben is pszichológiai intézmény maradhatott fenn: az *Állami Gyermeklélektani Intézet*, az állami gyermekvédelem hivatalos véleményező szerveként (15 vidéki állomását ugyancsak megszüntették), és a budapesti orvosi egyetem I. Gyermekklinikájának nevelési tanácsadója, P. Liebermann Lucy vezetésével.

Az ötvenes évek második felétől az egyre inkább a tudományos-technológiai fejlesztéseken alapuló hidegháborús versengésben a pszichológia a szovjet fél számára sem minősült a modernizáció akadályának, sőt (Szmirnov, 1960). A pszichológiát „rehabilitálják” és számos területét újra nagy tempóban fejleszteni kezdik. A Sztálin halála utáni enyhülés, majd az SZKP XX. kongresszusa a magyarországi pszichológia helyzetében is változásokat hozott. Az 1956-os magyar forradalom a pszichotudományok történetét illetően csak annyiban jelent cenzúrát, amennyiben a forradalomban való részvétel és megtorlása az érintett szakemberek sorsát befolyásolta (Törő, 2024). A pályára visszatérő, rehabilitált baloldali, reformkommunista szakemberek (mindenekelőtt Mérei Ferenc és az egykori ONI munkatársai) a pszichológiáról a sztálinista túlkapások előtti időszak szellemében gondolkodtak, azaz olyan szaktudományként, amely a szocializmus valódi értékeit és a közjót szolgálja. A gyermeklélektan szempontjából az 1956-os év két jelentős eseménye a Petőfi-kör szeptemberben és októberben megrendezett pedagógusvitái és a pedagógus szakszervezet október eleji balatonfüredi konferenciája. A forró hangulatú értelmiségi fórumokon a résztvevők a szovjet minta kritikátlan követését, és ennek nyomán a szakértelmet nélkülöző politikai döntéseket kérték számon (Zibolen, 1989). *„Államigazgatás és tudomány kapcsolata csak akkor lesz termékeny, ha eleven, vérbő tudománypolitikát tudunk teremteni, amely magyar és korszerű (...) Messzire elővetített perspektívája a modern automatizált termelés felé mutat, s pillanatra sem téveszti szem elől a szocialista eszmény demokratizmusát és emberségét.”* (Mérei Ferenc balatonfüredi felszólalását idézi Zibolen Endre). Az események főszereplője – legalábbis a politikai hatalom nézőpontjából – ezúttal is Mérei Ferenc volt. Füred értékelését a forradalom

után, a Méreivel kapcsolatos politikai döntések határozták meg. Mérei a forradalom alatt nem töltött be fontos politikai pozíciót és nem vett részt közvetlenül a fegyveres ellenállásban sem. Ahogy világosan körvonalazódott a hatalom számára a szükséglet 1956 őszének értékelésére és a megtorlás módjára, mértékére, úgy került Mérei is a megbüntethető „ellenforradalmár” kommunista értelmiségiek közé. 1958. októberében államellenes szervezkedés vádjával letartóztatták és börtönbüntetésre ítélték. Mérei tíz évet kapott, végül 1963-ban szabadult az általános amnesztia során.

A forradalom leverését követően a „szocialista felvilágosodás” programja megbukik. A Rákosi-korszak sztálinista hatalmi viszonyaihoz képest a Kádár-korszak egyik legfontosabb sajátossága egyfajta politikai kompromisszum volt. A személyes kapcsolatok, kölcsönös szívességek rendszere a pszicho-tudományok területén éppen olyan jellemzővé vált, mint a korabeli magyar társadalom más szféráiban is. A háború után nemzetközi diskurzussá integrálódott pszichológia, a hatvanas évekre a nyugati jóléti államok és fogyasztói társadalmak egyik legfontosabb technikájává lett. A pszichológiai szakértelem alkalmazása evidenciává vált a kiterjedt állami közszolgáltatások és a piaci intézmények világában egyaránt; a pszichoterápiák, pszichológiai önismereti módszerek, és egyéb pszichológiai praktikák végeláthatatlan arzenálja szolgált a kiszélesedett nyugati középosztály önmegvalósító fogyasztói igényeit. A nyugati „pszicho-boom” termékei (szakirodalom és az ott ismertett új technikák formájában) zavartalanul átszivároghattak a vasfüggöny résein.

A két nagyhatalom gazdasági-technológiai versenyében kiemelt szerepet kapott a közoktatás hatékonyságának fejlesztése. 1958-tól a gazdasági reformokkal kapcsolatos elgondolásokra fűződve Magyarországon is közpolitikai téma lett az oktatási rendszer minősége, a tanulók tudásának objektív mérése és a rendszerben való meritokratikus (képeségek és érdem szerinti) előrelépés lehetősége. Az MSZMP 1962 novemberében megrendezett VIII. kongresszusának javaslata nyomán 1963-ban eltörlik az iskolákban a tanulók társadalmi származás szerinti nyilvántartását és megszüntetik a középiskolai és felsőoktatási kvótarendszert. Az intézkedés természetesen újra felvetette a közoktatás és a társadalmi egyenlőtlenségek kérdését: a származási kvóták nélkül vajon hogyan tudja garantálni az oktatási rendszer a fizikai dolgozók gyermekeinek „pozitív diszkriminációját”? Az államszocializmus két évtizede alatt valóban jelentősen

emelkedett a munkás- és paraszti származású szülők gyermekeinek aránya a közép- és felsőfokú oktatásban és a magasabb iskolai végzettséget, szakértelmet igénylő vezető pozíciókban. Az adminisztratív intézkedések azonban nem változtatták meg, sőt, inkább eltakarták az iskola valódi társadalmi szelekciós mechanizmusait. A tanulók teljesítményét, továbbtanulási és lemorzsolódási esélyeit, az empirikus adatokkal közelebbről megvizsgálva láthatóvá vált, hogy az iskola továbbra is újratermeli az egyenlőtlen társadalmi helyzeteket (Ferge, 1972). A kutatások egybehangzóan azt mutatták, hogy az iskola az értelmiségi gyermekek előrelépésének kedvez, a fizikai dolgozók gyermekeinek tanulmányi eredménye látványosan elmarad az értelmiségi családokból származó gyermekekétől. A konkrét közpolitikai javaslatok szintjén megfogalmazva: miképpen lehet elérni, hogy a fizikai dolgozók gyermekeinek iskolai teljesítménye azonos legyen az értelmiségi gyermekekével?

A téma korabeli összefoglaló munkáját jeleníti meg „Az iskolarendszer és az iskolai tudás társadalmi meghatározottsága” című, 1976-ban megjelent könyve (Ferge, 1976). Ferge szerint az iskolarendszer, felszabadulás utáni átalakítása, bár óriási eredményekkel járt, nem volt következetes. Ugyanis az általános iskola elvégzése után a tanulók újra választásra kényszerülnek, s ennek kimenetele közismerten nem független származásuktól, másrészt *„csak lassan alakulnak ki azok a gazdasági-politikai feltételek is, amelyek között mindenki, vagy legalábbis a többség, alkotó módon beleszólhat a közügyek intézésébe, azaz amelyek között a magas szintű hétköznapi társadalmi tudást széles körben lehet alkalmazni”*. Továbbra is Ferge Zsuzsát idézve: *„Nem kétséges, hogy a gyermekek képességei nem egyformák, s hogy a társadalmi munkamegosztás különböző posztjai különböző képességű és képzettségű embereket igényelnek. Szelektálni tehát kell. Jelenleg azonban nem tudatosítjuk eléggé még önmagunkban sem, hogy nincs eszközünk, amivel megakadályozhatnánk, hogy a tanulmányiból társadalmi szelekció legyen”*. 1976-ban úgy tűnt, hogy *„ma az iskola valószínűleg kevesebbet tesz a változtatásért, az új ember és az új társadalom arculatának formálásáért, mint amennyit tehetne”*. A vita résztvevőinek javaslatai nem az oktatási rendszer reformjára irányulnak, vagy valamilyen, a problémát komplex módon kezelő, átfogó közoktatási koncepciót javasolnak, hanem a megoldást az egyes iskolák illetve fenntartóik körébe delegálják: a pedagógusok aktívabban vegyenek részt napközi otthonok, tanulószobák, felvételi

előkészítők szervezésében, a pedagógiai kutatások pedig mérjék fel a tanulók eltérő igény szintjét.

A hetvenes évek második felére az oktatásirányítás már feladta az egyes iskolafokok tananyaga egymásra építésének elvét is (Lukács, 1991), a nyolcvanas évek második felétől pedig, a pedagógiai autonómia ideológiájának jegyében, elkezd decentralizálódni az oktatási rendszer (Neumann, 2011). Ezek a folyamatok kifejezetten az iskola, osztályalapú szelekciós tendenciáinak kedveztek.

Visszatérve a gyermekkor körüli pszichológiai szakértelem területére: látható, hogy az teljes mértékben kimaradt a hatvanas-hetvenes évek közoktatási koncepcióiból, pontosabban az egyre inkább „pszichologizálódó” pedagógia illetékességi körébe került. Ferge Zsuzsa, fent hosszabban is idézett teóriája erősen emlékeztet Mérei Ferenc és az egykori ONI munkatársainak elképzeléseire. A korabeli pedagógia viszont éppen a társadalmi egyenlőtlenségek szempontját „felejt el” a diszciplináris szigorral kidolgozott tantervi módosítások során. A pszichológusok pedig a pedagógia uralma alól felszabadulva ünnepezték függetlenségüket, korábbi tapasztalataikból okulva igyekeztek mind intézményileg, mind diszciplinárisan elhatárolódni a neveléstudósoktól. Azonban ebben az időszakban megy végbe a gyermekpszichológia „újraintézményesülése” is, elsősorban a pszichológiai nevelési tanácsadás kiépítésével. A nevelési tanácsadás, és rajta keresztül a gyermekkor „újrapeszichologizálása” volt a hetvenes évek magyar „pszicho-boomjának” egyik legfontosabb előzménye. Egyrészt mert a nevelési tanácsadók szolgáltatásain keresztül a gyermekkorral kapcsolatos pszichológiai szakértelem, a népesség jelentős része számára hozzáférhetővé vált. Másrészt a nevelési tanácsadók, majd később rajtuk keresztül az iskolák is, nagy létszámú pszichológus szakember számára biztosítottak munkalehetőséget.

A recept már bejáratott, működő: egy a pártbürokráciában jól eligazodó, megfelelő kapcsolatokkal rendelkező és a pszichológia iránt elkötelezett szakember „elintézi”, hogy adott intézményrendszer „másodvonalában” (például kórházi osztályon, szociális intézményben) létrejöhessen egy legitim szakmai műhely, amely patrónusán keresztül további informális lobbitevékenység során „alulról” építkezve megalkot egy intézményrendszert. Ezek a műhelyek informális alapon szerveződtek, általában egy

karizmatikus, elismert szaktekintély köré. A gyakorlati pszichológiai képzés és az ehhez kapcsolódó kutatómunka jelentős részben az egyetemek, kutatóintézetek, kórházak „mellett”, zártkörű összejöveteleken folyt, ahová többnyire csak személyes kapcsolatokon keresztül lehetett bekerülni. Ezek a műhelyek nem illegálisan működtek, azonban informális szerveződésük és az a tény, hogy a pszichológia néhány évvel azelőttig „reakciós”, „rendszerellenes” doktrínának számított, egyfajta ellenzéki státusszal ruházta fel őket. A tudás presztízse így összekapcsolódott a kvázi illegalitással, az informalitással, és ennek nyomán egyfajta kiválasztottság-tudattal, ami jelentősen megemelte e műhelyek vonzerejét, különösen a fiatal szakemberek körében.

Míg akadémiai pszichológusok a hatvanas években is elsősorban szovjet szerzőkre hivatkoztak (Pléh, 1979), a pszichoterápiás szakma a korszakban már szinte kizárólag a nyugati tudományosság felé tájékozódott.

A pszichológiai nevelési tanácsadás újraindítása során korabeli szereplők szándékos taktikája az volt, hogy az a pszichológusok teljes szakmai kontrollja alatt, a pedagógiai diskurzustól és az oktatási intézményektől függetlenül valósuljon meg. Ennek a gyakorlatba ültetett teóriának abban az időszakban két nagy befolyással bíró támogatója is volt.

Egyikük Horányi Györgyné, a Fővárosi Tanács Gyermekvédelmi Osztályának munkatársa volt. Neki igazán jelentős hatalma ugyan nem volt, viszont hatékonyan és ügyesen lavírozott a Fővárosi Tanács különféle szintjein és intézményeiben. Horányi Györgyné a kezdetektől fogva törekedett arra, hogy a budapesti nevelési tanácsadás a közoktatási rendszertől függetlenül, egységesen pszichológiai (azaz ne pedagógiai) profillal működjön. A hatvanas évek elején ifjúságvédelmi felügyelőként szorgalmazta, hogy kollégái a sztálinizmus évei alatt is megmaradt egyetlen gyermekpszichoterápiás intézményben, az I. számú Gyermekklinika, P. Liebermann Lucy pszichoanalitikus által vezetett nevelési tanácsadójában részesüljenek pszichológiai képzésben. A '60-as végén jelentkezett György Júlia a Fővárosi Tanács Művelődésügyi Főosztálya vezetőjénél és felajánlotta segítségét a nevelési tanácsadók és a nevelőotthoni pszichológusok felkészítéséhez. „(...) Egyszer egy jelentős intézmény vezetője súlyos vádakkal illetett

amiért »eladtam a fővárosi nevelési tanácsadó hálózatot a Faludinak«. Nem tagadom, így volt, és én erre ennyi év távlatából is büszkén tekintek vissza” (Horányi, 1997).

A „Faludi” néven fogalommá vált, György Júlia irányítása alatt tevékenységet kezdő Fővárosi Gyermekpszichológiai Rendelőintézet több szempontból is a korszak jellegzetes produktuma. Alapításának idejében a gyermek-pszichoterápia már korántsem számított ideológiailag gyanús jelenségnek, sőt, mint láttuk, a főváros vezetése részéről kifejezetten támogató gesztusok érkeztek az intézményi fejlesztési javaslatok felé. Úgy tűnik, az időszak megfelelőnek bizonyult, hogy a másik potentát, Aczél György „ajándékkal” fejezze ki háláját az Izraelita Patronázs Egyesület gyermek-pszichoterápiás ambulanciáján kapott egykori segítségért. Az Intézet egyik munkatársát, Nemes Líviát idézve: *„Mint tudjuk, György Júlia 1968-ban kapott módot arra, hogy fővárosi intézményként gyermekpszichoterápiás rendelőt nyisson, s ebben döntő szerepet játszott Aczél György kultúrpolitikus személyes hálája „Júlia néni”, gyermekkori patrónusa iránt. Júlia néni ekkor úgy válogatta össze munkatársait, hogy azok önálló és felelős gyermekterápiát tudjanak végezni, s közülünk a legtöbbnek pszichoanalitikus képzettségünk volt. Vele dolgoztak régi munkatársai: Hirsch Margit, Hoffer Éva, Gergely Béla, Bóna György. Majd együtt került oda az analitikusok közül Vikár György, Virág Teréz, Klaniczay Sára, Binét Ágnes és magam is. Folytatta a sort az akkor még ifjabb generációból Alpár Zsuzsa, Kónya Olga és az Annák: Bíró Anna, Barta Anna, Halász Anna, Aczél Anna – minthogy pszichoanalitikusokra bízta Aczél György saját lányának továbbképzését is.”* (Nemes, 1997).

György Júlia eredeti ambíció ellenére a „Faludi” mégsem elsősorban azért lett a korszak gyermek pszichoterápiájának meghatározó intézménye, mert országos hatókörű szolgáltatást nyújtott, vagy azért, mert eljuttatta volna a pszichoterápiát olyan rétegek körébe is, ahol annak semmiféle hagyománya nem volt. Az angyalföldi intézet kliensei elsősorban nem a helyi munkáslakosság köréből érkeztek, hanem többnyire középosztálybeli családok és gyermekeik voltak, akik számára természetes volt gondjaik megoldására pszichológiai segítséget kérni, illetve akik gyermekeik problémáit képesek voltak pszichológiai problémaként érzékelni. A „Faludi” a formálisan újjáintézményesülő gyermekpszichoterápia informális képzési központja lett. A munkakör betöltéséhez a korabeli egyetemi pszichológusképzés biztosította

ugyan a szakmai képzettséget igazoló diplomát, de ott nem lehetett elsajátítani a gyermekpszichoterápia gyakorlásához szükséges ismereteket. A „Faludi” a korszak és a kádári kultúrpolitika jellegzetes képződménye. Az „alapító fővédnök” Aczél György támogató gesztusai a kortársak értelmezésében egyfajta cinkos összekacsintást jelentett: utalva arra, hogy mindez a patrónus személyes hálájának és kegyének kifejeződése, és nem, vagy nem feltétlenül az állampárt „hivatalos” álláspontja. Az uralkodó nyugati pszichoterápiás diskurzus ebben a közegben tiltott gyümölcsé vált, amelynek fogyasztására egy magas szakmai presztízsű körben, a híres „Faludiszombatokon” volt lehetőség. A „Faludi” fél-informális szemináriumain több mint egy évtizeden át minden korábbit felülmúló létszámban ismerkedett meg a szakma a pszichoanalízissel, a külső (politikai) fenyegetettség állandó érzete a küldetéses hivatástudaton túl a szakmai közeg „családias” összetartását eredményezte. Belső köre szintén személyes, sokszor rokon szálakon szerveződő közösség volt. Az állandó munkatársak és a szemináriumok résztvevői közötti érzelmi viszonyokat, közös elköteleződést erősíthette az a tény is, hogy a máshol elérhetetlen szakirodalom feldolgozása mellett a képzés elsősorban saját pszichoterápiás esetek ismertetéséből és közös megbeszéléséből állt.

A hetvenes években a pszichológia a gyermekkorra szakosodott közintézmények (óvodák, iskolák, gyermekvédelmi hatóságok stb.) működésének megkérdőjelezhetetlen elemévé vált. A kötelező pszichológiai iskolaérettségi vizsgálat bevezetésével teljes generációk számára vált kikerülhetetlenné, hogy életükben legalább egyszer pszichológiai szakértelemmel találkozzanak.

A magyarországi gyermekpszichológia itt bemutatott 1945-1968 közötti története azért is különös, mert a társadalmi egyenlőtlenségektől és általában véve a társadalmi problémáktól való elfordulás nem egy szándékos gesztus következménye. A XX. század első évtizedeiben született, és a pszichológia újraintézményesülésének időszakában „mester” szerepekbe került generáció a harmincas években szocializálódott és 1945 után a nagy egyenlősítő projekt keretében vált a hivatását intézményes keretek között gyakorló szakemberré.



Jelenleg a szakma emlékezete a „betiltás” évtizedéről egy olyasfajta képet őriz, miszerint az autonóm pszichológiát a sztálini időkben „gyarmatosította” a politika, majd az újraintézményesülés során lassan visszanyeri egykori autonómiáját. Ebben az értelmezésben a politika a pszichológia tudománytól lényegileg független, külső tényező, a pszichológia és a politika találkozása kizárólag az objektív tudományosság kárára történhetett. Részben talán ezzel is magyarázható, miért nincs jelenleg a magyar pszichológiának történeti emlékezete (néhány részterület leíró jellegű feldolgozásától eltekintve), miért hiányoznak a magyarországi pszichológia történetére vonatkozó, pszichológusok által írt szakmunkák.

A társadalmi egyenlőtlenségek kérdése a hatalom féltve őrzött kincse maradt, olyan ideológiai tabu, amire nem irányulhat tudományos vizsgálat, így szakmapolitikai beavatkozás sem. Így vált a pszichológia káros burzsoá áltudománnyá, majd hosszú évtizedek „politikamentes” közegében a közéleti kompetenciáiban erősen korlátozott lakossági pszichológiaként megfogalmazott, individuális igényeket kiszolgáló és formáló, korszerű, Nyugatról importált technikává.

A pszichológia a rendszerváltást követő utóbbi évtizedekben Magyarországon is a közoktatásban alkalmazott szakértelem legfontosabb bázisává lett. A gyermekek iskolai problémái elsősorban képesség-, teljesítmény-, vagy viselkedészavarként, azaz pszichológiai problémaként fogalmazódnak meg és akként is kezelendők (Balázs, 2022).

A gyermekpszichológiai ellátás, ellátórendszer fejlődésével párhuzamosan a gyermek- és serdőkori mentális eltérések kezelése is robbanásszerűen fejlődött. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) jogelődje már 1844-ben megalakult (Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane, AMSAII néven). A szakmai szervezethez kötődik az első pszichiátriai diagnosztikai kézikönyv kiadása is 1952-ben, a továbbiakban pedig megszületett a modern pszichofarmakológia az első antipszichotikum alkalmazásával (Wallace & Gach, 2008).

A pszichiátria tudománya mindig is két egymástól eltérő paradigma – a „nagy professzor elv” és a „szakértői konszenzus elv” – mentén közelítette meg a mentális zavarok leírását és kezelését (Füredi & Németh, 2015). Sok ezer szakember megfigyelésén és terápiás tapasztalatain alapulva diagnosztizálták a betegeket, azonban a kezdeti időkben számos esetben még elszigetelten alkalmazták elméleteiket, így eltérő diagnózisok születhettek. Úgynevezett iskolák alakultak ki, mint például a francia Salpêtrière-ben vagy a londoni Bedlam Kórházban, melyek vonzották azokat az orvosokat, akik a pszichiátria kezdeti korszakának pionírjeivé váltak.

A pszichiátria tudománya a 19. század legelején differenciálódott más orvosi területektől. A pszichiátria fogalmát elsőként a német fiziológus Johann Christian Reil használta 1808-ban (Schochow & Steger, 2014). Ahogy már korábban említettük, a pszichiátria tudomány fejlődésének kezdetén gyakran előfordult, hogy ugyanazon tünetekkel rendelkező személy más-más orvostól különböző diagnózist kapott. A nozológia igényének megfogalmazásával vált lehetővé, hogy egységes pszichiátriai kritériumok alapján diagnosztizáljunk, és adjunk megfelelő terápiát a problémával élő személy részére. A „nagy professzor elvet” idővel felváltotta a „szakértői konszenzus elv”, mely az adatokat és az orvosi tapasztalatokat tudományos igénnyel dolgozta fel. A koncepció az 1950-es években stabilizálódott, mely mára a jellemző betegségtani modellé vált. Ezáltal a kutatási adatok és a klinikai tapasztalatok felhasználásával kontrollált körülmények között működő szakértői csoportok rendszeresen felülvizsgálják a mentális zavarok diagnosztikai kritériumait.

A pszichiátriai betegségeket napjainkban világszerte két rendszer alapján osztályozzák:

- 1) egyrészt az 1893-ig visszanyúló eredet-történetű (részletesen bemutatásra kerül a 2.2.4 fejezetben), folyamatosan módosított, javított BNO-kódrendszer szerint, amely más kóros eltérések között a mentális- és viselkedészavarokat is tartalmazza,
- 2) másrészt pedig az 1952-től kifejezetten a mentális zavarok esetében alkalmazott klasszifikációs rendszer alapján, ami a Mentális Zavarok Diagnosztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM) néven ismert.

A két nozológiai rendszer fogalmai, kategóriái mára szint teljes átfedésbe kerültek, a világ minden táján ugyanúgy értik, értelmezik és használják a szakemberek az egységes szakzsargont. A szakértői konszenzus elvének megfelelően természetesen a folyamatosan zajló kutatások eredményei alapján időnként revidiálják a nozológiai rendszereket.

A mentális zavarok esetében általában véve az átlagos, „norma-követő” életvitel torzul és a DSM-ben rögzített tünetek állapíthatók meg az illetőnél. Napjainkban a becsült statisztikai adatok alapján a teljes populáció mintegy 10%-a részesül vagy részesült pszichiátriai kezelésben, valamilyen mentális zavar diagnózisa mellett (Nussbaum, 2013). Ezért amikor a mentális betegek kezeléséről és ellátásáról írunk, akkor a DSM-5 által leírt valamely diagnózisba (pl. skizofrénia-spektrumba, szorongásos zavarokba, depressziós zavarokba, traumákkal és stresszorokkal kapcsolatos zavarokba stb.) sorolható, a normától eltérő, pszichés megalapozottságú magatartási módokat értjük.

Történelmileg a mentális rendellenességek okainak háttérében három általános megközelítést különítettek el, melyek egymással párhuzamosan is előfordulhattak (Farreras, 2017):

- A természetfeletti elméletek a mentális zavarokat a gonosz erők vagy démoni szellemek befolyásolásának tekintik, mely során az isten(ek) akarata jelenhet meg, vagy a csillagok állására, illetve egyéb átkokra, bűnökre vezethetők vissza a történések (lásd később: salemi boszorkányüldözések).
- A szomatogén (testi eredetű) elméletek a testi működészavarra vezetnek vissza a mentális betegségeket, melyeket a genetikai háttér vagy szerzett agykárosodás okozhat (lásd később: lobotomia).
- A pszichogén (lelki eredetű) elméletek a traumatikus vagy az életesemények során megjelenő tapasztalatokra, a maladaptív tanult asszociációkra és gondolatokra összpontosítanak és ezek dinamikájára, feldolgozatlan nehézségekre vezetnek vissza a megbetegedéseket (lásd később: pszichoanalízis irányzat).

Az előző bekezdésben azt mondtuk, hogy a mentális zavarok esetében általában véve a normális életvitel torzul. De mi az, hogy normális? A könnyebb áttekinthetőség érdekében a normalitás és abnormalitás fogalmát is definiálnunk szükséges.

A normalitás – bár kulturális eltérések tapasztalhatók – nagyjából megegyezik a mentális egészséggel, melyek a következő magatartási kritériumok mentén foglalhatók össze (Zimmermann, 2011):

- a) A személyre nem jellemzőek a belső konfliktusok;
- b) képes ésszerűen és hatékonyan gondolkodni, cselekedetei jól szervezettek;
- c) képes megbirkózni az élet kihívásaival és problémáival;
- d) mentes a szélsőséges érzelmi reakcióktól (pl. szorongástól, aggodalomtól, egyéb érzelmi zavaroktól);
- e) egyértelműen nem rendelkezik a mentális zavarok tüneteivel (pl. betegség belátási tudat hiányával, realitás kontroll problémával, rögeszmékkel, fóbiákkal, illetve egyéb zavarokkal).

Vagyis adott egy normalitás meghatározás, ami tulajdonképpen azt mondja: normális az, ami nem abnormális, melyet tovább bonyolít, hogy egy viselkedés a normalitás dimenzióban értelmezve függ a személyt körülvevő környezettől, a kultúrától, így fordulhat az elő, hogy a történelmi korok függvényében változik a normalitás, ezáltal a mentális betegségek megítélése is. Előfordult, hogy az adott kultúra társadalmi normáinak és elvárásainak nem megfelelő személyeket felügyelet alá vonták, azaz kontrollálták, vagyis a társadalom többségétől elzárták, sőt likvidálták azzal a céllal, hogy ne zavarják a közösség stabilitást, működést. Azonban ellenpéldával is szolgálhatunk, gondoljunk csak Néró császárra, aki a legmagasabb intézményi szinten valósította meg a számára veszélyes személyek üldözését így, hogy a mai értelemben több pszichiátriai diagnózist kaphatna (Ürmösné, 2015 és 2018).

Hogy megértsük a pszichiátriai betegek kezelésének több ezer évnyi történelmét, az őskorra kell visszatekintenünk. Ebben az időben ugyanis a megfelelő pszichiátriai tudás hiányában a mentális betegségeket természetfeletti magyarázattal közelítették meg, melyet a régészek által felfedezett barlangrajzok és koponyavizsgálatok (5. ábra) alapján valószínűsítettek. A legkorábbi trepanált koponya lelet i.e. 6500-ból származik (Restak, 2000).



5. ábra

i.e. 6500 körül sikeresen elvégzett trepanáció (Restak, R., 2000)

Egy elmélet szerint Az őskori ember úgy vélhette, hogy a koponya befoghatja, magába zárhatja a gonosz szellemeket, ezért lyukakat fúrtak a koponyába, hogy a személyeket mentesítsék a kínoztól (Segal, 2019). Feltételezések szerint a krónikus fejfájással küzdők, az epilepsziás betegek rohamait a gonosz erőknek tulajdonították, és koponyalékeléssel gyógyították őket (Faria, 2013). A kínai orvoslásban i.e. 2700 körül jelent meg az egymást kiegészítő yin és yang elmélete, mely a személy egyensúlyzavarára, az energiaáramlás felborulásra vezette vissza a testi-lelki betegségek okait. Ez a betegségmodell a természetfeletti szemlélettel ellentétben a szomatogén szemléletet helyezi előtérbe (Tseng, 1973). Az őskorban alkalmazott trepanáció az ókorban továbbra is bevett kezelési módnak minősült, melyet a bronzkorból Palesztina területéről Jerikóból (i.e. 2200-2000 körül) származó egyik legjelentősebb régészeti forrásunk erősít meg. Az eljárást később még részletezzük. Az ókori emlékeink egyik kimagasló leletét Georg Ebers (1837-1898) német egyiptológus Luxorban vásárolta 1873-ban. A 20 méter hosszú Ebers Papyrus i.e. 1550 körül keletkezhetett, mely a ma ismert legrégebbi orvosi dokumentum (Rogers, 2011). Bizonyos fejezeteiben részletezi például a depresszió, illetve a demencia tüneteit. Egyéb más papirusz emlékek is fennmaradtak, melyek őrzik a „vándorló női méh” okozta mentális betegség leírását és kezelését, ami a DSM-5 szerint a hisztrionikus

személyiségzavarral lehet egyenértékű. A klasszikus antikvitás korban démoni erők befolyásolásával vagy éppen isteni erőkkel magyarázták a viselkedészavarokat, emiatt a szentélyek, templomok, a papok, papnők szerepe, valamint a különböző áldozatok (emberáldozatok is) kiemelt jelentőségűvé váltak. A gyógyulás érdekében vallási szertartásokkal, bizonyos esetekben áldozatok bemutatásával próbálták a természetfeletti erők kiengesztelését. A Bibliában számos utalás van pszichiátriai betegségekre, egyik eklatáns példaként tartjuk számon Izrael első királyának Saulnak mentális zavarát. „És az Úrnak lelke eltávozik Saultól, és gonosz lélek kezdé gyötörni őt, mely az Úrtól küldetett. És mondának Saul szolgálói néki: Ímé most az Istentől küldött gonosz lélek gyötör téged! Parancsoljon azért a mi urunk szolgálóidnak, kik körülötted vannak, hogy keressenek olyan embert, aki tudja a hárfát pengetni, és mikor az Istentől küldött gonosz lélek reád jön, pengesse kezével, hogy te megkönnyebbülj” (Sámuel könyve). Feltételezhetően Saul király búskomorsága tulajdonképpen depresszív epizód volt (Stein, 2011). Betegségnek súlyosságát bizonyíthatja Stein szerint, hogy a filiszteusok elleni harcban elesett három fiának halála és saját maga fogságba esésének elkerülése miatt öngyilkosságba menekült. A mentális rendellenességek természetfeletti magyarázatait a görög orvosok elutasították, törekedtek a babona, a vallás és az orvostudomány különválasztására és igyekeztek az emberi szervezet működésében megtalálni a betegségeket kiváltó okokat. Egyik legjelentősebb képviselőjük Hippokratész (i.e. 460-377 körül) volt, aki megfigyelései alapján az egyes mentális betegségeket a testnedvek működésére vezette vissza (Mirnics, 2006). Az Alexandriában élő Herophilus (i.e. 335-280) a fejlett anatómiai ismeretek birtokában úgy vélte, hogy az agy az értelem székhelye (Pearce, 2013). Hippokratész elképzeléseit Galénosz (i. sz. 130-200 körül) tovább finomította, személyiségtípusokat különített el a testnedvek működésének túlsúlya miatt. Leírta az emberek négy vérmérsékleti típusát: a kolerikus (ingerlékeny), a melankolikus (lehangolt), a szangvinikus (életvidám) és a flegmatikus (egykedvű) típusokat (Rodriguez, 2018). Az ókorban még nem jelentek meg a mentális betegek számára külön gyógyító intézmények, a betegek ápolását a családtagok látták el, vagy adott esetben a közösség kivetette a soraiból és magányos életmódot folytattak. A római birodalom bukását (i.u. 476) követően a nyugati világban jellemzően a Katolikus Egyház közvetítette a nézeteket, mely szerint a szenvedés jogos büntetése az embernek, a boszorkányság pedig nem más, mint az ördög megszállása, ezért a boszorkányokat üldözni kell, megkínozni és kivégezni. Ennek hatására

feltételezhetően sok ezer mentális beteg végezte a máglyán. A középkorban ezek az emberek az inkvizíció célpontjaivá váltak. Az Egyház keretein belül számos szerzetesrend gyógyító tevékenységet folytatott (Sófi & Farkas, 2020:b), ahogy hazánkban az 1015-ben alapított Pécsváradi Szent- Benedek-rendi Apátság is (Szabó, 2018). A középkorban a mentális betegségek okait továbbra is természetfeletti erőkkel, ördögi manipulációval magyarázták, mivel a kort súlytó járványok, éhínség okát tudományosan megmagyarázni nem tudták. Ezt jól példázza az 1376. júniusi Aachen-i eset. Az emberek az utcára özönlöttek és féktelen táncolásba (Szent János táncba) kezdtek, mely idővel nemcsak német területeken, de más németalföldi városokra, országon túlnyúló tartományokra is kiterjedt. A leírások szerint „ez évben csodálatos népség jött Aachenbe, s innen tovább vonult Franciaországba, Mindkét nembeli emberek, az ördögtől ingereltetve, kéz a kézben táncoltak körül az utcákon, a házakban, a templomokban, szökdécselve és zajongva. Amikor a tánctól kimerültek, mellfájásról panaszkodtak és kendőkkel dörzsölték magukat, ordítva, hogy különben belehalnak. Végre Lüttichben imák és áldások útján megszabadultak a kórtól” (Magnum Chronicon Belgicum, 1374). Ma már tudjuk, hogy egy streptococcus baktérium okozta fertőzés áll a görcsök hátterében (Rogness, 2008). A 14. században azonban megindult az intézményesülés, és a boszorkányüldözésekkel párhuzamosan kórházakat alapítottak, ahova mentális betegek is kerültek. Firenzében 1377-ben nyitotta meg kapuit az első őrültek háza a Szent Bonifác (Scull, 2016), majd szintén ebben az évben kezdett mentális betegeket fogadni a londoni Betlehem Szent Mária, más néven Bedlam. Jellemzően ezek az intézmények nemcsak betegeket, hanem szegényeket, hajléktalanokat és a bűnözőket is elszállásoltak, ezért nem tekinthetők elmeegógyintézeteknek, de azok elődjének mindenképp. A legtöbb beteget többnyire akarata ellenére zártak be ezekbe az intézményekbe, ahol nemritkán mocsokban és falhoz láncolva, sanyarú körülmények között éltek. Mivel az orvosi szemlélet változott és a mentális betegségek hátterében szomatogén okokat is feltételeztek, ezért előszeretettel alkalmaztak érvágást, hánytatást és purgálást kezelési módként, illetve a trepanáció is jellemző volt (Faria, 2013).

Ahogy az korábban ismertettük, az őskorban alkalmazott trepanáció elvégzését a honfoglaló őseink is preferálták (6. ábra). Számos sírban találtak főként a koponyatető közepét érintő beavatkozásokat felnőtt korú férfiakkal és nőknél. Feltételezhetően

műtét segítségével próbálták a testi vagy lelki bajokat orvosolni, bár nem kizárt, hogy kultikus, rituális eredetű is lehetett a beavatkozás, mert a kereszténység felvételét követően fokozatosan eltűnt a jelenség (Sudár & Petkes, 2014). Bernert Zsolt antropológus szerint „Írásos források hiányában senki sem tudja, hogy miért végezték a jelképes trepanációkat. Össze sem tudjuk hasonlítani más népek szokásaival, ugyanis nem nagyon fordul elő másutt Európában”. Ezért azt feltételezik, hogy egyfajta „sámáni gyógyító rituálé része lehetett, vagy lelki megerősítés, beavatási szertartás” (Bernert, 2011).



6. ábra  
Honfoglaló magyarok sírjából származó trepanált koponya  
(forrás: Bernert, Zs., 2011)

A boszorkányságot illetően Szent István (975-1038), Szent László (1046-1095) és Könyves Kálmán (1074-1116) törvényei egyértelműen felléptek ellene és büntették a boszorkánysághoz kapcsolódó cselekedeteket. Mindenesetre rendkívül érdekes, hogy a 12. század második feléből származó egyik Árpád-házi király (Könyves Kálmán vagy III. Béla?) koponyáján is látható a beavatkozás, ezek szerint ez nem minősült törvényellenesnek. Kálmán amúgy törvénykönyvének 57. fejezetében kimondja: „A boszorkányokról pedig, mivelhogy nincsenek, semmi emlékezet ne legyen”.

A középkorban megjelenő boszorkányüldözések a 16-17. századra csúcsosodtak ki. A brit Parlament tagja, Reginald Scot (1538-1599) a 16. század közepén próbálta meggyőzni az embereket arról, hogy a vádolt boszorkányok valójában mentális betegséggel küzdő nők, de az egyház inkvizíciója betiltotta írásait (Kors & Peters, 2001). A 17. századra érett meg Anglia a felvilágosult gondolatokra. Robert Burton az Oxford Egyetem matematikusnak, asztrológusnak tollából, 1621-ben született az egyik legkorábbi, elmeállapotokkal foglalkozó mű „A melankólia anatómiája” címmel. Ebben



a mentális betegségek okaira, tüneteire és kezelési módjaira tér ki részletesen, ami azért tekinthető áttörő munkának, mert a szomatogén modell szerint közelíti meg az elmebetegségeket. Nagyjából ebben az időszakban kezdtek őrültek befogadására alkalmas intézményeket alapítani, a legismertebbek ezek közül a korábban már említett, 1656-ban létrehozott párizsi Hópital General (La Salpêtrière), ahol később Sigmund Freud is tanult.

Mindeközben amerikában az 1692-es híres boszorkányper jelentett egy markáns ellenpéldát. Salem városában boszorkányper-hullám indult, mely fertőzésként terjedt tovább városról-városra, Bostont is elérve. Két tiszteletes lányairól azt gondolták, a Sátánnal szövetkeztek, mert furcsán kezdtek el viselkedni (földön fetrengtek és érthetetlenül beszéltek). A puritán közösség, a lelkipásztorok erkölcsi iránymutatása alapján és mert nem tudták mással magyarázni, rossz szellemek megszállásának tartották a jelenséget. A kényszervallatások következményeként a vádlottak száma egyre nőtt. Mire a per elkezdődött, már 80 embert állítottak bíróság elé. Végül 20 embert ítélték el és számos embert börtönöztek be.

Az első „bolondok házát” 1753-ban nyitották meg Amerikában, Philadelphia-ban (Sudak, 2017). Mai szemmel tekintve embertelen körülmények között éltek ott a betegek, akikre úgy tekintettek, mint akik nem képesek gondolkodni, a normák szerint viselkedni, hajlamosak az erőszakra és túriki a fájdalmat. Ezért a kezelési módokban a rendezetlen elme rendezett állapotba hozására törekedtek, olyan módokon, amelyek mai megítélésünk szerint egyértelműen kiállják a kínzás fogalmának kritériumait.

A 18. századra a felvilágosodás hatására megjelenő humanista szemlélet nagy előrelépésnek bizonyult a középkori viszonyokhoz képest. A század végére a kreált boszorkányperekkel merőben ellentétes szemléletmód volt általánosan elfogadott a mentális betegek kezelését illetően. 1785-ben Vincenzo Chiarughi (1759-1820) olasz orvos eltávolította a betegek láncait, higiéniai, és szabadidős tevékenységeket vezetett be, valamint a nőket és férfiakat elkülönítette egymástól (Dowbiggin, 2011). Philippe Pinel (1745-1826) francia orvos is reformokat (erkölcsi kezelés=moral treatment) vezetett be a Salpêtrière Kórházban. A 19. századra általános gyógymódnak bizonyult a mentális zavarok erkölcsi kezelése („moral treatment”), mely a humánus

pszichoszociális gondozáson alapult: a betegeket nem láncoltak le, és alternatív kezeléseket (pl. pihenőszék) vezettek be. Amíg a nyugati államok a kórházakat alapították és már a kezelések reformjain dolgoztak, addig hazánk még mindig nem rendelkezett elmeegógyintézettel. 1791. augusztus 26-i 15711. sz. rendeletben jelent meg egyáltalán a szándék, hogy az 1784-ben nyílt bécsi Narrenturm (Bolondok tornya) mintájára tébolydát hozzanak létre (Zsakó, 1956). Ez azonban nem valósult meg, így a tehetős családok, külföldön gyógykezellették családtagjaikat, ami azért sem volt megoldás, mert a túlzásfolttság miatt sorra mondták vissza a magyar betegek fogadását, így azok ellátás nélkül maradtak (Sófi & Farkas, 2020b). Komáromi (2002) 1584-ben, Kolozsváron folytatott boszorkányperek tanúvallomásainak elemzése alapján arra jutott, hogy létezik egy különleges formája az ördögi megszállásnak, mely a szellemi funkciók zavarával jár, és melyet a szerzők mentális betegséggel hoznak összefüggésbe. „A valamivel később érkező misés pap emberekkel tele házat és egészséges boldog és eszén lévő asszonyt talált, aki bár azelőtt különféle módon őrjöngött, az arcszínét változtatta, hol fekete, hol halálsápadt volt. ... A földre rogyott, s tajtékozva kezdett hemperegni, és szörnyen gyötrődött, és borzalmas dolgokat beszélt, távol történt dolgokat látott és hirdetett, és mindezt három napon keresztül” (Hargittay, 1981, Komáromi, 2002).

Mindkét személy esetben feltételezett a pszichotikus állapot, mely a realitáskontroll elvesztésével jár és súlyos mentális betegséget feltételez, például skizofréniát. Nagy előre lépésnek bizonyult a 18. században, hogy a hazai „bíróságok egyre inkább e világi imposztúraként, vagyis csalásként - olykor egyfajta betegségként - ítélték meg a boszorkányságot, nem pedig természetfeletti, az ördöggel való szorosabb-lazább kapcsolatot feltételező cselekedetként” (Sz. Kristóf, 2014). A 19. század végére stabilizálódtak a reformmozgalmak, és nagyhatású felfedezések révén megerősödött a szomatogén szemlélet, melyhez számos kutató munkája járult hozzá (Wallace, 2008).

Hazánk még mindig nem rendelkezett „örültek házával”, és az állam helyett az egyházak és a civilek vállaltak szerepet. Kiemelendő báró Sennyey János felajánlása, aki a végrendeletben a „tébolyodottak részére jótékony céllal összeget adományozott” (Matolay, n.a.), ebből a pénzből alapították meg 1839-ben a Sátoraljaújhelyi Kórház egyik osztályát, az első magyar Őrjintézetet (Bugát, 1839). Ezzel egy időben jelent meg

az első elmebetegekkel kapcsolatos írás Pólya József (1802-1873) tollából, aki olyannyira elhivatott volt, hogy a Városliget mögötti Rákosmezőn, a saját telkén magán elmekórintézetet alapított 1841-ben (Kapronczay, 1998), de az intézményt anyagi források hiányában csupán három évig tudott működtetni (Zsakó, 1956). Schwartzter Ferenc (1818-1889), Pólyához hasonlóan elszánt orvosként nyugati tanulmányútjai révén tervet dolgozott ki egy hazai elmeegógyintézet felállításáról, azonban a Szabadságharcban vállalt szerepe miatt ennek megvalósulása előtt emigrálni kényszerült. Az amnesztiát követően 1850-ben Vácon „magán őrüldét” alapított, ami Budára való költöztetése után 1910-ig működött. Ő írta az első magyar nyelvű elmekórtani tanulmány „A lelki betegségek általános kór- és gyógytana, törvényszéki lélektannal. Orvosok, egészségügyi hivatalnokok és törvényszéki bírák számára” címmel, mely 1858-ban jelent meg (Schwartzter, 1858). Kora nagyhatású elmeorvosaként hatott a tudományszervezésre, az orvosképzésre és szorgalmazta az állami szerepvállalást. Azonban nemcsak az orvosokat, hanem a jogászokat – például Karvassy Ágostot – is foglalkoztatta az elmebetegek kezelésének kérdése. Nagy áttörést az 1863-ban, Nagyszébenben megállapított első királyi elmeegógyintézet hozott, bár akkora jelentőségre sosem tudott szert tenni, mint a Schwartzter Ferenc tervei alapján megálmodott és végül 1868. december 6-án átadott Magyar Királyi Országos Tébolyda, a később Lipótmező néven elhíresült pszichiátriai kórház (Zsakó, 1956).

Az állam a 19. század végétől szerepet vállalt (pl. 1875. évi III. törvénycikk), és gondoskodott az állami gyógyintézetekben ápolt, vagyontalan rokonokkal rendelkező elmebetegekről. Azonban az ellátórendszer rövid időn belül a túlterheltség problémájával szembesült (Gazda, 2017). A helyzetet enyhítendő létrehozták az Angyalföldi Magyar Királyi Állami Elme- és Gyógyintézetet majd 1894-ben megnyitották az Igazságügyi Országos Megfigyelő és Elmeegógyintézetet is, 2 évvel később Nagykállóban a Magyar Királyi Országos Elmeegógyintézetet. A betegek kezelése magas színvonalon kezdődhetett meg, tekintve, hogy a nyugati országokban végzett orvosok, tanulmányaik révén reformszemléletekkel felvértezve visszatértek hazánkba. Az állami felelősségvállalás mellett, magánintézmények sora járult hozzá ezen betegcsoportok szakszerű ellátásához, gondozásához. 1898-ban Blum Sámuel például Pelsőcön nyitott kórházat, 1905-ben Ringer Jenő Ideg- és Elmeszanatóriumot nyitott (Zoltán, 1963), illetve Frim Jakab, „hülyenevelő” intézetet (értelmi

fogyatékosokat nevelő intézetet) alapított Budapesten 1908-ban (Magyar, 2018). A pszichiátria fellelőjére azonban mindvégig a Magyar Királyi Országos Tébolyda (Lipótmező) maradt, egészen 2007-ben történő bezárásáig.

A terápiát és kezelési metódusokat illetően a 20. század közepén megjelenő első neuroleptikumok, majd benzodiazepinek és antidepresszánsok erősítették a gyógyszeres kezelést, de az 1970-es évekig továbbra is alkalmazták a lobotomiát, az „elektrosokk”, azaz az elektro-convulsiv terápia (ECT) pedig napjainkban is használt és hatékony kezelési mód. A pszichoterápiák fejlődésnek indultak, egy, a pszichoanalízis mellett, a behaviorista irányzatokhoz kötődő személyközpontú megközelítések terjedtek el.

Az évek során szerzett neurológiai és genetikai ismeret bővülésével számos betegség oka és lefolyása ismertté vált. Az új megközelítésben, figyelembe véve az epigenetikai hátteret, az egyéni jellegzetességeket, illetve a szociális közeg sajátosságait, úgynevezett bio-pszicho-szociális modell alapján értelmezi a páciens.

Nagy utat tett meg az emberiség míg a természetfeletti szemlélettől eltávolodva a szomatogén szemléletet alkalmazza széles körben a mentális betegségek kezelése terén. Ahogy végig tekintünk az idők folyamán – főleg a betegek számára - rögös és küzdelmes utak bontakoznak ki előttünk, melyek elvezettek a modern pszichiátriai kezelésekre megteremtéséig.

Gyermekeinket boldognak szeretnénk látni. Egy olyan gondolat, hogy egy gyermek lelki okból szenved, szorong, szomorú, magányos fél, álmodozó, a felnőtt ember számára nehezen elviselhető. A gyermekpszichiátria tárgyköre ezért is kelt sokszor idegenkedést, viszolygást. Pedig ezek a gondok jelen vannak a gyermekeink mindennapi életében. Azonban sokszor a kicsik lelki problémái rejtve maradnak, nem figyelünk rá, ha nem zavarja a környezetet, vagy sokszor rosszaságnak könyveljük el. Pedig a gyermekpszichiátria nyújt eszközöket, amikkel ezeken a problémákon hatékonyan lehet segíteni.

Az előző fejezetekben taglalt történeti leírás igazolja, hogy elődeink – már a történelem előtti időkben is – betegségnek tekintették a felnőttkori magatartászavarokat. A gyermekek esetében azonban más felfogás terjedt el. Ugyan a magatartási zavaros gyermekek sorsa – a történelem előtti időktől egészen a 18. sz. végéig – nehezen követhető nyomon, azt tudjuk, hogy ugyanazokat a rendellenes magatartási tüneteket gyermekeken általában rosszaságnak, nevetlenségnek minősítették, és nagy általánosságban véve valamennyi korszakra és kultúrára igaz az az állítás, hogy megszüntetésük érdekében nem a gyógyítás, hanem a pedagógia eszközeit alkalmazták. Ennek az az oka, hogy a gyermeket évezredekken át életkorából, méreteiből, számos ismeret és készség törvényszerű hiányából adódóan „par excellence” tökéletlen embernek tekintették, míg a felnőtt „tökéletlensége” kizárólag valamilyen betegség következménye. A „tökéletlen” gyermeknek tehát az a dolga, hogy a felnőttnek mindenben és feltétel nélkül engedelmessé váljon, a felnőttnek pedig az, hogy megmutassa a helyes utat, ill. – ha az úton járás akadályokba ütközik – megfelelő pedagógiai módszereket alkalmazzon.

Ezeknek a módszereknek a szigorúságára már az Ótestamentum is szolgáltat példákat, és tudjuk, hogy az ókori Rómában a pálca és az ostor hozzátartozott a gyermeknevelés mindennapjaihoz.

Ezekben a történelmi korokban tehát a felnőttvilág egyszerűen nem vette tudomásul, hogy a gyermek különböző magatartási problémáit esetleg betegség is okozhatja, úgy vélte, hogy ez kizárólag a „kiheverhető” tökéletlenség következménye.

A középkorban a gyermekek helyzete annyiban változott, hogy tökéletlen – tehát nem kész – emberekből az eredendő bűn hordozóivá váltak, akik kivétel nélkül veleszületetten impulzívok, erkölcsileg bizonytalanok, könnyen csábíthatók. Ez a koncepció nemcsak igazolta a szigorú diszciplinák szükségességét, de szerepet játszott abban is, hogy a középkorban a „gonosz” időnként már a gyermeki testbe is beköltözhetett. Ezt elsősorban az a tény bizonyította a korszak szakértői számára, hogy a vallás középkori mintáinak gyakorlásától hiszterizált gyermek az ördögről álmodott vagy fantáziált. Ilyen esetben a különféle megtisztulási rítusok valamelyike, az exorcizmus nem maradhatott el.

A 18. században Philippe Pinel (1745-1826), a Salpêtrière Kórházban tevékenykedő francia orvos hatására a mentális zavarok értelmezésében döntő változást jelentett az orvosi modell dominánssá válása, mely egyben a gyermekszemlélet reformját is jelentette. E változás Európára is hatással volt. Az ember veleszületetten bűnös koncepciója helyett az ártatlanság teóriája került. Egyre többen vallották, hogy a gyermekkor „... az ember életének aranykora ... amikor az élet könnyű és a halál nem rémít, az az életkor, amelyre az égiek nyitottak...”

E században született meg Rousseau *Emil*-je, melyben a korábbiaktól radikálisan eltérő gyermekképet fogalmazott meg. Rousseau szerint a gyermekek nem „eredendően rossz”-nak, hanem „eredendően jó”-nak születnek, magukkal hozva Isten megértését, valamint azt a képességet, hogy különbséget tegyenek jó és rossz között. Ha később rosszá válnak, a környezet és a társadalom gonoszságai teszik őket azzá; a szociális igazságtalanságok, a mesterkéltnyújtott osztálykülönbségek, az intelligencia túlzott hangsúlyozása, szemben a személyiség természetes kifejezőmódjaival.

Aveyroni Viktor és Itard története képezi alapját egy, még ma is alkalmazott pedagógiai irányzatnak. 1799-ben egy meztelen, 10-12 év körüli kisfiút találtak a franciaországi Aveyron erdejében. A gyermekről, aki nem tudott beszélni, feltételezték, hogy elhagyottan, a vadonban nőtt fel, vagyis a „természet igazi gyermeke” volt. Viktornak nevezték el. Jean Itard 5 éven át szinte minden energiáját arra fordította, hogy Viktort megtanítsa az emberi magatartás alapelemeire, és számos olyan technikát dolgozott ki, amely kiválóan alkalmas a fejlődésben elmaradt gyermekek képzésére. Azonban Viktor sosem tanult meg beszélni és az emberi környezetben általában ellenségesen viselkedett. Itard ilyen irányú munkásságát a 19. sz.-ban Franciaországban Esquirol folytatta, majd a 20. században Maria Montessori fejlesztette tovább.

Már 1864-ből van adat arra, hogy Frankfurtban gyermekpszichiátriai kórházi osztály, ill. részleg létesült, mégis e betegek Európa-szerte évtizedeken keresztül lényegében csak karitatív ápolás keretén belül kaptak legfeljebb elhelyezést.

Amerikában 1909-ben Chicagóban létesült az első gyermekpszichiátriai intézmény, jellemző módon elsősorban kriminológiai problémák miatt vizsgálatra került személyek számára.

A 20. század első évtizedeiben kezdődött el nem kis mértékben a pszichoanalízis alapvető felismeréseinek megtermékenyítő hatása révén a gyermeki pszichés fejlődés törvényszerűségeinek és kóros oldalainak tanulmányozása és elemzése. Emil Kraepelin német pszichiáter publikációja volt az első, ahol feltételezését, miszerint pszichiátriai betegség gyermekkorban is létezik, tanulmánnyal igazolta. Eredményei szerint a felnőttkori pszichózisok 3-4 %-ban lehet kimutatni gyermekkori pszichés betegségeket. Karl Ludwig Kahlbaum és Heckel leírja a hebephrenia jelenségét (Maggini & Luche, 2022). A kutatások eredményeinek megfelelően egyre több információ alapján, a felnőtt pszichiátriai kórképek kategorizálásának mintájára, a gyermekek esetében is körvonalazódtak a különböző kórképek.

Ezek hatására bontakozott ki a klinikai jellegű gyermekpszichiátriai irányzat, melynek úttörője Franziska Baumgarten-Tramer, lengyel származású, svájcban majd németországban tevékenykedő pszichológus professzor. Az ő munkásságának eredménye, hogy a 20. század 50-es éveiben a gyermekpszichiátria a pszichiátria önálló szakterületévé vált.

Az első, haladó szellemiségű magyar orvos-pszichológus, akiről indokolt megemlékezni Ranschburg Pál, aki a 20. század elején alakított ki kísérleti laboratóriumot (1906-tól Magyar Királyi Gyógypedagógiai Laboratórium), habár vizsgálatait ekkor már több évtizedre visszatekintettek, hazai viszonylatban őt tekintjük a kísérleti pszichológia és a gyógypedagógiai pszichológia megteremtőjének. 30 évvel később a kísérleti intézmény Gyermeklélektani Intézet néven működött tovább, ahol, a témakör iránti egyre nagyobb érdeklődésnek köszönhetően, kiváló gyermekgyógyászok dolgoztak, többek közt Gegesi Kiss Pál és munkatársát Liebermann Lucy.

Az első gyermekpszichiátriai osztály az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben 1950-ben alakult meg Lóránd Blanka vezetésével. Az 50-es évek közepétől kezdve gondozóintézetek is alakultak, a hálózat kiépítését Schnell János szervezte.

Fél évszázad után, intézményesített gyermekpszichiátriai ellátórendszer ellenére a magyar 16 év feletti lakosság 30,5%-a panaszkodott depressziós tünetekről a Hungarostudy Reprezentatív magyarországi felmérésben. (Kopp & Skarbski, 1995).

Nem hallgathatjuk el: a hazai gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátórendszer – finomam szólva – erőforrás hiányos. 2018-ban a közfinanszírozott ellátórendszerben a kb. 1,5 millió hazai 18 év alatti populáció pszichiátriai ellátását hozzávetőlegesen (ráadásul földrajzilag jelentős egyenetlenségek mellett) mintegy 200 kórházi ágyon próbálja 45 fő (azaz 100.000 gyermeket 3 fő) szakorvos ellátni. (Forrás: Emberi Erőforrások Minisztériuma, 486771/2018/PARL.)

Egyes szerzők a magyarországi gyermek- és ifjúsági pszichiátria fejlődésének akadályait az alábbiakban látják:

„Amikor az ENSZ 1959. november 20-án tíz pontba foglalta a gyermekek jogait, és amikor az 1979. évet az ENSZ a gyermekek évének jelölte ki, bizonyára az alkotók nem gondolták, hogy megállapításaik a következő évezred első évtizedeiben sem veszítenek aktualitásukból. Mivel az első gyermekpszichiátriával foglalkozó úttörők között szerepelt néhány tanító is – pl. Schnell János –, veszem a bátorságot, hogy mint pszichiáter és társadalom-orvostani szakember tegyem meg észrevételeimet a kérdés megoldása érdekében. Súlyos akadályok tornyosulnak a magyar fiatalok egészséges fejlődése, az egészséges felnőtté válás, és az egészséges magatartás kialakulása előtt, amelynek számos oka és bizonyítéka ismeretes” (Kalmár, 2010b). Eszmefuttatásában a továbbiakban megfogalmazza, hogy „A KSH adatok évek óta az ellátás súlyos hiányosságára utalnak, bizonyítva, hogy a pszichiátriai kezelésre szoruló gyermekek nem kapják meg a szükséges alapvető ellátást sem, és ezért senki sem tesz semmit. A rendszerváltás legnagyobb vesztesei a gyermekek. Jogaikat a családoknak, a felnőtteknek, az óvodáknak, iskoláknak, illetve az államnak kellene biztosítani. ... Ma nem biztosított minden gyermek számára ... az elvárható minőségű egészségügyi alapellátás. Az ország legnagyobb részén egyáltalán nem biztosított a teljes körű, bizonyítékokon alapuló gyermekpszichiátriai ellátás ... a mintegy félmillió veszélyeztetett gyermeknek csupán töredéke részesül megfelelő ellátásban, és a problémával kapcsolatos ismeretek hiánya, valamint az illetékesek jelenlegi hozzáállása semmi jóval nem kecsegtet.



Magyarországon 1999. évben 41 gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozóban 110 gyermekpszichiáter dolgozott, a betegmegjelenések száma 258.022 volt (158.034 fiú és 99.988 lány). 2010. évben a szakorvos létszám már csak 47 fő, a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók száma 41%-kal, az országban dolgozó gyermekpszichiáterek száma 57,3%-kal csökkent. ... A Vetró Ágnes által kimutatott 24,8% a 2013. évben közel fél millió (495.480) kezelésre szoruló magatartás és pszichiátriai zavarral küszködő gyermeket jelent (Vetró, 1997). A ténylegesen nyilvántartott betegek száma ennek mindössze 2,4%-a. Hol van az ellátásra szoruló fiatalok 97,6%, azaz 483.455 gyermek?” (Kalmár, 2015d).

### **2.2.8 A GYERMEKPSZICHOLÓGIAI ÉS PSZICHIÁTRIAI SZAKÉRTŐI TEVÉKENYSÉG NEHÉZSÉGEI, AMIKOR A GYERMEK A SÉRTETT**

Az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény (a továbbiakban: Szaktv.) 3. § (1) bekezdése szerint: „Az igazságügyi szakértő feladata, hogy a hatóság kirendelése vagy megbízás alapján, a tudomány és a műszaki fejlődés eredményeinek felhasználásával készített szakvéleménnyel, a függetlenség és pártatlanság követelményének megtartásával döntse el a szakkérdést, és segítse a tényállás megállapítását.” Ezen túlmenően felmerül az a kérdés is, hogy ha a törvény a szakértői tevékenységet a tudomány és műszaki fejlődés eredményeinek felhasználásával köti össze, ez azt jelenti-e, hogy csak az tekinthető-e szakértői szakterületnek, amelyre igaz, hogy felhasználja a tudomány és a műszaki fejlődés eredményeit?! Ha összevetjük a szakterületek csoportosítását tartalmazó 9/2006. (II. 27.) IM rendelet (a továbbiakban: kompetenciarendelet) szerinti szakterületeket az MTA Tudományági nomenklatúrájával – amely alapvetően az akadémiai doktorok fő kutatási területük szerinti besorolása érdekében csoportosítja a tudományterületeket, a tudományrészterületeket és a tudományágakat – azt láthatjuk, hogy a kompetenciarendelet több olyan szakterületet is ismer, amely nem található meg az MTA listáján, illetve aggályos, hogy a műszaki fejlődés bármilyen eredményét felhasználná. Ha a jogalkotó akarata az volt, hogy kizárólag a tudomány és műszaki fejlődés eredményeivel operáló területek válhassanak igazságügyi szakértői szakterületté, akkor a kompetenciarendeletről az e feltételeket nem teljesítő szakterületek törlése is felmerülhet. Ebben az esetben, ha a

jogalkalmazás során felmerül az igény e területre vonatkozó különleges szakértelemre, eseti szakértő bevonásával pótolható a jogalkalmazó különleges szakismereti igénye.

A kompetenciarendelettel szemben leggyakrabban felhozott kritika egyébként az, hogy a szakterületi definíciók általánosítóak, a jogszabály nem részletezi az adott szakterületen belüli részletekbe menő kompetenciákat. A túl általános szakterületi besorolás azt az elvárást sem tudja megkövetelni, hogy az adott szakkérdés megválaszolására a szakértőnek ténylegesen legyen meg a „a tudomány és a műszaki fejlődés eredményeinek” nyomonkövetése eredményeként az elméleti szaktudása, és annak igazolt gyakorlati alkalmazásból eredő tapasztalati bázisa.

A szakterületek felülvizsgálatára, pontosítására vonatkozó igény vitathatatlan szükségességű. Fontos lenne, hogy a jelenlegi általános meghatározás helyett részletes és időszerű legyen a szakterületek nyilvántartása. Önmagában az a szakértői kötelezettség, hogy a szakértő tagadja meg a szakvéleményadást, ha nem rendelkezik megfelelő szakismeretekkel, kompetenciával a szakkérdés megválaszolására, nem tűnik elegendőnek. A túlzottan általános szakértői tevékenységi kör feltüntetése azt eredményezi, hogy a kirendelő hatóság részéről csak hosszas ellenőrzést követően állapítható meg, hogy a szakértő az adott szakkérdés vizsgálatára megfelelő kompetenciával rendelkezik-e vagy sem.

A szakértői hibák közül az egyik legsúlyosabb és leggyakoribb éppen ezért a saját szakterület határainak túllépése. Azzal, hogy a jelenlegi szakterületi besorolás szerint egy – általánosságban megnevezett, pl. „pszichológia” – szakterületre a szakértő be van jegyezve, ekként jogosult a szakterületen szakvéleményt adni, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy egy konkrét szakkérdés megválaszolására kompetenciával bír.

Az Szaktv. megalkotta a „kompetenciavétség” fogalmát, amely szerint „a kompetenciavétség az a fegyelmi vétség, amelyet az igazságügyi szakértő az igazságügyi szakértői szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képesítési és egyéb szakmai feltételekről szóló rendeletben meghatározott rendelkezések megszegésével követ el”.

A peres eljárások során bizonyítandó tények és körülmények olyan széles tartományban mozognak, hogy az adott szakterületeken belül is szükség lenne a szakosodásra, egyes szakterületek esetében pedig ez egyenesen megkerülhetetlennek tűnik. Egy (de akár több) szakterületre bejegyzett szakértő sem rendelkezhet a szakterület minden részletére kiterjedő megkérdőjelezhetetlen tudással és tapasztalattal, ezért a kompetencia követelménye lehetne, azon túlmenően, hogy a szakértő rendelkezik az adott szakterület művelésére vonatkozó képesítéssel és teljesíti a névjegyzékbevitel további feltételeit, az is, hogy ténylegesen legyen evidenciákon alapuló szakismerete, hogy a véleménye aggálytalan legyen. Példának hozható fel, hogy az „elmeszakértő” fogalom alá minimum két életkori korcsoport jellemző pszichopatológiáinak szakértői tartoznak, a (felnőtt) pszichiáterek és a 18. életévüket be nem töltött személyek elmeállapotának vizsgálatára, megállapítására és terápiájára szakosodott gyermek- és ifjúsági pszichiáter szakorvosok. Talán nem vitás az sem, hogy az időskor speciális elme-problémáinak ismeret-anyagában, a gerantopszichiátriában járatos szakorvosok kompetensebbek az időskori elmeállapotok szakértői munkájában, mint az „általános” pszichiáter szakorvosok. De ugyanígy említhetnénk a pszichiátrián belül külön, ráépített szakvizsgát igénylő addiktológiát is, amelynek az ismeretanyaga az addiktológiai kórképek vonatkozásában nyilvánvalóan túlmutat az „általános” pszichiáter szakorvosi felkészültségen és a mindennapi addiktológiai munkatapasztalat hiánya is kérdéseket vet fel az ezirányú kompetencia meglétére.

Mindazonáltal vannak olyan kompetencia-problémák, amelyeket a szakterületek felülvizsgálata sem képes megoldani. A Kúria Joggyakorlat-elemző Csoportjának összefoglaló véleménye a szakértők szakértelmével kapcsolatosan az alábbi megállapításokat teszi: „A szakértők jelentős része nem rendelkezik olyan speciális gyakorlattal (pl. műszaki vagy gépjárműszakértők), amely a büntető ügyek megítéléséhez elengedhetetlen lenne. Orvosszakértők között is előfordul, hogy nem a büntetőjog által felvetett speciális kérdésekre válaszolnak. A kevesebb gyakorlattal rendelkező elmeszakértők pedig csak diagnosztizálják a betegséget, de nem foglalnak állást abban a kérdésben, hogy annak milyen hatása volt a vádlott beszámítási képességére” (Wirth & Ferencz, 2014).

Több szerző felhívja a figyelmet arra, hogy a kompetencia kérdéskörében speciális problémák merülnek fel az egyes szakterületeken. „A kellő számú és megfelelő kompetenciával rendelkező szakértő hiányát a bíróságok és a szakértői intézmények egyre gyakrabban oldják meg a másik szakterületen működő szakértő önálló kirendelése helyett szakkonzulens, vagy társszakértő bevonásával. Ez szükségmegoldásnak elfogadható, de nem tekinthető szerencsés megoldásnak például a szakértői felelősség szempontjából” – állapítja meg a Kúria Joggyakorlat-Elemző Csoportjának összefoglaló véleménye.

Kereszty Éva a kirendelés „hibái” közé sorolja, hogy az orvosi szakterületek specializációjában a jogalkalmazó esetenként tájékozatlan (Kereszty, 2012). A pszichiáter, a pszichológus és a neurológus közti különbség rendszeres tévesztése, a 18. életév alattiak mentális állapotának vizsgálatára kompetens gyermek- és ifjúsági pszichiáter szakorvos helyett „felnőtt” pszichiáter kirendelése, a heveny ittasság véleményezésére a krónikus függőséget kezelő addiktológus kirendelése, krónikus fájdalommal kapcsolatban idegsebész kirendelése a „klasszikus” hibák közé tartozik. Ugyanígy „keveredik” az ortopédia, a reumatológia, a traumatológia és az idegsebészet kompetenciája, és szinte soha nem kerül sor arra, hogy a későbbiekben várható állapotromlás vagy gyógyíthatatlanság tekintetében rehabilitációs vagy fizioterápiás szakorvos szaktanácsadó bevonását kérje a kirendelő.

Kovács Gábor a több szakterületet érintő szakkérdés megválaszolása esetén az orvosszakértői szakterületre fókuszálva megjegyzi, hogy a jogalkalmazó a kirendelt igazságügyi orvostan szakvizsgával rendelkező igazságügyi orvos szakértő mellett vagy az adott klinikai szakterületnek megfelelően nyilvántartásban szereplő másik szakértőt von be, vagy a területnek megfelelő szakorvosi szakvizsgával rendelkező szakorvost, mint szakkonzultánst vesz igénybe (Kovács, 2016). A gyakorlatban a legtöbb problémát annak megállapítása jelenti, hogy mi is tekinthető a 31/2008. (XII. 31.) IRM rendelet 16/A. § (2) bekezdése szerinti „az egészségügyi tevékenységnek megfelelő klinikai szakkérdés” -nek? Álláspontja szerint helyes lenne, ha a joganyag szerinti „megfelelő” klinikai szakképesítés megválasztása – adott, észszerű szakmai határokon belül – az eljáró szakértő döntése volna.

Az Szaktv. 2. § 14. pontja értelmében „szakkonzultáns: a szakértői vélemény elkészítésében közreműködő, megfelelő szakismerettel rendelkező személy, ...[...]” A gyakorlatban sok esetben maga a kirendelő határozza meg a szakértő számára, milyen területről vonjon be szakembert. Erdei Árpád véleménye szerint azt, hogy mi tartozik a szakértő kompetenciájába, maga a szakértő képes eldönteni, illetve még a konkrét kérdés tekintetében megnyilvánuló kompetenciahiány esetében is valószínűbb, hogy a kirendelőnél a szakértő alkalmasabb a hiányzó szakterületi ismeret beazonosítására és megfelelő szakkonzultáns bevonására (Erdi, 1987).

Kereszty Éva szerint is aggályos, amikor esetenként megkérdőjelezzük a szakértő kompetenciáját: a nem szakorvos szakember vajon tudhatja-e, milyen szakorvos bevonása lenne indokolt szakértőként az eljárásba? A szerző szerint a bíróság részéről vagy az előzetes tájékozódás utáni kirendelés, vagy pedig az igazságügyi orvos szakértő felhatalmazása a megfelelő szakkonzultáns bevonására elvárható lenne (Kereszty, 2012).

A szakkonzultáns bevonását illetően számos kérdést tisztázatlanul hagynak a jogszabályok: nem krült meghatározásra az, hogy a szakkonzultáns „szakmai segítsége” valójában milyen terjedelmű lehet?! Nem tisztázott, hogy a bizonyításban milyen szerepe van, eljárási pozíciója hogyan definiálható, a szakismeretével nyújtott segítsége mire terjedhet ki?! Nem vezethető le az sem, hogy a végezhet-e, és ha igen, milyen körben önálló vizsgálatot?! Kérdéses, hogy a szakértői vizsgálatnál jelen lehet-e, abban milyen módon működhet közre?!

Az igazságügyi szakértő rendkívül széles körű iratmegismerési joggal rendelkezik, jogosult és egyben köteles az ügy iratait megismerni. A szakkonzultáns esetében azonban nincsenek törvényes garanciák, hogy a szakértő számára átadott szenzítv adatokat tartalmazó iratokból, személyes adatokból mit és milyen körben ismerhet meg. Aggályos lehet az is, hogy amikor az igazságügyi szakértő a szakkonzultáns megállapításával kényszerül pótolni a saját speciális szakismeretei hiányát, hogyan érinti a szakvélemény validitását, ha utóbb tévesnek bizonyulnak a szakkonzultánsi véleményre alapított szakmai ténymegállapítások?!

Jogilag nehezen értékelhetővé válik a helyzet, ha a hibás szakkonzulensi vélemény megállapításaira épülő téves szakértői véleménnyel a szakértő kompetenciavétséget követ el. Ugyanis a szakkonzulensi vélemény tévedését hogyan észlelné a szakértő, ha az az eleve hiányzó kompetenciáját pótolja?!

Legtöbbször az eljáró hatóság különösebb nehézség nélkül képes kiválasztani az igénybe veendő szakterületet. Miután azonban a szakértők igénybevétele újabb és újabb műszaki, tudományos területekre terjed ki, az is előfordul, hogy a kirendelő hatóság nem képes megítélni, mely szakterület képviselőjét kell bevonnai a szakkérdés megválaszolásához. Ilyen esetben a kirendelő hatóság saját berkein belüli tájékozódása, de a szakértői kamarával történő előzetes szóbeli konzultáció is segítheti a pontos szakterület kiválasztását. Annak értékelését, hogy a szakértő az adott szakterületen a szakértői kompetencia körében jogosult-e véleményt adni, segíthetné annak előírása, hogy a szakértő az írásban előterjesztett véleményében (illetve a szakértő szóbeli meghallgatása során) kötelezően nyilatkozzon e kérdésről, és állítását támassza is alá. A kirendelő tényleges szakértői kompetencia iránti igénye – tehát az, hogy az adott kérdés megválaszolására a szakértő rendelkezzen különleges szakértelemmel – nem lehet pusztán az, hogy a szakértő az adott területen be legyen jegyezve a szakértői névjegyzékbe. A szakértői szakterületek meglehetősen tág területet fednek le. A gyakorlatban könnyen előfordulhat, hogy a kérdésben szakvéleményadásra a hatályos jogszabály által meghatározott módon jogosultsággal rendelkező szakértő a valóságban nem rendelkezik tényleges szakmai tudással, tapasztalattal a kérdés megválaszolására.

Arra, hogy az adott szakkérdés megválaszolására a kirendelt szakértő kompetenciával bír-e, elsősorban a szakértő szolgáltatathat információt. Mi más lenne képes jobban meggyőzni az eljárás valamennyi szereplőjét arról, hogy az adott eljáró szakértő a megfelelő személy a kérdés megválaszolására, ha nem az, hogy a szakértő ismerteti a szakmai éltútját, az elvégzett (kötelező és szabadon választott) tanfolyamait, azt, hogy nagyságrendileg hány hasonló ügyben adott szakvéleményt, milyen tudományos publikációi (MTMT) jelentek meg a témában? Felmerülhet érveléssel szemben az is, hogy a kisebb szakmai tapasztalattal rendelkező, kezdő szakértőket hátrányosan érintené, ha a szakértőknek a szakmai tapasztalatokkal kellene alátámasztaniuk a kérdésben való jártasságuk aggálytalanságát. Mindazonáltal az élet minden

szakterületén – a megfontolt megrendelő – attól kéri egy feladat teljesítését, akinek a munkájának minőségéről pozitív visszajelzések alapján meg van győződve. A kompetencia ilyen részletességű vizsgálatának kiemelt jelentősége akkor jelenik meg, ha az ügyben több, részben vagy egészben ellentétes szakvélemény készül. Ilyen esetben a szakvélemények közötti ellentmondás feloldása a hatóság/bíróság feladata, és ezt a feladatot (is) nagyban megkönnyíthetné a fenti szempontú kompetencia-elemzés.

Ahhoz, hogy a kirendelő egy szakértői véleményt aggálytalanul fogadjon el, meg kell arról meggyőződnie, hogy az adott szakértő jogosult és képes is a feltett kirendelői kérdések megválaszolására.

Azzal, hogy az áldozatok a sérelmükre elkövetett bűncselekmények következtében milyen helyzetbe kerülnek, milyen „szerepet töltenek be”, elsőként Benjamin Mendelsohn foglalkozott, amikor 1947-ben egy pszichiátriai kongresszuson „A biopszicho-szociológia új távlatai: az áldozattan” címmel tartott előadást (Marshall, 2011). Ettől kezdve – számos egyéb más tényező együttes hatásaként – egyre nagyobb hangsúlyt kaptak az igazságszolgáltatásban az áldozatok igényei és jogai.

A Magyar Kormány az áldozatsegítést kiemelt jelentőségű feladatának tekinti. A 2020-as és 2021-es évben e téren – a korábbi évekhez viszonyítva – fokozottabb kormányzati/jogalkotói intézkedések voltak tapasztalhatók. A zéró tolerancia elve mentén határozott és szigorú lépéseket eszközölt a magyar jogalkotó a gyermekek védelme érdekében a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvénynek (a továbbiakban: Btk.) a 2021. évi LXXIX. törvénnyel történt módosításával. E törvénnyel számos olyan szabály került bele a Btk.-ba vagy módosult a már meglévő rendelkezés, amely a gyermekek fokozottabb védelmét szolgálja nemcsak a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények vonatkozásában, hanem egyéb más bűncselekmények törvényi tényállásának, valamint általános részi rendelkezések módosítása, kiegészítése által is. Ezek közül a teljesség igénye nélkül néhány példa.

A Btk. 28. §-ába beillesztett (1a) bekezdésben foglaltak következtében az olyan, a társadalomra fokozottan veszélyes bűncselekmények, mint például az erős

felindulásban elkövetett emberölés, az emberrablás, vagy a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények büntethetőségének elévülési ideje meghosszabbodik akként, hogy ha e bűncselekmények sértettje a bűncselekmény elkövetésekor a 18. életévét még nem töltötte be, akkor az elévülés határidejébe nem számít be az a tartam, amíg a 21. életévét be nem tölti vagy be nem töltötte volna e bűncselekmények sértettje.

Ugyancsak a szigorítást célozta a jogalkotó a Btk. 38. § (5) bekezdésének módosításával, amikor e szakasz c) pontjával kizárta azon elkövetőket a feltételes szabadságra bocsátás lehetőségéből, akik nyolcévi vagy ennél súlyosabb szabadságvesztéssel fenyegetett nemi élet szabadsága és nemi erkölcsi elleni bűncselekményt 18. életévét be nem töltött személy sérelmére követtek el, és e cselekmény miatt végrehajtandó szabadságvesztés-büntetésre ítélte őket a bíróság.

Akként is védeni kívánta a Kormány a gyermekeket a szexuális bűncselekmények elkövetőitől, hogy a Btk. 52. § (3) bekezdésében felsorolt bűncselekmények elkövetőit végleges hatállyal történő eltiltással sújtja mindazon foglalkozás gyakorlása vagy egyéb tevékenység végzése vonatkozásában, amelynek keretében 18. életévét be nem töltött személy nevelését, felügyeletét, gondozását, gyógykezelését végzi az elkövető, illetve ilyen személlyel egyéb hatalmi vagy befolyási viszonyban áll.

A szabadságvesztés felfüggesztésének próbaideje alatt pedig – a bíróság mérlegelési lehetőségét kizárva – kötelezően pártfogó felügyelet alatt áll az elkövető, ha 18. életévét be nem töltött személy sérelmére elkövetett nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmény miatt ítélték szabadságvesztésre [Btk. 69. § (2) bekezdés e) pont]. A szexuális erőszak Btk. 197. §-ban foglalt törvényi tényállását a már szabályozott minősített esetekhez képest még súlyosabban büntetendő minősített esetekkel egészítette ki a jogalkotó a (4) és (4a) bekezdések módosításával, kifejezetten a 18. életévüket be nem töltött személyek védelmét célozva ezzel is.

Figyelemmel arra, hogy e módosítások hatályba lépése lépése – vagyis 2021. 07. 08. – óta rövid idő telt el, a hatékonyságuk még nem mutatható ki.



A Btk. fent hivatkozott módosítása mellett azon kormányzati intézkedés is tetten érhető, amellyel a már áldozattá vált személyek számára egyedi igényekhez igazodó segítséget kíván biztosítani az áldozatsegítő központok működtetésével. Ezáltal az Igazságügyi Minisztérium hálózatszerű, jól szervezett, azonnali, szükség esetén pedig hosszú távú támogatást nyújthat a rászorulóknak részére.

Az áldozatsegítő központok az ország nagyobb városaiban érhetőek el, amelyektől személyesen, 0–24 órás áldozatsegítő vonal fenntartása által telefonon, valamint e-mail útján is segítséget kérhet az arra szoruló személy. A segítségnyújtás keretében az áldozatok a sérelmükre elkövetett bűncselekményt követően kialakuló krízishelyzet orvoslására pénzügyi segélyben részesülhetnek, amely a személyre szabott tájékoztatás, az érzelmi segítség, pszichológus szakemberrel történő konzultáció lehetőségének biztosítása mellett átmeneti biztonságot adhat a kialakult helyzetben. Hazánk kiterjedt áldozatsegítési szervezetei és szolgáltatási rendszere kimagasló szakmai munkát végzők segítségével valósul meg, akik nem ritkán szakértői tevékenységet is végezhetnek a büntetőeljárásban (Barabás, Farkas & Kiss, 2021). Az igazságügyi pszichológus és az igazságügyi pszichiáter szakértőként rendelhető ki a nyomozás és a bírósági eljárás során a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 188. § (1) szerint, „Ha a bizonyítandó tény megállapításához vagy megítéléséhez különleges szakértelem szükséges, szakértőt kell alkalmazni.”

A Be. hivatkozott rendelkezése szerint, ha a büntetőeljárásban bizonyítandó tény megállapításához vagy megítéléséhez különleges szakértelem szükséges, szakértőt kell alkalmazni. A Be. olyan eseteket is szabályoz, amikor a szakértő kirendelésétől el lehet/kell tekinteni, illetve amikor kötelező a szakértő kirendelése. Például: 197. § (5) bekezdés: „Más eljárásban kirendelt szakértőnek a szakkérdés tárgyában készített szakvéleménye a büntetőeljárásban szakvéleményként figyelembe vehető”. Ebben az esetben tehát nem kötelező új szakértőt kirendelni, a más eljárásban az adott szakkérdés tárgyában készített szakvélemény felhasználható, ez egyrészt gyorsítja az eljárást, másrészt költséghatékony. Megemlítendő, hogy a bírói gyakorlat a más eljárásban készített szakvéleményt fenntartásokkal kezeli, mert nem biztos, hogy az ott feltett kérdésekre adott válaszok maradéktalanul felhasználhatók a másik eljárásban is.

Egy egyszerű példával élve: a korábbi orvosszakértői vélemény egy élet elleni bűncselekmény vonatkozásában készült annak megállapítása érdekében, hogy a bűncselekmény elkövetője kóros elmeállapotú-e. Az, hogy e bűncselekmény vonatkozásában megállapítható volt a kóros elmeállapot, nem fogja automatikusan azt jelenteni, hogy az ugyanazon elkövető által később megvalósított szexuális erőszak vonatkozásában is fennáll a kóros elmeállapot.

Vegyünk egy másik példát: Be. 686. §: „A bűncselekmény elkövetésekor a tizenkettedik életévét betöltött, de a tizennegyedik életévét be nem töltött fiatalkorú beszámítási képességének és a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátási képességének vizsgálata érdekében – a megalapozott gyanú közlését követően – jogszabályban meghatározottak szerint haladéktalanul gondoskodni kell a szakértői kirendelésről.”

A bíróság a feltételek fennállása esetén nem mérlegelheti a szakértő kirendelését, az a törvény rendelkezésénél fogva kötelező. A szakértő különleges szakértelmével segíti a büntetőeljárást, feladata a bizonyítandó tényekre vonatkozó szakvélemény megalkotása. Ugyanis az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény (a továbbiakban: Szaktv.) 3. §-ának (1) és (3) bekezdései szerint az a feladata, hogy a hatóság kirendelése vagy megbízás alapján, a tudomány és a műszaki fejlődés eredményeinek felhasználásával készített szakvéleménnyel, a függetlenség és pártatlanság követelményének megtartásával döntse el a szakkérdést és segítse a tényállás megállapítását, és e tevékenységét az arra irányadó szakmai szabályok megtartásával, legjobb tudása szerint köteles végezni. A szakmájának szabályai, valamint a szakmai kompetenciájának megfelelően a szakvéleményében rögzíti a tényeket, illetve következtetései alapján további tényekre következtet.

A Szaktv. 47. § (4) bekezdése taxatív felsorolja a szakvélemény kötelező tartalmi elemeit, ezek az alábbiak:

- a lelet,
- a vizsgálat módszerének rövid ismertetése, a szakmai ténymegállapítások,
- a szakértő véleménye,

- ha az ügyben korábban vizsgálat lefolytatására került sor és a kirendelés erre kiterjed, a korábbi vizsgálatra vonatkozó adatok és megállapítások értékelése,
- a módszertani levélre történő utalást, illetve a módszertani levélben foglaltaktól történő eltérés esetén ennek indokait,
- az arra való utalást, hogy az igazságügyi szakértő mely szakterületen jogosult szakvéleményt adni, illetve, hogy az igazságügyi szakértő vagy más személy eseti szakértőként járt el.

A Legfelsőbb Bíróság 17. számú Irányelve szerint a pszichológus, illetve pszichiáter szakértői vélemény „beszerzése különösen akkor indokolt, ha a kellő alaposággal felderített tényállás alapján, az eset sajátos körülményeire (a gyermekek egyénisége, érzésvilága, a családban kialakult légkör stb.) is figyelemmel várható, hogy az elősegíti a gyermek érdekét szolgáló helyes döntést.”

A Kúria ezen irányelvet az 1/2014. számú PJE határozatában a 2014. március 15. napján hatályba lépett Polgári törvénykönyv eltérő rendelkezéseire tekintettel a továbbiakban már nem tartotta irányadónak, azonban a szakértői vélemény elengedhetetlenül fontos bizonyítási eszköz maradt a büntetőeljárásban.

Általánosságban a jog világában a gyermekkori felső határa tulajdonképpen a fiatalkor alsó határa, tehát a tizenkettedik életévig tart, azonban a pszichológiában és a pszichiátriában a gyermekkort a tizedik életévig tartjuk számon, amely különbség az igazságügyi szakértői tevékenység végzésének folyamatában kiemelt jelentőségűvé tud válni (Blaskó, 2020). Fontos azonban kiemelni, hogy a büntetőjog speciális jelentőséget tulajdonít az életkornak mind az elkövetői, mind a sértetti oldal tekintetében, és különleges határokat jelöl meg e szempontból, ezért nem mellőzhető a Btk.-beli fogalmak ismertetése. Anélkül, hogy az életkornak az elkövetői oldali relevanciáját kimerítően elemeznél jelen írás, néhány gondolat erejéig érintjük e területet. A büntetőjogi felelősségre vonás egyik feltétele a megfelelő életkor, amely a Btk. differenciált szabályozására tekintettel magyarázatot igényel. A Btk. IV. fejezete tartalmazza a büntethetőséget kizáró vagy korlátozó okokra vonatkozó szabályokat, a büntethetőséget kizáró okok között szerepel a gyermekkori. A Btk. 16. §-a szerint „Nem büntethető, aki a büntetendő cselekmény elkövetésekor a tizennegyedik életévét nem

töltötte be...”, azonban a Btk. az idézett tagmondatot követő taxatív felsorolásával feloldja a gyermekkorú (vagyis a tizennegyedik életévüket be nem töltött) bűnelkövetők büntetlenségét kilenc bűncselekmény tekintetében, és a büntethetőség korhatárát a tizenkettedik életév betöltéséhez köti, amennyiben a gyermek az elkövetéskor rendelkezett a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátással, ez utóbbi megállapítása orvosszakértői kérdés. A gyermekkorú bűnelkövetők büntetlenségének felsorolt bűncselekmények vonatkozásában történő feloldását a meghatározott bűncselekmények fokozott társadalomra veszélyessége indokolta. A Btk. 105. § (1) bekezdése értelmében

„Fiatalkorú az, aki a bűncselekmény elkövetésekor tizenkettedik életévét betöltötte, de a tizennyolcadikat nem.” E fogalomnak valamennyi különös részi deliktum tekintetében irányadónak kellene lennie, azonban a fentiekben ismertetettek szerint a Btk. a 16. §-ban foglalt rendelkezésével a büntethetőségi alsó korhatárt a 14. életévben határozza meg főszabályként, amely alól taxatív felsorolt kivételeket enged meg. Mindebből az következik, hogy a fiatalkorúság-fogalom nem irányadó valamennyi különös részi deliktum tekintetében, hanem az a Btk. által meghatározott bűncselekmények vonatkozásában, a szükséges belátási képesség megléte esetén áll fenn, e bűncselekményeken kívül a főszabály, vagyis a 14. életév, mint alsó korhatár az alkalmazandó a büntethetőség megállapítására. A bírói gyakorlat egységes abban, hogy a szakértő nem nyilváníthat véleményt jogi szakkérdésben, tehát nem veheti át a bíróság ítélező funkcióját, neki a kirendelő hatóság/bíróság által feltett kérdésre kell választ adnia a szakvéleményében. Ezt felismerve rögzítette a jogalkotó a Szaktv. 47. § (6) bekezdésében, hogy „[a] szakvéleményben jogkérdésben – ha jogszabály eltérően nem rendelkezik – nem lehet állást foglalni”. E szabályra azonban nemcsak a szakértőnek, hanem a kirendelő hatóságnak/bíróságnak, illetve a megbízónak is figyelemmel kell lennie, amikor felteszi a szakértő által megválaszolandó kérdéseket, nem lehet tehát sem közvetlenül jogkérdés megválaszolására felhívni a szakértőt, sem közvetett módon ilyen kérdésben történő véleményalkotásra készíteni. Fontos azonban rögzíteni azt, hogy nem sérti a jogkérdésben való döntés tilalmát az, „ha a szakvélemény ténybeli és jogi elemeket együttesen is tartalmaz, hiszen egy jog által szabályozott közegben bekövetkezett eseménysor, emberi magatartás vizsgálatához szükség lehet a jog területére tartozó körülmények bemutatására”. Annak érdekében,

hogya a szakértő a szakvéleményében a megválaszolendő kérdésre olyan választ adjon, amelyből a kirendelő hatóság/bíróság később meg tudja állapítani a jogilag releváns tényeket, különös figyelmet kell fordítani a kérdés megfogalmazására. Amennyiben a szakmai terminológia tekintetében a szakértő észleli, hogy más terminológia használható szakmai, mint jogi értelemben, ezt jeleznie kell a kirendelő felé, hogy a jog számára ez helyesen legyen lefordítható a szakvélemény felhasználása során.

Az ENSZ által 1985-ben kiadott Igazságszolgáltatás Alapelveinek Deklarációja a bűncselekmények és a hatalmi visszaélések áldozataival kapcsolatban a következőképp definiálja az áldozatok fogalmát. „Áldozatok alatt olyan személyeket értünk, akik egyedileg vagy kollektíven sérelmet szenvedtek, beleértve a fizikai és mentális sérüléseket, érzelmi szenvedéseket, gazdasági szenvedéseket, alapvető jogaik lényeges korlátozását, amelyek sértik a tagállamok hatályos büntetőjogi normáit, értve alatta olyan normákat is, amelyek a bűnös hatalmi visszaéléseket tiltják. Áldozat alatt értendők az áldozat közvetlen családtagjai, illetve azok is, akik sérelmet szenvedtek, mert beavatkoztak annak érdekében, hogy segítsék az áldozatot nehéz helyzetében, vagy azért, hogy megelőzzék az áldozattá válást.” (Szük, 1985).

A bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről szóló 2005. évi CXXXV. törvény 1. §-a értelmében „... áldozat a Magyarország területén elkövetett bűncselekmény és a Magyarország területén elkövetett tulajdon elleni szabálysértés természetes személy sértettje, valamint az a természetes személy, aki a Magyarország területén elkövetett bűncselekmény vagy a Magyarország területén elkövetett tulajdon elleni szabálysértés közvetlen következményeként hátrányt, így különösen testi vagy lelki sérülést, érzelmi megrázkódtatást, illetve vagyoni kárt szenvedett el.”

Hazánkban a 18. életévüket be nem töltöttük körében 2015 és 2020 közötti öt évben csökkenő tendenciát mutat a regisztrált sértettek száma (1. táblázat).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gyermekkorú sértett	4138	3690	3475	2688	2170	2698
Fiatalkorú sértett	7034	6166	5465	4664	3654	3612
Összesen	11172	9856	8940	7352	5824	6310

1. táblázat  
Regisztrált sértettek, sértetté válások száma.  
Forrás: KSH (2021), saját szerkesztés

Azonban a látencia, valamint a közvetett módon történő áldozattá válás esetei által az áldozatok száma magasabb lehet. Erőszakos bűncselekmény kiskorú sértettjei nagyobb valószínűséggel vannak kitéve hosszú távú pszichés hatásoknak, melyek a nemi erkölcs elleni bűncselekményekre hatványozottan igaz (Arata, 2000). Amennyiben a gyermek a személyiségfejlődés szenzitív időszakában válik áldozattá, ha mentális állapota (például skizofrénia) miatt sérülékenyebb, illetve nem rendelkezik szociális támogató közeggel, az megint csak jelentősen növeli a viktimizáció következményeinek súlyosságát. Különösen veszélyeztetettek azok a gyermekek, akik hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetűek (Farkas, Sófi & Fekete, 2020).

A kiskorúak közvetlenül és közvetve egyaránt sérülhetnek, és a bűncselekménynek traumatizáló hatása lehet, de a büntetőeljárás során is viktimizálódhatnak. A történések felidézése, ismételt előadása (tanú meghallgatások során), valamint az elkövetővel való találkozás szintén traumatogén tényező. Ezzel összefüggésben meg kell említeni a Be. által biztosított különleges bánásmódra vonatkozó szabályokat is. A büntetőeljárás során alkalmazott különleges bánásmód alapulhat életkoron, állapoton és eljárási helyzeten, továbbá megkülönböztethetők a jogosultak aszerint is, hogy e bánásmódra mérlegelést nem tűrő helyzetük miatt jogosultak vagy pedig mérlegelés alapján. Külön döntés nélkül különleges bánásmódot igénylő személynek minősül az, aki nem töltötte be a 18. életévét, aki a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvényben meghatározottak szerint fogyatékos személynek minősül, valamint a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmény sértettje is. A Be. kifejezetten rögzíti a 81. § (4) bekezdésében, hogy „[a] bíróság, az ügyészség és a nyomozó hatóság a különleges bánásmódot igénylő személy jogai gyakorlásának, kötelezettségei teljesítésének elősegítése és kímélete, illetve védelme érdekében a különleges bánásmódot megalapozó körülményeknek megfelelő,

azokkal arányban álló intézkedést alkalmaz.” Annak érdekében, hogy a különleges bánásmód során alkalmazott eszközök alkalmazása ne váljon az érintett számára érdemben terhessé, a Be. lehetővé teszi a különleges bánásmód alkalmazásának visszautasítását, vagyis az érintett személy önrendelkezési jogának e körben történő gyakorlását. Fontos kivétel e főszabály alól azonban a Be. 83. § (2) bekezdésében foglalt rendelkezés, amellyel a jogalkotó az érintett személy életkorára figyelemmel felmerülő fokozott társadalmi felelősség okán kizárta a Be. 87–89. §-aiban meghatározott, a különleges bánásmód körébe tartozó intézkedések visszautasításának lehetőségét. Néhány példa a Be. által e bánásmód körében alkalmazható eszközök közül, amelyek jelen munka témájára tekintettel kiemelendők:

- a bíróság, az ügyészség és a nyomozó hatóság az érintett személy részvételét igénylő eljárási cselekményt úgy készíti elő, hogy az megismétlés nélkül elvégezhető legyen [Be. 85. § (1) bekezdés g) pont];
- a bíróság, az ügyészség és a nyomozó hatóság biztosítja, hogy az érintett személy az eljárási cselekmény során, valamint az eljárási cselekmény helyszínén a büntetőeljárásban részt vevő más személlyel szükségtelenül ne találkozzon, különösen, ha a különleges bánásmódot e személyhez fűződő viszonya alapozza meg [Be. 85. § (1) bekezdés h) pont];
- a bíróság, az ügyészség és a nyomozó hatóság a 18. életévét be nem töltött személy részvételét igénylő eljárási cselekmény esetén elrendelheti, hogy az eljárási cselekményen igazságügyi pszichológus szakértő, illetve jogszabályban meghatározott szaktanácsadó is jelen legyen [Be. 87. § (1) bekezdés ba-bb) alpontok];
- a 14. életévét be nem töltött személy részvételét igénylő eljárási cselekmény esetén az eljárási cselekményt az erre szolgáló vagy arra alkalmassá tett helyiségben kell elvégezni, illetve biztosítja, hogy az eljárási cselekményt minden alkalommal ugyanazon személy végezze [Be. 88. § (1) bekezdés b) és c) pontok].

Amennyiben a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmény sértettje e helyzete miatt minősül különleges bánásmódot igénylő személynek és a 18. életévét nem töltötte be, a bíróság, az ügyészség és a nyomozó hatóság az eljárási cselekményről kép- és hangfelvételt készít [Be. 89. § (4) bekezdés b) pont], és mellőzheti a sértett tanúként történő kihallgatását, ha e személy kihallgatására a nyomozás során kép- és

hangfelvétel készítésével már sor került [Be. 89. § (5) bekezdés]. A Be. által biztosított, előzőekben említett eszközök a sértett kíméletét szolgálják, amellyel a viktimizálódás és a traumatizálódás hatásainak csökkentésére törekedett a jogalkotó.

Számos esetben a lelki sérülések rejtve maradnak, hiszen az áldozat nem kér, ezért nem kap megfelelő kezelést. Előfordulhat, hogy olyan tartós következmények alakulnak ki, melyek a következő generáció sérülékenységét és megküzdési stratégiáit befolyásolják. A testi bántalmazás esetei feltételezhetően inkább felszínre kerülnek, mivel azonban a lelki bántalmazásnak nincsenek a környezet számára is felismerhetőbb jegyei (például kék foltok), arról gyakran a közvetlen környezet sem szerez tudomást.

A 2011/93/EU irányelv szerint a gyermekek szexuális bántalmazása, szexuális kizsákmányolása és a gyermekpornográfia elleni küzdelem kapcsán cél a gyermekek szexuális bántalmazással és kizsákmányolással szembeni védelme, és ennek érdekében számos szabályt vezetett be:

- „széles körű segítségnyújtási és támogatási intézkedések a gyermek áldozatok számára, különösen a büntetőeljárás nyomozási és bírósági szakaszában való részvételből fakadó esetleges további trauma megakadályozása;
- a segítségnyújtáshoz és támogatáshoz való hozzáférés, amint alapos okkal feltételezhető, hogy a gyermek bűncselekmény áldozatává vált;
- különleges védelem a családon belüli erőszakot bejelentő gyermekek számára;
- a segítség és támogatás függetlenítése attól a feltételtől, hogy a gyermek áldozat kész-e együttműködni a büntetőeljárás során;
- a gyermek áldozatok magánéletének, személyazonosságának és képmásának védelme.”

Speciális eset, amikor 18. életévét be nem töltött személyt kényszerítenek prostitúciós tevékenységre, melynek hosszú távú mentális következményei vannak (Farkas, Sófi & Fekete, 2020). Hazánkban az Alkotmánybíróság a gyermekprostitúció és a szabálysértések jogorvoslati rendszerét erre irányuló indítvány nyomán felülvizsgálta és alaptörvény-ellenességet állapított meg a 18/2020. (VII. 21.) számú határozatában. Tekintettel azonban arra, hogy a jogalkotó ehatározat meghozatalát megelőzően



módosította a határozattal érintett, alaptörvény-ellenes jogszabályi rendelkezést (A szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény 172. §-a), az alaptörvény-ellenesség miatt a megsemmisítés jogkövetkezményének alkalmazása nem volt indokolt. Az elvégzett jogszabályi módosítás következtében 2020. július 1-től a 18. életévüket be nem töltött személyek szabálysértési felelősségre nem vonhatók.

Az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet által kiadott korábbi módszertani levelekre épülve fogalmazódott meg az 5/2020 Módszertani levél „Az igazságügyi klinikai és mentálhigiéniai felnőtt- és gyermek szakpszichológia egyes szakértői vizsgálatairól”. Ezen kívül számos jogszabályban szabályozzák az igazságügyi szakértők tevékenységét.

Az igazságügyi szakértői szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képesítési és egyéb szakmai feltételekről szóló 9/2006. (II. 27.) IM rendelet tartalmaz iránymutatásokat. Meghatározza például a szakértői névjegyzékbe való felvétel előfeltételeit (például az adott szakterületen szerzett képesítés és gyakorlat).

Az igazságügyi szakértői működésről szóló 31/2008 (XII. 31.) IRM rendelet pedig rendelkezik a szakvélemény tartalmáról (például lelet, ténymegállapítás, vélemény).

Az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény határozza meg a szakértő feladatát, jogait, illetve kötelezettségeit.

Az orvosi- és pszichológiai szakértői tevékenység diagnosztikai folyamat, mely a szakértői (személyes) vizsgálatra és a korábbi eseményekre egyaránt vonatkozik. Célja, hogy a kirendelő szerv által megfogalmazott kérdésekre szakmai választ adjon, ezáltal segítve az igazságszolgáltatást. A pszichológusi és pszichiátriai szakértői vizsgálat részleteiben kitér a gyermek interperszonális kapcsolataira, felhasználva az iratanyagban szereplő adatokat (például korábbi szakértői véleményeket). A szakértő rálát az ügy menetére és viszonylag széles perspektívát kap a történésekről és az abban szereplő személyekről. Mivel a bíróság döntésére jelentős hatást gyakorolhat a szakértői vélemény, mint bizonyítási eszköz, komoly körültekintést igényel a szakértői vizsgálat, és a szakvélemény megfogalmazása.

A szakértői vizsgálat a kirendelői kérdések megismerésével kezdődik, s annak a szakértői véleményben való megválaszolásával zárul. A szakértői vélemény részletes explorációt, a vizsgálatok pontos dokumentációját, a felvett pszichológiai tesztek értékelését, valamint a pszichés állapot összefoglalását tartalmazza, kötelező tartalmi elemeit a Szaktv. 47. § (4) bekezdése, valamint szakmai szabályok határozzák meg. A szakértő nem ad visszajelzést az érintettnek, a szakvéleményt megküldi a kirendelő hatóságnak/bíróságnak, az érintettek ott élhetnek iratbetekintési jogukkal.

Az egyéb pszichodiagnosztikai folyamatoktól az különbözteti meg a szakértői vizsgálatot, hogy míg a klinikai vizsgálatok során az elsődleges cél a páciens megismerése, a kapcsolat kialakítása, addig az igazságügyi szakértői tevékenységgel a kirendelő szerv kérdéseinek megválaszolása a feladat.

A nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények esetében a sértettre és a gyanúsítottra vonatkozó eltérő kérdések merülhetnek fel.

Sértettek esetében leggyakrabban a cselekmény elmondása során megjelenő élményszerűségét, a gyermek pszichoszexuális fejlődését, a traumatizáltságot, a gyermek személyiségfejlődését, az esetleges betanítottságot, illetve a gyermek elkövetővel való érzelmi kapcsolatát vizsgálja.

Gyanúsított/vádolt esetében pedig a személyiségstruktúrára, a pszichoszexuális fejlődésre, illetve a szexuális magatartás speciális eltéréseire vonatkoznak a kérdések.

Már az első hazai gyermekpszichiátriai szakkönyv is kiemelt figyelmet szentel a szakértő szerepének olyan esetekben, amikor a „gyermek elmondása alapján [...] a gyermek sérelmére” követnek el (bűn)cselekményt, „amelynek egyértelmű tárgyi bizonyítéka nincsen.” A könyv ajánlása szerint: „meg kell vizsgálni a gyermek szavahihetőségét, illetve indukció vagy patológiás jellegű pseudologia phantastica lehetőséget kell kizárni. Ez különösen a nem bizonyítható sexualis vonatkozású atrocitások esetében lehet jelentős.” (Böszörményi & Brunecker, 1979). Ezért különösen fontos jelentősége van az iratanyag áttanulmányozásának. Adatok

hiányában a szakértő feladata az információk beszerzése. A szakértői vizsgálatokat tovább szűkítve bizonyos bűncselekménytípusokra, még szűkebben a gyermekprostitúció áldozataira, mindenképp fel kell hívni a figyelmet néhány speciális jegyre. A gyermekprostitúciót érintő eljárások során a vizsgált kiskorúak jelentős szorongást élnek meg, mely különféle tünetben/viselkedésben jelenik meg (WHO, 2023). Például rejtőzködhetnek a vizsgálat során, esetleg passzívan vagy aktívan ellenállhatnak. A szakember számára nehézséget jelenthet a bűncselekmény krízisfolyamatában történő vizsgálat, hiszen a fennálló erős szorongás sokszor gátja a kommunikációnak. Rendkívül jellemző a bántalmazott hallgatása, ezért különösen fontos a szakértő mindenre kiterjedő figyelme, hogy a szexuális bántalmazás tüneteit felismerje (Schneider, 2013). Ilyen jel lehet például, hogy az ambivalens érzések miatt az áldozatok önmagukat hibáztatják, gyakran önmaguk ellen fordulnak (öngyilkosság, testi sértés, fájdalomkoczkodás formájában). Jellemző a hangulatváltozás, a test beburkolása, a visszahúzó magatartás, vagy ellenkezőleg: a túlzottan hivalkodó magatartás, illetve ezek gyakori váltakozása, a fokozott szexuális érdeklődés, továbbá az életkort meghaladó szexuális ismeretek megléte (Ciardha & Gormley, 2012).

A szakértők számára nehézséget jelent a szakértői szakmai attitűd megvalósítása. Azoknak, akik az igazságügyi szakértői tevékenység végzésével egyidőben terapeutaként is tevékenykednek vagy korábban végezték e tevékenységet, más attitűdöt és kommunikációt igénylő magatartásmódot kell megvalósítaniuk.

A szakértői tevékenység kizárólag diagnosztikai munka, mely természetéből adódóan nem folytatódik, hiszen a legtöbb esetben egyszeri találkozás realizálódik a sértettel vagy a terhelttel. Míg a gyógyító munka során elfogadjuk a kliens személyes valóságát, szakértőként a realitás kerül fókuszba. Köteles a szakértő az ítéletmentes vizsgálatra és szakvélemény kialakítására, mert, ha elfogult, a Be. 191. § (1) bekezdésének h) pontjában foglalt jogszabályi rendelkezés alapján szakértőként nem járhat el. A szakértői vizsgálat és a szakvélemény elkészítése során nagy szerep jut a konfabulációs jegyek detektálásának, hiszen a vizsgált személynek érdeke lehet a megtörtént események torzított interpretálása.

További nehézséget jelenthet a terhelt vagy a közvetlen környezet (például család, barátok) befolyásoló hatása, mely több területen érhető tetten. A szakértői tevékenységet befolyásolhatják mentális zavarok (például skizofrénia, factitious zavar), a legkülönbözőbb pszichopatológiák megjelenése, amelyek befolyásolják az elmondottak hitelességét, ezért megnehezítik a szakértői munkát (Spice, 2013).

Végül, de nem utolsó sorban a szakértőnek jogszabályi rendelkezésen alapuló kötelezettsége az objektív szakmai megállapítások megtétele, érzelmileg megterhelő helyzetek ellenére is. A szakértő professzionalizmusához hozzátartozik, hogy el tudja magát határolni érzelmeitől, annak érdekében, hogy a véleményében ne nyerjen teret szubjektivitás. A szimpátia, a harag, a düh, az ellenszenv és egyéb érzelmi állapotok felismerése és kezelése kiemelt jelentőségű.

„A gyermekprostitúcióra késztetés, toborzás, vagy más haszonszerzési célzatú kizsákmányolásuk, a prostitúcióra kényszerítés, erőszakkal vagy fenyegetéssel éppúgy büntetés alá esik, mint a gyermekek prostitúciós célzatú használata, vásárlása, felajánlása. A prostitúcióhoz kapcsolódó más bűncselekmények tényállásaiban is léteznek a 18. év alattiak sérelmére elkövethető alakzatok, így a kerítés, a prostitúció elősegítése esetében, mintegy átfedve a gyermekprostitúció kihasználását. A közös bennük a gyermek prostituálttá válását segítő magatartások büntetése, míg a gyermekprostitúció kihasználása a kliensre összpontosít.” (Tamási, 2015).

A kiskorú mind a bűncselekmény folyamán, mind a büntetőeljárás során is traumatizálódhat a traumatikus emlékek előhívása folyamán, ezt szándékoztunk szemléltetni egy tanulmányunkban (Sófi et al, 2023). A bemutatott konkrét eset szemlélteti, hogy a gyermek prostituálódásának oka az élettörténetével szoros összefüggésben van, pszichésen pedig az internalizáló zavarai is feltárássra kerültek. A gyermek szakértői vizsgálata egy már elhúzódó vizsgálati időszakot követően valósult meg, mely a gyermek pszichés labilitását növelte. A kirendelő kérdések behatárolták a vizsgálat kereteit, ami nehézséget jelentett, hiszen bizonyos témákat, körülményeket részletesebben exploráltunk volna.

A szakértő és a vizsgált személyek közötti kapcsolat összefügg az eljárás speciális kereteivel: a találkozás egyszeri, visszajelzés a vizsgált személynek nem történik, és a szakértő sem kap általában visszajelzést a kirendelő szervtől, például egy bírói döntéssel kapcsolatban. A szakértő részére biztosított, hogy „az egyéb releváns észrevételeit külön kérdés nélkül tegye meg”. Erre tapasztalataink szerint a szakértők törkednek is, leírják javaslataikat és benyújtjuk a bíróság felé, de valószínűleg nem fognak visszajelzést kapni arról, hogy mi lett a gyermek sorsa. Azaz, a szakértői eljárás során kialakul egy intenzív kapcsolat, aminek nem lesz folytatása az adott helyzetben. Intrapszichés értelemben persze van folytatás, hiszen a szakértő még évek múlva is gondol arra a gyermekre. Ez az egyszeri, intenzív, különleges keretekkel rendelkező vizsgálat bennünk, pszichiáterekben és pszichológusokban is erős, ambivalens hatást vált ki. A gyermekben ugyanakkor érzékelhetően jelen van egy olyan hatás is, hogy mivel sosem találkozik többé az adott szakemberrel, talán őszintébb tud lenni.

Mind a szakember mind a vizsgált gyermek részéről ugyanakkor érzékelhető, hogy egyetlen interjúba kell sűríteni a probléma lényegét, mintegy összegezni, aminek következtében a kapcsolat hirtelen intenzívvé válik. Tekintettel arra, hogy maga a vizsgálat egy döntéselőkészítésnek a része, ezért érzékelhető az is, hogy a gyermek egyfajta megmentő szerepet vetít a szakemberre, mivel bízik abban, hogy majd esetleg megváltoztatja az életét.

Serdülőkorban, ahogy a bemutatott esetben is, hatványozottan jelentkeznek a krízis negatív hatásai, hiszen a tinédzser számára ez a fejlődési korszak önmagában megterhelést, nagy életmódbeli változást jelent. Általában jellemző a meghatározhatatlan szomorúság, rosszkedv, magányosság érzése, mint ahogy az esetpéldában is előfordul. A szülőkkel való ambivalens viszony, az érzések gyakran változó volta és szélsőségessége életkori sajátosság. A serdülőkori krízis, mint normatív krízis megjelenésében is változatos, akár egészen szélsőséges formákat is ölthet. A szakértői vélemény kialakításakor figyelembe vettük az életkori sajátosságokat, mert szinte lehetetlen konkretizálni, mi fakad abból, és mi a trauma, a bűncselekmény következménye. Jellemző traumák esetén általános, hogy a gyermekek iskolai teljesítménye leromlik, ennek azonban nem az értelmi képességek hiánya az oka, hanem az, hogy a gyermek minden energiáját leköti a megélt trauma, így nem képes

kellő mértékben koncentrálni. Az, hogy a krízisállapot hatása a gyermekekre nézve mennyire lesz súlyos vagy maradandó az az életkorán felül két tényezőtől függ: a gyermek teherbíró képességétől (énvédő mechanizmusok fejlettsége, tanult problémamegoldási minták alkalmazásának fejlettsége), illetve attól, hogy a környezete mennyire támogatja őt a továbblépésben, a regenerálódásban. Súlyos esetben, illetve, ha a gyermek védekező mechanizmusai és protektív faktorai nem elég hatékonyak, a gyermekkorban megélt trauma, mint krízis akár öngyilkosságig, vagy annak kísérletéig is elvezethet (Shaw & Emery, 1987). A krízis folyamatában, az érzelmek kavalkádjában nehéz dolgozni, diagnosztizálni, objektívnek maradni. Minden egyes pszichológusi/pszichiátriai szakértői eset egy-egy súlyos emberi krízishez, nehézséghez kapcsolódik. Viszont a munka jelentősége vitathatatlan az igazságszolgáltatás folyamatában, valamint fontos, hogy a társszakmák is képet kaphassanak erről a munkafolyamatról, a szakértői dilemmákról.

Minden életkorban észleljük negatív következményeit, de a pszichés fejlődésre gyakorolt negatív konzekvenciák miatt különösen a kisgyermek- és serdülőkorban elszenvedett szexuális traumáknak (CSA) kitüntetett a viktimológiai jelentősége. Több tanulmányunkban (Fliegau & Sófi, 2022, Sófi et al, 2023) elemeztük a saját szakértői vizsálataink tapasztalatait és vetettük azokat össze a szakirodalomban 2000 után megjelent átfogó kutatási eredményekkel.

Elsősorban az alábbiakról igyekeztünk bővebb, modern információkat megszerezni:

- 1) a CSA definíciója és a megelőzés koncepciója közötti különbségek, és az ebből eredő problémák;
- 2) a CSA okozta korai agyi neuro-biológiai változások;
- 3) a serdülőkorban nyomon követhető, a CSA által indukált magatartászavarok;
- 4) a szadizmus és a kínzás lelki háttere;
- 5) a generációkon átívelő CSA kérdése;
- 6) a CSA ismétlődése a gyermekkorban;
- 7) a CSA kiderülése és feltárása.

A nemzetközi kutatási eredmények tanulsága szerint számos szakma képviselői foglalkoznak azokkal a személyekkel, akik a CSA áldozatai voltak. A rendvédelem és az egészségügyi ellátás kiemelkedő szerepet játszik ebben a tekintetben. A CSA korai felismerése a társadalmi mentálhigiéné hatékony védelme szempontjából is kiemelkedő fontosságú.

Összhangban a nemzetközi tapasztalatokkal, az itthoni gyakorlat is az, hogy a CSA megtörténtét egy sztenderd rendszer alapján térképezik fel. Azt láttuk, hogy a CSA és bizonyos deviáns magatartásformák együttállása a szabadságelvonó intézkedések erélyes rizikófaktora. Közleményünkben (Fliegau & Sófi, 2022) rávilágítottunk arra is, hogy az addikció és a szadizmus lelki háttere hasonló lehet. Felhívtuk a figyelmet arra, hogy a CSA a szenzitív nevelési attitűd kialakulásának kudarcával járhat. Végül jeleztük, hogy a nemzetközi kutatások szerint a CSA feltárása egy folyamat eredménye, nem az egyik pillanatról a másikra történik. Hazai esettanulmányok közzéléseivel (pl. Sófi et al, 2023) a fent megnevezett témákat a magyar szakmai olvasók is egyre jobban megismerhetik.

A transzgenerációs negatív viselkedési mintázatok megvalósulását és azok elfogadását biológiai és a szociális faktorok befolyásolják. Kérdés, hogy ezeket az epigenetikus modifikáló hatásokat a bántalmazó magatartás hogyan és milyen mértékben képesek modulálni. Máshogyan feltéve a kérdést: a szülők bántalmazott gyermeki múltja (vagy egykori bántalmazó környezete) képes lehet-e arra, hogy az utódok génállománya megváltozzon, és mennyiben köszönhető ennek, hogy az utódok is bántalmazzák a saját gyermekeiket.

Van Wert és munkatársai (2019) 59 alapkutatást tanulmányoztak át e témában, és nem találtak a kérdésre választ. Az elemzésekből kiderült, hogy a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód a későbbiek során a következő tényezőkre van a fejlődés szempontjából negatív hatással: érzelemszabályozás, kötődés, identitás, önbecsülés, kortárs kapcsolatok, tanulmányi teljesítmény, alkalmazkodás, internalizációs és externalizációs képesség közötti egyensúly, PTSD-re való hajlam, alkoholabúzus, elhízás, krónikus fájdalom, munkanélküliség, szegénység, a szociális hálózat

kihasználása, a figyelem irányítása, absztrakt gondolkodás, verbális és nonverbális kommunikációs képesség, problémamegoldás és munkamemória.

Teljesen egyértelmű, hogy e negatív tényezők mindegyike nehezíti a szenzitív nevelési attitűd kialakulását. A neurobiológiai hatás már nem olyan egyértelmű, és a (humán) génkifejeződés (eddig) nem volt bizonyítható.

Társas és neurobiológiai szinten a szerzők (Van Wert et al., 2019) a következő munkahipotézist állították fel. A gyermekkori rossz bánásmód magasabb stressz-szintet eredményez, aminek kevésbé hatékony érzelemszabályozás lesz a következménye, ami miatt a szenzitív szülői szerep kialakulása nehezített, és ez utóbbi az utódgeneráció részéről növelheti a gyermekbántalmazás lehetőségét. A magasabb stressz-szint hatással van a HPA (hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg) tengelyre, ami közvetett és bonyolult hormonális kauzalitás eredőjeként hatással van a mentális egészségre, ami szintén növelheti a gyermekbántalmazás lehetőségét. Azaz a stressz rövid és hosszú távon biológiai változásokat eredményez a szervezetben.

Egy állat-modell kísérletben (Meaney, 2001) például azon a patkányokon mértek magas stressz-szintet, amelyeket az anyaállat kevesebbet nyalogatott vagy dédelgetett. Amennyiben a gyermekbántalmazást, ezen belül a családon belüli erőszakot vagy a CSA-t bűnelkövetői megnyilvánulásnak tekintjük, akkor az átöröklődés jelensége szükségszerűnek és egyértelműnek tűnik, különösen, ha a differenciált asszociációs elméletet vesszük figyelembe. Edwin Sutherland 1924-ben kifejtett elméletének fő tétele, hogy a bűnelkövető magatartás elsősorban tanult, és abból ered, hogy azok a személyek lesznek bűnözők, akik többet voltak/vannak együtt bűnözőkkel. Az egyébként haladó szellemiségű elmélettel szemben fel szokták vetni, hogy determinisztikus, és nem veszi figyelembe a reziliencia jelenségét. A kritikák ellenére azt mondhatjuk, hogy erre az elméletre (is) alapoznak – legalább a börtönbeli – kognitív behavior terápiák (Fliegauf, 2009). Társadalomtörténeti vagy kritikai kriminológiai szempontból azt is mondhatjuk, hogy az általános tanuláselméleteknek óriási hatása volt a kriminálpszichológiai diszkurzusra, aminek következtében egyfajta intervenciós módszer alakult ki, de ezek fókuszából kiesett, hogy az egyén önmaga is képes megváltozni.



Kérdéses, hogy lehet-e – és ha igen hogyan – mérni a gyermekbántalmazás ismételt előfordulását. Kérdés az is, hogy mennyire lehet egy ilyen adatgyűjtés objektív. A kérdések megválaszolása rendkívül nehéz a korábban említett definíciós problémák miatt. A gyermekbántalmazás bizonyos független változóit kórházi adatok elemzésével majdhogynem objektíven lehet mérni, ahogy ezt Wongcharoenwatana és munkatársai (2021) tették. Ehhez azonban le kell szűkíteni a CSA definícióját azokra az áldozatokra, akik kórházba is kerülnek. Nyilvánvaló, hogy ebben az esetben súlyos, többnyire brutális, esetleg halállal végződött abúzusokról van szó. A szerzők a CSA-t a gyermekbántalmazások egyik részalmazának tekintik, mert nagy az átfedés az elhanyagolás, a fizikai abúzus és a szexuális abúzus gyermek áldozatai között.

Wongcharoenwatana és munkatársai (2021) egy indiai kórházban kutattak, és korábbi, nemzetközi, a gyermekbántalmazás ismétlődéséről szóló tanulmányokat hasonlítottak össze saját eredményeikkel. Vizsgálták a nem konszenzuson alapuló szexuális aktusokat, köztük a megerőszakolással való fenyegetést is. A CSA-t a fizikai bántalmazás következményeként vagy részeként is értelmezni, sőt olyan szkript is létezik, hogy a fizikai bántalmazás azért történik, hogy szexuális (abúzív) aktus létrejöjjön. CSA-t figyeltek meg a prostitúcióra kényszerítés módszereként is. Ilyen szempontból statisztikai rizikófaktor volt, ha a gyermek életkora egy és tíz év közé esett. A szerzők a csecsemőkkel kapcsolatban kiemelték azt a sajnálatos tényt, hogy gyakori a körükben a halál is, ezek között kóroki tényezőként első helyen szerepelt a mintájukban a szubdurális hematoma áll.

Az egytől tízéves korig terjedő életkor rizikófaktorként azonosított az ismételt gyermekbántalmazás szempontjából. Nem jelentett ugyanakkor rizikófaktort a gyermek neme, az érett vagy kora szülöttsége, fogyatékosága vagy a testvérek száma sem. Igaz, hogy a koraszülött gyermekek vulnérabilisak a gyermekbántalmazás ismétlődésére, de ez nem jelent meg statisztikai szinten.

Ismétlődés szempontjából az egyértelmű (külsőségeiben megnyilvánuló) gyermekbántalmazás leggyakoribb formája az elhanyagolás. Gyakoriságban ezt követik a különféle fizikai abúzusok, aminek – a fentebb leírtak szerint – részalmazája a szexuális bántalmazás is. Valószínűsíthetjük azonban, hogy a testi bántalmazások

gyakoriságát nagyságrendekkel múlhatja felül a gyermekek lelki bántalmazásának gyakorisága, a megalázó, lekicsinlő, méltatlán bánásmód.

Az elhanyagolt gyermekek nagy eséllyel mindaddig nem kerülnek kórházba, míg fizikai állapotuk nem jelent közvetlen életveszélyt. Érdekes paradoxon, hogy a CSA - sajnálatosan - egyfajta protektív faktorként jelenik meg az elhanyagolás vagy a fizikai bántalmazás vagy annak ismétlődése szempontjából, hiszen a szexuális abúzus valamilyen testi integritást kíván meg, amit az elhanyagolás vagy bántalmazás legsúlyosabb eseteiben a gyermek elveszíthet. A fenti jelenségek tovább erősítik azt a képet, hogy a CSA-nak óriási a látenciája. Több mint valószínű, hogy az ismétlődő bántalmazás miatt kórházba került gyermekek fizikai sérülései mögött vagy mellett pszichológiai sérülések is állnak, és az is feltételezhető, hogy igen gyakori a szexuális abúzus, mint a fizikai abúzus kísérő jelensége, azonban arra is vannak adatok, hogy a szexuális jellegű abúzus független a többi formától.

Ha fel tudjuk tárni azokat a tényezőket, amelyek segítik vagy akadályozzák a CSA kiderülését, az áldozatok nagyobb eséllyel kaphatnak gyorsabban segítséget, és ezzel további viktimizációjuk esélye is mérséklődhet. A feltárt tényezők alapján preventációs stratégiákat lehet fejleszteni, amelyek révén a civil és állami szervek áldozat-segítő és preventív feladatvállalása hatékonyabbá válhat. Ehhez hasonló vélekedések a tudományos cikkekben, mint optimumok kerülnek megfogalmazásra, amelyek a gyakorlatban megvalósítható lehetőségekhez képest mégis túlzónak tűnhetnek. A CSA-hoz vezető tényezőket mégis szükséges azonosítani és társadalmi szinten tudatosítani, máskülönben, megfogalmazódhatnak olyan kritikák, hogy az aktorok passzívan tűrik a CSA jelenségét (Foucault, 1999). Egy közel tízmilliós populáción adatatain végzett metaanalízis (Stoltenborgh et al, 2011) azt tárta fel a vizsgálati mintán, hogy a felnőtt emberek egynyolcada volt CSA áldozata, míg a hivatalos statisztikák szerint 250 emberből csak egy él át gyermekkori szexuális abúzust. Ez a több, mint 30x-os különbség markánsan prezentálja a látencia mértékét. A szerzők a feltárt összefüggéseik limitációjaként kiemelik, hogy az elemzési mintában szereplő kutatások módszertana nagyon eltérő volt. Egy írországi mélyinterjúkon alapuló kutatás (McElvaney, 2014) azt állapította meg, hogy az áldozatok a CSA-t késve, vagy csak részlegesen jelentik. Sokan csak felnőttkorban vagy esetleg időskorban beszélnek a gyermekkori traumáikról.

Ezzel az elsődleges probléma az, hogy minél később kerül valaki szakellátásba CSA miatt, annál nagyobb eséllyel fejlődik ki a depresszió, a szorongás, a traumához kapcsolódó zavar (PTSD) vagy a szerfüggőség.

Egy Kanadában publikált tudományos tanulmány (Alaggia et al, 2019) 2000 után publikált 33 alapkutatót tekintett át. A metaanalízisből leszűrhető tanulságok a CSA feltárását vizsgáló alapkutatók összehasonlíthatóságának limitjeiként foglalhatók össze. A szerzők ezeknek a problematikáit négy pontban foglalták össze, ezek a következők:

1) Az alapkutatók hol elmondásnak (telling), hol feltárásnak (disclosure) nevezik a CSA megtörténével kapcsolatos első beszámolókat. Az elmondást egyértelműen verbális információközlésként értelmezhetjük, míg a feltárás összetettebb, a meghallgató aktív részvételét is feltételezi.

2) A feltárás történhet felszólításra, célzott kérdésekkel, véletlenül, indirekt vagy direkt formában is. Egyértelmű, hogy a feltárás alkalmazott módszertanai között minőségi különbségek vannak, ezért a módszertanok összehasonlítása nehézkes.

3) A CSA megtörténére irányuló kvalitatív (például mélyinterjúval dolgozó) alapkutatók és esettanulmányok száma a 2000-es évektől kezdődően megugrott.

4) A kvantitatív kutatások – mint azt a fentiekből is láttuk – kevésbé hasonlíthatók össze.

Alaggia és munkatársai (2019) a rizikófaktorok és a facilitátorok átfedéseit is elemezték:

1) Annak az időpontja, amikor a CSA kiderül nem mindig köthető egy bejósolható eseményhez, inkább egy folyamat eredménye. A CSA kiderülése pszichodinamikus alapokon nyugszik. Summit 1983-ban írta le a CSA kiderülésének folyamatát: titkolózás, tehetetlenség, adaptációs fázis (ami lehet könnyebb és nehezebb folyamat, adaptív vagy maladaptív, de mindenképpen az egyén túlélését és a megküzdést szolgálja),

konfliktusos és nem meggyőző feltárás, majd visszavonás és felelősség (Summit, 1983).

2) A szocioökonómiai státusz (SES) nagyban befolyásolja a CSA kiderülését. Ha ezt a trendet ismerjük, nagyobb esélyünk van a hatékony beavatkozás megszervezésére és a feltárás elősegítésére. A holisztikus megközelítés szerint a kiderülést egyéni, családi, kontextuális és kulturális tényezők is befolyásolják. A feltárás történhet indirekt módon, a viselkedés megváltozásán keresztül kommunikációval (pl. a kisgyermek kötődési mintázatának jellegzetes zavarai is utalóak lehetnek).

3) Számos olyan tényező befolyásolja a CSA kiderülését. A családon belül a merev gender szereposztások, a patriarchális attitűd, a hatalmi egyensúly megbomlása, a kaotikus struktúra, a diszfunkcionális kommunikáció, a társas izoláció és a közeli hozzátartozó elkövető nehezítik a CSA feltárását. Ugyanakkor a támogató szülő-gyermek kapcsolat, a közösségbe ágyazódás és a szakértők jelenléte növeli a CSA felismerését. A közösségekben, pl. az iskolában a támogató közeg és a bizalom hiánya, a problémás diáktársak jelenléte kifejezett kockázati faktort jelent. A férfiak és fiúk gyakran azért odázzák el a CSA jelentését, mert a toxikus maszkulin normák miatt attól tartanak, homoszexuálisnak fogják őket tartani. A lányok és a nők elsődlegesen attól félnek, hogy a CSA miatt őket fogják okolni és nem hisznek nekik. Sroufe és Rutter szerint „A fejlődépszichopatológia a nem megfelelő adaptáció egyéni mintázatának eredetével és lefolyásával foglalkozó tudományág.” (Fonagy & Target, 2005).

4) A felfedés szempontjából facilitáló faktor a kiegyensúlyozott párkapcsolat és a gyermek születése. Gyakran találkozunk azzal, hogy a múltban CSA-t elszenvedettek egy romantikus kapcsolat bizalmassá vált fázisai során tudják elmondani a párjuknak, hogy mi történt velük a múltban. A CSA pszichotraumatizáló hatása miatt szexuális diszfunkciók is kialakulhatnak (Gabbard, 2016), és ennek prevenciója szempontjából is kiemelkedően jelentős a feltárás.

Gyakorlati, klinikai munkánk során tapasztaljuk, hogy a CSA feltárási folyamatában milyen fontos szerepe van a bizalmi légkörnek. Az áldozatokkal első körben találkozhat egészségügyi szakember, rendőr, pedagógus vagy egyéb hivatalosnak mondható

személy, és a találkozás célja nem éppen a CSA feltárása, hanem az aktuális probléma megoldása. Ilyen esetekben az a tapasztalatunk, hogy az illetékes szervek a maguk hatáskörében próbálják megoldani a problémát, a traumát elszenvedett személy elsődleges – pszichés – igényeinek megismerése nélkül. Tudnunk kell azt is, hogy a CSA egyáltalán nem csak a gyermekeket, az áldozatokat érinti, a trauma, a agyász feldolgozásában az egész család megsegítést igényel.

### **2.3A BÁNTALMAZOTT GYERMEK – A GYERMEKKORI ROSZ BÁNÁSMÓD PSZICHÉS- ÉS MENTÁLIS KÖVETKEZMÉNYEI**

Gyermekbántalmazáson értjük (a WHO definíciója szerint): „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.”<sup>2</sup>

Ezzel a megfogalmazással cseng egybe az ENSZ deklarációja is: *„Áldozatok alatt olyan személyeket értünk, akik egyedileg vagy kollektíven sérelmet szenvedtek, beleértve a fizikai és mentális sérüléseket, érzelmi szenvedéseket, gazdasági szenvedéseket, alapvető jogaik lényeges korlátozását, amelyek sértik a tagállamok hatályos büntetőjogi normáit, értve alatta olyan normákat is, amelyek a bűnös hatalmi visszaéléseket tiltják. Áldozat alatt értendők az áldozat közvetlen családtagjai, illetve azok, is, akik sérelmet szenvedtek, mert beavatkoztak annak érdekében, hogy segítsék az áldozatot nehéz helyzetében, vagy azért, hogy megelőzzék az áldozattá válást.”* (Az Igazságszolgáltatás Alapelveinek Deklarációja a bűncselekmények és a hatalmi visszaélések áldozataival kapcsolatban, ENSZ, 1985)

A jelenlegi bírói gyakorlat – világszerte – elsősorban a cselekmény súlyával arányos büntetésre építi az ítéleteket. Az igazságszolgáltatási rendszert éppen ezért két oldalról is bírálólatok érik:

---

<sup>2</sup> Forrás: <https://emberimeltosag.hu/fogalomtar/>

1) A bűnelkövetőkkel való fokozott törődés nem hozta meg az elvárt hatást, a bűncselekmények száma nem csökken. A társadalom tagjai úgy érezhetik, folyamatosan nő a bűnözés és a visszaesők aránya. A bűnelkövetőkkel szembeni egyre humánusabb eljárások nem eredményezték a potenciális bűnelkövetők részéről a társadalmi normák, a társadalmi értékek fokozott tiszteletét, megbecsülését.

2) Az áldozat kárának megtérítése, az elszenvedett sérelmek helyreállítása azonban jórészt kívül marad az igazságszolgáltatás keretein.

A korszerű büntetőpolitika egyik fontos feladata pedig pontosan a bűnözés okozta káros hatások csökkentése és a bűnesetek áldozatainak társadalmi, erkölcsi és anyagi sérelmeinek enyhítése. A bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről szóló 2005. évi CXXXV. Törvény (Ást). 1.§ (1) bekezdése tartalmazza az Európai Unió irányelvével harmonizáló komplex fogalom-meghatározást, amely szerint áldozatnak tekintendő a sértett, valamint az a természetes személy, aki a bűncselekmény közvetlen következményeként sérelmet, így különösen testi vagy lelki sérülést, érzelmi megrázkódtatást, illetve vagyoni kárt szenvedett el.

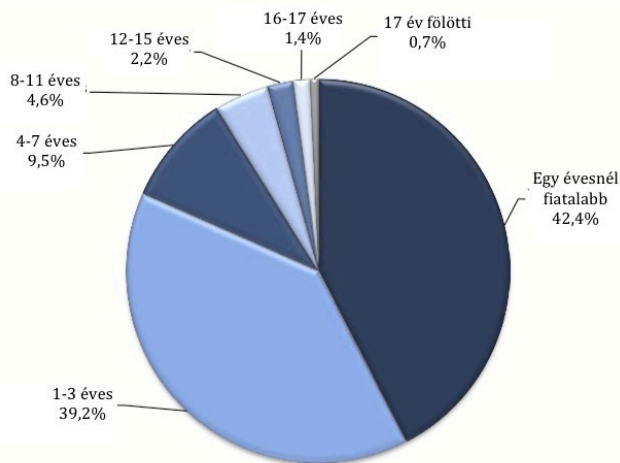
A hazai bűnelkövetési adatok szerint országosan évente mintegy 200.000 személy válik bűncselekmény közvetlen sértettjévé. A tágabban értelmezett károsultak száma ennek többszöröse. Áldozattá válás szempontjából különösen veszélyeztetettek a gyermekek, a hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetűek, a szociálisan veszélyeztetett családok és a kisebbséghez tartozók.

A gyermek- vagy serdülőkorú közvetlenül és közvetve is sérül a bűncselekményekben. A közvetlen fizikális- és/vagy pszichés sérülés a bűncselekmény direkt traumatizáló hatása. De az eljárások során is éri – elsősorban pszichogén traumatizáció a sértetteket – hiszen a cselekmény ismételt előadása, annak felidézése a nyomozati szakban majd a bírói szakban, a találkozás az elkövetővel mind komoly emocionális megrázkódtatást, stresszt jelent. A pszichés sérülések többsége rejtve marad, nem nyer felismerést és így kezelést sem. A megbetegítő hatás tartós, többnyire az utódokra is áterjedő, transzgenerációs következményekkel jár. Nyilvánosságra szinte kizárólag a fizikai

bántalmazás esetei kerülnek, hiszen a lelki terrornak, pszichés bántalmazásnak nincsenek kék foltjai, nem véreznek, így gyakran még a közvetlen környezet sem szerez róluk tudomást.

A 2019-es koronavírus-járvány (COVID-19) világjárvány kitörésekor az előrejelzések alapján az volt a várakozás, hogy összefüggésben a járvánnyal, a megnövekedett stressz, az iskolabezárások, a családok jövedelem kiesése és a társas elszigeteltség növelni fogja a gyermekbántalmazás és a gyermekelhanyagolás kockázatát. Egy 2020-as tanulmány a CDC által vezetett MMWR adatbázis (Morbidity and Mortality Weekly Report) alapján azonban azt találta, hogy a lezárások idején minden 18. életév alatti kategóriában csökkent a bántalmazásokkal összefüggésben sürgősségi betegellátói felkeresések aránya (Swedo et al, 2020).

Világviszonylatban a gyermekbántalmazások tanulságainak egyik legátfogóbb, legrészletgazdagabb statisztikai feldolgozását az USA Advisory Board on Child Abuse and Neglect készíti. A disszertáció készítéskor elérhető legfrissebb kiadványuk szerint a gyermekbántalmazások halálos áldozatainak 95,7% 10 évesnél fiatalabb, de még ennél az aránynál is sokkalóbb, hogy az áldozatok 4/5-e 4 évesnél fiatalabb (7. ábra)!

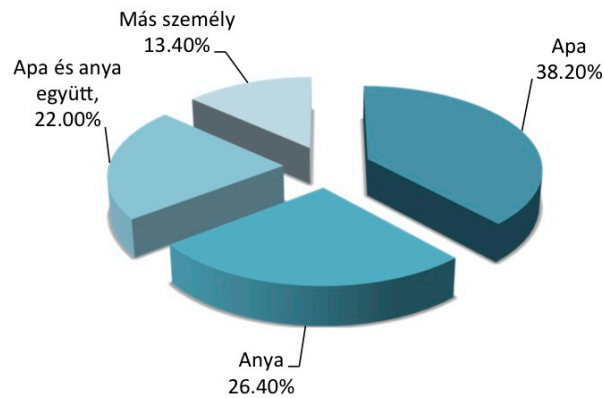


7. ábra

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás halálos áldozatai. 2011, USA (Saját szerkesztés)

Magától adódik ezek után a kérdés: kik bántalmazzák ezeket a gyermekeket?

Az adatok szerint minden negyedik halálos kimenetelű gyermekbántalmazást az édesanyák követik el az USA-ban (8. ábra). A halálhoz vezető gyermekbántalmazások további 22%-ban az anyák és az apák együttesen „közreműködve” követik el a tragikus eseményeket.



8. ábra  
A gyermekbántalmazás elkövetői. 2011, USA (Saját szerkesztés)

Epidemiológiailag és primer-prevenációs szempontjából értékelhető, hogy az esetek többségében az elkövető szülő fiatal, legfeljebb a 20-as évei közepén jár, felsőfokú végzettsége nincs, alacsony szocio-ökononikus státuszban él, a stressz-helyzetek kezelésében anamnesztikusan feltárható problémákkal küzd.

Az áldozattá válás esélyében nincs különbség fiúk és lányok között. Vannak olyan megfigyelések, melyek szerint nagyobb valószínűséggel érintettek az elsőszülött gyermekek. Többgyerekes családban gyakran előfordul, hogy az erőszak csak az egyik gyermek ellen irányul. Fiatal szülők esetében a kisebb gyermekek esélye nagyobb az áldozattá válásra, hiszen kiszolgáltatottabbak és kevésbé képesek segítségkérésre. A csecsemők veszélyeztetettségét különösen fokozza az a tény, hogy nem tudnak jelezni, beszélni. Leggyakrabban a 2 évesnél fiatalabbak esnek fizikai erőszak áldozatául, de 1 éves kor után már ritkább az erőszaktól származó haláleset. A fogyatékkal élő gyermekek fokozottabban vannak kitéve az abúzus veszélyének. A halmozott fogyatékoság további rizikót jelent, mivel az irántuk tanúsított türelem és az elfogadásuk is zavart szenvedhet, emellett kevésbé képesek visszautasítani, vagy elkerülni a bántalmazást. Kommunikációs problémáik miatt jelzéseiket sem mindig érti meg a környezet. A gyermeket családon belül többnyire a szülő, vagy a szülőnek a



gyermekkel is együtt élő, vele azonban vérségi kapcsolatban nem lévő élettársa bántalmazza.

A gyermekvédelem automatizmusaira tekintettel szükséges azonban hangsúlyozni, hogy több rizikófaktor jelenléte sem vezet szükségszerűen bántalmazáshoz, elhanyagoláshoz. Nagyon kedvezőtlen körülmények között is élnek gyermekek harmonikus, szerető, védelmező légkörben, ugyanakkor előfordul, hogy optimálisnak látszó és kiegyensúlyozott családban is megtörténhet a gyermek bántalmazása.

A szülő személyiségével, életvitelével kapcsolatos kockázati tényezők között jelentős szerepe van a deviáns magatartásnak, az alkohol- és drogfüggőségnek, a mentális betegségeknek, pszichés zavaroknak, depresszióknak, különösen a post partum depresszióknak és pszichózisnak, valamint a személyiségzavaroknak. Előfordul, hogy a szülő és a gyermek nincs egymásra hangolódva, jelentősen eltérő temperamentummal rendelkeznek, és ebben rejlenek a konfliktusok gyökerei. A túlaggódó vagy perfekcionista szülő is bántalmazóvá – leginkább – érzelmi bántalmazóvá válhat.

A gyermekkel kapcsolatos tényezőként értékelhetjük a testi vagy értelmi fogyatékkal élő, a krónikus beteg, a magatartási vagy tanulási zavarral küzdő gyermek veszélyeztetettségét. A testvérek születése közötti rövid idő, a kis korkülönbség is kockázati tényező lehet. A veszélyeztetett gyermekek, családok kiszűrése, figyelemmel kísérése, az együttműködés a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot ellátókkal, kommunikáció az egészségügy többi részvevőjével a betegellátás során fontos része az alapellátók tevékenységének.

A bántalmazás nem csak közvetlenül okoz egészségkárosodást, amely akár életet veszélyeztető is lehet, de igen jelentősek a bántalmazás és elhanyagolás hosszú távú következményei is, amelyek a testi, lelki, személyiségbeli fejlődés zavarával, elmaradásával járnak. Poszttraumás stressz szindróma, önértékelési zavar, elégtelen problémamegoldó képesség, személyiségzavar lehet a hosszú távú következmény a bántalmazott gyermek, az egyén életében. A kisgyermekkorban elszenvedett sérelmek különösen nagy erővel pusztítják a személyiséget. A vizsgálatok szerint a fizikailag bántalmazottak között az átlagosnál jóval gyakrabban találunk agresszív, erőszakos

magatartást és hiperaktivitást. A gyermekek nagy többsége idővel passzívvá, visszahúzódóvá és örömtelenné válik, sok esetben alacsony önértékeléssel rendelkezik. A gyerekek a szüleiktől tanult viselkedési mintát továbbviszik saját későbbi kapcsolataikba. A gyermek a szüleit figyelve tanulja meg, hogyan kell a saját nemének megfelelően viselkednie egy kapcsolatban, de hasonlóképpen a negatív hatásokat is örökölni viszi. Azt gondolhatnánk, hogy a legtöbb bántalmazott saját szomorú példáján okulva nem okoz majd fájdalmat gyermekének, a valóság azonban mást mutat: az esetek nagy többségében a gyermekkorában bántalmazottból bántalmazó szülő lesz. A károsodások tehát túlmutatnak a bántalmazott gyermekek életén is, így adva tovább és tovább a hibás mintát.

A fiatalkorúakat érintő nyomozóhatósági- és bírósági eljárásokban az érintett gyermek hosszú távú érdekeit, rehabilitációját biztosító döntések meghozatalához számos esetben szükséges olyan szakmai kérdéseket megválaszolni, amelyhez az eljárásban résztvevő jogi felkészültségű szakemberek nem rendelkeznek speciális felkészültséggel.

Az igazságügyi gyermekpszichiátria egy többszörösen multidiszciplináris tudomány terület. A gyermekgyógyászat, a pszichiátria és jogtudományok azok az alappillérek, amelyekre a szakértő a munkáját építi. A fiatalkorúakat érintő eljárások lefolytatásához speciális szakmai tudással rendelkező szakember kirendelése szükséges. A gyermekpszichiátria alapszakvizsgává vált, de a felkészülési rendnek ma még nem része, hogy a jelöltek ismereteket szerezzenek az igazságügyi gyermekpszichiátriai szakértői munkából.

A büntetőügyekben a jogkövetkezmény (letöltendő- vagy felfüggesztett börtönbüntetés, javító-nevelő intézeti elhelyezés, kényszergyógyítás, áldozatsegítés, rehabilitáció stb.) szempontjából lényegi kérdés mind a fiatalkorú bűnelkövető, mind a sértett elmebeli állapotának feltárása is. Az új Btk. további többlet feladatot ad a szakértőknek, hiszen a 12-14 éves kor közötti bűnelkövetők esetében is vizsgálni kell a beszámítási, belátási és akaratnyilvánítási képesség meglétét.

Az igazságügyi gyermekpszichiáter nemcsak a bűnelkövető mentális állapotáról ad szakértői véleményt, sok esetben merül fel a sértett pszichiátriai státuszának vizsgálata is. Lényeges szempont lehet annak megítélése, hogy a bántalmazott gyermeknél a bűncselekmény traumatizáló hatása következtében kialakult-e másodlagos (pszichés) sérülés, de kérdés lehet az is, hogy a bűncselekménybe keveredés, az áldozattá válás összefüggésben áll-e a sértett korábbi mentális állapotával?

A jogi folyamat, illetve a szakértői vizsgálat speciális szempontjai miatt már a kórelőzményi adatok felvétele során törekedni kell a legteljesebb körben a validált információk megszerzésére.

Az igazságügyi gyermekpszichiátriai szakértői vizsgálatban a szülő(k)től, gondviselő(k)től nyert információk nélkülözhetetlenek, törekedni kell arra, hogy a vizsgálati folyamatban ne csak a fiatakorút, hanem a hozzátartozóit is meghallgathassa az igazságügyi szakértő.

A vizsgált személy irányított kikérdezése (explorációja) során a hétköznapi gyermekpszichiátriai vizsgálati helyzethez képest különös szempont, hogy a gyermek (vagy serdülő) egy jogi eljárás alanyaként vesz részt a szakértői vizsgálatban, nem pedig betegség tünetek miatt kéri segítségünket. Az igazságügyi szakértő javaslatot tehet a vizsgált bűnelkövető serdülő kényszer-gyógykezelésére is. A kezelést paradox módon nem gyermek- és ifjúságpszichiáter fogja végezni, hiszen ma hazánkban nincsen a mentálisan sérült felnőtt bűnelkövetők elhelyezésének és kezelésének analógjaként (Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet) igazságügyi gyermekpszichiátriai intézményi (fekvőbeteg) ellátási lehetőség.

Míg a gyermekpszichiáter a pácienseinek megelőző orvosi vagy pszichológiai leleteit tanulmányozza, az igazságügyi szakértő a különféle – büntető- vagy polgári jogi – eljárásokban keletkezett, akár több kilogramnyi periratban kell tájékozódjon először. Az iratok megismerése nélkül hiteles szakértői vélemény nem adható ki.

Amennyiben nem a hatóságok, hanem más magánszemélyek kérnek igazságügyi gyermekpszichiátriai szakvéleményt, úgy előfordulhat, hogy a felkérést adó nem ad át

minden adatot, iratot, illetve nem tájékoztatja az eljárásban ellenérdekelt másik felet az általa kezdeményezett szakértői vizsgálatról. Mivel ilyen helyzetek még az alapos és elfogulatlan szakértői véleményt is aggályossá tehetnék, a kialakult gyakorlat szerint a magán felkérések elfogadása esetén is külön értesíteni kell a másik felet a szakértői vizsgálatról, és lehetőséget biztosítani a számára is, hogy szempontjait megismertethesse.

A bűnelkövetői szándék, motiváció feltárása szintén az exploráció során lehetséges. Az alapos és körültekintő vizsgálat során (amelynek eredménye ad ténylegesen segítséget a nyomozónak vagy a bírónak) a szakértő nem elégszik meg a cselekménynek, mint történetnek a megismerésével, hanem feltárja azokat a körülményeket, amelyek együttesen ad(hat)nak magyarázatot a megvalósult cselekményre.

A bűncselekmény adatainak és körülményeinek feltárása és elemzése során olyan többlet információkat is szerezhethetünk, amelyek a bűncselekmény elkövetése szempontjából prediszponáló, provokatív tényezőknek felelhetnek meg, de rávilágíthat a normakövető mintaadás hiányosságaira is. Ezen faktorok lehetnek egyéni belüliek (intraindividuálisak) és a családi- vagy tágabb környezettel összefüggő (szocializációs) eltérések is. Ezek igen fontos támpontot adhatnak a vizsgált személy későbbi életútjának megjósolásához is, hiszen azon túl, hogy a kirendelésben érintett bűncselekmény miatt megvizsgáljuk a fiatalok gyanúsítottat vagy vádlottat, a bűnisméltés kockázatának feltárása preventív célokat is támogathat.

Az igazságügyi gyermekpszichiátriai vizsgálatnak további szervei része a tájékoztató szintű neurológiai- és belgyógyászati vizsgálat elvégzése és a státusz rögzítése is.

A gyermek- és serdülő pszichés státuszának leírása megegyezik a hétköznapi gyakorlatban használatossal. Egyaránt lényeges a talált eltérések és az egészséges, életkornak megfelelő pszichés státuszának a rögzítése is.

Az együttműködési képességről és készségről, a figyelem minőségi és mennyiségi kvalitásairól, a kérdések és a beszéd megértésének, valamint a választékos, adekvát verbális és non-verbális válaszadás módjáról és minőségéről részletes leírást kell adni.

Nyilakozni kell minden esetben a vizsgált személy intellektuális nívójáról tájékozódó jellegű vizsgálattal vagy kétes, esetleg konkrét kérdés esetében verbális (pl. MAWGYI) vagy non-verbális (pl. Leiter) tesztvizsgálat alapján.

Amennyiben a vizsgált gyermek vagy serdülő a korábbiakban már diagnosztizált gyermekpszichiátriai eltérésben szenved, az alkalmazott gyógymódok, komplex terápiák és rehabilitációs módszertanok megismerésére is törekedni kell. Fel kell tárni, milyen mértékben működött együtt a szakorvossal a vizsgált fiataalkorú és/vagy annak hozzátartozói a terápia során, előírás szerint alkalmazták-e a gyógyszereket stb.

Veszélyeztetettség és bántalmazás észlelésekor a teendőkre vonatkozó jogszabályi előírásokat az 1997. évi XXXI. törvény (a Gyermek védelméről és gyámügyi igazgatásról) tartalmazza. Ennek értelmében: veszélyeztetettség esetén az észlelő köteles jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgálat felé. Hatósági eljárást kell kezdeményezni a gyermek bántalmazása vagy súlyos elhanyagolása esetén. Ezek elmulasztása fegyelmi felelősségre vonást von maga után. A jelzési kötelezettségét elmulasztó egészségügyi dolgozó önmaga is bántalmazóvá válik azáltal, hogy hanyagul bánik a gyermekkorú sérelmére elkövetett bűncselekmény információinak kezelésével. Problémát jelent, hogy a hatóságoknak kiskorúakat, egyes esetekben egészen kicsi gyermekeket kell meghallgatnia a történetek felderítése érdekében, sőt gyakran csak ilyen tanúvallomásokkal lehet megállapítani a felelősséget. A magyar büntetőjog a tanúvallomás tételt nem köti életkorhoz, bárki kihallgatható, aki tud a cselekményről, és testi, szellemi állapota megengedi azt, hogy vallomást tegyen.

Az Országgyűlés, az 1997-2023 közötti időszak tapasztalatait elemezve 2024. június 11-én fogadta el a 2024. évi XXX. Törvényt, „A gyermekek védelme érdekében egyes törvények módosításáról”. A törvénymódosítás hangsúlyozott célja az volt, hogy „Gyermek nem kerülhet, illetve nem maradhat veszélyeztetett helyzetben, ezért a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényben (a továbbiakban: Btk.) új tényállás kerül megalkotásra, amely a gyermekek veszélyeztetettségével kapcsolatos kiemelt veszélyeztető okra utaló körülmény jelzésére vonatkozó kötelezettség megszegését szankcionálja.”

A 14. életévét be nem töltött személyt csak akkor lehet tanúként kihallgatni, hogyha a bizonyítás, illetve a tényállás megállapítása mástól nem várható. Biztosítani kell, a 14-18 év közötti kiskorú esetében, hogy a törvényes képviselője jelen legyen, gyakran ezekben az eljárásokban eseti gondnokot kell kirendelni, mivel a Csjt. szerint a szülő nem képviselheti gyermekét, ha egyúttal érdekellentét áll fenn (Csjt. 87. §. (1). A szülő nem képviselheti gyermekét olyan ügyben, amelyben ő maga vagy házastársa, egyenesági rokona, avagy az ő törvényes képviselője alatt álló más személy a gyermekkel szemben ellenérdekű félként szerepel, vagy amelynek tárgya a gyermek családi jogállásának megállapítása.

Egyik legfontosabb tulajdonság a gyermekeknél a befolyásolhatóság. Erre többféle jel is utalhat a gyermek szókinccse, így például az is gyanúra adhat okot, hogyha a gyermek szélsőségesen és egyoldalúan pozitív, vagy negatív megítélés szerint nyilatkozik valakiről. Fontos azonban, hogy a gyermeknek a testbeszédét és a nem verbális kommunikációját is rögzítsék a jegyzőkönyvben, mert ez később fontos lehet, támogatást adhat a szakértő számára.

A tapasztalat és a gyakorlat azt mutatja azonban, hogy nem szerencsés az 5-6 évesnél fiatalabb gyermekek igazságügyi szakértői meghallgatása, mert maga a vizsgálat önmagában traumatizáló hatású lehet, és ez az intézményi abúzus körébe tartozik. Csak nagyon indokolt esetben élünk vele. Még fokozottabban kell figyelni a gyerekeknél arra, hogy akar-e tanúvallomást tenni, hiszen hozzátartozóját vádolhatja esetleg bűncselekmény elkövetésével. Az erre adott válaszát szó szerint kell jegyzőkönyvezni. Ha igent mond, a jelenlevő törvényes képviselőjét is nyilatkoztatni kell erről. Ez azért szükséges, mert a gyermeknek mentességi joga van a vallomástétel alól. A kihallgatást csak akkor lehet folytatni, ha erre a törvényes képviselő is igenlő választ ad. A sértettek második csoportját azon gyermekek adják, akik a szeretethiány, a valahová tartozás érzése, valamint a pénzkereset miatt esnek a bűn csapdájába. A pénz miatt sok mindent elvállalnak, gyakran nemi erkölcs elleni bűncselekmény áldozatává válnak, ami jelentős változást eredményez a gyermek pszichés fejlődésében.

A traumatizációt elszenvedett gyermek- és serdülő pszichiátriai vizsgálata során feltárható kóros állapot leggyakrabban a poszttraumás stressz szindrómának (PTSD)

felel meg. A traumatizáló élethelyzetben a stresszre adott válasz túlélési stratégia, de a trauma megszűntével kóros adaptációt jelent, ami elérheti a betegség mértékét.

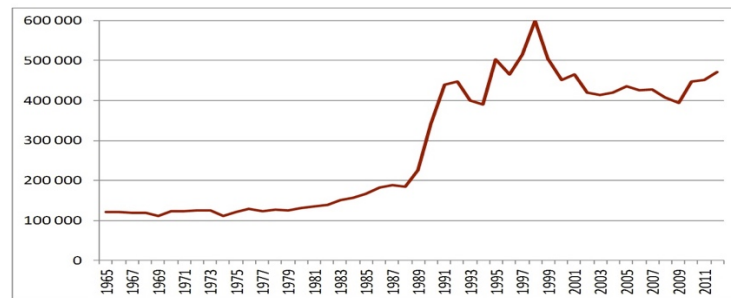
A PTSD a szorongási zavarok egyik fajtája, amely nemcsak az áldozatoknál, illetve a pszichésen megterhelő esemény szemtanúinál jelentkezhet, de a hozzátartozóknak is gyakran egész életre szóló gyötrelmet okoz. A PTSD általában bizonyos késedelemmel jelenik meg, de előfordul, hogy hetek, hónapok vagy akár évek múltán, sokszor valamilyen kisebb stressz hozza a felszínre, s igen hosszú időn keresztül is tüneteket, panaszt okozhat.

Epidemiológiai tanulmányok azt mutatják, hogy a lányok 15-43%-a és a fiúk 14-32%-a él át a gyermekkora során legalább egy traumát. A traumát elszenvedettek között a lányok 3-15%-a, a fiúk 1-6%-a esetében fejlődik ki a PTSD tünettana. Tudnunk kell azonban arról, hogy a családon belüli erőszak és különösen a gyermekkori szexuális traumák következményeképpen a lányok körében 32-40 %-os PTSD prevalenciát jeleznek.

Az áldozatokban a bűncselekmények következtében kialakult mentális eltéréseken kívül ismernünk kell azokat a viselkedési- és gondolkodási zavarokat is, amelyek a bűnelkövetők egy részét jellemzik. Az információ-terjedés fejlődésével, robbanásával párhuzamosan mind a média, mind a lakosság részéről egyre fokozódó az érdeklődés a bűncselekményekkel kapcsolatban. Sajnálatos tény, hogy ezzel egyidőben sem a fiatalok bűnelkövetővé válásának család-szociológiai mozgatórugói, sem a bűncselekményekbe keveredéssel összefüggésben álló serdülőkori pszichés eltérések vagy az ezek megelőzéséhez szükséges (de meg nem tett) lépések nem érik el a média figyelmi küszöbét.

A statisztikai adatok alapján a rendszerváltozást követően ugrásszerű növekedést figyelhetünk meg az ismertté vált, regisztrált bűncselekmények számában (9. ábra), de a bűnözés szerkezetében is lényeges változások következtek be. Korábban elképzelhetetlen, új bűncselekmény fajták (pl. cyber-bullying, knocking-game, stb.) jelentek meg, az egykor még ritka bűnelkövetői „megnyilvánulások” (pl. a kifejezetten

violens kortárs erőszak esetei) mindennapi életünk, de főként iskolás gyermekeink életének mindennapi részjelenségévé vált.



9. ábra

Magyarországi regisztrált bűncselekmények száma

(Forrás: Sófi Gy.: Steps to the best interests of the children in Hungary. EFCAP kongresszus, Firenze, 2007)

A statisztika mindig utólagos adatfeldolgozás és a látencia miatt természetesen csak részleges lehet a bűncselekmények esetében is. A rejtve maradt, látens bűntetteket és ezek elkövetőit nem tudja nyilván tartani. Egy 2005-ös felmérés (Gallup Europe) szerint Magyarországon tíz elszennvedett bűncselekményből alig nyolcat jelentettek be a rendőrségen, ami egyébként nem rosszabb az Európai Unió többi tagállamának átlagánál.

A fiatalok különböző bűncselekményekbe sodródása számos faktoral összefüggést mutat. A leginkább meghatározók az alábbiak lehetnek:

- A fiatalokra általában, egyes pszichés állapotokra pedig különösképpen jellemző a fokozott kockázatkereső magatartás. „Értéket”, „presztízst” teremthet a társak előtt a fizikai erő, az ügyesség, a merészség, a ravaszság, a szabályok és keretek semmibevétele.
- Az ismeretek megszerzését és a viselkedés-szerveződés normatív fejlődését egyaránt súlyosan, negatív irányban befolyásolja az iskolai részképességek beiskolázáskori hiányos fejlettsége és a fejlesztési lehetőségek földrajzi területenkénti egyenlőtlen elérhetősége. A tanulmányi előmenetelben sikertelen gyermekek, serdülők „szükséglete”, hogy más területeken nyerjenek elismerést, még ha ez az elismerés nem is a normakövető társaktól, felnőttektől érkezik.
- A bűnözés gyakorisága összefüggést mutat a makro- és mikrotársadalmi (családi) kontroll gyengülésével is. A pozitív értékeket megtestesítő családi erőforrások, a

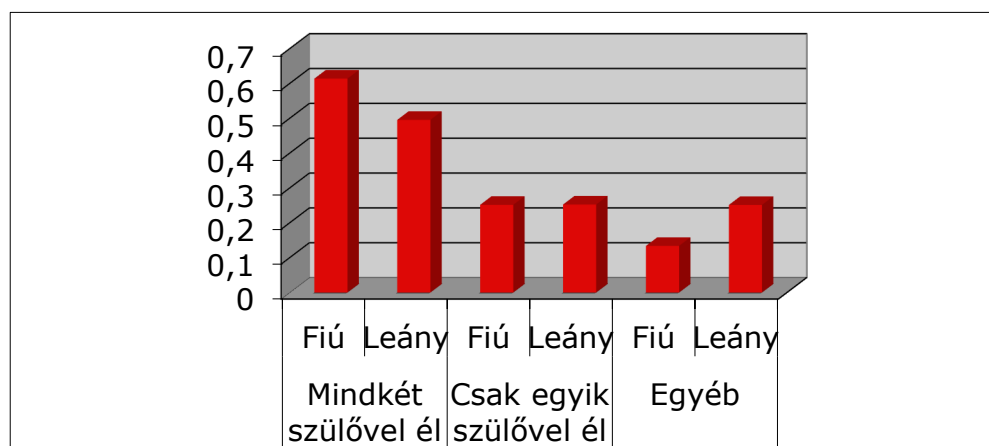


hiteles pedagógiai rendszer az iskolákban, az erkölcsi értékek, a hit illetve a vallás szerepe sajnálatos mértékben mérséklődött.

A fiatalkorúak által, illetve sérelmére elkövetett bűncselekmények számát nagymértékben befolyásolja az urbanizáció és – természetesen – a gyermek, illetve serdülőkorúak lakosságon belüli részaránya.

Magyarországon éves átlagban hozzávetőlegesen 100 ezer bűnelkövető válik ismertté, közülük 7-8 ezer a fiatalkorú (l. ENyÜBS). Nem lehet elmenni amellett az adat mellett sem, hogy a gyermekkorúak (14 év alattiak) között is nagy számban fordulnak elő bűncselekményt elkövetők: a fiatalkorú elkövetők mintegy 1/3-a gyermekkorú. Az ismertté vált fiatalkorú bűnelkövetők 88-90%-a fiú, 10-12%-a lány. Ez a kiugró aránytalanság – ismét egy „véletlen” egyezés az externalizációs zavarok csoportjába eső egyes gyermekpszichiátriai zavarok (pl. ADHD, ODD, CD) nemi előfordulási arányaival – is jelezheti, hogy érdemes lehet a fiatalkorú bűnelkövetők pszichés terheltségével foglalkozni.

A fiatalkori bűnelkövetésben megszokott sztereotípiá, hogy a bűnelkövető fiatalok túlnyomórésztben elhanyagoló, egyszülős vagy nevelőszülői esetleg intézeti nevelési háttérrel bírtak. A kriminalizálódott fiatalok családi-epidemiológiai adatainak elemzése azonban azt mutatja, hogy a fiatalkorú (14-18 éves) bűnelkövetők jelentős hányada a szülőkkel, illetve valamelyik szülővel közös háztartásban él. A fiú- és lány bűnelkövetők eltérő százalékos aránya azonban figyelmet érdemlő különbségeket mutat (10. ábra):



10. ábra  
A fiatalkorú bűnelkövetők családi háttere (Sófi, 2024) Az ábra saját szerkesztés

A társadalomkutatók és más szakemberek számára gyümölcsöző kutatási terep lehet annak feltárása, mivel magyarázható, hogy a bűncselekményt elkövető serdülő fiúk közel 2/3-a édesapja és édesanyja háztartásában, családjában él a bűnelkövetés időszakában, de a szüleikkel élő lányok esetében is ez az arány majdnem eléri az 50%-ot.

Mindenképpen további kutatási feladat lehet annak magyarázata, hogy miért figyelhető meg jelentős eltérés a származási családjukon kívül nevelkedő fiúk és lányok bűnelkövetővé válásában? A rokoni, családi kötelekeiből kikerülő leány serdülők 238%-al nagyobb arányban követnek el bűncselekményeket, mint a hasonló familiáris helyzetű fiúk.

A bűnelkövető fiatalok mentális állapotát a nemzetközi szakirodalomban számos tanulmány elemezte. A feltárt tényadatok arra utalnak, hogy

- 1) a fiatalok bűnelkövetők jelentős aránya – 60-80% – olyan pszichés vagy mentális eltérésben szenved a szakértői vizsgálat idején, amely a bűncselekmény elkövetése előtt is már diagnosztizálható lehetett volna,
- 2) a mentális eltérés jellege az erőszakos bűncselekmény elkövetésével összefüggést mutat,
- 3) a pszichiátriai eltérés hatékony, komplex terápiája a bűnelkövetés kockázatát csökkenthette volna,
- 4) a serdülő mentális zavara az egyéni terápián kívül megfelelő családi intervenciókat is igényelt volna,
- 5) a fiatalok pszichiátriai megsegítésének elmaradása a bűnelkövetés ismétlődése szempontjából kockázati tényezőnek számít.

A mindennapi társas együttélés minőségét a viselkedési zavarok befolyásolják leginkább.

Az antiszociális viselkedés zavarokat, így az oppozíciós zavart (ODD), a conduct disorder-t (CD) és az antiszociális személyiségzavart (APD) egy súlyossági skálán három egymással kapcsolatban álló, egymásra épülő zavarként szokás értelmezni. A három diagnosztikus kategória a kibontakozó tünettannal progresszióját jelentené, amelyben az ODD dacos viselkedéssel, állandó vitatkozásokkal, sértődékenységgel

jellemzett, a következő, súlyosabb problémákat jelentő diagnosztikus egység, a CD emeberek és állatok iránti adresszióval, lopásokkal, csalásokkal, a szabályok súlyos megsértésével írható le. A problémás viselkedés legteljesebben a hatályos pszichiátriai diagnosztikai alapelvek (DSM-5) szerint 15 éves kor fölött diagnosztizálható APD-ban bontakozik ki.

Loeber a Pittsburgh-i fiatalok viselkedésének tanulmányozása alapján azt találta, hogy az erőszakos, támadó viselkedésnek három különálló megnyilvánulása, egyben fejlődési íve lehet. A rejtett (covert) antiszociális viselkedés olyan cselekedeteket jelent, amelyek nagyrészt szemtanúk nélkül is megtörténhetnek. Jellemző megnyilvánulás pl. a lopás vagy a vandalizmus. A nyílt (overt) antiszociális viselkedés ezzel szemben interperszonális és konfrontatív, mint például az állandó vitatkozás, kiabálás, verekedés. A vizsgálati mintában volt azonban egy csoport, amelynek a viselkedési jellemzőit nem lehetett egyszerűen a nyíltan vagy rejtetten megjelenő antiszociális viselkedési mintákkal leírni. Ezekre a gyermek- vagy serdülőkorú fiúkra a szülői-nevelői tekintéllyel való folyamatos ütközés, szembefordulás volt a jellemző. Ebben a csoportban volt legjellemzőbb a szülői szerepek gyengesége, ezek a fiúk keresték leggyakrabban a kapcsolatot deviáns kortársaikkal és náluk volt feltárható leggyakorabban egyéb viselkedési probléma – köztük első helyen a figyelmazavaros-hiperaktivitás (ADHD) – diagnózisa is (Loeber et al, 2012).

Kifejezetten erőszakos, támadó jellegű bűncselekményeket elkövető serdülők és fiatal felnőttek vizsgálata során Farrington kimutatta, hogy azok a személyek, akik már serdülőkoruk előtt antiszociális cselekményeket követtek el, a későbbiekben is súlyosabb agresszív megnyilvánulásokat mutattak. Az ebbe a csoportba (Life-course persistent, LCP) tartozó személyekre az egész életük során jellemző maradt az agresszív viselkedési repertoár. A másik elkövetői csoportra kizárólag a serdülőkorban (Adolescent-limited, AL) volt jellemző az agresszívebb, törvényekbe ütköző viselkedés (Loeber & Farrington, 2001). Farrington vizsgálatainak a jelentőségét az adja, hogy a gyermekkorban kezdődő és a serdülőkorban is fennmaradó gyakori antiszociális cselekmények az egész életen át jellemző súlyos agresszív bűncselekményeket jelezheti előre.

Patterson és munkatársai kimutatták, hogy azok a fiúk, akik már gyermekkorukban durva antiszociális viselkedési megnyilvánulásokat mutattak, az első letartóztatásukra a korai serdülőkorban (átlagosan 13.9 évesen) került sor. Miután a diagnosztikus értékű antiszociális vonások többségét (mintegy 2/3-át) mutató fiatal fiúk serdülőkorukban átesnek az első letartóztatásukon, 18 éves korukra 77%-uk halmozati bűnelkövető lesz (Patterson et al, 1998)!

A magatarási zavart mutató gyermek- és serdülőkori bűnelkövetőkre általánosságban jellemző, hogy **alacsony szocioökumenikus státusú családokból** származnak, **szüleik is antiszociális megnyilvánulásokat** mutattak, a szülők döntően úgy voltak **munkanélkül**, hogy a felkínált **lehetőségekkel nem éltek**, kerülték azokat, a későbbi bűnelkövető **gyermekek gyakori áldozatai** voltak **szüleik erőszakos bántalmazásainak**.

Moffit (1993) vizsgálataiból tudjuk, hogy az egyén agresszív bűncselekmény elkövetési esélyét a születés körüli komplikációk és az anyai elutasítás együttesen előre jelzik, amennyiben egyik vagy másik probléma önállóan szerepel a személy fejlődés-előtörténetében (perinatális anamnézis), akkor ilyen konzekvencia nem tárható fel.

A gyermekkori viselkedészavarok, de az egész élet során tartó antiszociális viselkedés súlyos formáinak vonatkozásában is megfigyelhető kiugróan magas férfi/nő aránytalanság magyarázatát sokan a tesztoszteron in-utero hatásában vélik fellelni. A tesztoszteron a prenatális és korai csecsemőkorban valóban aktiválja a limbikus rendszerben azokat a neuronális struktúrákat, amelyek az agresszió kialakulásáért tevének felelőssé. A tesztoszteron magzati központi idegrendszerre kifejtett, agressziót genereáló hatása ellen szólnak azonban azok az iker megfigyelések, amelyben kétpetéjű, fiú-lány magzatoknál az egyforma szinten jelenlévő tesztoszteron-hatás ellenére eltérő viselkedési mintával rendelkező gyermekek születnek. A nemi hormonokon túlmutat bizonyos pszichoszociális faktorok szerepe. Kimutatták, hogy a fiaikkal szemben sokkal elutasítóbbak azok az anyák, akik előzőleg férfiak erőszakos bántalmazását elszenvedték.

A lányok antiszociális viselkedésének fejlődésére vonatkozó különböző kutatások lényegében a fiúkhoz hasonló eredményekre jutottak. A megfigyelések szerint az antiszociális viselkedésű lányok két jellegzetes csoportba sorolhatók. Az egyikbe tartozó lányok már gyermekkorukban antiszociális viselkedést mutattak, serdülőkorukban deviáns kortárs csoportokhoz csatlakoznak, bűnöző viselkedés és droghasználat jellemzi őket. A másik csoport gyermekkorában még nem antiszociális.

A korai menarche indirekt segítheti elő az antiszocialitást azzal, hogy a serdülő kislány el kezd leválni a biológiai érésben-fejlődésben lemaradó kortársairól, és szociális kapcsolódási igénye könnyedén a deviáns kortárs csoportokkal való azonosuláshoz vezethet.

A lányok antiszocialitásának megértése különösen fontos, mert felnőtté válásukat követően, anyaként elsődlegesen felelősek az antiszociális viselkedés generációkon keresztül történő átviteléért. Elsősorban antiszociális férfiakkal lépnek kapcsolatba, korán lesznek terhesek, később diszfunkcionális szülők. Tehát mind közvetlenül, mind közvetve hatnak a fiúk antiszociális viselkedésének kialakulására.

Sok kutató a férfiakra inkább jellemző nemi hormonok, a környezet hatásai helyett az egyén belső pszichés jellemzőiben keresi a magyarázatot az agresszív viselkedés kialakulására. Az egyéni megnyilvánulások egyik legjellemzőbb meghatározója a „vérmérséklet”, a temperamentum. Thomas és Chess úttörő munkájukban a New York Longitudinal Study alapján úgy találták, hogy az egyéni temperamentum jellemzők (újdonságkeresés, domináns hangulat, az alvás és evés ritmicitása) előre jelzik az egyén alkalmazkodási képességét a különböző élethelyzetekben (Thomas & Chess, 1957). Egy másik kutatásban, a Dunedin Multidisciplinary Study során megfigyelték, hogy a gyermekeket 3-5 éves korukban értintő szülői kontroll hiánya kapcsolódik leginkább ahhoz, hogy a gyermekek nehezen képesek az érzelmeik és a hangulati állapotuk megfelelő kifejezésére, impulzív késztetéseiket kortársaikhoz képest nehezebben tudják kontrollálni, nem megfelelően kitartóak feladathelyzetekben, probléma megoldásban, a stresszre érzékenyebben reagálnak és a kihívásokra negatív érzelmi attitűdökkel válaszolnak. 18 éves korukig gyakrabban voltak elítélve azok a fiúk különféle agresszív bűncselekmények miatt, akiknél hiányzott a családi pozitív minta

és szülői kontroll és ők szenvedtek el 13 éves koruk előtt a legtöbb változást a család szerkezetében (Belsky, et al, 2023)

Belsky és mtsai (2023) megállapításai azt is mutatták, hogy nem a csecsemők negativisztikussága jelezte előre a későbbi externalizáló problémákat, hanem a szülői gondozás minősége. Az ellentmondásos eredményeket nem tudjuk másként értelmezni, mint hogy a szociális környezet már a születéstől kezdve hat a gyermekekre, így az öröklött temperamentum a környezeti faktorokkal kombináltan (epigenetika) járul hozzá a személyiség kialakulásához.

Az orvosi-morfológiai szemléletünk nem nélkülözheti az erőszakos magatartási megnyilvánulások esetén sem a képalkotó diagnosztikai eljárások igénybevételét. Korai kezdetű CD-ben csökkent temporális lebeny volument találtak. A prefrontalis agykéreg volumene is csökkent volt CD-nél, de ennek mértéke nem volt szignifikáns. Egy komorbid ADHD/CD csoportban frontális-striatalis-cerebelláris abnormalitásokat találtak, hasonló morfológiát, mint tiszta ADHD-nál. Az eddigi kevés esetszámú vizsgálatra alapozott megfigyelések még nem adnak általánosítható képet a viselkedészavarokban észlelhető agyi strukturális eltérésekről.

A viselkedési problémákat mutató gyermekeknél igen gyakran mutatható ki a verbális készségek és az executív funkciók deficitje. A viselkedési zavaros gyermekek, bűnöző serdülők és az antiszociális személyiségzavarban szenvedő felnőttek jellemzően alacsonyabb teljesítményt mutatnak a verbális képességeket mérő standardizált tesztekben és az IQ tesztek-ben is alacsonyabb a verbális pontszámuk. Különösen súlyos verbális készség és verbális memória deficiteket mutattak ki ADHD-val komorbid viselkedési zavaros fiúknál.

Az alacsony verbális képességek és a viselkedési problémák közötti kapcsolat magyarázata még hiányos. A korlátozott verbális képességek érintik a szociális problémamegoldó kapacitást, ezáltal csökkenhet az önuralom is. Azok a gyermekek, akik nem képesek verbálisan a szociális környezettel eredményesen együttműködni, elsősorban agresszív, akció orientált megoldásokat választanak a szociális dilemmák megoldásához.

Speltz úgy találta, hogy a korai kezdetű CD problémákkal rendelkező fiúknak szegényes a szótáruk az affektív állapotok leírására a kontrollokkal összehasonlítva. Ez az agresszió fokozódásával járt, amikor nem tudták azonosítani saját vagy mások érzelmi állapotait. Verbális megnyilvánulási nehézségeik csökkentették azt a képességüket, hogy megfelelően reagáljanak ezekre az állapotokra, és ez inkább agresszív megoldásokhoz vezetett, mint effektív problémamegoldásra (Speltz et al, 1999).

A szülők pszichopatológiája indirekt hatással van a gyermek antiszociális viselkedésének kialakulására főként a nem megfelelő nevelési gyakorlat által, de más tényezők is felvetődnek.

A szülők antiszociális viselkedése mintaforrásként szerepel a gyermekek pszichoszociális fejlődésében, a negatív konzekvenciákat a fegyelmezési gyakorlat közvetíti. Szoros a korreláció a különböző élethelyzeti stresszek és mindkét szülő antiszociális reakciói között, a szülők fegyelmezési gyakorlata pedig szignifikánsan összefüggött antiszociális viselkedésükkel. A viselkedés fejlődésben szerepet játszó faktorok azonosítása után megállapították, hogy a gyermekek részére az antiszociális viselkedés mintáját az antiszociális viselkedésű anyák közvetítik.

Jellegzetes összefüggés mutatkozott a család szerkezete, a szülő(k) depressziója és a gyermek viselkedési anomáliái között. Egyszülős családokban az anyák depressziója a fiúk antiszociális viselkedésével korrelált, de ezt nem az anya nevelési gyakorlata közvetítette. A kétszülős családokban viszont ennek ellenkezője volt a jellemző, az anyai depresszió korrelált a szegényes ellenőrzési gyakorlattal, de a gyermekek antiszociális viselkedésével nem. Az apák depressziója és a gyermek viselkedészavara között nem volt összefüggés.

Számos adat bizonyítja a családi viszályok, alkalmazkodási zavarok és a gyermekek antiszociális irányú viselkedés szerveződése közötti kapcsolatot. A pszichopatológiai kockázat genetikusan megalapozott lehet, és környezeti hatások erősíthetik fel.

A családi viszályok csúcspontja, a házasság felbomlása egyértelműen elősegíti az antiszociális viselkedés kialakulását, de nem egyértelmű ma még, hogy magának a

válásnak, az azt megelőző konfliktusoknak, vagy a válás utáni tárgyvesztéshez való alkalmazkodás problematikájának van-e ebben szerepe. Bizonyított, hogy a serdülőkor kezdetei éveiben történő válás károsabb, mint a korábbi vagy későbbi életkorban történő. Az újraraházasodás (mozaikcsalád), mint családi változás is jelentősen elősegíti az antiszociális kialakulását (elutasítás a kortársak által, tanulási problémák, alacsony önértékelés, depresszió, deviáns kortársakhoz való csatlakozás).

Az antiszociális viselkedést a legtöbb tanulmány mintegy vákuumban vizsgálja, figyelmen kívül hagyva, hogy a gyermekek nemcsak családi környezetben, de – bizonyos életkor fölött – kortársaik között is szocializálódnak, nem vizsgálják kellő mértékben a kortárs kapcsolatok szerepét.

Fejlődéslélektani vizsgálatok rámutattak, hogy a gyermekek viselkedés-fejlődésében a kortárskapcsolatoknak kitüntetett szerepe van, így természetes, hogy a nem normakövető, antiszociális viselkedés kialakulásában is jelentős szerepet játszanak a kortársak. Az óvodába kerüléssel, majd különösen a teljesítmény-helyzetet jelentő iskolakezdéssel bőséges alkalom nyílik a kortárs kultúra elsajátítására, a többi gyermekkel való együttlét szükségszerűen az agresszió fokozódásához vezet.

Az agresszió hatására vonatkozóan a leginkább meggyőző bizonyítékokat gyermekek játékcsoportjainak megfigyeléséből nyerték. Ilyen csoportokban a társaik által elutasított gyermekek részéről több fizikai- és verbális agressziót, nem megfelelő játéktevékenységet tapasztaltak, azonban koruktól és nemüktől függően voltak különbségek az agresszív megnyilvánulásokban. Az agresszió és a kortárs csoportban elfoglalt helyzet közötti kapcsolat fiúknál erősebb, mint lányoknál és általános iskolásoknál kifejezettebb, mint az iskoláskor előtt és a serdülőkorban.

Megállapították, hogy a gyenge szülői ellenőrzés, a tanulási képességek hiányai és a kortársak általi elutasítottság a korai serdülőkorban deviáns kortárs csoportokba történő bekapcsolódáshoz vezet, de a deviáns kortársakkal való kapcsolat felvétel már az alsós iskolai időszakban is megkezdődik. A serdülők nemcsak bátorítják egymást az antiszociális viselkedés során, de gyakran a csoportok közösen követnek el kriminális cselekedeteket. Az antiszociálisoknak inkább van antiszociális barátja, nyilvánvaló,



hogy a barátok könnyedén segítik elő az antiszociális attitűd és viselkedés kialakulását, biztosítva ezáltal a csoport stabilitását is. De nemcsak a hasonló demográfiai jellemzők fontosak a barátok megválasztásában: a droggal kapcsolatos attitűd és a droghasználat is stabilizáló tényező lehet.

A baráti kapcsolódási minta a felnőttkorra is átnyúlik, többek között a párválasztás kapcsán. Ha hasonló partnert választanak, nagy a valószínűsége, hogy nemcsak fennmarad az antiszocialitás, hanem az utódgenerációra is átöröklődik majd.

Rutter munkacsoportja epidemiológiai vizsgálatok során kimutatták, hogy az antiszociális személyiségzavar, a drogabuzus és a kognitív zavarok több mint kétszer olyan gyakran fordulnak elő városok belső területein, mint városkörnyéki vagy falusi területeken. Azt is megállapította, hogy a környezet, a lakóhely szerkezete direkt hatással van az antiszociális viselkedésre, pl. a vandalizmusra. Vannak bizonyítékok, amelyek a középiskolákból való kimaradás vizsgálata alapján utalnak arra, hogy a szomszédság, a környezet hatással van a pszichopatológiára és közvetlen hatás tételezhető fel. A környezeti hatás három tényező figyelembevételével értelmezhető: etnikai hovatartozás, nem és a gazdasági status, a szegénysége szintje. A lányok a vizsgálatok szerint kevésbé érzékenyek a szomszédság minőségére, mint a fiúk, de érzékenyebbek a szegénységre. A környezet hatása a kortárs kapcsolatokon keresztül is érvényesül, de a szülők is közvetíthetik a környezet antiszociális viselkedést elősegítő hatását (Rutter, 2002).

Az antiszociális viselkedésű gyermekek és az iskola viszonyát vizsgálva a gyenge tanulási képességek szerepét emelik ki a kutatók. Egyes szerzők a CD-s gyermekek alacsony intellektusát helyezik előtérbe és kiemelik, hogy az agresszió negatívan korrelál az intellektussal. A tanulási képességek hiányosságai, az elégtelen szülői kontroll és a viselkedészavar összefüggéseinél figyelembe kell venni, hogy az antiszociális gyermekek kezdettől szemben állnak az iskolával, nem tudnak alkalmazkodni az iskolai követelményekhez, nehezen felelnek meg az iskolai elvárásoknak, az iskolai fegyelemnek. Ezek összességben elvezethetnek oda, hogy – gyakran az iskola által is támogatva – kimaradnak az iskolából. Felvetődik, hogy a

közvetett hatásokon kívül az iskolai környezet közvetlenül is hat az antiszociális viselkedés kialakulására.

A társadalmakban az agresszív viselkedés elfogadottsága, gyakorisága, így a bűnözés mértéke is változó. Össz-társadalmi szinten a média, a rendelkezésre álló gazdasági és szociális erőforrások és az etnikai kisebbségi státus jelenthetik azokat a dimenziókat, amelyek hatással lehetnek az antiszociális viselkedés kialakulására. A médiák közül elsősorban a televízióban bemutatott agresszió hat az óvodás és kisiskolás gyermekek agresszív viselkedésre.

A rendelkezésre álló anyagi források hiányát, a szegénység hatását sokan vizsgálták, az alacsony jövedelem a családok működésének nehezítettségével, a családok felbomlásának elősegítésével közvetve gátolja a gyermeknevelést és ezzel elősegíti a kriminális viselkedést.

Az etnikai kisebbségi státus tanulmányozása politikailag a világon mindenhol szenzitív terület. Több tényező (szegénység, munkanélküliség, lakókörnyezet stb.) magyarázhatja, hogy az USA-ban a spanyol-amerikaiak és az afro-amerikaiak között emelkedik az antiszocialitás, Hollandiában a marokkói bevándorlók közül kerül ki a bűnelkövető fiatalok zöme. Az egyes tényezők hatása külön-külön aligha vizsgálható. A gyermeknevelési gyakorlat kulturálisan meghatározott sajátosságai valószínűleg szintén szerepet játszanak, ezek vizsgálata szintén a jövő feladatai közé tartozik.

A legtöbb felfedezett és regisztrált gyermekbántalmazás eset a fizikális abúzus eseteiből kerül ki. Szexuális bántalmazásra ennél ritkábban derül fény, részben azért, mert maga a sértett is szégyelli a vele történeteket és nem mer segítséget kérni. Az érzelmi bántalmazás még ennél is ritkábban kerül felszínre, e bántalmazásforma sokkal kevésbé van a köztudatban, mint a fizikai bántalmazás.

A gyermekbántalmazás túlnyomó többsége a családon belüli erőszak kategóriájába tartozik, a hazai gyermekvédelmi jelzőrendszer 2011-ben 7.300 gyermek családon belüli bántalmazásáról szerzett tudomást.

### **Gyermekbántalmazás formái:**

- Fizikai bántalmazás
- Szexuális bántalmazás
- Érzelmi bántalmazás
- Elhanyagolás
- Megrázott gyermek szindróma
- Gyermek bántalmaz gyermekket (bullying)
- Alkohol és drog abúzus
- Rendszer abuzus

A fizikai bántalmazás során a gyermek testi sérülést, károsodást, fájdalmat szenved el. A legváltozatosabb formákban fordul elő, a legtöbb esetben nem megfelelő nevelési módszerről van szó. A súlyosabb bántalmazási formák között fellelhető a verés, rugdosás, égetés, leforrázás, ledobás, fojtogatás, mérgezés, hogy csak néhányat említsek a változatos eszközökből. Ennek megfelelően az ellátás, illetve a vizsgálatok során lágyrészsérüléseket, haematomákat, csonttöréseket, különböző stádiumban lévő vérömlenyeket és csonttöréseket, égési sérüléseket találunk. A sérülések nem azokon a testrészeken és helyeken láthatók, amelyek a szokásos, például elesés során létrejövő sérülések keletkeznek. Bántalmazás során a legtöbbször egyidejűleg több csont törése van jelen, és ezek nem magyarázhatók baleseti mechanizmussal. A leggyakoribb csontsérülések a humerust, femurt, tibiát és a koponyát érintik, ezek egyéves kor alatti előfordulása szinte mindig bántalmazás eredményei. A bordatörés, sorozat-bordatörés a csecsemő erős megragadásából származik. A fizikai bántalmazás során a korábbiakban már említett testi sérüléseken kívül, a felismerés szempontjából lényeges a szülő és a gyermek viselkedése. A szülő a gyermeket esetleg csak jóval a sérülések keletkezése után viszi orvoshoz, a sérülés keletkezésére vonatkozó történet ellentmondásos, nem hozható összhangba a sérülés jellegével, vagy a szülő és a gyermek eltérően számol be a történekről. Bántalmazásra, elhanyagolásra hívhatja fel a figyelmet a gyermeknél jelentkező alvászavar, evészavar, pszichoszomatikus tünetek, enuresis, encopresis, koncentrációs nehézségek, kapcsolatépítési képtelenség, visszahúzó vagy agresszív viselkedés, de a gyermek lehet feltűnően készséges vagy koraérett is.

Szexuális bántalmazásról (abúzusról) beszélünk azokban az esetekben, amikor a gyermeket olyan szexuális tevékenységbe vonják be, amellyel ő nem ért egyet, amelyhez nem képes a kellően tájékozott hozzájárulásra, amelyre fejlettségének mértéke szerint nincs felkészülve, vagy amely törvényekbe vagy a társadalmi tabukba ütközik. A gyermekek sérelmére elkövetett nemi erkölcs elleni bűncselekmények akadályozzák a gyermek személyiségének harmonikus kibontakozását, boldog, szeretetteljes légkörben történő felnőtté válását, emberi méltóságát. Az esetek nagy részében a szexuális visszaélés az áldozat felnőttkorára is kihat, ezzel nehezíti, akadályozza, hogy egészséges felnőtt személyiséggé váljon.

### **Az erőszakos szexuális magatartás különböző típusait különítjük el:**

- Exhícionizmus – a felnőtt felfedi nemi szervét egy gyerek előtt (otthoni meztelenség egyes családokban elfogadott).
- Voyérizmus – a felnőtt megles egy gyermeket vetkőzés, fürdés vagy vécézés közben. E két esetben nincs testi kontaktus, de a sértett érzelmi fejlődését befolyásolhatja.
- Csókolózás – a felnőtt hosszú vagy intim csókokat ad a gyermeknek (itt is különbözhet a család normarendszere).
- Simogatás – az elkövető megérinti, simogatja vagy dörzsöli egy gyerek nemi szerveit vagy mellét, illetve a gyermeket hasonló érintésre bírja a saját testén.
- Orális – genitális kapcsolat
- Vaginális vagy anális aktus
- Pornográfia – képek, film vagy videofilm nézetése felnőttek és gyermekek, valamint gyermekek és gyermekek között.

A gyermekkel való szexuális visszaélés megvalósulhat akár felnőtt, akár olyan másik gyermek részéről, aki koránál vagy fejlettségénél fogva a gyermekkel felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapuló viszonyban áll. Ez, életkorban mérve, általában 5 év korkülönbséget jelent. A cselekvés célja mindig a bántalmazó szexuális élvezethez való jutása, függetlenül attól, hogy a másik félnek mi a szerepe, szándéka a másik személy szükségleteinek kielégítésére. Ugyanakkor ezek a cselekedetek törvényeket szegnek vagy társadalmilag elfogadott normákat.

### **A gyermekekkel szembeni szexuális erőszak jellemzői:**

- A beleegyezés hiánya – nem tud beleegyezni, életkora, belátási képességei nem teszik lehetővé a döntést, kevésbé tud ellenállni a csábításnak. A gyermek nem minősíthető provokatívnak, nem tehető felelőssé, minthogy nincs még saját felelőssége.
- Ambivalencia – szinte minden esetben jellemző.
- Kihasztnálás – képességeit, tudását, lehetőségeit használja fel a felnőtt. Ha az elkövető is gyermek, és 5 évnél nagyobb közöttük a korkülönbség, az idősebb gyermek is használhatja az életkora miatti előnyeit.
- Kényszer – mindig jelen van, lehet fizikai kényszer, lehet áttételes kényszer is, (játékok összetörése, kedvenc állat bántása). A hallgatás kikényszerítésénél az érzelmi zsarolás, fenyegetés a jellemző.
- Szándékosság – a felnőtt szándéka a döntő.
- Titkosság – legtöbbször minden eszközt bevetnek, hogy titokban maradjon.

### **A gyermekekkel szembeni szexuális abúzus hatásai, következményei:**

- az önbecsülés elvesztése, alacsony önértékelés – bűnös és ártatlan egyszerre, mi van, ha mégis ő tett rosszat, bűntudatot tesz rá az elkövető.
- erőszak kiváltotta félelem és általános szorongás
- emocionális zavarok, viselkedési zavarok (visszahúzódás, alárendelődés, agresszió)
- kedélyállapot zavarai – depresszió
- alvászavarok, rémálmok
- elfojtott düh, ellenségesség
- promiskuitás (gyakori partnerváltás; feltöltődik szexszel a kapcsolat, csak így tud kötődni)
- prostitúció
- szexuális ridegség, tartós szexuális, ill. érzelmi kapcsolatok kialakításának képtelensége
- szexuális érdeklődés fejlődhet ki az azonos neműek és a gyerekek iránt, esetleg áldozatból elkövető lesz
- alkohol-, drogfogyasztás, öngyilkossági kísérletek (ha bemocskolt értéktelen vagyok, ilyen életet is élek).

Elkövetői oldal részéről pedig talákoztunk már az eljárás megindulása előtt is befejezett suicid cselekménnyel.

## **Epidemiológia**

Kriminálstatisztikai adatok azt mutatják, hogy a gyermekek ellen irányuló szexuális bűncselekmények sértettjei leggyakrabban 13-14 éves lányok. A fiúk esetén a 7. életév környéke, amikor gyakoriságában megnő a velük szembeni szexuális támadások száma. A lányok 1,5–3-szor gyakrabban számolnak be szexuális visszaélésről, mint a fiúk. Ehhez hozzájárul, hogy a fiúk sokkal ritkábban beszélnek az átélt szexuális traumáról, erőszakról. Lányok körében az esetek 62–84 százalékában, fiúknál 84–94 százalékban ismert a tettes, aki jellemzően férfi (lányoknál 92–99 százalékos, fiúknál 65–68 százalékos a férfi elkövetők aránya), mégpedig elsősorban a család valamelyik férfi tagja (például a vér szerinti apa, a nevelőapa vagy a nagyapa). A bántalmazó az esetek alig kevesebb, mint felében maga is fiatalkorú. A szexuális abúzus elkövetői többnyire a gyermek családtagjai vagy olyan személyek, akikkel bizalmi viszonyban van (edző, tanár, barát, idősebb fiatal, a család alkalmazottja).

## **Szexuális abúzus felismerése, tünetei**

A gyermekek szexuális bántalmazását leginkább jellemzi a bántalmazott hallgatása. Ezért különösen fontos a szakemberek figyelme, mivel a szexuális bántalmazás tünetei nem egyértelműek, nehezen felismerhetők. Vannak azonban olyan jelek, amelyek utalhatnak a szexuális bántalmazásra. Ilyen, hogy az ambivalens érzések miatt az áldozatok önmagukat hibáztatják, gyakran önmaguk ellen fordulnak (öngyilkosság, testi sértés, fájdalomkóros formájában). Jellemző a hangulatváltozás, a test beburkolása, a visszahúzó vagy éppen túlzottan hivalkodó magatartás ezek gyakori változása, a fokozott szexuális érdeklődés, illetve az életkort meghaladó szexuális ismeretek megléte. A WHO „Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence” című dokumentuma<sup>3</sup> önálló fejezetet szentel a gyermekek szexuális bántalmazásának, amelyben kiemeli, hogy a genitáliák sérülése kifejezetten ritka kísérő tünet.

Előfordulhat alvás- és étkezési zavar, szorongás, szokatlan, váratlan agresszió, orvosilag nem indokolható fájdalom, betegség, az iskolai teljesítmény visszaesése,

---

<sup>3</sup> <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf>

motivátlanság, kortársakhoz való viszony hirtelen megváltozása. A szexuális visszaélésre alig néhány esetben derül fény idejekorán. Ráadásul azokban az esetekben is, amikor kiderül, nem születik megnyugtató megoldás, nem emelik ki a bántalmazót azonnal a családból. A már áldozattá vált gyermeket is érheti negatív – elsősorban pszichés, lelki – hatás az úgynevezett másodlagos viktimizáció. Ilyen másodlagos viktimizációs hatást válthat ki a felderítési-bizonyítási tevékenység. A gyermek újra és újra átéli, felidéli a cselekményt, számára teljesen idegen személyek hallgatják, kérdezik, számoltatják be, s adott esetben meg is kérdőjelezzik állításait. A szexuális visszaélésre alig néhány esetben derül fény idejekorán. Ráadásul azokban az esetekben is, amikor kiderül, nem születik megnyugtató megoldás, nem emelik ki a bántalmazót azonnal a családból. Gondot jelenthet, hogy még ha fel is ismeri az orvos a bántalmazás nyomait, és szándékában áll beavatkozni, általában nem tud segíteni, mert a bántalmazott gyermek fél, nem beszél. A kamaszok számára rendkívül nehéz, hogy bárkivel is kommunikáljanak a kényelmetlen közeledésekről, a „rossz érintésekről”, ezért is igen nagy a látenciája a gyermekek szexuális zaklatásának. A témában végzett kutatások szerint a gyermekkori erőszakot az áldozatok kevesebb, mint fele mondja el valakinek – fiúknál az arány még kisebb, csak egy hatodik vallott az átéltekről. Ennek oka, hogy a bántalmazó, a szeretetlen szülő önellentmondásként megélt valóság a gyermek számára. Választania kell, mit lát benne: bántalmazót vagy gondviselőt.

### **Az internetes gyermekbántalmazások**

Az internetes bántalmazások közül a legismertebb forma a gyermekpornográfia. Pornográf felvételek készítése gyermekekről azzal a céllal, hogy ezek internetes úton is terjeszthetők legyenek; ezek terjesztése, illetve tárolása. Amerikában azt is büntetik, ha az otthoni számítógépén tárolja valaki a gyermek pornográf felvételeket, mert nagy a veszélye annak, hogy bármikor bekerülhessen az internetes forgalomba, illetve CD-re, DVD-re írva sokszorosítsák. Az otthoni internet-elérés nagymértékben befolyásolja a korai életkorban való rendszeres felhasználóvá válást az adatok is alátámasztják. Ennek leginkább a 8 éves életkorig van hatása, hiszen innentől kezdve már az iskolai számítógép is rendszeresen hozzáférési lehetőséget biztosít. Szignifikáns a kapcsolat az internetet övező érdeklődés foka és a rendszeres használók közé való belépési életkor, valamint a használati gyakoriság és a belépési életkor között. A rendszeres internet-használók közé való belépési életkorként 10-13 évesen történik. Az internetezők

mintegy 20%-a célirányosan keresi a felnőtteknek szóló szexuális, pornográf tartalmú oldalakat. Azoknál a szülőknél, akik rutinos internet-felhasználók, szabályként megjelenik, hogy a gyermek csak engedéllyel regisztrálhat valamely weboldalra, a zene vagy film letöltésének tilalma, valamint a szűrőszoftver használata. Ezek magasabb szintű ismeretekről árulkodnak, mint pl. hogy a szerzői művek letöltése bűncselekmény lehet, valamint hogy egyes weboldalak veszélyt jelenthetnek a számítógépre vírusok, kérietlen levelek és a gyermekre is személyes adatok kiadása visszaélésekre adhat lehetőséget. Másfelől olyan aktív felhasználói védekezést igényelnek, amilyen a szűrőszoftverek telepítése, beállítása és rendszeres frissítése. A rutinos internetező szülőknél megmarad fő szabályként. nem találkozhatok idegennel, akit az interneten ismertem meg, valamint a nem chatelhetek, ismerkedhetek idegennel. Az interneten keresztül történő szexuális bántalmazás, valójában a szemtől szembeni, úgynevezett offline bántalmazás is lehet érintés nélküli. Idetartozik pl. a pornográf képek mutogatása, az exhibicionizmus különböző megnyilvánulásai, szexualizált töltetű levélkőzés a gyerek előtt, a gyerek készítése vagy kényszerítése arra, hogy levélkőzzön.

Maga a gyermekpornográfia, illetve gyermekek kényszerítése a szexuális aktusra, a filmnek a megrendezése még súlyosabb fokozat. A bántalmazás első fejezete direktben történik, utána következik az, hogy felkerül az internetre az erről készült kép vagy videó. Kontrollálhatatlan, hány személy kezébe jut, ami a bántalmazást súlyosbítja a gyerek szempontjából. Nem elég, hogy megerősöskölik, még a felvétel is elkészül, keringeni kezd a világhálón, amit aztán nagyon nehéz leállítani, traumatizálódhat a gyerek ez által. A gyerek ne tudja, hogy közben filmezik, ennek kevés esélye van, mert ezt általában nem titkolják előtte. Ha nem is tud arról, hogy lefilmezték, nagy a kockázata annak, hogy bármikor szembesüljön vele. Ennek a legdurvább formája az, ha valaki az ő közvetlen környezetéből találja meg a felvételt, és így tudja meg, és fel sem tud készülni a sokkra. Ilyenkor még súlyosabb trauma éri.

Valójában sokkal szorosabb a virtuális és a reális világ közötti kapcsolat, mint ahogy első percben gondolnánk. Ez az egyik iránya, amikor előbb van a konkrét, offline bántalmazás, utána ez átvált az online bántalmazásra. A fordítottja, amikor egy kapcsolat úgy indul, hogy az internetes bántalmazás kategóriájába tartozik: online



kapcsolatfelvétellel kezdődik. Előfordulhat akár, hogy míg nem válik személyes kapcsolattá, fel sem merül a bántalmazás gyanúja. A bántalmazó az internetet arra használja fel ilyenkor, hogy bizalmi kapcsolatot alakítson ki a tinédzserrel. Általában az áldozatai tinédzserek, tehát nem kisgyerekek- ők még nem rendszeres használói az internetnek. Óvatosan, nagy hozzáértéssel, a gyerekek nyelvén beszélve férkőzik be a bizalmukba, és a bántalmazás maga nemi erőszak, gyerekkereskedelem, szexuális kihasználás már offline történik, mikor szemtől szemben találkoznak.

### **Az interneten keresztül szexuális közeledések, ajánlatok más formái**

Általában ez is fokozatos. Intim, szexualitással kapcsolatos témákra úgy kerül bele a tinédzser, olyan dolgokat oszt meg vele, amit egyébként nem biztos, hogy megtenne. A bántalmazó védelme a bántalmazónak az anonimitás, az arctalanság. A tinédzser azt képzel a képernyő mögé, akit akar. A bántalmazó célja egyértelmű, hogy ő maga szexuális jellegű élvezetekhez jusson. Előre kitervelt stratégiája van arra, hogy vonja be az áldozatot. A stratégiája lehet a fokozatos bizalmi kapcsolat kialakítása, de persze olyan is van, aki direkt ajánlatokat tesz. Az áldozat számára is észrevétlen ez a behálózás, amely során intim információkat oszt meg. Utólag sem biztos benne, hogy akkor most el kellett volna ezt mondania vagy sem. Utólag jön a szégyenérzet. Még mindig benntarthatja a játékban az, hogy arctalan a másik fél.

Súlyosságában a következő online bántalmazási kategória ezeknek a szexuális közeledési ajánlatoknak a támadó, agresszívabb jellegű megnyilvánulásai. Az internetes kapcsolatfelvételen túl a bántalmazó megpróbál direkter módon közeledni, levélcímet, telefonszámot kér, telefonbeszélgetéseket kezdeményez, illetve személyes találkozást. Ezek a kapcsolatok vezethetnek akár oda, hogy megtörténik a fizikai szexuális kapcsolat is, amit a tinédzser akkor legalábbis még mindig nem áldozatként él meg. Ezért van, hogy a szexuális bántalmazások esetében általában a rendelkezésünkre álló adatok csupán a jéghegy csúcsát jelentik. Van még a rágalmazás, valamilyen szexuális töltetű vagy azzal kapcsolatos fenyegetés, illetve olyan szexuális tartalmak feltöltése és terjesztése interneten, ami bántó az illető tinédzser számára. Televíziós hírekben szoktak publicitást kapni az ilyen esetek, amikor lefilmezik egymást vetkőzés, aktus vagy egyéb intim helyzet közben, és azt publikálják.

Ahhoz, hogy egy bántalmazó el tudja követni a tettét, nagyon sok gátat kell leküzdenie, elsősorban a saját belső, morális, lelkiismereti gátjait. Erre a legtöbbször az a stratégiájuk, hogy elhítetik saját magukkal: ez jó a másiknak, ő is akarja, mert hanem kikapcsolná, nem jönne el a találkozóra. A bántalmazó megbizonyosodik arról, hogy miközben a tinédzserrel csettel, levelezik, vagy kamerán keresztül beszélget, nincs más a szobában. Az intimitás kiterjesztése pedig kontrollt jelent számára. Ő az, aki diktál, akinek a kezében van a helyzeteknek a kialakítása. Nem minden internetes bántalmazás traumatizáló, illetve nem egyformán traumatizál. Nem minden tinédzser marad benne egy ilyen beszélgetésben, sokan kikapcsolják a számítógépet, vagy kilépnek a chatből, törlik a listájukról azt a felhasználónevet, ahonnan ezek az üzenetek, ajánlatok érkeznek.

Az EU szigorú intézkedéseket fogantatosít a pedofil elkövetőkkel szemben is, gyerekekkel szembeni szexuális visszaélés esetén a büntetés 1 év szabadságvesztéstől 10 év szabadságvesztésig terjedhet, amikor egy gyermeket szexuális aktusra kényszerítenek. Minimum 10 év börtönnel sújtható a prostitúcióra kényszerítés is. A gyermek-pornográf anyagok birtoklása legalább 1 év börtönbüntetéssel, készítése pedig legkevesebb 3 év börtönnel lesz büntetendő. Legalább 1 évvel emelkedik a kiszabható börtönbüntetés grooming esetén. Ez azokat az eseteket jelenti, amikor a gyermek-pornográf felvételek készítését, illetve a szexuális visszaélést megelőzően az elkövető az interneten cserkészte be a kiskorú áldozatát chat-beszélgetéseken keresztül.

**Nemzetközi szervezetek által tipológia szerint, gyermekek szexuális kizsákmányolása az alábbi bántalmazási formák tartoznak:**

- prostitúció: szexuális kizsákmányolás pénzért
- pornográfia: gyerekekről készült pornográf videó, film, fénykép,- vagy hangfelvétel
- házasságra kényszerítés, eladás
- szex turizmus
- gyermek fizikai integritását sértő hagyományok, szokások, csonkítás
- idősebb gyerek illegális vagy legális örökbeadása

A 13 és 23 év közötti lányok több mint 50 %-a szeretne külföldön dolgozni. Az intézetekben élő lányok ismerik legkevésbé a külföldi munkavállalás veszélyeit.

Adatok alapján a következtetés: hogy a prostituáltak többsége kényszerprostitúció áldozata - ez növekvő probléma Magyarországon.

### **Módszerek a kényszerprostitúcióra:**

véletlen találkozások, pl. vendéglátóhelyeken, diszkók, külföldi karrierre csábítás "jó" ismerősök által bemutatás újsághirdetés: babysitter, fotómodell, táncosnő, hostess munkát ajánlanak házassági ajánlat rablás utcáról, közhegyről saját rokonát adja el külföldre Legfőbb ok: - szegénység, információ hiány, társadalmi izoláció.

Egyes társadalmakban a nők a nemek közötti diszkrimináció áldozatai.

A prostituáltak 10-20 %-a gyermekkorú, 14 év alatti. Nagy számban előfordul, hogy a "futtatójuk" verik őket.

A magyarországi Btk. a szexuális bűncselekményeket a nemi erkölcs védelme kategóriába sorolja. Megrontást, szexuális visszaélésként határozza meg, a törvény a 18 évesnél fiatalabb elkövető nem büntethető, ha partnere 12 évesnél idősebb és az aktusba beleegyezett. A szexuális kényszerítés, fenyegetéssel elkövetett szexuális aktus, amit a sértett kényszerűségből visel el büntetendő. 12 évnél fiatalabb partnerrel folytatott szexuális aktus büntetendő. Az új törvény nem tesz különbséget a partnerek neme között.

### **Érzelmi bántalmazás**

A nehezen feltárható bántalmazási formának számító érzelmi bántalmazás súlyos károkat okozhat a gyermek személyiségfejlődésében.

Az érzelmi bántalmazás tárgykörébe tartozik a megszegényítés, állandó kritizálás, a gyermek semmibevétele, az értéktelenség sugalmazása vagy büntetéssel való fenyegetés, félelemben tartás. Ezekre sokszor nem derül fény, mivel a családban a nevelés eszközeként szerepel, a gyermek, miután ebben a légkörben nő fel, sokáig nincs tisztában azzal, hogy ez másképp is lehetne. Ide tartozik még a kapcsolatoktól való megfosztás vagy bezárás, mint büntetés, illetve az is, ha más személynek (többnyire az édesanyának) a gyermek jelenlétében történik a bántalmazása. Külön élő szülők esetén

a kapcsolattartás megakadályozása is érzelmi bántalmazás, hiszen a gyermek érzelmi szüksége a mindkét szülőhöz való kötődés.

### **Elhanyagolás**

Az elhanyagoláson belül találkozhatunk fizikai, érzelmi és oktatás-nevelésbeli elhanyagolással. E szükségletek kielégítésének mellőzése vagy súlyos hiányosságai esetén beszélünk elhanyagolásról.

Az érzelmi elhanyagolás során a gyermek érzelmi kötődése, biztonsága nem valósul meg, a szükségesnél kevesebb figyelmet kap a gyermek. Ez sokszor magasabb társadalmi helyzetben levő családoknál is előfordul, időhiányból, a szülők túlterheltségéből ered. Az elhanyagolás során, amely szintén a bántalmazás körébe tartozik, a gyermek hiányt szenved azokban a szükségletekben, amelyek testi, lelki, szociális fejlődését elősegítene, így károsodás érheti a gyermeket az adott időben vagy hosszú távon is.

A **fizikai elhanyagolás** a legszembetűnőbb a házi orvos és a védőnő számára. Feltűnőek lehetnek a higiénés hiányosságok, a ruházkodás hiányai. A súlybeli elmaradás, testi fejlettség elmaradása az elégtelen táplálás gyanúját vetheti fel.

Az elégtelen felügyeletből származó károk sokszor súlyosak, a testi épséget, az életet veszélyeztetik, maradandó károsodást, a gyermek halálát is okozhatják. Leggyakoribbak a háztartási balesetek, égés, forrázás, áramütés, leesés, vízbe fulladás, mérgezés. Az elhanyagoláshoz sorolhatjuk a szülő mindazon magatartását, amellyel gyermeke egészségét veszélyezteti, így az egészségügyi ellátás mellőzését, a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztását, a szükséges vizsgálatok és kezelések visszautasítását.

### **Elhanyagolásra vagy bántalmazásra utaló gyanújelek**

A fizikai bántalmazás során a korábbiakban már említett testi sérüléseken kívül, a felismerés szempontjából lényeges a szülő és a gyermek viselkedése. A szülő a gyermeket esetleg csak jóval a sérülések keletkezése után viszi orvoshoz, a sérülés keletkezésére

vonatkozó történet ellentmondásos, nem hozható összhangba a sérülés jellegével, vagy a szülő és a gyermek eltérően számol be a történekről.

Bántalmazásra, elhanyagolásra hívhatja fel a figyelmet a gyermeknél jelentkező alvászavar, evészavar, pszichoszomatikus tünetek, enuresis, encopresis, koncentrációs nehézségek, kapcsolatépítési képtelenség, visszahúzódó vagy agresszív viselkedés, de a gyermek lehet feltűnően készséges vagy koraérett is.

### **A bántalmazás speciális formája a Münchausen by proxy szindróma és a megrázott gyermek szindróma.**

A Münchausen by proxy, egy ritkán előforduló tünetegyüttes esetében az anya vagy az apa szándékosan betegíti meg a gyermekét, különböző módokon, például helytelen gyógyszeradagolással, majd mindent megtesz gyógyulása érdekében, kórházról kórházra, orvostól orvosig viszi gyermekét. Ilyenkor egy idő után feltűnővé válik a szakmailag megmagyarázhatatlan rosszulletek, állapotok gyakorisága. A háttérben az anya pszichés zavara áll. Részletesebben kifejtük az eltérés lényegét a 2.3.1 alfejezetben.

### **Megrázott gyermek szindróma (shaken baby syndrome)**

E sérülési forma jellegzetessége – és egyben ez adja a felismerés nehézségét is – hogy külsérelmi nyom nem látható, hanem súlyos központi idegrendszeri sérülések alakulhatnak ki. Az erős rázás következtében a csecsemő feje, amelyet a gyenge nyakizmok nem tudnak tartani, tehetetlenül csapódik előre, hátra, eközben alakulhatnak ki a sérülések: a hídvénák szakadása, subduralis haematoma, contusio cerebri, retinabevérzések, nyaki gerinc-és gerincvelő-sérülések.

A megrázás közben a csecsemő erőteljes megragadása sorozat-bordatörést is okozhat. Többnyire az ártani nem akaró, de a síró csecsemőt megfelelő módszerrel lecsillapítani képtelen, indulatos szülő megoldása a csecsemő erőteljes megrázása.

Hasonló mechanizmussal sérülhet a játékból feldobott csecsemő is.

### **Gyermek bántalmaz – gyermeket (bullying)**

Ezekben az esetekben egy gyermeket egy másik gyermek, vagy gyermekek csoportja a konfliktusok szokásos kezelésén túl, ismételten, fizikailag, illetve lelkileg bántalmaz, vagy szexuálisan molesztál. A probléma kezelésénél igen fontos, hogy az áldozat és az elkövető egyaránt kapjon megfelelő segítséget. A felnőtt elkövetők vizsgálata azt mutatja, hogy sokan gyermek, vagy serdülő korukban bántalmazók, vagy maguk is abúzus áldozatai voltak.

### **Alkohol és drog abúzus**

Szülők vagy gondviselők alkohol és drogfogyasztásának olyan következményei lehetnek, amelyek a gyermekekre veszélyt jelentenek. Ilyenkor vizsgálni és mérlegelni kell, hogy az alkohollal, droggal való visszaélés ellenére a szülő képes-e megfelelő módon gondozási, felügyeleti és nevelési feladatainak ellátására, vagy a függőség ezt lehetetlenné teszi.

A várandósság gyakran motivációt jelent a drog-, és alkoholfogyasztás megszakításához.

Minden segítséget meg kell adni az anyának, hogy kezeltesse függőségét, mert ez a megszületendő gyermek érdekeit és egészségét is védi. Az alkohol-, vagy drogfüggő szülő gyerekének nagyobb az esélye arra, hogy már kora gyermekkortól fogyasszon alkoholt vagy drogot, esetleg függőnek, betegnek szülessen

### **Rendszer abúzus (másodlagos viktimizáció)**

Ha a gyermekek védelmére létrehozott és működtetett rendszer diszfunkcionálisan működik, ezzel hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával a folyamatos viktimizációhoz, károsodáshoz. Ebbe a körbe tartozik a gyermek tájékoztatásához és véleménynyilvánításhoz fűződő jogainak figyelmen kívül hagyása, vagy megtagadása, a szülőktől való indokolatlan elválasztás, pl. az indokolatlan kórházba utalás. Az egészségügyi ellátás keretében is traumatizálódhat a gyermek, a szükségtelen, vagy nem körültekintő orvosi vizsgálatok eredményeként, valamint a szülők tájékoztatásának, felvilágosításának elmulasztása, vagy megtagadása esetén. Ide sorolható a nyomozási, jogi eljárás során a szükségtelen számú és nem

megfelelő formájú kihallgatás, kikérdezés, vizsgálat, vagy ha a vizsgálatot nem megfelelően felkészült szakember végzi, illetve, ha az eljárás indokolatlanul elhúzódik.

### **A családon belüli bántalmazás, elhanyagolás háttere, okai, körülményei**

Az áldozattá válás esélyében nincs különbség fiúk és lányok között. Vannak olyan megfigyelések, melyek szerint nagyobb valószínűséggel érintettek az elsőszülött gyermekek. Többgyerekes családban gyakran előfordul, hogy az erőszak csak az egyik gyermek ellen irányul. Fiatal szülők esetében a kisebb gyermekek esélye nagyobb az áldozattá válásra, hiszen kiszolgáltatottabbak és kevésbé képesek segítségkérésre. A csecsemők veszélyeztetettségét különösen fokozza az a tény, hogy nem tudnak jelezni, beszélni. Leggyakrabban a 2 évesnél fiatalabbak esnek fizikai erőszak áldozatául, de 1 éves kor után már ritka az erőszakból származó haláleset. A fogyatékkal élő gyermekek fokozottabban vannak kitéve az abúzus veszélyének. A halmozott fogyatékoság további rizikót jelent, mivel az irántuk tanúsított türelem és az elfogadásuk is zavart szenvedhet, emellett kevésbé képesek visszautasítani, vagy elkerülni a bántalmazást. Kommunikációs problémáik miatt jelzéseiket sem mindig érti meg a környezet. A gyermeket családon belül többnyire a szülő, vagy a szülőnek a gyermekkel is együtt élő, vele azonban vérségi kapcsolatban nem lévő élettársa bántalmazza.

### **Az erőszak lehetőségét növelő rizikófaktorok:**

#### **Családi körülmények**

- a) szociális depriváció (szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség)
- b) erőszak a családtörténetben (a szülő bántalmazott vagy elhanyagolt gyermek volt)
- c) egyedülálló, különélő szülők
- d) mostohaszülő, vagy bizonytalan kapcsolódású élettárs, partner
- e) szüléskor az anya 18 évesnél fiatalabb
- f) az anya rövidebb-hosszabb időre külön él a gyermektől
- g) zavarok a családi kapcsolatrendszerben

#### **A szülő személyiségével összefüggő problémák**

- a) a szülő közömbös, vagy éppen túlaggódó, intoleráns a gyermekkel
- b) mentális betegség, alkohol-, vagy drogfüggőség, deviáns magatartás

### **A gyermekkel kapcsolatos tényezők**

- a) koraszülött, kis súlyú gyermek
- b) az újszülöttet több mint 24 órára elválasztották az anyától
- c) két gyerek születése között kevesebb, mint 18 hónap telt el
- d) testi vagy értelmi fogyatékkal él, illetve krónikus beteg (szellemi vagy fizikai) gyermek
- e) nehezen kezelhető gyermek

Itt újra kell hangsúlyozni, hogy több rizikófaktor jelenléte sem vezet szükségszerűen bántalmazáshoz, elhanyagoláshoz. Nagyon kedvezőtlen körülmények között is élnek gyermekek harmonikus, szerető, védelmező légkörben, ugyanakkor előfordul, hogy optimálisnak látszó és kiegyensúlyozott családban is megtörténhet a gyermek bántalmazása.

### **Az orvos számára nyilvánvaló kockázati tényezők**

A kedvezőtlen családi tényezők és körülmények, élethelyzeti válságok, a szülő személyiségével összefüggő és a gyermekkel kapcsolatos tényezők egyaránt elhanyagoló, bántalmazó magatartásra hajlamosíthatnak. A családi kockázati tényezők közül kiemelendő az egyedülálló szülő, a házassági problémák, az erőszak előfordulása a családban, valamint az elszigetelt, kapcsolatokkal nem rendelkező család.

A szülő személyiségével, életvitelével kapcsolatos kockázati tényezők között jelentős szerepe van a deviáns magatartásnak, az alkohol-és drogfüggőségnek, a mentális betegségeknek, pszichés zavaroknak, depresszióknak, különösen a post partum depresszióknak és pszichózisnak, valamint a személyiségzavaroknak. Előfordul, hogy a szülő és a gyermek nincs egymásra hangolódva, jelentősen eltérő temperamentummal rendelkeznek, és ebben rejlenek a konfliktusok gyökerei. A túlaggódó vagy perfekcionista szülő is bántalmazóvá – leginkább érzelmi bántalmazóvá válhat.

Aktuális élethelyzetek (munkanélküliség, kapcsolati krízis, túlterheltség) is kiválthat bántalmazó magatartást. A gyermekkel kapcsolatos tényezőként értékelhetjük a testi vagy értelmi fogyatékkal élő, a krónikus beteg, a magatartási vagy tanulási zavarral küzdő gyermek veszélyeztetettségét. A testvérek születése közötti rövid idő, a kis



korkülönbség is kockázati tényező lehet. A veszélyeztetett gyermekek, családok kiszűrése, figyelemmel kísérése, az együttműködés a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot ellátókkal, kommunikáció az egészségügy többi részvevőjével a betegellátás során fontos része az alapellátók tevékenységének.

### **A gyermekbántalmazás és elhanyagolás jelentősége**

Mindazon túl, hogy a bántalmazás akutan egészségkárosodást okoz, és életet veszélyeztető lehet, igen jelentősek a bántalmazás és elhanyagolás hosszú távú következményei is, amelyek a testi, lelki, személyiségbeli fejlődés zavarával, elmaradásával járnak. Poszttraumás stressz szindróma, önértékelési zavar, elégtelen problémamegoldó képesség, személyiségzavar lehet a hosszú távú következmény a bántalmazott gyermek, az egyén életében. A kisgyermekkorban elszenvedett sérelmek különösen nagy erővel pusztítják a személyiséget. A testi sebeknek egy része begyógyul, a lelki sebek azonban nem gyógyulnak be soha. Mivel a szülőről nem képes bántási szándékot elképzelni, önmagát fogja hibásnak, bűnösnek tartani. A vizsgálatok szerint a fizikailag bántalmazottak között az átlagosnál jóval gyakrabban találunk agresszív, erőszakos magatartást és hiperaktivitást. És az is igaz, hogy a gyermekek nagy többsége passzívvá, visszahúzódóvá és örömtelenné válik, sok esetben alacsony önértékeléssel rendelkezik. A gyerekek a szüleiktől tanult viselkedési mintát viszik be saját későbbi kapcsolataikba. Ahogyan őket figyelve megtanulja, hogyan kell a saját nemének megfelelően viselkednie egy kapcsolatban, hasonlóképpen viszi örökül a negatív hatásokat is. Azt gondolhatnánk, hogy a legtöbb bántalmazott saját szomorú példáján okulva nem okoz majd fájdalmat gyermekének, a valóság azonban mást mutat: az esetek nagy többségében bántalmazottból bántalmazó lesz. A károsodások azonban túlmutatnak a bántalmazott gyermek életén is, a következő generációra vetülve. A bántalmazott gyermekek jelentős része felnőttként ő maga is bántalmazóvá válik, így adva tovább és tovább a hibás mintát.

### **Kriminalitás**

Veszélyeztetettség és bántalmazás észlelésekor a teendőkre vonatkozó jogszabályi előírásokat az 1997. évi XXXI. Törvény (a Gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról) tartalmazza. Ennek értelmében: veszélyeztetettség esetén az észlelő köteles jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgálat felé. Hatósági eljárást kell

kezdeményezni a gyermek bántalmazása vagy súlyos elhanyagolása esetén. Ezek elmulasztása fegyelmi felelősségre vonást von maga után. A jelzési kötelezettségét elmulasztó egészségügyi dolgozó önmaga is bántalmazóvá válik. Problémát jelent, hogy a hatóságoknak kiskorúakat, egyes esetekben egészen kicsi gyermekeket kell meghallgatnia a történetek felderítése érdekében, sőt gyakran csak ilyen tanúvallomásokkal lehet megállapítani a felelősséget. A magyar büntetőjog a tanúvallomás tételét nem köti életkorhoz, bárki kihallgatható, aki tud a cselekményről, és testi, szellemi állapota megengedi azt, hogy vallomást tegyen. A 14. életévét be nem töltött személyt csak akkor lehet tanúként kihallgatni, hogyha a bizonyítás, illetve a tényállás megállapítása mástól nem várható. Biztosítani kell, a 14-18 év közötti kiskorú esetében, hogy a törvényes képviselője jelen legyen, gyakran ezekben az eljárásokban eseti gondnokot kell kirendelni, mivel a Csjt. szerint a szülő nem képviselheti gyermekét, ha egyúttal érdekellentét áll fenn. (Csjt. 87. §. (1) A szülő nem képviselheti gyermekét olyan ügyben, amelyben ő maga vagy házastársa, egyenesági rokona, avagy az ő törvényes képviselete alatt álló más személy a gyermekkel szemben ellenérdekű félként szerepel, vagy amelynek tárgya a gyermek családi jogállásának megállapítása. Egyik legfontosabb tulajdonság a gyermekeknél a befolyásolhatóság. Erre többféle jel is utalhat pl. a gyermek szókinccse, az is gyanúra adhat okot, hogyha a gyermek szélsőségesen és egyoldalúan pozitív, vagy negatív megítélés szerint nyilatkozik valakiről. Fontos azonban, hogy a gyermeknek a testbeszédét és a nem verbális kommunikációját is rögzítsék a jegyzőkönyvben, mert ez később fontos lehet, támogatást adhat a szakértő számára.

A tapasztalat és a gyakorlat azt mutatja azonban, hogy nem szerencsés az 5-6 évesnél fiatalabb gyermekek meghallgatása. Csak nagyon-nagyon indokolt esetben élünk vele. Még fokozottabban kell figyelni a gyerekeknél arra, hogy akar-e a tanúvallomást tenni, hiszen hozzátartozóját vádolhatja esetleg bűncselekmény elkövetésével. Az erre adott válaszát szó szerint kell jegyzőkönyvezni. Ha igent mond, a jelenlevő törvényes képviselőjét is nyilatkoztatni kell erről. Ez azért szükséges, mert a gyermeknek mentességi joga van a vallomástétel alól. A kihallgatást csak akkor lehet folytatni, ha erre a törvényes képviselő igenlő választ ad. A sértettek második csoportját azon gyermekek adják, akik a szeretethiány, a valahová tartozás érzése, valamint a pénzkereset miatt esnek a bűn csapdájába. A pénz miatt sok mindent elvállalnak,

gyakran nemi erkölcs elleni bűncselekmény áldozatává válnak, mely jelentős változást eredményez a gyermek pszichés fejlődésében.

### **A bántalmazás/rossz bánásmód hatása a gyermekek mentális egészségére**

Az elmúlt két évtizedben részletesebben vizsgálták a gyermekkori rossz bánásmód hatását a gyermekek mentális egészségére. Mára egyértelmű bizonyíték van arra, hogy a fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás, valamint a fizikai és érzelmi elhanyagolás a mentális egészségügyi problémák, például a szorongás, a poszttraumás stressz, a depresszió, az öngyilkossági gondolatok és a szerhasználat megnövekedett gyakoriságával jár. A krónikus (tehát több fejlődési szakaszban is előforduló) gyermekkori rossz bánásmód poszttraumás stressz zavarral társul. Emellett a krónikus gyermekkori rossz bánásmód összefüggésbe hozható az agresszív és erőszakos viselkedéssel, valamint különféle személyiségzavarok kialakulásának kockázatával. A gyermekkori bántalmazás összefügg az egészségügyi és mentálhigiénés szolgáltatások fokozottabb igénybevételével, valamint a gyermekjóléti és a fiatalkorúak igazságszolgáltatási rendszerében való részvételével. A gyermekbántalmazás tehát egy nem specifikus kockázati tényező, amely számos pszichiátriai rendellenesség fokozott előfordulásával jár. A pszichopatológiai kimeneteket vizsgáló szakirodalom nagy része dichotóm módon modellezte a gyermekbántalmazást (vagyis a gyermekbántalmazás jelenlétét és/vagy hiányát). Nincs azonban általános konszenzus arról, hogy mely gyermekbántalmazás dimenziók a legrombolóbbak a gyermekek- és fiatalok mentális egészségére, valószínű, hogy a különböző paraméterek – beleértve az egyes érintett gyermek intrapszichés védő faktorának eltérő fejlettségét is – eltérően befolyásolhatják a pszichopatológia kialakulását. Korábban a gyermekbántalmazás-altípusok (fizikai, érzelmi stb) voltak a leggyakrabban tanulmányozott dimenziók. Ezekon kívül a bántalmazási paraméterek további faktorai is (pl. a bántalmazás folytatólagos jellege, előfordulás ideje) is fontosak lehetnek a gyermekek pszichés egészségének változására. A folytatólagos jelleg vizsgálata figyelembe veszi azon pszichés fejlődési korszakokat is, amelyekben a gyermekbántalmazás előfordult. A szakirodalmi adatok szerint a folytatólagos, több fejlődési szakaszon is átívelő abúzus megélése az egész személyiségfejlődésre hosszú távon és áthatóan hatást gyakorol.

## **Diagnosztika**

A gyermekbántalmazás nem jelenik meg önálló diagnosztikai kategóriaként sem a gyermekpszichiátriában, sem a sürgősségi ellátásban. A bántalmazás súlyossága, ismétlődése, jellege, a szűkebb és tágabb értelemben vett környezeti tényezők, az áldozat kora, magával hozott tényezők. A gyermekbántalmazás rejtőzködő volta miatt a felismerés sok esetben igen nehéz, főleg abban az esetben, ha testi tünetek, sérülések nyomai már nem láthatóak. A vizsgálat folyamán a gyermek és a szülő együttes viselkedésében, illetve a gyermek megnyilvánulásaiban érzékelhetőek árulkodó jelek, melyeket a következőkben mutatunk be.

### **Bántalmazó szülői magatartásra utaló jelek a szülő-gyermek kapcsolatban**

Bántalmazásra utal, ha a szülő/gonozó nem figyel a jelzéseire, nem érintik meg a gyermek problémái, tagadja, hogy probléma lenne otthon, vagy az iskolában, a gyermeket hibáztatja, sőt saját maga vár el figyelmet és gondoskodást tőle. Továbbá elutasító és kritizáló a gyermekkel szemben, az elhagyásával fenyegetőzik, szigorú fegyelmet követel, amit elvár másoktól is, korlátozza a gyermek kapcsolatait. Különösen figyelmeztető jel a gyermekkel való rossz bánásmód fennállására, ha a szülő, gonozó nem engedi a gyermeket, serdült önállóan kommunikálni az egészségügyi személyzettel. Intő jel az is, ha a gyermek és szülő beszámolója a bánásmódról nem egyezik, vagy nem konzekvens, koherens.

### **Bántalmazásra utaló jelek a gyermek esetében**

Az érzelmi vagy fizikai elhanyagolás következtében a csecsemő egykedvű, közömbös és saját ösztönző módszereket használ. Kötődési viselkedése eltérő lehet az átlagos vagy biztonságosan kötődő gyermekekétől. Például a szülő megérkezésekor nem reagál, vagy sír. Gyermek esetében specifikus az alacsony szinten maradó empátiás készség, gyakori apátia. Beszédfejlődés elmaradás alakulhat ki, valamint a kognitív fejlődés retardációja. A serdülő önpusztító magatartásformákat mutathat, agresszió, fejletlen társas kapcsolatok, visszahúzódó, bátortalan, szorongó viselkedés alakulhat ki. Figyelmeztető jel a szükséges felügyelet hiánya, a gyakori iskolai hiányzások melyek háttérben az is meghúzódhat, hogy a gyermek nem szívesen megy haza az iskolából,

elveszti barátait, megszokott tevékenységei megváltoznak, magatartásbeli változások, iskolai teljesítmény romlás, depresszió alakulhat ki, szuicid kísérletek történhetnek.

### **Kommunikáció a bántalmazott gyermekkel**

A gyermeket biztosítani kell segítségnyújtási szándékunkról, és empátiánkról. Tájékoztassuk arról, hol van, kik vagyunk, tudomásunk szerint miért van itt, mondjuk el, mi történik vele. Hangsúlyosan mondjuk el, hogy amit elmond, a kezelő személyzet és közte marad, ebből kivétel az, ha az ő életét, épségét veszélyeztető események jutnak tudomásunkra, ezekben az esetekben más szakemberekkel is beszélnünk kell az ő helyzetének javítása érdekében. Biztosítsuk arról, hogy bármilyen kérdést feltehet, sőt, ezt fontosnak is tartjuk. Válaszait ne minősítsük, tartsuk szem előtt, hogy a gyermeket a bántalmazás ellenére érzelmi szálak fűzhetik a bántalmazó személyhez.

### **Kommunikáció a szülővel**

A szülőt tájékoztatni kell a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról, emellett a törvények által előírt kötelezettségünkre is fel kell hívnunk a figyelmét. Tudassuk vele, és nyugtassuk meg, hogy az ilyenkor szükséges jelzés után több szakember is bekapcsolódik a vizsgálatba, ami az esetleges tévedéseket hivatott kiküszöbölni. Az a célunk, hogy a gyermek megkapja a számára szükséges legjobb ellátást. Ha a szülő is megértő hozzáállásban részesül, nagyobb az esélye az együttműködésnek, mely az erőszak újbóli felbukkanásához vezető kört megtörheti.

### **Diagnózis felállítása**

Gyermekbántalmazás gyanújának esetében a heteroanamnézist ki kell terjeszteni, a gyermekén és a szülőn kívül- a szülő/hozzátartozó/gyám engedélyével- más családtagok, oktatási-, gyermekjóléti intézmények, esetleges korábbi kezelést végzők körére.

Az anamnézist részletesen kidolgozottan kell elvégezni, az előtörténetben szereplő intézményektől írásos dokumentumokat is kérni kell. Szomatikus panaszok előtérben

állása esetén az első ellátási hely az ennek megfelelő szakorvos legyen, szükség esetén gyermek klinikai szakpszichológus, gyermekpszichiáter segítségével. Amennyiben a bántalmazás következtében pszichés tünetek alakulnak ki, a diagnózis, kezelés gyermekpszichiáter, gyermek klinikai szakpszichológus feladatkörébe tartozik. A bántalmazás okozta pszichés tünetek feltérképezése, terápiája a zavar súlyosságának függvényében ambuláns, vagy osztályos bentfekvő formában történik. Szükség lehet pszichiátriai osztályos kezelésre, ismétlődő, hosszan tartó bántalmazás eseteiben, a bántalmazó közegből történő kiemelés önmagában jótékony hatású lehet. Komplex kivizsgálás javasolt, mely pszichiátriai, pszichológiai, valamint gyógypedagógiai vizsgálatot jelent. Szükséges lehet a gyermek egyéni és csoportos, kortárs kapcsolatban történő megfigyelése is.

### **Gyermekbántalmazás következtében kialakuló pszichiátriai tünetek**

A legtöbb gyermeknél, serdülőnél észlelhető a distressz valamilyen formája, leggyakrabban hirtelen következik be a viselkedés megváltozása a bántalmazást követő időszakban. Az esetek egy részében az enyhébb, rövid távú reakció nem jelent problémát a későbbiekben, a viselkedésváltozások lehetnek akár adaptívok is a megváltozott helyzethez történő megküzdésben. Az egyszeri traumatikus eseményt átélt gyermek, serdülő állapota az esetek jelentős részében hetek – a trauma jellegétől és súlyosságától is függő módon – hónapok múltán rendeződik, idő múltával lehetővé válik az eredeti szinten való további működés. Ezen pozitív esetben az egyéni adottságok, a családi, a kulturális és közösségi körülmények segítik a felépülést, bár bizonyos szintű sérülékenység továbbra is fennállhat, a trauma ismétlődése, hasonló jellegű esemény bekövetkezése, a korábnál erőteljesebb reakciókat válthat ki. A sérülékeny, ismételt traumát átélt gyermekek és serdülők mindenképpen segítséget igényelnek a gyógyuláshoz. A bántalmazást követő pszichés reakciókat időbeni dimenzió alapján két nagyobb csoportra oszthatjuk:

1. A bántalmazást követően a leggyakoribb korai reakciók a következők:

- kognitív tünetek, koncentrációs és figyelmi problémák, alacsony problémamegoldó készség, romlás az iskolai teljesítményben

- az eddigiekben nem tapasztalt félelmek megjelenése, visszahúzódás, alacsony önértékelés, örömeire való képtelenség
- szeparációs szorongás főleg kisebb gyermekeknél
- alvászavarok, rémálmok
- szégyen érzése, bizalmatlanság
- az érdeklődés elvesztése a szokásos tevékenységek iránt
- csökkent koncentráció
- düh, agresszív viselkedés
- szomatikus tünetek
- irritabilitás

2. Pszichés rendellenességek, melyek nem azonnal követik az elszenvedett traumát:

- poszt-traumás stressz-zavar, PTSD
- alkalmazkodási és beilleszkedési rendellenességek
- szorongás
- evészavarok
- disszociatív, elsősorban szomatizációs tünetek
- depresszió, szélsőséges esetben pszichotikus szintű állapottal
- szándékos önártalom, nem-szucidális önsértés, öngyilkosság
- személyiségfejlődési zavar
- alkohol-betegség
- szerhasználat

3. Kórképek, (DMS-5, BNO-11) melyek háttérében bántalmazás állhat:

- Akut stressz reakció (F43.)
- Poszt traumás stressz szindróma(F 43.1.)
- Alkalmazkodási zavar (F43.2.)
- Disszociatív/konverziós zavarok (F 44.)
- Szomatoform, szomatizációs rendellenességek (F 43.45.)
- Szorongásos zavarok (F40.48.)
- Depresszió (F.32.)

- Kevert magatartás és emocionális zavarok (F92.)
- Evés zavarok (F50.)

### **Gyermekbántalmazás esetén elvégzendő vizsgálatok**

- Általános belgyógyászati és neurológiai vizsgálat, a fennálló tünetek alapján indikált szakorvosi konzíliumok.

- Gyógypedagógiai vizsgálat

Az intellektus elmaradása, az expresszív nyelvi késég elmaradása jellemző tünet lehet kora gyermekkortól kezdődő, folytatódó elhanyagolás, bántalmazás esetén. A kaotikus, konfliktuózus familiáris helyzet következtében figyelmi problémák léphetnek fel.

- Pszichológiai vizsgálat

Az érzelmek, családi kapcsolatok, traumák, veszteségek vizsgálata. Klinikai pszichológiai tesztek elvégzése.

- Pszichiátriai vizsgálat

### **Differenciáldiagnózis**

A részletesebb pszichiátriai differenciáldiagnosztika korosztályonként eltérő. A sürgősségi ellátásban néhány általánosabb szempontra tudunk támaszkodni. Bántalmazás gyanúját veti fel, ha egy gyermek viselkedése, érzelmi állapota nem a korának és fejlettségi szintjének megfelelő és nem magyarázható egészségi okokkal. Bántalmazásra gondolhatunk, ha egy gyermek rendszeresen nem tesz eleget kötelezettségeinek, iskolai feladatainak, és azt nem értelmi elmaradás, részképeség zavarok fennállása okozza. Felveti a bántalmazás gyanúját, ha egy gyermek szokatlanul vagy a nem a korának megfelelően viselkedik az orvosi vizsgálat során, extrém passzivitást, ellenállást vagy visszautasítást mutat. Ugyancsak felveti az elszenvedett bántalmazás gyanúját, ha egy gyermek vagy fiatal szándékosan kárt tesz magában, falcol, karmolja, csípi, harapja magát, a haját, szempilláját tépkedi, gyógyszerét szándékos túladagolja stb., akkor is, ha a cselekedet nem öngyilkossági szándékkal történt. Szuicidum hátterében számos ok lehet, de a gyermekkel való rossz bánásmód is ezek közé tartozik. Elhanyagolás és bántalmazás lehet annak hátterében, ha egy



gyermek visszatérően lop, felhalmoz, elrejt tárgyakat. Számos vizsgálat foglalkozik az evészavarok – anorexia nervosa, atipusos anorexia bulimia nervosa, stb. – és a bántalmazás összefüggéseivel. Ha egy gyermeknél secunder éjszakai vagy nappali enuresis lép fel és ennek nincs sem orvosi sem egyéb lelki oka, bántalmazás gyanúját kell felvetni. Elsősorban szexuális abúzusra utal, ha egy gyermek korának nem megfelelően érdeklődik a szexualitás iránt, szexualizált viselkedést mutat, szexuális tartalmú beszélgetést folytat, nemi szerveket rajzol, másik gyermekkel szexuális tevékenységet utánoz.

### **Kezelés bántalmazást elszenvedett gyermekek esetében**

A kezelés minden esetben interdiszciplináris, multidimenzionális. A bántalmazott gyermek ellátásában vezető szerepe a szomatikus ellátást végző orvosnak van, gyermekpszichiáter, gyermek klinikai szakpszichológus, gyógypedagógus, szociális munkás, szociálpedagógus, rehabilitációs terapeuta, művészetterapeuta segítségével. A sikeres terápia elengedhetetlen feltétele a szociális ellátó hálózat aktív együttműködése. A gyermek kezelése, a pszichés rendellenesség milyenségének, súlyosságának függvényében pszichofarmakoterápia is alkalmazásra kerülhet PTSD, erőteljes szorongás, közepes, illetve súlyos depresszió, pszichotikus szintű állapot esetében: anxiolitikum, antidepresszívum, antipszichotikum adását is mérlegelni kell. Szélsőséges indulati reakciók, magatartászavar alkalmával hangulat stabilizáló szer beállítása is szükségessé válhat. Pszichoterápia minden esetben szükséges.

### **Jelzési kötelezettség**

Az egészségügyben dolgozó szakembereknek jelzési kötelezettsége van gyermekbántalmazásra utaló tünetek esetén. A jelzésnek lehetőleg az észlelés napján szóban, és legfeljebb 3 munkanapon belül, írásban is megerősítésre kell erülnön a gyermekjóléti szolgálat, a gyámhivatal és a rendőrség gyermek- és ifjsúgávédelmi osztálya felé. (Öszhangban a 2024. évi XXX. tv. rendelkezéseivel.) A jelzés révén lehetőség nyílik a pontosabb felmérésre, az esetleges rizikófaktorok feltárására.

### **2.3.1 A GYERMEKBÁNTALMAZÁS SPECIÁLIS FORMÁJA – A MÜNCHAUSEN SZINDRÓMA (BY PROXY)**

Több mint két évtizeddel ezelőtt az APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) munkacsoportja javasolta azt a szakembereknek, hogy a gyermekbántalmazástól különítsék el a speciális pszichopatológiát jelentő Münchausen-szindróma by proxy (MSBP) zavartól (Ayoub et al, 2002). Az MSBP nem egy formális vagy pszichiátriai diagnózis, a valóságban abúzív betegség-tünet hamisítást (falszifikálást) jelent, amelyet a bántalmazónál fennálló faktíciózus (színlelt) zavar (Factitious disorder imposed on another, FDIA) vált ki. Az FDIA mára a DSM-5-ben tárgyalt pszichiátriai zavarrá vált, amely olyan személyeket ír le, akik perzisztens módon betegséget hamisítanak egy másik személyben még olyankor is, amikor semmit vagy nagyon kevés kézzel fogható előnyt nyerhetnek ebből a viselkedésből. Kényszeres viselkedés ez, amelyben a valóság nagyfokú tagadása is jelentőséggel bír.

Az MSBP áldozataira félelem, fájdalom és a normális szeretet/ragaszkodás hiánya jellemző, valamint késleltetett fejlődés, szociális funkciók és/vagy tanulási előmenetel (Bools, 1993). Fizikai és pszichiátriai tünetek alakulhatnak ki náluk amiatt, hogy perzisztens módon betegként tekintenek rájuk; a szociális depriváció miatt, sürgősen állapotfelmérések és gyógyszerkezeltetések, orvosi eljárások vagy műtétek és/vagy iatrogén komplikációk miatt. A jogi következmények és a szülővel való konfliktusok elkerülésére, egyes klinikusok a „kisebb ellenállás” és „legalább valamennyire tudok figyelni a gyermekre” gondolatok miatt viselkedhetnek úgy, mintha hinnének a szülőknek, vagy elkerülhetik azokat, akik rendszeresen hamis információval jelennek meg náluk. Fontos megjegyezni, hogy azokat az orvosokat, akik nem tettek kötelező feljelentést gyanús betegség-hamisítás ügyében, az USA több államában polgári úton beperelték orvosi hanyagság és gyanítható gyermekbántalmazás bejelentésének elmulasztása miatt (Perman, 1998).

Meg tudja állapítani, ha egy szülő vagy gondozó hazudik önnek? A kutatások következtében azt mutatták, hogy annak a megállapítása, hogy egy szülő vagy gondozó hazudik-e az egészségügyi ellátás kérése során, alig pontosabb a véletlennél (ten Brinke, 2014). Publikált esettanulmányok mutatják be, hogy szinte bármilyen mentális, sőt szomatikus zavart sikeresen lehet hamisítani. A tudományos közlemények között

fellelhető olyan esettanulmány, amelyben egy genetikailag meghatározott, öröklődő cisztás fibrózis tüneteinek meghamisítása szerepel. Az eset meghamisított anamnézist tartalmazott, a verejték-teszt és székletzsír eredményét meghamisították, sőt cisztás fibrózisban szenvedő betegektől köpetmintát is loptak (Orenstein, 1986). Hamisított mentálhigiéniai problémák között visszatérően szerepelnek tanulási zavarok, figyelemhiányos zavar, autizmus spektrum és a bipoláris zavar (Ayoub, 2002, McNicholas, 2000).

Sok, betegség falszifikáláson rajtakapott egyén (tipikusan női gondozók) rendelkezik azzal a képességgel, hogy szülőként/ gondozóként átlagosnak, sőt kimagasló képességűnek tűnjön. Formális pszichiátriai interjú vagy pszichológiai vizsgálat azt mutatná, hogy nem áll fenn pszichopatológus állapot. Mások drámai módon viselkednek, agresszívek, manipulatívok és/vagy nyilvánvalóan hazudnak. A gyermekekben betegséget hamisítók 30-70%-a saját magában is hamisít betegséget (Ayoub, 2010). Orvosi, pszichiátriai és/vagy fejlődési zavarok különféle módokon hamisíthatók. A 2. táblázatban tüntettük fel a lehetséges betegséghamisítás figyelmeztető jeleit. Fontosnak érezzük annak kímélését, hogy bár azok a gyermekek vannak a legnagyobb életveszélyben, akik fojtogatás, mérgezés vagy más indukció formának vannak kitéve, a betegség-tünetek eltúlzása vagy az orvossal szembeni non-compliance egy valóban beteg gyermek esetén elegendő lehet ahhoz, hogy halálos veszélynek tegyék ki a gyermeket.

<b>Az indukció közvetlen, vagy videón történő megfigyelése</b>
A tünetek javulnak, amikor a fétételezett abúzus elkövetőjétől a gyermeket elválasztják vagy megvédik. Árulkodó bizonyíték lehet fecskendő, toxikus anyagok jelenléte a tüneteket mutató gyermek életterében.
<b>Tettetés, biológiai minta hamisítás</b>
Internetről letöltött „orvosi vizsgálati” leletek bemutatása, vagy exogén anyagok, pl. vér hozzákeverése a gyermek biológiai mintáihoz.
<b>Hazugások, túlzások</b>
Perzisztens vagy rekurrens betegség tünettanal való jelentkezések, folyamatos gondozási igény megfogalmazása, olyan tüneetek jelzése, amelyek nem egyeznek meg az objektív leletekkel vagy diagnóziokkal, anamnézis pontatlan vagy eltúlzó elmondása.
<b>Betanítás</b>
A gyermek által használt nevelvezet meghaladja fejlettségi szintjét, a gyermek ugyanazokat a kifejezéseket használja, mint a gondviselő szülő

2. táblázat

A betegség-tünet hanisítás (falszifikáció) veszélyei

A klinikusnak jelentenie kell a gyermekbántalmazásra vonatkozó gyanút a gyermekvédelmi szervek felé (2024. évi XXX. tv.). A fizikai és a szexuális bántalmazáshoz hasonlóan annak meghatározása, hogy abúzív betegséghamisítás történt-e, nagyon gondos adatelemzést igényel, csak nagyon ritka a közvetlenül megfigyelhető abúzív aktus (pl. kórházi ágyon). Gyanús törés esetén például egész testre kiterjedő röntgenfelvételeket kell készíttetni minden részletre kiterjedő klinikai interjúval együtt.

A 3. táblázat felsorol néhány általános felmérési megközelítést klinikusok számára.

Meg kell figyelni a gyanúsan viselkedő szülő viselkedését, képes-e kijavítani a gyermek betegségének lefolyásáról szóló elmondását, amikor erről vonatkozó kritikai visszajelzést kap
Az előzetes orvosi dokumentációk kronológiai összegzését, elemzését össze kell vetni a az abúzus elkövetésével gyanúsított személy által adott tünetleírással
Heteroanamnézist kell felvenni olyan személyektől, akiknek közeli kapcsolatuk van a gyermekkel (iskolai pedagógusok, társak, tágabb családtagok)
A gyermek alapos, kontrollált megfigyelése terápiaváltás nélkül
A gyermek alapos, kontrollált megfigyelése, miközben folyamatosan vonjuk le a feleslegesnek tűnő készítményeket
A gyermek alapos, kontrollált megfigyelése, miközben folyamatosan szembesítjük a szülőt a hamis állításokkal

3. táblázat  
MSBP esetek klinikai megközelítésének módszerei

Egy FDIA-ban szenvedő személy egyik fontos tulajdonsága az az impozáns képesség, amivel sikeresen félre tudja vezetni a klinikusokat, beleértve a mentálhigiénés klinikusokat is. Azért is hasznos lehet egy visszaélés elkövetésével gyanúsított személy pszichiátriai interjúját elkészíteni, hogy a pszichopatológia egyéb formáit kizárjuk, amelyek megmagyarázhatnák az abúzív viselkedést és hogy azonosítsunk komorbid diagnózisokat, amelyeket bele kell venni a visszaélés elkövetésével gyanúsított személy kezelési tervébe.

Kerezsi Klára „A védtelen gyermek” című könyvében (Kerezsi, 1995) arra keres választ, hogy „a fenti tünetek miért nem váltanak ki nagyobb társadalmi visszhangot, s miért maradnak visszhangtalanok a gyermekek sérelmére elkövetett egyéb cselekmények is. Miért nem elég akár több gyermek halála sem a társadalom lelkiismeretének

felébbresztéséhez? Miért nem kelt a gyermekvédelmi szakmán kívül is aggodalmat a mára több mint háromszázezerre tehető veszélyeztetett gyermekek száma?”

#### **2.4 A KRIMINALITÁS MEGJELENÉSE GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYBEN – A BÁNTALMAZOTT EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ (SZINDRÓMA)**

Az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszak (violence against healthcare workers; továbbiakban: VAHCW) alatt azt a helyzetet értjük, amelyben az egészségügyi dolgozót a munkahelyén éri tetteges vagy lelki jellegű bántalmazás. Ezek egy része hivatalból üldözendő bűncselekmény is lehet, másik része pedig magánvádas büntetőeljárás keretében vizsgálható. A VAHCW mögött kriminológiai és pszichiátriai okok is állnak. Úgy tűnik, hogy Magyarországon ezzel többnyire a sajtó foglalkozik, valamint az is szembetűnő, hogy ezeket az eseményeket a dolgozók nem jelentik, és inkább nem foglalkoznak az események feldolgozásával. A közelmúltban több magyar szakcikk (Ráczkevy-Deák & Besenyő, 2022, Sófi et al, 2023, Sófi et al, 2024) is foglalkozott a kérdéssel, amely szerint a szóbeli erőszak esetén csak 45%-ban, fizikainál 52%-ban jelentették az alkalmazottak a cselekedeteket, azaz az esetek nagyjából fele látenciában marad.

Egy másik kutatás (Irinyi et al, 2017) szerint a magyar egészségügyben a dolgozók csupán 4,4%-át nem érte valamilyen erőszak a mindennapi szakmai tevékenysége során. Egyértelműen igazolódott, hogy a magyar pszichiátriai szakdolgozók veszélynek vannak kitéve a munkahelyükön.

A SAGE Journals felületén 52 publikáció jelent meg a témában ([All workplace violence] AND [All healthcare] AND [All psychiatry] AND [All children]) a kriminológiai folyóiratokban. A PubMed-en 65 szakcikket közöltek, amelynek a címében pontosan szerepel a kifejezés. A VAHCW kockázati tényezőit a nemzetközi szakirodalom három, többé-kevésbé elkülöníthető csoportra osztja: a beteg, a külső okok és a szituáció. A jelenséggel kvalitatív módszertanon alapuló kutatások is foglalkoztak. Egy jelentős metaanalitikus vizsgálat belső, külső, szituációs és interakciós okokat tárt fel a bántalmazás hátterében (Mohammadi et al, 2020).

A belső okok a betegre utalnak, a külsők a környezetre, a harmadik ok mögött a rossz személyzet-beteg kapcsolat áll. Egy másik kutatásban (Angland et al, 2014) vizsgálták az ápolók percepcióit az erőszakkal kapcsolatban.

A beteggel kapcsolatos faktorok között fontosnak mutatkozott a szerhasználat és az alkoholfogyasztás. A külső okok között az ápolói személyzethiány, az elégtelen biztonsági intézkedések, a túltelítettség, az éjszakai szolgálat és magánélet hiánya szerepeltek. A szituációs okok mögött a személyzet tapasztalatlansága, a kommunikációs hibák, a személyzet hozzáállása és a betegek követelőző viselkedése állt. Ehhez hasonlóan egy vizsgálat (Brophy et al, 2017) fizikai, pszichológiai, interperszonális és pénzügyi okokat állapított meg. A cikk kockázati tényezőként klinikai, környezeti, szervezeti, társas és anyagi faktorokat határozott meg. Egy etnográfiai színezetű kutatás (Lau et al, 2012) inkább szituációs KT-eket állapított meg: az első pár óra, hosszú várakozás, a szakdolgozók és a beteg személyeszelése, áldozathibáztatás; illetve leírták, hogy a kevésbé autoriter közeg protektív tényező lehet. Korábbi eredmények szerint (Pich et al, 2011) a hosszú várakozás, az agressziókezelő tréning, valamint a hivatalos esetmegbeszélés hiánya és a durva, lekezelő személyzet szerepeltek az okok között. Belső tényezőként jelentkezett a mentális betegség, alacsony szocio-ökónómai státusz (továbbiakban: SES), és az alkohol és szerhasználat. A kutatás csúcsidőket is feltárt, amikor a legtöbb VAHCW történik: délután, hétvége, tél. Protektív tényezőként azonosította az idősebb, tapasztaltabb személyzetet. Említésre méltó ugyanakkor, hogy egy régebbi kvantitatív vizsgálatban (Goethals & van Marle, 2007) összesen 147 szkizofréniával diagnosztizált gyermek agresszív magatartási problémáival kapcsolatban inkább a beteggel kapcsolatos KT-eket tártak fel: szkizofrén szülők, korábbi fizikai agresszió, erőszakos bűncselekmény elkövetése, antiszociális viselkedés, figyelmi problémák. Egy 428 tudományos cikket felölelő metaanalízis (Dack et al, 2013) alapján a betegekhez vonatkozó KT-k halmazába fiatal férfiaknál a sürgősségi ellátásba kerülés, az egyedüllét, a szkizofrénia diagnózis, a korábbi fekvőbeteg pszichiátriai kezelések, az erőszaktörténet, az önkárosítási előzmények és a szerhasználat tartoztak.

Lányok esetében csak a szerhasználat és a korábbi erőszaktörténet számított.

A VAHCW kockázati tényezői a személyészlelés szabályai szerint is szerveződnek (Ezeobebe et al 2019). Ez azt jelenti, hogy a betegekkel foglalkozó személyzet a KT-eket a betegekben látja első sorban. A jobban képzett ápoló személyzet sem a külső és a szituációs faktorokat találja veszélyesebbnek, hanem a betegeket. Mivel a betegekkel legtöbbször az ápolók érintkeznek, ők vannak a legnagyobb veszélyben. Az agresszív pszichiátriai beteggel kapcsolatos döntési helyzet modellje szerint három tényező befolyásolja (Moylan & Cullinan, 2011) a személyzet reakcióját. Az első ilyen halmaz a lehetőségek (például szupportív beavatkozás, gyógyszerelés, elkülönítés, korlátozás) tárháza. A második az információk észlelése, amely többrétegű. A szakmai tudás és az élettapasztalat befolyásolja, de hat rá a tudatos és nem tudatos érzelmi válasz is, amelyet a beteg viselkedése vált ki. A harmadik csoportba az agresszió elfogadásával kapcsolatos nézetek tartoznak. A három tényező eredője lesz a VAHCW elleni beavatkozás. Releváns még, hogy az egyén nézeteit milyen erők befolyásolják a modell szerint. Témánk szempontjából ezek az erőszak tolerálása, a neveltetés és az oktatás, a korlátozás tényének egyéni elfogadása, valamint a szakmai standardok. Rendkívül nehéz a döntési helyzetben a szakmai standardok és az érzelmi reakciók egymásnak való megfeleltetése. A gyermekpszichiátriai intézményekben a napi gyakorlat során (Fleury & Engelen, 2007) a személyzet gyakran nem rendelkezik az agresszióval kapcsolatban megfogalmazott szemlélettel, és a beavatkozások terén sincsenek speciális nézetei.

Több kvalitatív kutatás (Bonner et al, 2002; Iozzino et al, 2015) szerint a fizikai korlátozó intézkedés a betegnek és a személyzetnek is traumát okozhat. További KT-ként azonosították a progresszív lefolyású mentális betegséget, a magatartásában fellépő zavarokat, gyógyszerbevitel megtagadását és az illegális szerhasználatot. Az érem másik oldala az egészségügyi személyzet által elkövetett erőszak, amely emberi jogi szempontból rossz bánásmódnak minősül. Egy német, több mint 2000 főre kiterjedő, reprezentatív, retrospektív kutatás (Hoffmann et al, 2020) szerint, a korábban gyermek- és ifjúságpszichiátrián kezelt személyek egyharmada számolt be arról, hogy az ápolók valamilyen szempontból bántalmazták őket. A legtöbbjük fizikai bántalmazás érte (31,7%). A kutatásból úgy tűnik, hogy a pszichiátrián kezelt fiúkat inkább fizikai bántalmazás éri, míg a lányokat inkább excesszív korlátozó intézkedésnek vetik alá. Érzelmi bántalmazást a megkérdezettek 23,1%-a élt ált. Ez

leginkább azt jelentette, hogy a válaszadók megalázást, sértegetést, fenyegetést vagy megfélemlítést éltek át.

Fontos megjegyezni, hogy a legtöbb esetben a gyermek pszichiátriai betegsége mögött traumatizáció áll, és ennek neurokognitív következményei is vannak. A gyermekkori traumával (testi, lelki, illetve szexuális bántalmazás) a neuropszichiátriai következmények mellett depresszió, disszociatív tünetek, oppozíciós magatartászavar, dysthymia, kényszeres zavar, fóbiás szorongás-zavarok, poszttraumás stressz zavar (továbbiakban: PTSD), szerhasználat, borderline személyiségzavar, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, valamint szkizofrénia és más pszichotikus zavarok hozhatók összefüggésbe (Gaskill & Perry, 2011). Minden előbb felsorolt pszichiátriai kórkép egyik megnyilvánulási formája lehet az agresszió. A traumakörnyezetben kifejlődő agy hajlamos a primitív funkciók mozgósítására, és rendk. vül nehéz az érzelmek és a magatartás tudatos kontrollja. Ez a túlélést szolgálja egy olyan helyzetben, amelyben az analitikus gondolkodás inkább károsító hatású lenne (Perry, 2008). A gyermekkori bántalmazás számos változást okoz a magatartásban is (Anda et al., 2006). Az ilyen típusú stresszornak kitett gyermekek fight-or-flight típusú reakciója teljesen kontrollálhatatlan és kiszámíthatatlan. A kórkép tehát egy köztes tényező a VAHCW esetén, a probléma valódi gyökere a kedvezőtlen koragyermekkori tapasztalatokban (adverse childhood experience; továbbiakban: ACE) keresendő.

Mivel a gyermek bármilyen bántalmazása bűncselekmény, valamint a serdülők által elkövetett erőszak veszélyes a társadalomra, a kriminológiai faktorokról nem lehet elfelejtkezni (Perry, 1984). A jelenség mögött a gyermek fizikai, érzelmi és/vagy szexuális bántalmazása áll, amelyeket a személyiségfejlődés és a pszichopatológiai útvonalak későbbi fázisaiban kriminológiai vonatkozású tények is alátámasztanak. Hosszabb távon, már a felnőtt pszichiátriai osztályon tapasztalt verbális VAHCW okai között a gyenge betegségbelátás, a korábban elkövetett erőszakos bűncselekmény, a személyiségzavar, az együttműködés hiánya és a fiatal életkor szerepelnek (Neumann & Klatt, 2021).

A fentebb elemzett traumaközpontú szemlélet neurokognitív indikátorait nem feledve, a pszichiátrián dolgozók biztonságérzete szempontjából azonban tagadhatatlan, hogy a



gyermek és/vagy a hozzátartozó néha valóban a személyzetre támad, és ez sérti a személyzet tagjainak önérzetét, emberi méltóságát, és ezáltal kiégést okoz. A munkahelyi veszélyek (Gale et al, 2009) több formában jelentkezhetnek: szexuális zaklatás, a család fenyegetése, a tulajdon megrongálása, követés (stalking).

A VAHCW következményei (Gillespie et al, 2013): pályaelhagyás, düh, tehetetlenség, elszigetelődés, a munkáltató iránti negatív attitűd, pszichoszomatikus panaszok, csökkenő munkateljesítmény, poszttraumás stressz zavar. Egy kutatás (Alden et al, 2008) összehasonlította a megfigyelő és az érintett személyek élményeit. Ezek alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az érintett személyek nagyobb félelmet éltek át a VAHCW alatt, többeknek volt arousal tünetegyüttesük (PTSD E tünetcsoport), és többen voltak a munkájukkal általános értelemben elégedetlenek. A szemtanúk is PTSD szerű tüneteket mutattak, de azokat a személyiségük gyengeségeként interpretálták (PTSD D tünetcsoport). A pszichiátrián a beteg agressziója szorongást vagy dühöt okoz a személyzetben (Nijman, 2002), amely kommunikációs problémákat okoz, amely a környezeti faktorokkal együttesen az erőszak ördögi körszerű megismétlődéséhez vezethet.

A tetteges erőszakról szóló vélekedések alapján az körvonalazódott, hogy leginkább a gyermek mentális zavara miatt történik meg a bántalmazás (ütés, rúgás, harapás, lökés, leszorítás, köpés), a leggyakoribb következmény pedig a testi sérülés. Ez azt jelenti, hogy az Osztály dolgozói a gyermekek agresszív cselekedeteit elsősorban a betegség egyik tünetének tartják. A nem tetteges bántalmazás témában a fenyegetés, megalázás és a becsmélés jelent meg, amit elsősorban a szülők, de gyermekek is tanúsítanak a dolgozók felé. Ezek szerint az Osztályon dolgozók önérzete és emberi méltósága gyakran sérül.

E-mailben és telefonon is elképzelhető a bántalmazás. Az események leírásakor a válaszadók többsége (52%), a korábbi hasonló kutatásoknak ellentmondó módon, úgy nyilatkozott, hogy nem érte erőszak. Ez az eredmény talán azzal magyarázható, hogy a dolgozók a gyermekeket elsősorban betegnek és segítségre szorulóknak tekintik, az erőszakot nem tekintik VAHCW-nek. E mellett a dolgozók a szülők részéről bántalmazásig fajuló, nárcisztikusnak nevezhető magatartásmintákat (feljogosítottság,

devalváció, fontosságérzés, arrogancia, empátiahiány) azonosítottak. Kirívó elemként jelent meg a székkal történő támadás.

A KT-ket illetően a gyermek betegsége, a kommunikáció, a szülők érzelmei, valamint a család alacsony SES-e bizonyult kiemelkedőnek. A következménytéma leggyakoribb elemei a lelki sérülés, a történetek bagatellizálása, a fizikai sérülés, valamint az osztályos intézkedés megtétele. Ez azt sugallja, hogy a lelki sérülésnek nagyobb hatása van a dolgozókra, mint a testi sérülés vagy annak veszélye. Az okokra vonatkozó kérdés a gyermek betegségét, a negatív érzelmeket és a gyermek személyiségfejlődésének egyéb hiányosságait tárta fel. Azaz, a dolgozók több és egymásra épülő okokat látnak a bántalmazás mögött. Úgy tűnik, hogy a személyzet negatív érzelmi reakciókkal kezeli a helyzetet, de közben képes az önreflexióra, és verbálisan igyekszik megakadályozni a komolyabb bajt. Eszerint a negatív érzelmeik visszatükröződnek.

A dolgozók 76%-a, azaz a többsége, azonnal továbbítja a bántalmazásról szóló információt a vezetőinek. Ez az arány nagyobb, mint a korábbi magyar kutatásban mutatkozó eredmény. A vélekedések szerint a bántalmazást nem lehet megelőzni, de tréningeket lehetne szervezni, és protokollokat kellene kidolgozni. Ez mintha azt jelentené, hogy a dolgozók annak ellenére sejtik az esetleges megoldást, hogy tehetetlennek érzik magukat a bántalmazásokkal szemben. Fontosnak tartják továbbá, hogy a közvetlen betegekkel foglalkozó személyek alkalmasak legyenek a pszichiátriai munkára, jól kommunikáljanak a gyermekekkel, valamint, hogy az erőszakos cselekmények után feltáró megbeszélések (debriefing) történjenek.

Az esetek leírásánál spontán KT-ként jelent meg a látogatás, a betegfelvétel, a fizikai korlátozó intézkedés, valamint a gyógyszermegvonás. A megoldásnál, a következményeknél és okoknál is felmerült a betegfelvétel. A kezelés esetében spontán KT a beteg gyermek, a döntési dilemma és a megtámadott dolgozó személyisége. A megoldási lehetőségek esetében felmerült még az, hogy egyre több a KT. Az egyéb közlendők körében spontán KT-ként körvonalazódott a személyzet kiégése és szorongása, a kiszámíthatatlan, bántalmazott és menekülő gyermek, valamint a szülők magatartása. A leggyakrabban trendszerűen felbukkanó KT tehát a betegfelvétel. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a gyermek és a szülei is a betegfelvétel során

szembesülnek azzal, hogy a beteg több időt fog tölteni az Osztályon, és ilyenkor kiélezett konfliktushelyzetek adódhatnak.

A gyermek leginkább eltávozna az intézményből, a szülő észleli a gyermek ellenállását, a dolgozónak pedig – a közvetlen veszélyeztető pszichiátriai tünet miatt – kötelessége a beteg személyi szabadságát korlátozni. A betegfelvétel két sarkalatos pontja a döntés közlése és az ahhoz tartozó intézkedések (például a telefon és a dohánytermék elvétele), valamint az a pillanat, amikor a gyermek elindul az osztályra. A két momentum között a gyakorlatban több perc is eltelhet. A látogatás során a rendelkezésre álló időtartam orvosi utasítás szerinti módosítása és ennek ápolói végrehajtása egy kiemelt ütközőpont. A fizikai korlátozó intézkedéshez vezető konfliktus szinte mindig eszkaláció eredménye, és leginkább az önsértés elkerülése céljából történik.

Érdemes megemlíteni olyan tartalmi elemeket is, amelyek nem bukkantak fel gyakran, de speciálisnak mondhatók. Mindenképpen ilyen a kulturális nézeteltérés észlelése. A szóhasználat egyértelműen a roma kisebbséggel kapcsolatos nézeteket implikálja. A nemzetközi szakirodalomban nem találtunk erre vonatkozó utalást. A kitöltők 71%-a nő volt, mégis a nők elleni erőszak csak négy itemben jelent meg, a tetteges, a nem tetteges és a leírás témáknál. A nem tetteges bántalmazás egyik gyakoribb jegye a bullying volt, amely a személyes és az online térben is megtörtént. Az esetek leírásánál a gyermek antiszociális jegyei gyakrabban szerepeltek, mint a pszichiátriai okok. A KT témában megjelentek a társadalmi okok is, illetve az, hogy egyedül a kórház nem tudja megoldani a helyzetet. Ez arra utal, hogy a rendszerszintű problémák gyökere (egyes esetekben) a társadalomban (is) keresendő.

A második kódolás során azt tapasztaltuk, hogy a legtöbb témában (TET, NEM, LEI, KEZ, MEG, EGY) szituációs KT áll a VAHCW háttérében. A leírásoknál ugyanolyan hangsúlyú volt a külső KT is. A KOV és OKC témákban a beteggel kapcsolatos ismérvek vezettek, és egyedül a KT témákban jutott első hely a külső tényezőknek. A személyzet-beteg interakció a döntő a VAHCW tekintetében, azonban a gyermek betegségét – mint kiváltó tényezőt – nem lehet minden esetben kizárni. Fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy a bevezetőben leírtuk, a legtöbb betegség mögött korai trauma áll, a traumák mögött

pedig az ACE és a szülők deviáns viselkedése. A kórház egy nagyobb rendszer része, és az egészségügyi problémáknak társadalmi gyökerei is vannak. Tehát a VAHCW közvetlen okai a személyzet és betegek közötti interakcióban keresendők, a betegségek hátterében közvetett módon pedig a szülői deviancia áll. A kriminológiai faktorok – legalább közvetett – hatása igazolódott, ez szakmák közötti egyeztetést és stratégiai gondolkodást kíván, ahogy azt lényegében a korábban hivatkozott ombudsmani jelentés is leírta.

Az olyan magatartásminták, amelyek során a gyermek vagy a szülő az egészségügyi személyzetet fenyegeti, közfeladatot ellátó személy elleni erőszaknak (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 139. §; 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 311. §) minősülhetnek, amelyek egyes esetekben Magyarországon még 14 év alatti elkövetőnél is büntetendő [Btk. 16. §, e) pont].

Ekkor a kórház tesz feljelentést. Kutatásunk eredményeként látjuk, hogy a nem tetteles erőszak leggyakoribb ismérve – a dolgozók vélekedése szerint – a fenyegetés, ezért az ilyen megnyilvánulásokat komolyan kell venni, és minden esetben jelenteni kellene. Jogi természetű, igazságügyi szakértői feladat, hogy a gyermek pszichiátriai betegsége mennyiben befolyásolta a tettet. A kutatásunkban feltárt székkel való támadás, illetve a csonttöréssel végződő bántalmazás súlyos testi sértés is lehet halmazatban. Az Osztály bejáratára jól láthatóan ki van írva, hogy kamerás megfigyelés zajlik. Ez elvileg visszatartó erő lehet, amely jogi relevanciával is bírhat. A ruha megtépése és a köpés tetteles becsületsértésnek vagy akár garázdaságnak is minősülhet. Emberi jogi szempontból fontos itt is megemlíteni az fizikai és más korlátozó intézkedéseket. Az Európa Tanács Kínzás-megelőzési Bizottságának 16-ik éves jelentésének 54. pontja szerint a korlátozó intézkedések használatának gyakorisága a munkahelyi miliőt is káros irányban befolyásolhatja, ezért az alkalmazását a lehetőségek szerint kerülni kell, azonban a 37. pont szerint számos olyan helyzet képzelhető el, amikor a beteg és személyzet biztonságának védelme fontosabb. A kutatásunk is igazolta, hogy egy ilyen helyzetben a döntési dilemma kockázati tényező lehet. A fentiek okkal hívják fel a figyelmünket a tréningek, képzések és megbeszélések (debriefing) fontosságára. Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak megelőzése szempontjából fontos a tudatos jelenlét, a mindfulness (Brunero & Stein-Parbury, 2008;

Bryant, 2010). Egy régebbi szakcikk (Brewer, 1999) is jelezte, hogy az erőszakot közvetlen megelőző helyzetben a magabiztos fellépés kiemelten fontos, és hogy a titoktartás és a bizalmasság alapelve nem mehet a személyi biztonság rovására. Egy kanadai, gyermekpszichiátriákon végzett kvalitatív kutatás (Faulkner-Gibson, 2012) szerint a kollégák közötti személyközi kapcsolat hat a gyermekek agresszív viselkedésének érzékelésére. Az agresszió észlelése egyfajta kontinuum, amelyet közvetlenül befolyásol a résztvevők közötti csoportdinamika. Az autoriter és a túlzottan engedékeny környezet nincs jó hatással a pszichiátriai beteg gyermekekre. A munkaidőbe épített egyéni és csoportos klinikai szupervízió csökkenti a kiégés és a morális stressz mértékét. A gyakorlati kérdések megvitatása és megosztása (debriefing) mérsékeli az aggodalmat, a kiégést, és a kollegák közötti konfliktusok gyakoriságát. A hatékony helyzetfelismerés, az önismeret, az önbizalom, az idővel való helyes gazdálkodás, a rendszeres visszajelzés, és a kommunikációs technikák fejlesztése rendkívül fontos. Végül pedig kiemelendő, hogy a pszichiátriai területen feladatot ellátó személy ideális esetben a saját félelmeivel, szorongásaival és szenzitivitásával is tisztában van, mielőtt segítő foglalkozásban helyezkedne el (Meerwijk et al, 2007).

### 3. A KUTATÁS MÓDSZERTANA

#### 3.1 A VIZSGÁLATBA BEVÁLOGATOTT SZEMÉLYEK

A vizsgálatokat a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (Heim Pál OGYI) Pszichiátriai osztályán, a kórház Intézeti Kutatásetikai Bizottságának (KUT-27/2021, IKEB) engedélyével végeztük.

Célunk egy retrospektív, epidemiológiai adatfeldolgozás volt, amelynek során az Osztályra 2009. július 1. és 2019. június 30. közötti tíz évben felvett gyermekekkel kapcsolatosan nyert, medikai rendszerben (SanitasX™ integrált medikai rendszer, IT Rendszerház Kft) tárolt adatait elemeztük.

A vizsgálat első fázisában azoknak a fiataloknak elemeztük az epidemiológiai szempontokból releváns adatait, aki az osztályra kényszerintézkedés (rendőri beszállítás) vagy őrzött szállítás (OMSZ, rendőri védelemben) kerültek (11.ábra).



11. ábra  
Pszichiátriai osztályos kezelés alatt álló letartóztatott serdülő

Az adatgyűjtés és feldolgozás közben azt tapasztaltuk, hogy ugyanaz a gyermek vagy serdülő több alkalommal is igényelt a vizsgált periódus során Pszichiátriai fekvőbeteg ellátást, de nem minden esetben került sor beszállítása során vagy azzal kapcsolatosan rendészeti intézkedésre. Annak feltárására, hogy a 2009.július 01. és 2019. június 30. közötti időszakban hány, és milyen – a kutatás szempontjából releváns – adatú, epidemiológiailag elemezhető eset került ellátásra, informatikai megoldást vettünk igénybe.

A Kórház által használt medikai rendszer – SanitasX™ - fejlesztőivel együttműködve kórházi informatikusaink fejlesztettek egy szűrő programot, amely egyedileg megadott kulcsszavak alapján képes volt anonimizált módon legyűjteni a kutatáshoz feltétlenül szükséges adatokat.

A kulcsszavak, amelyekre a keresés történt:

- rendőr (“rendőrség” legyűjtése automatikus, a szótöredék egyezés miatt)
- bíró (“bíróság” legyűjtése automatikus, a szótöredék egyezés miatt)
- bűn (“bűncselekmény” legyűjtése automatikus, a szótöredék egyezés miatt)
- kényszer (“kényszerintézkedés” legyűjtése automatikus, a szótöredék egyezés miatt)
- börtön
- bv
- javító

A vizsgálatba való bekerülésnek alsó vagy felső korhatára nem volt. Kizárási kritérium volt, ha a személy anamnézisében a terhére rótt cselekmény nem szerepelt.

A kontroll csoport tagjai az osztályon ugyan ebben az időszakban felvett és kezelt normál (büntetendő cselekmény anamnézis nélküli) populációból kerültek ki, kényelmi mintavétellel.

A résztvevők nem kaptak anyagi vagy bármilyen egyéb kompenzációt a vizsgálatban való részvételért.

## **3.2 DIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK**

### **3.2.1 GYERMEK MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (M.I.N.I.)**

A Gyermek-MINI egy olyan, nemzetközileg elterjedt, DSM-re épülő strukturált diagnosztikai kérdőív, amely 30 pszichiátriai zavar mérését teszi lehetővé, mint pl.:

- viselkedési zavar, CD

- oppozíciós zavar, ODD
- figyelemzavaros hiperaktivitás, ADHD
- szorongásos betegségek
- hangulatzavarok (MDD, BP)
- alkohol és drog abúzus/dependencia
- tik zavarok
- pszichotikus zavarok
- étkezési zavarok
- alkalmazkodási zavar
- átható fejlődési zavar

A klinikus szakemberek a MINI egyik fő előnyének a tömörségét, könnyű kezelhetőségét tekintik. Felvétele más strukturált mérőmódszerekhez képest jóval kevesebb időt vesz igénybe, azonban egyik hátrányát is ennek a tulajdonságának köszönheti. Az interjú segítségével a legtöbb esetben jelenre vonatkozó diagnózis határozható meg, az élettartamot lefedő diagnózis felállításra nem alkalmas. Ettől eltekintve a mérőeszköz felnőtt- és gyermekváltozata is igen széles körben elterjedt, jól alkalmazható módszerként tartják számon, amely hatékonyan segíti a diagnosztikai munkát.

A Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) kérdőívet Sheehan és Lecrubier munkacsoportjai dolgozták ki, amelynek 2010-ben speciálisan a gyermekek és serdülőkorúak mérésére alkalmas változata is megjelent (Lecrubier et al, 1997; Sheehan et al, 2010).

A kérdőív magyarországi adaptációját Balázs és munkatársai végezték (Balázs et al, 1998; Balázs et al, 2004). Vizsgálataik alapján megfelelő esetszám esetén a kérdőív kritériumvaliditás, interrater reliabilitás és a teszt-reteszt reliabilitás eredményei alátámasztják a mérőeszköz jó használhatóságát és megbízhatóságát.

A Gyermek M.I.N.I. egy rövid, strukturált, átfogó diagnosztikus kérdőív, amely mind a DSM-IV, mind a BNO 10 klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózisok felállítását lehetővé teszi (Lecrubier et al, 1997; Balázs et al, 2004).



A korábban elérhető strukturált eszközöket elsősorban kutatási szemlélettel dolgozták ki, így, bár azok nagyfokú precizitással mérik fel a tüneteket, felvételük bonyolult és igen időigényes. A gyakorlati, hétköznapi klinikai (vagy igazságügyi szakértői) munka során sok esetben szűkebb időkeret áll a szakemberek rendelkezésére, valamint számos vizsgálati személynek nehézséget jelent a hosszú ideig tartó tesztfelvétel. A kérdőív megalkotói ezért egy olyan, magas szenzitivitással és specificitással rendelkező strukturált mérőeszköz kidolgozását tűzték ki célul, amelynek segítségével a pszichiátriai zavarok mérése gyorsan és hatékonyan megvalósítható. A fenti célkitűzések figyelembevételével készült el a DSM-III-, majd IV, valamint BNO-10 kritériumoknak megfelelő diagnózis felállítását lehetővé tevő MINI-International Neuropsychiatric Interview. A mérőeszközt azóta több alkalommal átdolgozták, legújabb verziója (MINI 7.0.2) már a DSM-5 kritériumrendszerére támaszkodik.

A 6–18 éves korosztály mérésére alkalmas Gyermek M.I.N.I. 30 pszichiátriai zavar mérését teszi lehetővé. Az interjú felvételekor a szülő és a gyermek együtt van jelen, a vizsgálatvezető azonban elsősorban a gyermeknek teszi fel a kérdéseket, a szülő bevonására csak abban az esetben kerül sor, ha a gyermek bizonytalan a válaszbán, vagy a szülő úgy véli, a gyermeke nem megfelelő választ adott. Idősebb gyermekek, serdülők mérésekor a vizsgálatvezető dönthet úgy, hogy csak kétszemélyes helyzetben, a szülő bevonása nélkül veszi fel az interjút. A kórképek diagnosztikus szekciókat alkotnak, és a különböző szekciók tételei a DSM kritériumain alapulnak. Az egyes pszichiátriai zavarok bevezetése egy, illetve néhány esetben két szűrőkérdéssel kezdődik, amelyekre „igen” vagy „nem” válasz adható. Ezekre a kérdésekre (alapvető kritériumok) adott negatív válasz esetén az adott zavar kizárható, a vizsgálatvezető a következő zavar szűrőkérdéseire ugorhat. A szűrőkérdésekre adott pozitív válasz esetén az adott kórképhez tartozó további, szintén „igen”/„nem” válaszformátumú kérdések következnek. Diagnózis abban az esetben állítható fel, ha – a DSM-ben szereplő kritériumok alapján – meghatározott számú kérdésre „igen” választ ad a vizsgálati személy. A szűrőkérdések, valamint a hozzájuk tartozó tovább ugrási szabályok jelentősen csökkenthetik a mérőeszköz felvételéhez szükséges időt.

A felnőtteknél alkalmazott M.I.N.I. kérdőív használhatóságának elemzésekor Lecrubier és munkatársai 346 fő bevonásával vizsgálták a mérőeszköz megbízhatósági mutatóit.

A M.I.N.I. időbeli stabilitását jelző teszt-reteszt korrelációk kétnapos időintervallum esetén 0,76 és 0,93 között ingadoztak, az értékelők közötti együtt járások összehasonlításakor pedig 0,88 és 1,00 közötti korrelációkat kaptak. A mérőeszköz specificitása is megfelelőnek bizonyult minden kórkép esetében, az értékek 0,72 és 0,97 közé estek. A szenzitivitásmutató az agorafóbia és a fóbia esetében volt a legalacsonyabb (0,59 és 0,46), a depresszív epizód esetében pedig a legmagasabb (0,94).

A Gyermek M.I.N.I. pontozók közötti és teszt-reteszt megbízhatóságát becsülő mutatók értékei a szerzők vizsgálatában a disztímia kivételével 0.64–1.00 között ingadoztak. 18 zavar esetében kiváló (0,81 és 1,00 közötti), két zavar esetében pedig megfelelő (0,73 feletti) specificitás értékekről számoltak be.

### **3.2.2 A GYERMEKVISELKEDÉSI KÉRDŐÍV (CHILD BEHAVIOR CHECKLIST, CBCL)**

A Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) a gyermek- és serdülőkorúak emocionális és viselkedés zavarainak feltárására, valamint mérésére kifejlesztett mérőeszköz (Achenbach, 1985). A kérdőív két jól elkülöníthető része a kompetencia skála és a problémalista. A kompetencia skálán belül több alskála méri fel a gyermek aktivitását, társas tevékenységét és kognitív képességeit. A problémalista olyan eltéréseket tár fel, mint

- Visszahúzódás
- Szomatikus panaszok
- Depresszió/szorongás
- Figyelmi zavarok
- Társasa problémák
- Gondolkodási zavarok
- Agresszió és deviancia (szabályszegő magatartás)

### 3.2.3 KÉPESSÉGEK ÉS NEHÉZSSÉGEK KÉRDŐÍV (STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE, SDQ)

Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ) Robert Goodman angol gyermekpszichiáter fejlesztette ki a Rutter-féle (Elander & Rutter, 1996) szülői kérdőívet alapul véve.

A 25 tételes mérőeszköz a gyermekkori viselkedési problémák egyik legnépszerűbb, nemzetközileg elismert szűrőmódszere, amelyet már több mint 40 nyelvre lefordítottak. A kérdőívnek három változata van, amelyek lehetőséget biztosítanak a szülői vagy gondozói/tanári jellemzések segítségével a 2–4 és 4–17 éves gyermekek problémáinak feltérképezésére, valamint 11–17 éves korúak körében a mérőeszköz önjellemző változata is használható.

A mérőeszköz tételei a következő öt skálát alkotják:

- Érzelmi tünetek
- Viselkedési problémák
- Hiperaktivitás
- Kortárs kapcsolati problémák
- Proszociális jellemzők

2005 óta a mérőeszköz magyar nyelvű változata is elérhető, és az elmúlt időszakban több hazai vizsgálat is alátámasztotta a módszer hazai alkalmazhatóságát (Birkás et al, 2008; Turi et al, 2011; Gerevich & Bácskai, 2012; Kasik & Gál, 2014; Rózsa & Kő, 2015). A mérőeszközt kidolgozó Robert Goodman professzor az SDQ weboldalán (<http://www.sdqinfo.org>) folyamatosan frissített tartalommal számol be a mérőeljárás legújabb eredményeiről, változatairól és a rendelkezésre álló normákról, kiértékelési módokról. Az SDQ magyar nyelvű változata és kiértékelése a fenti weboldalról letölthető.

Goodman (2001) vizsgálata alapján az SDQ skáláinak teszt-reteszt korrelációja 4–6 hónapos időtartamot tekintve 0,21 és 0,82 között ingadozik. A skálák belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatók 0,41 és 0,88 közöttiek. A brit normákat és a pszichometriai elemzéseket közel 10 ezer szülő, tanár és gyermek értékelései alapján készítették el. A nagy mintán végzett faktorelemzések az SDQ mindhárom változatában (szülői, tanári és önjellemző) az ötfaktoros megoldást erősítették meg:

1) Érzelmi tünetek, 2) Viselkedési problémák, 3) Hiperaktivitás, 4) Kortárs kapcsolati problémák és 5) Proszociális jellemzők.

A kérdőívet Nagy-Britannián kívül számos európai országában (pl. Belgium, Finnország, Franciaország, Hollandia, Németország, Svédország) és a világ távolabbi pontjain, eltérő kulturális hagyományú országokban és térségekben is (pl. Ausztrália, Brazília, Kanada, Közel- és Távols-Kelet) sikerrel alkalmazzák.

A nemek szerinti összehasonlító elemzések során a fiúk általában több nehézséget mutatnak a Viselkedési problémák, a Hiperaktivitás és a Kortárs kapcsolati problémák skálákon, míg a lányok általában magasabb pontszámot érnek el az Érzelmi tünetek és a Proszociális viselkedés skálákon (Smedje et al, 1999; Muris et al, 2003; Woerner et al, 2004; Maurice-Stam et al, 2018).

Az értékelők közötti együttjárások összehasonlításakor Goodman (2001) 0,21 és 0,48 közötti korrelációkat kapott. A legszorosabb együttjárások a szülői és a tanári értékelések között voltak, míg a legkisebbek a tanári értékelések és az önjellemzés között mutatkoztak.

A reprezentatív hazai vizsgálati mintán (Rózsa & Kő, 2015) végzett eredmények alapján a gyermek- és a szülői értékelések között mutatkozott a legerősebb együttjárás (pl. Összes probléma: 0,49), míg a gyermek és tanár között a legcsekélyebb (pl. Összes probléma: 0,35). Az SDQ és a Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) tanári értékeléseinek összevetésekor az együttjárások magasak, ami a mérőeszközök konstruktum validitását támasztják alá (4. táblázat).

<b>SDQ/CBCL skálák</b>	<b>Spearman-rho</b>
Érzelmi tünetek / Internalizáció	0,63
Viselkedési problémák / Externalizáció	0,54
Hiperaktivitás / Figyelmi problémák	0,65
Kortárskapcsolati probléma /szociális problémák	0,41
Összes probléma	0,69

4. táblázat Az SDQ skálák és az ezeknek megfeleltethető

Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) skálák közötti korrelációk (tanári jellemzés,

N=165)

### **3.2.4 PIÉRON-FÉLE FIGYELMI TESZT**

A Piéron-féle figyelmi teszt egyszerű ábrák vizuális diszkriminációján keresztül méri a figyelem mennyiségi és minőségi mutatóit. A pszichiátriai klinikumban 5+5 perc időtartam alatt végeztetjük el a tesztet. Egy-egy tesztlapon 20 sorban összesen 400 jelet kell a vizsgálatra jelölt személynek végig néznie. A jelek 4 mm nagyságú négyzetek, mindegyiken kis vonalka jelzi a különbségeket. Összesen nyolc különböző helyen lehetnek a négyzethez csatlakozó jelek (a négy oldalon és a négy sarokban). A feladat az, hogy a megadott négy megfelelő jellel ellátott négyzeteket keresse meg a vizsgálatra jelölt személy és karikázza azokat be. A hibáknak két típusa lehet: kihagyás vagy téves jelölés. A figyelem tartósságának és minőségének kiszámítása az átnézett mintaszám és a hibák arányából végezhető el (Klein, 2009).

### **3.3 A STATISZTIKAI A FELDOLGOZÁS MÓDSZERTANA**

Az elemzett adatok a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Pszichiátriai Osztályán végzett fekvőbeteg ellátási tevékenység során nyert és vizsgálható információkon alapulnak. Az adatelemzés célja, hogy a megvizsgálja a büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok kórházba való be- és visszakerülésének mintázatát és annak frekvenciáját, külön elemezve ezeket kor és nemi megoszlás szerinti bontásban is.

Az elemzés során összesen 2.073 – a személy beazonosíthatóságát lehetetlenné tevő anonimizálással nyert – 4,5 és 19, 5 év közötti beteg adatai kerültek feldolgozásra. A mintavétel és az adatok feldolgozása a GDPR szabályainak betartása mellett történt, az egyes elemek nem beazonosíthatók, név nélkül szerepelnek.

Az adatbázist az elemzési folyamat előtt komoly adatfűzési és adattisztítási folyamatnak kellett alávetni, mivel a rendszer egyes eseteket, azaz kórházi felvételeket kezel, nem pedig a személyekhez köthető bekerülések és elbocsátások idősoros elrendezését. Az adatok tisztítására és fűzésére Excel táblázatban került sor, annak függvényeinek és funkcióinak alkalmazásával, továbbá manuális módon.

A fűzött és megtisztított adatbázis további elemzése SPSS statisztikai program segítségével történt, ahol a gyakoriságok vizsgálatára került sor, illetve kereszt táblák készültek nemi és életkori bontásban. Az adatelemzés során átlagok, mediánértékek minimum- és maximumértékek meghatározása is megtörtént. Releváns esetekben khi négyzet próbák elvégzésére is sor került, amely két változó közötti kapcsolat elemzésére alkalmazható statisztikai próba és választ ad arra a kérdésre, hogy a két változó között van-e szignifikáns kapcsolat.

Az átlagszámítás, más néven számtani középérték számítása során az összes vizsgált adatot összeadjuk és elosztjuk az adatok számával. Az átlagszámítás során nyert értékkel kapcsolatos probléma lehet, hogy az így nyert szám, az „átlag”, nem ad választ arra, hogy mi az az érték, ami leginkább jellemző az adatsorra?

A mediánszámítás ezzel szemben egy adatsornak a középértéke. Ebben az esetben az adatokat nagyság szerint sorba kell rendeznünk és a középső adat lesz a medián érték. Abban az esetben, ha az adatsoron belül nincs nagy eltérés, akkor a medián és a számtani átlag egymáshoz közeli szám.

A Pearson-féle khi-négyzet ( $\chi^2$ ) próba diszkrét eloszlású, vagy ilyené tehető változók vizsgálatára alkalmas statisztikai eljárás. A nominális (vagy kategoriális) változókat tekintjük diszkrét változónak. Különböző kategoriális változók léteznek, alapvető elvárás, hogy egy entitás (személy, dolog stb.) egy kategóriába eshessen csupán (az ilyen típusú változók legáltalánosabb példája a nem). Két diszkrét változó átlagának összehasonlítása értelmetlen, mivel a kategoriális változóknak nincs átlaga. A számszerű érték, amit egy változóhoz hozzárendelünk, nem fejez ki valódi értéket, döntés eredménye, hogy melyik kategóriánkat jelöljük 1-es számmal (a személyek neme esetében az egyezményes szabály, hogy 1 jelöli a férfiakat), illetve 2-essel (nem esetében a nőket). Ami diszkrét változók esetében elemzésbe vonható, hogy milyen gyakorisággal esnek elemek/változók az egyes kategóriákba (például egy adott sokaságon belül, hány nő és hány férfi van). Kapcsolatelemzést pedig akkor érdemes végeznünk, ha kíváncsiak vagyunk, van-e összefüggés, hogy egy egyén két kategoriális változón belül, milyen értéket vesz fel. Khi négyzet próbára van szükségünk ahhoz, hogy megállapíthassuk, két kategoriális változó között van-e kapcsolat (példánknál maradva

a fejlődési skála becslése és a valós fejlődési kimenet között). Vagyis, hogy az egyes kategóriában várható gyakoriságok eltérnek-e a véletlen szintjétől? A próba elvégzéséhez szükségünk van a megfigyeléseink standardizálására. Ha az összes standardizált eltérést összeadjuk, megkapjuk a Pearson-féle Khi négyzetet. A próba elvégezhetőségéhez a mintaeloszlásnak a Khi négyzet eloszlást kell közelítenie. Minél nagyobb a mintánk, ez az előfeltétel annál egyszerűbben teljesül. Ha azonban kicsi a minta (nem közelít kellőképp a  $\chi$  eloszláshoz) kisebb a valószínűsége a szignifikanciaszint elérésének. (Vargha, 2000)

Esetünkben a statisztikai elemzés megbízhatósága és érvényessége megfelelő, amelyet a magas elemszám is erősít.

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK LEÍRÓ STATISZTIKAI ELEMZÉSE (A VIZSGÁLATI CSOPORTOK BEMUTATÁSA)

A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (HOGYI) Pszichiátriai Osztályára a kutatásban elemzett időszak során felvett gyermekek és serdülők, valamint az összes ( $N_{\text{összes}}$ ) a kutatás szempontjából szűkített vizsgálati csoportokba ( $N_{\text{beválogatott}}$ ,  $N_{\text{kutatott}}$ ) tartozó személyek egyes demográfiai adatait az 5. táblázatban foglaltuk össze.

A kutatásban elemzett adatok 10 év fekvőbeteg ellátása során keletkeztek.

A kutatási periódus: 2009. július 01. – 2019. június 30.

	$N_{\text{összes}}$	$N_{\text{beválogatott}}$	$N_{\text{kutatott}}$
Fekvőbeteg esetek száma a vizsgálati időszak során	6.438 fő (100%)	2.073 fő (100%)	570 fő (100%)
A vizsgálati időszak során az osztályra felvett fiúk száma (fő, százalék)	3.498 fő (54,33%)	1.058 fő (51,04%)	294 fő (51,58%)
A vizsgálati időszak során az osztályra felvett lányok száma (fő, százalék)	2.940 fő (45,66%)	1.015 fő (48,96%)	276 fő (48,42%)
A mintában bekerült páciensek átlag életkora	11,06 év	13,45 év	13,98 év
Standard deviáció (szórás)	5,18 év	2,56 év	2,40 év
A mintába bekerülő legfiatalabb páciens életkora	2,0 év	4,5 év	10,0 év
A mintába bekerülő legidősebb páciens életkora	19,5 év	19,5 év	19,5 év

5. táblázat

Az elemzett időszak (2009.07.01. – 2019.06.30.) alatt a HOGYI Pszichiátriai Osztályára felvett páciensekből álló teljes minta ( $N_{\text{összes}}$ ) és az anamnéziséjükben büntetendő cselekménnyel kapcsolatos adatú ( $N_{\text{beválogatott}}$ ) és a csoporton belül 10 évesnél idősebb személyekből álló ( $N_{\text{kutatott}}$ ) szűkített minták demográfiai jellemzői



A kutatás célkitűzése szerint kerestük a jellemző eltéréseket az Osztály fekvőbeteg mintája és az azon belül definiálható kutatásba bevont vizsgálati személyek között. Ezt egy minta szűkítési folyamattal kívántuk elérni.

Az adatok elemzése során hamar kiderült, hogy a tíz éves periódus során ugyanazon gyermek vagy serdülő, akinek az anamnézisében büntetendő cselekmény elkövetése is szerepelt, több alkalommal is igényelhetett az osztályon pszichiátriai obszervációt, kezelést.

Ezért a kezdeti eredmények pontosítása, reális feltérképezése és a hiteles közlés érdekében, további szempontok szerinti adatgyűjtés mellett döntöttünk. Ehhez a SanitasX™ típusú medikai szoftver által tárolt betegadatok anonimizált, keresőszavas vizsgálatát végeztük el<sup>4</sup>. Az informatikai szolgáltató részére megadott keresőszavakkal olyan ellátási eseteket kerestünk, amelyek szövegeiben előfordultak pl. a bűn, a rendőr, a bíróság, a bilincs vagy a javító-nevelő szavak, kifejezések. Az így nyert 21.727 sornyi adatbázis tisztítását és elemzését az SPSS statisztikai program segítségével végeztük.

A teljes fekvőbeteg ( $N_{\text{összes}}$ ) mintán belül a a bűnelkövetéssel kapcsolatos keresőszavak 2.073 esetről jelent meg. Az így keletkezett mintát  $N_{\text{beválogatott}}$  csoportként definiáltuk (l. 5. táblázat).

Az  $N_{\text{beválogatott}}$  – szűkített – mintán is elvégeztük az alap statisztikai elemzéseket.

Azt találtuk, hogy a keresőszavak alkalmazásával szűkített csoportban a legfiatalabb életkor 4,5 év (5. táblázat). Ennek alapján egyértelművé vált, hogy a kulcsszavak alkalmazásával szűkített kliens-adatbázisba a büntethetőség alsó életkori határától jóval fiatalabb gyermekek is belekerülhettek, pl. olyan esetekben, amikor a szülő vagy a pedagógus által megfélemezhetetlen óvodai, kisiskoláskori indulatkitörések miatti kértek intézkedést.

Ezért adatbázisunkat tovább szűkítettük a beválogatási kritérium alsó életkori határának 10,0 évre történő beállításával. A 10,0 évesnél idősebb gyermekek és serdülők száma – a kulcsszó kereséssel a teljes mintán belül azonosítható,

---

<sup>4</sup> A keresőszavas leggyűjtésben adott informatikai segítséget itt szeretném megköszönni a HOGYI Informatikai Osztály dolgozóinak, elsősorban Szőke Attila osztályvezetőnek

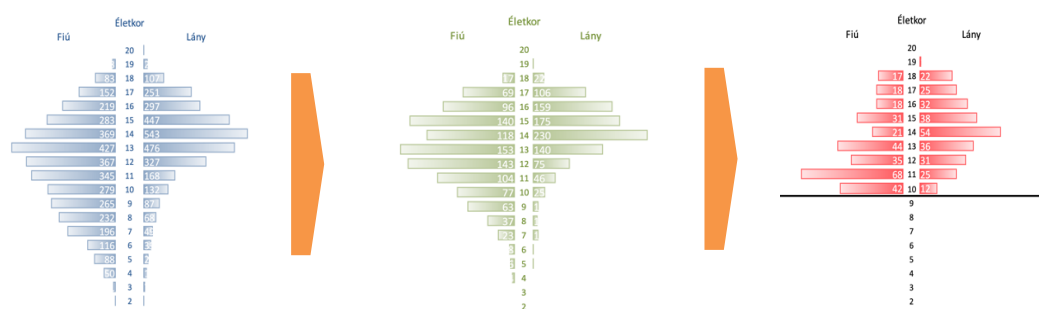
bűnelkövetéssel kapcsolatban álló fiatalok csoportján belül – ( $N_{\text{kutatott}}$ ) 570 fő volt (5. táblázat).

Életkoruk a magunk által választott 10,0 (min) és a talált 19,5 (max) év között volt. A kutatás szempontjainak megfelelő, 10,0 évesnél idősebbekből generált mintán belül a főbb demográfiai jellemzők is az 1. táblázatban kerültek összefoglalásra. Az  $N_{\text{kutatott}}$ , azaz a 10,0 évesnél idősebb, kulcsszó kereséssel a teljes mintán belül azonosított, bűnelkövetéssel kapcsolatban álló fiatalok átlagéletkora 13,98 év volt. Meg kell jegyeznünk, hogy ugyanezen időszak során az osztályon kezelt teljes kliens-populáció átlagéletkora 11,06 év volt.

A 12. ábrán tüntettük fel a teljes vizsgált időperiódus során osztályos (bentfekvő) ellátást kapott összes eset ( $N_{\text{összes}}$ ) nemek és életkor szerinti megbontását, valamint a kutatásba beválogatott ( $N_{\text{beválogatott}}$ ), majd a további szűkítés eredményeként ténylegesen kutatott ( $N_{\text{kutatott}}$ ) esetek korfaszerkezetét.

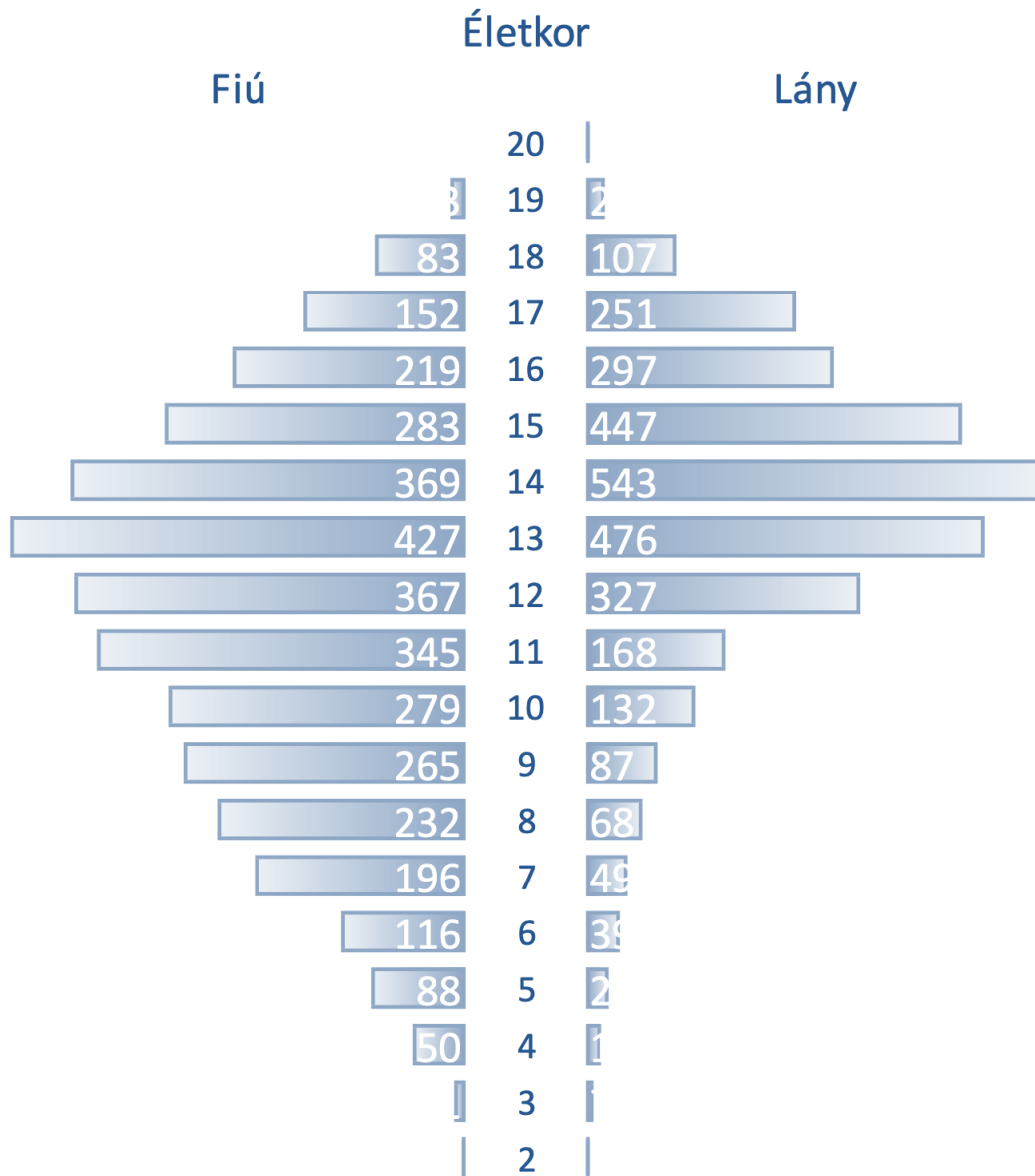
A három csoport korfáit az összehasonlíthatóság érdekében mutatjuk be – a jó vizuális szemléltethetőségre tekintettel – egy közös ábrán (12. ábra).

Ugyanakkor az adatok unikális jellege miatt a külön-külön megjelenítést is érdemesnek tartottuk szerepeltetni (13, 14. és 15. ábra).



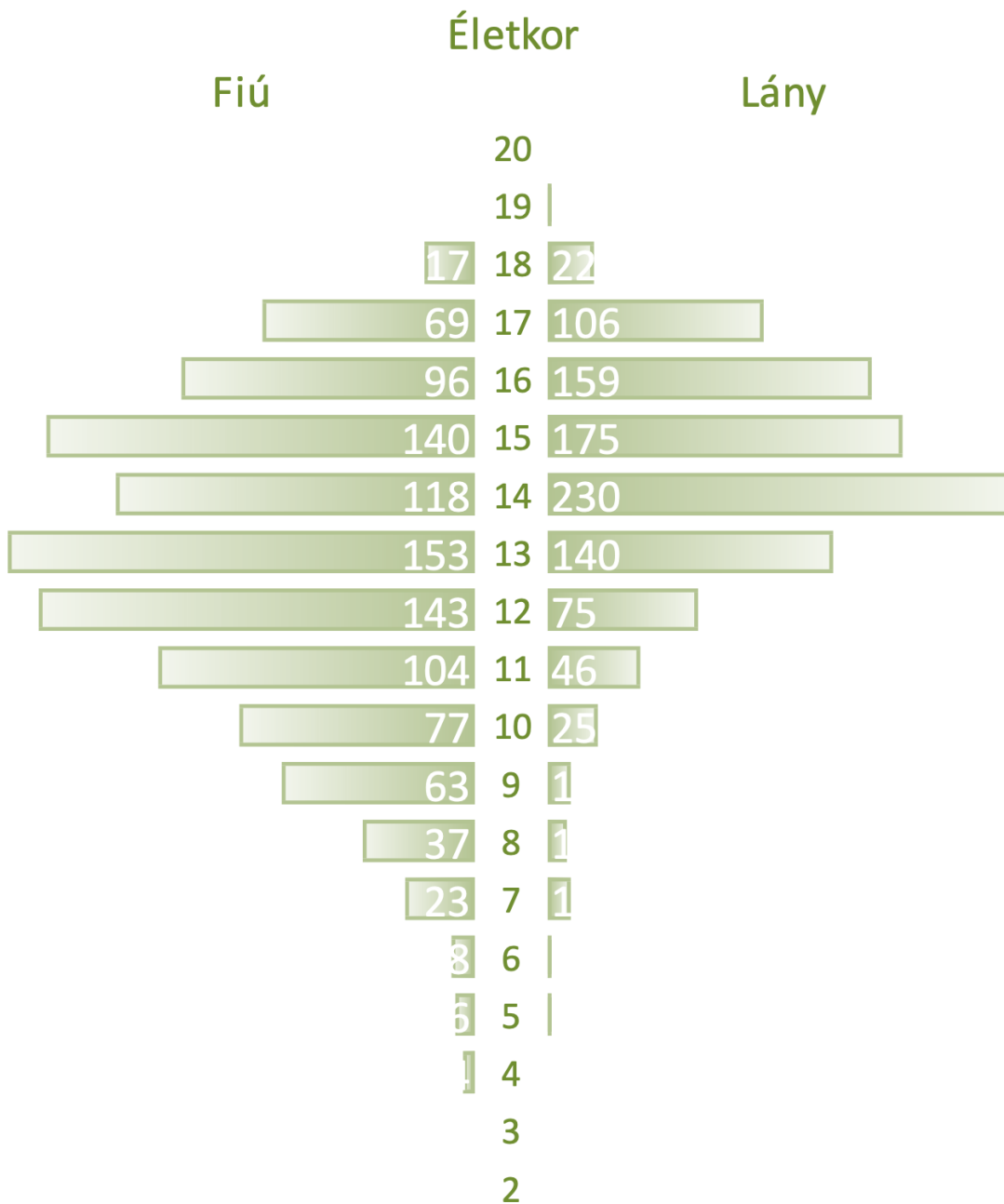
12. ábra

A HOGYI Pszichiátriai Osztályra 2009. július 01. és 2019. június 30. között felvett, fekvőbeteg ellátási igényű összes pszichiátriai beteg ( $N_{\text{összes}}$ ) nemek és életkor szerinti megoszlása, és a kutatásba beválogatott ( $N_{\text{beválogatott}}$ ), majd a további szűkítés eredményeként ténylegesen kutatott ( $N_{\text{kutatott}}$ ) személyek korfa szerkezete



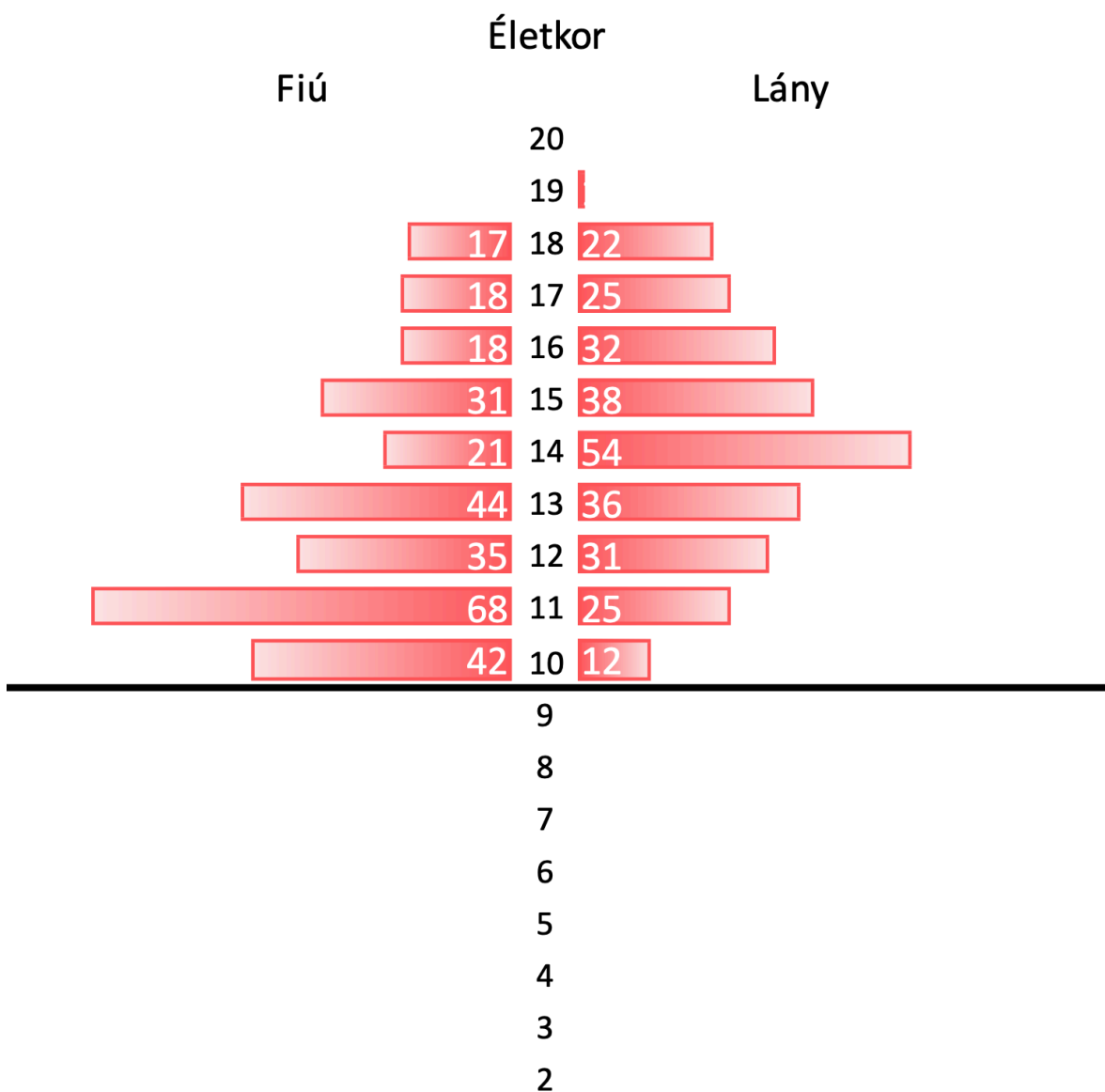
13. ábra

A HOGYI Pszichiátriai Osztályra 2009. július 01. és 2019. június 30. között felvett, fekvőbeteg ellátási igényű összes pszichiátriai beteg  $N_{\text{összes}}$ : 6.438 fő nemek és életkor szerinti megoszlása.



14. ábra

A HOGYI Pszichiátriai Osztályra 2009. július 01. és 2019. június 30. között felvett, fekvőbeteg ellátási igényű összes pszichiátriai beteg N<sub>bevalogatott</sub>: 2.073 fő nemek és életkor szerinti megoszlása.



15. ábra

A HOGYI Pszichiátriai Osztályra 2009. július 01. és 2019. június 30. között felvett, fekvőbeteg ellátási igényű összes pszichiátriai beteg  $N_{\text{kutatott}}$ : 570 fő nemek és életkor szerinti megoszlása.

#### 4.2 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK DIAGNÓZISAINAK LEÍRÓ ELEMZÉSE

A crimen előzményekkel terhelt, pszichiátriai eltérést mutató fiatalos osztályos kivizsgálási protokollja ugyanazon szakmai elvek szerint zajlik, mint amelyeket az általános gyermek- és ifjúsági pszichiátriai vizsgálat során használunk. Mint minden betegvizsgálatnál, itt is elsődleges a részletgazdag, precíz, lehetőség szerint heteroanamnézissel kiegészített anamnézis felvétel, melynek során az együttműködés, kommunikáció, viselkedés jellegzetességeit is explorálja a pszichiáter.

A pszichiátriai diagnózis felállítása, az úgynevezett formuláció, a vizsgált időszak során bizonyos mértékben változott, hiszen 2013-ig a DSM-IV-et, majd 2013-as hatályba lépését követően a DSM-5-öt használtuk. A nozológiai változások a diagnózisok érvényességét természetesen nem érintették.

A 10,0 évesnél idősebb, kutatott mintára ( $N_{\text{kutatott}}$ ) szűkített beteganyag vonatkozásában megállapított, legjellemzőbb pszichiátriai diagnózisokat az alábbi táblázatban tüntettük fel (6. táblázat).

<b>Mentális eltérés típusa (diagnosis)</b>	<b>Mentális eltérésben érintettek száma (fő)</b>	<b>Mentális eltérés gyakorisága (%)</b>
Viselkedési zavar (CD)	434	76,2%
Aktivitás- és figyelem zavar (ADHD)	100	17,6%
Oppozíciós magatartási zavar (ODD)	85	14,9%
Szerhasználat/szerfüggőség (SUD)	447	78,4%
Poszt-traumás stressz zavar (PTSD)	58	10,1%
Pszichotikus zavarok (SCH)	18	3,2%

6. táblázat

Magyarországi adatok a – HOGYI pszichiátriai osztályán 2009.07.01. – 2019.06.30. között kezelt – bűntetendő cselekményeket elkövető, kutatásba bevont ( $N_{\text{kutatott}}$ ) fiatalok jellemző pszichopatológiáiról

A mentális eltérések, azaz pszichopatológiák részletes bemutatására az 5. fejezetben fog sor kerülni. Ebben a fejezetben elsősorban az eredmények közreadása volt célunk.

A bűnelkövető serdülők vezető pszichopatológiája a viselkedési zavar (CD). Saját adataink szerint is kiemelkedő arányban lehetett megállapítani ezt a diagnózist az ( $N_{\text{kutatott}}$ ) mintán, 76,2% részesedéssel.

Figyelemzavaros-hiperaktivitást (ADHD) 17,6%-ban tudtunk megállapítani, de az oppozíciós magatartászavar is jelentős (14,9%) arányban volt diagnosztizálható.

A szerhasználat (SUD) a vizsgált populációban kiugróan magas arányt mutat, annak magyarázatát a következő fejezetekben megadjuk.

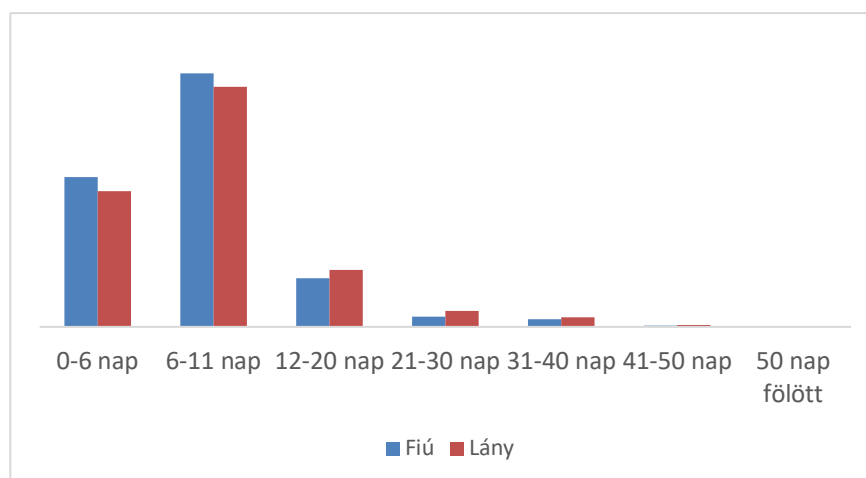
A traumás életesemények következtében kialakult súlyos mentális és pszichés eltérés (poszt-traumás stress zavar, PTSD) a büntetendő cselekményt elkövető fiatalok több, mint 10%-nál volt azonosítható.

A közvéleményben leginkább félelmet keltő pszichotikus zavarok (schizophrenia, egyes esetekben autizmus-spektrum zavar, bipoláris-affektív zavar) aránya a büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok körében alig haladja meg a 3%-ot.

Mint azt az 5. táblázatban összefoglaltuk, a kutatásban érintett személyek nemi aránya kiegyenlített volt.

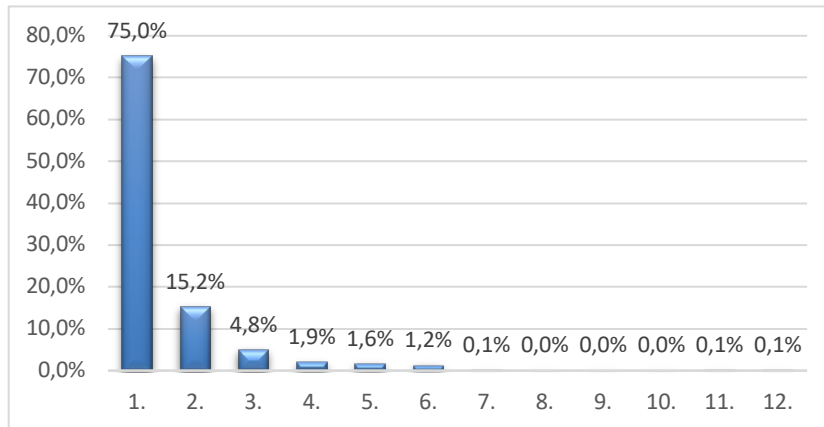
#### 4.3 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK ÁPOLÁSI IGÉNYE

A kutatásban érintett fiatalok ( $N_{\text{kutatott}}$ ) osztályos ápolási igénye az első felvételeik során az esetek túlnyomó hányadában nem haladta meg az országosan ismert gyermekpszichiátriai átlagos ápolási napok számát, amely 6 és 11 nap közé esik (16. ábra).



16. ábra  
A kutatásban érintett ( $N_{\text{kutatott}}$ ) fiatalok  
kórházi ápolási időigénye az első bekerülés során

A kutatásban érintettek ( $N_{\text{kutatott}}$ ) számszerűsített bekerülési arányát, azaz, hogy a vizsgált 10 éves perióduson belül hányszor került pszichiátriai fekvőbeteg osztályra az illető, a 17. ábra sávdiaagramja jelöli.



17. ábra

A 10,0 évesnél idősebb, büntetendő cselekményben érintett fiatalok (25%-a „visszatérő” kliens volt a HOGYI pszichiátriai osztályán ( $x$ =bekerülés száma,  $y$ =%)

A kutatásban érintettek döntő többségénél tehát egy alkalmas felvételekre került sor, ám előfordult 2, 3, sőt 1,5% gyakorisággal jelentős számú (6-12 alkalomú) visszakérés is!

Mint azt a 17. ábra mutatta, a pszichiátriai ellátást igénylő, büntetendő cselekményekben érintett fiatalok 90,2% maximum két alkalommal igényelt a vizsgált 10 éves periódus alatt sürgősségi pszichiátriai (zárt) osztályos ellátást.

Az adatok statisztikai elemzése azt mutatta, hogy az első és második bekerülés között eltelt idő jelentős szórást mutat 0-3 nap és 473 nap között.

Az  $N_{\text{kutatott}}$  (570 fő) minta adatainak további statisztikai elemzése érdekében öt alcsoportra bontottuk a vizsgált eseteket.

A csoportokat úgy állapítottuk meg, hogy az egyes csoportokba közel azonos (20-20% körüli) arányokban kerüljenek be az esetek.

Az egyes csoportokba kerülés beválasztási szempontja az első bekerülést követő második bekerülés (visszakérés) közötti napok száma volt. A pontosan 20%



arányokat azért nem lehetett pontosan tartani, mivel az 570 fős minta minden egyes személye 0,1754% arányt reprezentál, így az egész fővel való számolás a 20-20% arányokat minimális torzította az egyes csoportok arányánál (3. táblázat).

Csoport jelölése	Bekerülés és az első visszakerülés között eltelt napok	Arány
I.	0-3 nap	19,1%
II.	4-22 nap	20,8%
III.	23-127 nap	20,3%
IV.	128-472 nap	19,9%
V.	473 vagy több nap	19,9%
		100,0%

7. táblázat

A bekerülés és az első visszakerülés között eltelt napok számai alapján létrehozott közel azonos mintaszámú I.-V. csoportra jellemző osztálytól való távollétek napjai

#### 4.4 A KUTATÁSBAN ELEMZETT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK NEME, ÉLETKORA ÉS AZ OSZTÁLYRA VALÓ VISSZAKERÜLÉSEK ÖSSZEFÜGGÉSEINEK VIZSGÁLATA

A 7. táblázat szempontjai szerint megkonstruált I-V. alcsoportba eső eseteket statisztikailag (keresztábla-módszertannal) tovább elemeztük a Célkitűzések (2.1 fejezet) között megfogalmazott kérdések megválaszolására:

- 1) Van-e összefüggés a nemek és a visszakerülés között eltelt napok száma között?
- 2) A büntethetőség szempontjából releváns életkori kategóriák és a visszakerülés között eltelt napok száma között van-e korreláció?

A hatályos Büntető törvénykönyv (2012. évi C. tv.), büntethetőségi életkor kategóriáinak megfelelően, három életkori csoportba bontottuk az eseteket:

- 1) 11,9 év alatti – nem büntethető,
- 2) 12,0-13,9 év közötti – a Büntető törvénykönyv 16. §-ban meghatározott bűncselekmények esetén büntethető,
- 3) 14,0 évet betöltött fiatalokúra.

A kutatásban érintett személyek ( $N_{\text{kutatott}}$ ) esetében a pszichiátriai osztályos felvétel és az első visszakerülés között eltelt napok száma és a vizsgált személy neme között nem állapítható meg statisztikailag szignifikáns eltérés (8. táblázat).

	I.	II.	III.	IV.	V.	Összesen
Fiúk száma	59	53	45	52	59	268
aránya	22,0%	19,8%	16,8%	19,4%	22,0%	100,0%
Lányok száma	40	55	60	51	44	250
aránya	16,0%	22,0%	24,0%	20,4%	17,6%	100,0%
Összes eset száma	99	108	105	103	103	518
aránya	19,1%	20,8%	20,3%	19,9%	19,9%	100,0%

8. táblázat

A be- és az első visszakerülés között eltelt napok száma nem mutat összefüggést a kutatásban érintett személyek nemével ( $\chi^2=7,404$ ,  $df=4$ ,  $p=0,116$ )

A büntethetőséget – egyéb szempontok teljesülése mellett – megalapozó életkor alapján összefüggést találtunk a be- és az első visszakerülés között eltelt napok száma és az életkor között (9. táblázat).

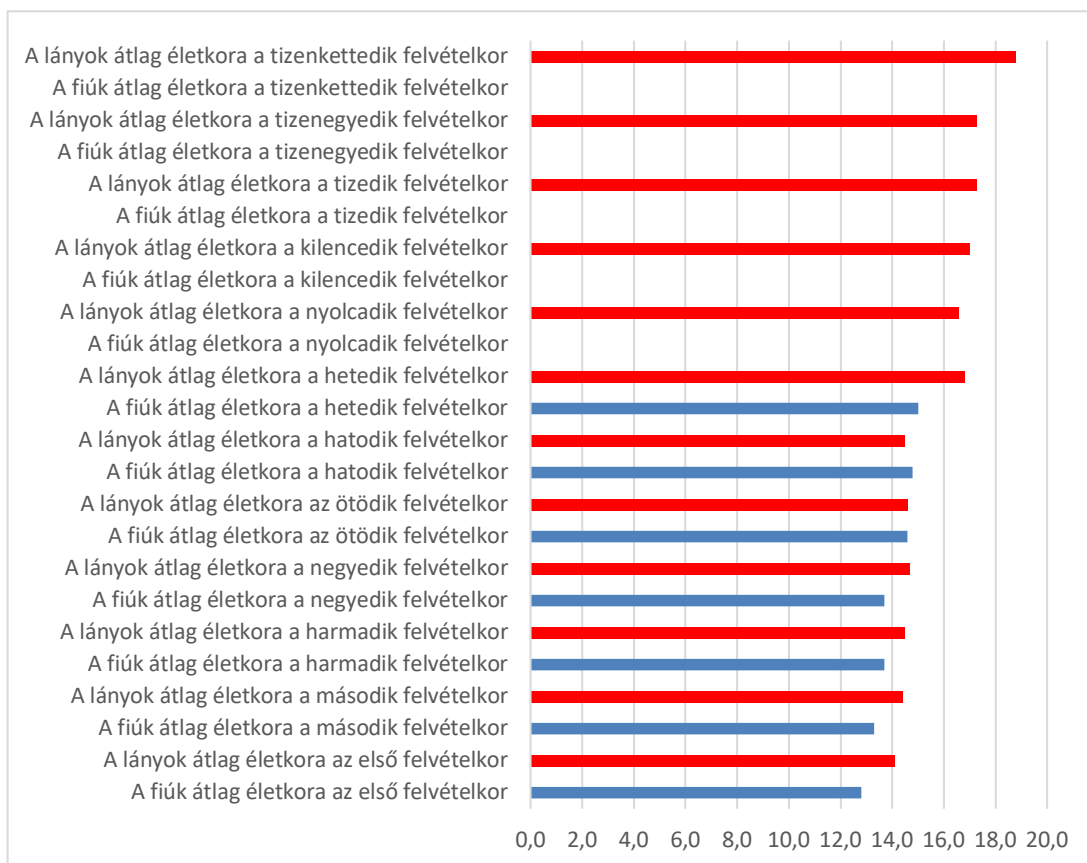
	I.	II.	III.	IV.	V.	Összesen
11,9 év alattiak száma	35	24	19	29	54	161
aránya	21,7%	14,9%	11,8%	18,0%	<b>33,5%</b>	100,0%
12-13,9 évesek száma	21	30	35	34	32	152
aránya	13,8	19,7	23,0%	22,4%	21,1%	100%
14 év fölöttiek száma	43	54	51	40	17	205
aránya	21,0%	26,3%	24,9%	19,5%	8,3%	100%
Összes eset száma	99	108	105	103	103	518
aránya	19,1%	20,8%	20,3%	19,9%	19,9%	100%

9. táblázat

A be- és az első visszakerülés között eltelt napok száma összefüggést mutat a kutatásban érintett személyek büntethetőség szempontjából releváns életkorával ( $\chi^2=47,208$ ,  $df=8$ ,  $p<0,001$ )

Mint azt láttuk a 17. ábrán (176. oldal), a kutatásban érintett serdülők, a vizsgált periódus alatt 1-12 alkalommal igényeltek sürgősségi pszichiátriai osztályos felvételt.

A statisztikai elemzés során a pszichiátriai osztályra kerülés és visszakerülések adatait életkorok és nemek szerint is szétválogattuk (18. ábra).

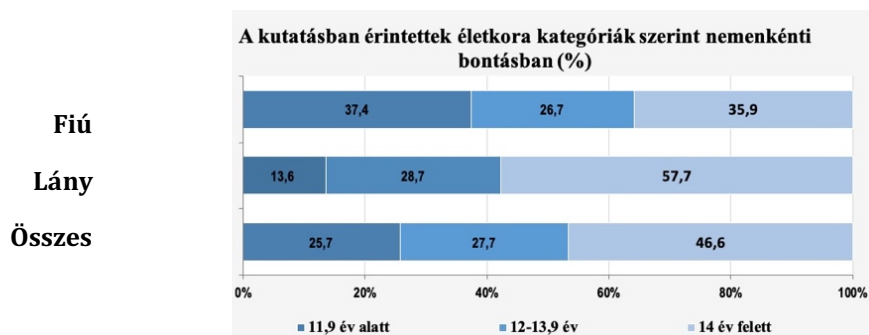


18. ábra  
A kutatásban érintett személyek (N<sub>kutatott</sub>) életkor és nem szerinti megoszlása az egyes felvételek során

A büntetendő cselekménnyel terhelt pszichiátriai ellátási igényű fiúk 1-7 alkalommal kerültek fel- illetve visszavételre a sürgősségi pszichiátriai osztályra.

A lányok ellátási igénye ennél tendenciózusan magasabb, a 10 vizsgálat alá vont év során akár 12 osztályos felvételi igényrel is találkoztunk a lányok között!

Az adatok azt mutatják, hogy a kutatási mintában (N<sub>kutatott</sub>) a legnagyobb százalékban osztályra kerülő életkorcsoportot a 14 év feletti fiatalok teszik ki (19.ábra).



19. ábra  
A büntetendő cselekményt elkövető serdülők és gyermekek életkorcsoport és nemek szerinti megoszlása

A 12,0 – 13,9 éves kor közötti fiatalok fiú/lány aránya közel azonos százalékos eloszlást mutat (26,7 – 28,7%).

Érdemes azonban figyelni a 11,9 év alatti nemek közti különbségre. Míg a fiúk esetében ez az arány 37,4%, a lányoknál 13,6%.

Ugyanakkor ez a tendencia 14 éves kor fellett megfordul, a pszichiátriai osztályo ellátást igénylő, kriminális cselekményekben érintett lányok 57,7%-a 14 év feletti.

## 5. MEGBESZÉLÉS

A következőkben összefoglalom és részletesen diszkusszálom a kapott eredményeim. Ebben a fejezetben tehát az eredmények értelmezéséről lesz szó. Figyelembe véve a kutatás célkitűzéseit és a szakirodalmi háttérben bemutatott elméleti kereteket. Az eredmények fényében megvitatom a kutatás relevanciáját, korlátait, valamint a további kutatásra vonatkozó javaslatokat. Külön figyelmet fordítok arra, hogy az eredményeket milyen mértékben támasztják alá vagy cáfolják a korábbi kutatások, és hogyan járulnak hozzá a témával kapcsolatos szakirodalom bővítéséhez. Rátérek akkor ennek részleteire a következőkben.

Először a kutatásban elemzett vizsgálati személyek leíró statisztikai adatait elemeztem, és bemutattam a vizsgálati csoportokat. Ezt azért végeztem el, mert a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (HOGYI) Pszichiátriai Osztályán olyan kiemelkedően nagy kliens forgalom van, amely megfelelő alapot adott eredményeim bemutatásához. Kiemelném ebből a részből a következőket:

A vizsgált tíz éves periódusban, azaz 2009. július 01. – 2019. június 30. között, a fekvőbeteg mintaszám 6.438 fő volt. Közöttük 570 olyan fiatal volt, aki már betöltötte a 10. életévét és az osztályra vagy közvetlenül a rendőrség vagy őrzött szállítással (tehát rendőri segítséget kellett ekkor is igénybe venni) az OMSZ hozta be közvetlen veszélyeztető pszichés tünetek miatt. A mintát külön választottam nemek és életkorok szerint. A mintát ( $N_{\text{összes}}$ ) szűkítésnek vettem alá, annak mentén, hogy az anamnézisben szerepelt-e rendőrséggel, bűncselekménnyel kapcsolatos adat ( $N_{\text{beválogatott}}$ ). Ezt követően korosztály mentén szűkítettem tovább a mintát ( $N_{\text{kutatott}}$ ). Részletesen l. az 5. táblázatban.

Az adatok elemzéséből kiemelném, hogy a tíz éves periódus során ugyanazon gyermek vagy serdülő, akinek az anamnézisében büntetendő cselekmény elkövetése is szerepelt, több alkalommal is felvételre került a pszichiátriai osztályra obszerváció, kezelés érdekében.

Ezért további szempontok szerinti adatgyűjtés mellett döntöttem. Ehhez az orvos-informatikai rendszerben tárolt betegadatok anonimizált, keresőszavas vizsgálatát végeztem el. Az informatikai szolgáltató részére megadott keresőszavakkal olyan ellátási eseteket kerestem, amelyek szövegeiben előfordultak pl. a bűn, a rendőr, a bíróság, a bilincs vagy a javító-nevelő szavak, kifejezések. Az így nyert 21.727 sornyi adatbázis tisztítását és elemzését az SPSS statisztikai program segítségével végeztem.

Az elemzés részletes bemutatása az Eredmények fejezetben megtalálható.

Arra utalnék vissza, hogy a szűkített csoportban ( $N_{\text{beválogatott}}$ ) a legfiatalabb életkor 4,5 év (5. táblázat) volt. Ez egyértelművé tette, hogy önmagában a kulcsszavak alkalmazása nem megfelelően szűkítette a vizsgálni kívánt kliens csoportot, hiszen a hatályos Btk. szerint még bizonyos bűncselekmények elkövetése esetén is a büntethetőség alsó korhatára 12 év.

Érdekesnek találtam – a jellegzetes mintázat alapján – a három csoport korfáit, ezért azokat is bemutattam. Az alap mintából szerkesztett korfa teljes mértékben egyezik a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai átlag populációra jellemző nemi és életkori sajátosságokkal (Thapar, 2017). A szakirodalmi adatok tehát azt mutatják, hogy a 10 évesnél fiatalabb gyermekek között 3-6x több fiú igényel pszichiátriai ellátást, mint lány, de a serdülőkortól kezdve a lányoknál egyre gyakoribbá válnak a pszichés tünetek. Természetesen a 10 éves kornál meghúzott életkori alsó határ és a bűn előzmények együttes hatása a jellegzetes korfát eltorzította.

Azt láttam, hogy a bűn előzményű fiúk között 10 éves kortól folyamatosan mérséklődik 18 éves korig a pszichiátriai ellátási igény. Ugyanakkor a lányoknál 10 és 18 év között egy 14 éves korig tartó emelkedő tendencia után látható csak ilyen mérséklődés, de az ellátottak között a lányok aránya magasabb marad, mint a fiúké (15. ábra).

A következőkben a saját adataimat (Eredmények fejezet 4.1 pont) összevetem a szakirodalomban talált hasonló kutatások adataival először. Nemek közötti különbségek mentén. Az irodalom szerint a fiúkat és lányokat érintő pszichiátriai

zavarok gyakorisága és jellege jelentősen különbözik egymástól, ami eltérő ellátási szükségleteket generál. A fiúknál gyakrabban diagnosztizálnak viselkedési zavarokat, ADHD-t és autizmus spektrum zavarokat, amelyek gyakran vezetnek fekvőbeteg-ellátáshoz (Polanczyk et al., 2015). A lányok esetében nagyobb a kockázata a depressziós és a szorongásos zavarok kialakulásának, amelyek szintén indokolhatják a kórházi kezelést, különösen serdülőkorban (Zahn-Waxler et al., 2008). Az életkor is jelentős szerepet játszik a pszichiátriai ellátás igénybevételében. A fiatalabb gyermekek (6-12 éves korosztály) esetében a fekvőbeteg-ellátást gyakran indokolják fejlődési zavarok, súlyos viselkedési problémák és autizmus spektrum zavarok (Harrington et al., 1999). Ezzel szemben a serdülők (13-18 éves korosztály) esetében a fekvőbeteg-ellátás szükségessége gyakran súlyos hangulatzavarokkal, étkezési zavarokkal és pszichotikus epizódokkal kapcsolatos (Viner et al., 2012).

Az európai országok között jelentős eltérések tapasztalhatók a gyermek- és serdülőpszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek számában és a nemek közötti arányokban. Egyes tanulmányok rámutatnak, hogy az észak-európai országokban magasabb a fekvőbeteg-ellátásban részesülő fiatalok aránya, míg a dél-európai országokban alacsonyabb (Reijneveld et al., 2012). Ezek az eltérések részben az eltérő egészségügyi rendszerekből és a mentális egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségéből fakadnak. Az életkor és a nem figyelembevételével végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy a serdülőkorú lányoknál magasabb a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás igénye, különösen a depresszió és az öngyilkossági viselkedés gyakorisága miatt (Thapar et al., 2012). Ezzel szemben a fiatalabb fiúknál a viselkedési zavarok és a figyelemzavar miatt szükséges ellátás dominál. Az életkor előrehaladtával a pszichiátriai zavarok spektruma bővül, és a serdülők esetében gyakrabban van szükség multidiszciplináris megközelítésre a fekvőbeteg-ellátás során (Kovess-Masfáty et al., 2005). A jövőbeli kutatások várhatóan nagyobb figyelmet fordítanak majd a korai beavatkozásokra és az egyénre szabott ellátási modellek fejlesztésére, amelyek képesek figyelembe venni a nemek és az életkor közötti különbségeket (Ford et al., 2007).

A bilincsben érkező serdülők adatait is próbáltam összevetni szakirodalmi adatokkal, de hasonló, gyermek- és ifjúsági biztonság-pszichiátriai osztályról, mint amilyennel a HOGYI rendelkezik, nem találtam adatot. Így az igazságügyi pszichiátriai ellátás

területén is áttekintettem a nemzetközi szakirodalmat ennek vonatkozásában. Az igazságügyi gyermek- és serdülőpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás olyan speciális területe az egészségügyi és jogi rendszernek, amely a mentális zavarokkal küzdő fiatalok kezelése mellett a büntetőjogi eljárásokban résztvevő gyermekek és serdülők pszichiátriai ellátására fókuszál. Az ilyen típusú ellátás iránti igény jelentős mértékben függ a nemi és életkori különbségektől, valamint az adott ország jogrendszerétől és egészségügyi struktúrájától. A szakirodalom szerint az igazságügyi pszichiátriai ellátásban részesülő fiatalok száma növekszik Európában, ami tükrözi a társadalmi problémák, a mentális zavarok és a fiatalkori bűnözés összetett kapcsolatát (Rijo et al, 2016).

Az igazságügyi gyermek- és serdülőpszichiátria célja, hogy mentális zavarokkal küzdő fiatalok számára biztosítson pszichiátriai ellátást olyan esetekben, amikor büntetőjogi eljárás zajlik ellenük, vagy fennáll a bűnisméltés veszélye. Ezen ellátási forma speciális körülmények között, gyakran zárt osztályokon zajlik, és multidiszciplináris megközelítést igényel (Harrington & Bailey, 2005). Az igazságügyi pszichiátriai ellátás iránti igény nemcsak a fiatalkori bűnelkövetés súlyosságától függ, hanem a fiatalok mentális állapotától, az elkövetett cselekmények típusától és a társadalmi-gazdasági háttértől is (Grisso, 2008).

A fiúk és lányok eltérő arányban kerülnek igazságügyi pszichiátriai ellátásba, amely gyakran a fiúk dominanciáját mutatja. Az európai statisztikák szerint a fiúk nagyobb arányban követnek el bűncselekményeket, és gyakrabban kerülnek kapcsolatba az igazságügyi rendszerrel, amely növeli az igazságügyi pszichiátriai ellátás iránti igényt (Loeber & Farrington, 2014). A fiúknál gyakrabban diagnosztizálnak viselkedési zavarokat és antiszociális személyiségzavart, amelyek gyakran vezetnek rendészeti következményekhez (Odgers et al., 2008). Bár a lányoknál kisebb a súlyos viselkedési problémák megnyilvánulásának aránya, de az ő esetükben gyakrabban jelennek meg mentális zavarok, például depresszió és szorongás, amelyeket sokszor erőszakos vagy önkárosító magatartás kísér (Zahn-Waxler et al., 2008).

Az életkor szintén meghatározó tényező az igazságügyi pszichiátriai ellátás igénybevételében. A serdülők (14-18 éves korosztály) sokkal gyakrabban kerülnek



igazságügyi pszichiátriai intézményekbe, mint a fiatalabb korosztályok (Kazdin, 2000). Ez részben annak köszönhető, hogy a serdülőkori fejlődési szakaszban gyakrabban fordulnak elő impulzív cselekedetek, illetve az antiszociális magatartásformák is erőteljesebben jelentkeznek. A fiatalabb gyermekek (10-14 éves korosztály) esetében ritkábban van szükség igazságügyi pszichiátriai ellátásra, és jellemzően olyan súlyos esetekben kerül sor rá, amikor a bűnelkövetés súlyos mentális zavarok mellett fordul elő (Fazel et al., 2008).

Az európai országok között jelentős különbségek tapasztalhatók az igazságügyi gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátásban részesülő fiatalok nemek szerinti megoszlásában. A skandináv országokban, például Svédországban és Norvégiában, a nemi különbségek kevésbé markánsak, míg a kelet-európai országokban, mint Magyarország és Lengyelország, nagyobb az aránybeli különbség a fiúk javára (Rossegger et al., 2009). Ez részben a különböző társadalmi normákból, az igazságügyi rendszer eltérő struktúráiból és a mentális egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségéből fakad.

A fiúk esetében a viselkedési zavarok és az agresszió gyakran a pszichiátriai kezelés központi eleme, míg a lányoknál a depresszió, szorongás és poszttraumás stressz zavar kezelése kerül előtérbe (Cauffman, 2008). Az életkor előrehaladtával a mentális zavarok súlyossága és összetettsége növekedhet, különösen, ha a megfelelő korai intervenciók elmaradnak. Ezért az igazságügyi pszichiátriai beavatkozások során kiemelt figyelmet kell fordítani a korcsoportok közötti eltérésekre és a nemek közötti különbségekre (Ford et al., 2013).

Az igazságügyi pszichiátriai ellátás jövőbeli trendjei között szerepel a mentális egészségügyi ellátások iránti növekvő igény, különösen a serdülők körében. A fiatalkori bűnelkövetés csökkenése ellenére az egyre súlyosabb mentális zavarok miatt a pszichiátriai beavatkozások iránti kereslet nem csökken, hanem inkább növekszik (McArdle et al., 2010). A jövőbeli kutatásoknak és egészségpolitikai intézkedéseknek célja kell, hogy legyen az egyénre szabott, nem-specifikus és életkorra hangolt ellátási modellek kidolgozása, amelyek hatékonyabban tudják kezelni az igazságügyi pszichiátriai beavatkozásokban részt vevő fiatalok eltérő szükségleteit.

A továbbiakban rátérek a kutatásban elemzett vizsgálati személyek diagnózisainak megbeszélésére

A kutatók figyelmét az utóbbi évtizedekben megragadta a fiatalkorú bűnelkövetők pszichiátriai állapotának kérdése, hiszen a mentális eltérések jelentős hatással lehetnek viselkedésükre, döntéshozatalukra és végső soron bűnözői magatartásukra (Odgers et al., 2008). Mivel a bűnelkövetés hátterében gyakran súlyos mentális zavarok húzódnak meg, azok időben történő felismerése és kezelése alapvető fontosságú a hatékony bűnmegelőzés érdekében (Fazel et al., 2008). Számos tanulmány igazolta, hogy a fiatalkorú bűnelkövetők körében a pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága lényegesen magasabb, mint a nem bűnelkövető fiatalok körében (Teplin et al., 2002).

Magyarországon elsőként rendszereztem nagyobb fiatalkorú, klinikai bűnelkövetői mintán belül (az  $N_{\text{kutatott}}$  csoport tagjainál) a pszichiátriai diagnózisok megoszlását.

A 10,0 évesnél idősebb, crimén előzménnyel terhelt kutatott mintára ( $N_{\text{kutatott}}$ ) szűkített beteganyagnál megállapított, legjellemzőbb pszichiátriai diagnózisokat a 6. táblázat foglalta össze. A magyar bűnelkövető fiatalok körében azonosított pszichiátriai eltérések arányai a szakirodalomban talált hasonló kutatások adataival összevetve jó korrelációt mutat.

Az európai igazságügyi gyermekpszichiátriai epidemiológiai kutatások a 2000-es évek elején a viselkedési zavar (Conduct Disorder, CD) gyakoriságát bűnelkövetés miatt vizsgált fiataloknál a személyek 53%-nál azonosították (Vermeiren et al, 2000). Újabb vizsgálatok szerint az eltérés fiú bűnelkövetők 61,7%-nál, lányoknál valamivel alacsonyabb arányban, 59,0%-ban fordul elő (Beaudry et al, 2021).

A hazai mintában a vezető pszichopatológia a viselkedési zavar (CD) volt, saját adataink szerint az  $N_{\text{kutatott}}$  mintába sorolt fiatalok 76,2%-nál volt megállapítható ez a diagnózis. A serdülőkori viselkedészavar (conduct disorder, CD) komoly hatással lehet az egyén társadalmi beilleszkedésére és jogi normákhoz való alkalmazkodására.

A viselkedészavar olyan pszichiátriai állapot, amelyben a serdülőknél ismételten megsértik a társadalmi normákat, és a jogi rendszerek által tiltott cselekedeteket követnek el (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). E viselkedési problémák összefüggésbe hozhatók a fiatalkori bűnelkövetéssel, amely hosszú távú következményekkel járhat a serdülők fejlődésére és társadalmi helyzetükre (Frick & Viding, 2009). A viselkedészavaros serdülők gyakran mutatnak agresszív viselkedést, hazugságot, lopást, iskolakerülést, valamint más törvénysértő cselekedeteket (Kazdin, 2000). Ezen tünetek tartós fennállása és súlyossága alapján diagnosztizálják a viselkedészavart, amely gyakran más pszichiátriai zavarokkal, például figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarral (ADHD), szorongásos zavarral vagy hangulati érintettséggel jár együtt (Angold et al., 1999).

A szakirodalom egyértelműen foglal állást abban, hogy a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakoribb pszichiátriai diagnózis a fiatalkorú bűnelkövetők körében. Az ADHD-val küzdő fiatalok esetében gyakoriak az impulzív döntések, a szabályok figyelmen kívül hagyása és a meggondolatlan cselekedetek, amelyek gyakran vezetnek konfliktusokhoz a törvénnyel (Sibley et al., 2011). Több kutatás is rámutatott arra, hogy az ADHD-val rendelkező fiatalkorúaknál nagyobb a valószínűsége annak, hogy bűnelkövetővé válnak, különösen akkor, ha a zavar kezelése elmarad (Young et al., 2015). A témában készült nemzetközi szakirodalmat áttekintő tanulmány, amely 25 publikált tanulmány eredményeit elemezte, arra a megállapításra jutott, hogy az ADHD gyakorisága 11,7-18,5% közötti a büntetendő cselekményeket elkövetők körében (Fazel et al., 2008).

Magunk figyelemhiányos-hiperaktivitást (ADHD) az esetek 17,6%-ban tudtunk megállapítani, és az oppozíciós magatartászavar is jelentős (14,9%) arányban volt diagnosztizálható. Az ADHD különösen gyakran fordul elő a viselkedészavarral küzdő serdülők körében, és jelentősen hozzájárulhat a bűnelkövetés kockázatához (Sibley et al., 2011). A komorbiditás tovább bonyolítja a fiatalkorú bűnelkövetés kezelését, mivel a viselkedési problémák és a mentális zavarok kombinációja összetett beavatkozási stratégiákat igényel (Young et al., 2015).

A szerhasználat (SUD) a vizsgált populációban kiugróan magas, 78,4%-os arányt mutatott, a szerek között a marihuána (kannabisz, THC) szinte minden esetben azonosítható volt. A serdülők körében a szerhasználat, különösen az alkohol és illegális drogok fogyasztása, globális probléma, amely az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb figyelmet kapott. Kutatások kimutatták, hogy a serdülőkori szerhasználat gyakran társul más problémás viselkedésformákkal, mint például az iskolai hiányzások, az erőszakos magatartás, és a bűncselekmények elkövetése (Johnston et al., 2020). A Monitoring the Future felmérés eredményei az amerikai serdülők drog- és szerhasználati szokásait mérte fel. A kutatás szerint a szerhasználat az elmúlt évek során bizonyos szerek esetében stagnálást mutatott, míg más szerek, például a marihuána használata növekedett. A felmérés hangsúlyozta a szerhasználat és a különböző társadalmi, pszichológiai tényezők közötti kapcsolatokat is (Johnston et al., 2020).

Számos elmélet és kutatás foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy a serdülőkori szerhasználat milyen szerepet játszik a bűnelkövetői karrier alakulásában. Egyes kutatók szerint a szerhasználat önállóan is előidézhetheti a bűncselekmények elkövetését, míg mások úgy vélik, hogy a szerhasználat inkább csak egy kísérő jelensége a deviáns viselkedésnek (Goldstein, 1985).

A "pszichofarmakológiai modell" szerint a szerhasználat közvetlenül okozhat bűnözői magatartást, mivel a szerek hatása alatt álló serdülők hajlamosabbak impulzív döntésekre és erőszakos cselekmények elkövetésére (Goldstein, 1985). Az alkohol például gyakran összefüggésbe hozható agresszív viselkedéssel és verekedésekkel, míg az illegális drogok használata növelheti a lopások és más vagyon elleni bűncselekmények elkövetésének kockázatát (White & Gorman, 2000). Egyes kutatások szerint a szerhasználat hozzájárulhat az erkölcsi gátak lebomlásához, ami bűnözői viselkedéshez vezethet (Felson et al., 2011).

Más elméletek szerint a szerhasználat nem feltétlenül közvetlen oka a bűnelkövetésnek, hanem inkább egy velejárója a deviáns viselkedési mintáknak, amelyeket a környezeti tényezők, családi háttér és társadalmi státusz is alakítanak (Hawkins et al., 1992).

Egyes tanulmányok arra utalnak, hogy a fiatalkori szerhasználat és bűnözés közös kockázati tényezőkre vezethető vissza, mint például a családi diszfunkció, az iskolai teljesítményzavarok és a negatív kortárs kapcsolatok (Thornberry et al., 1994). Ezek a tényezők együttesen növelhetik mind a szerhasználat, mind a bűncselekmények elkövetésének valószínűségét, függetlenül attól, hogy a szerhasználat közvetlenül hozzájárul-e a bűnözéshez.

Kutatások szerint a fiúk körében nagyobb a szerhasználat és a bűnelkövetés előfordulása, mint a lányok körében, de a lányok esetében is növekvő tendencia figyelhető meg mindkét problémás viselkedési forma tekintetében (Miller & Carroll, 2006). A fiúk esetében a szerhasználat gyakran korábban jelentkezik, és szorosabban kapcsolódik az erőszakos bűncselekményekhez, míg a lányoknál a szerhasználat és a bűnelkövetés gyakran emocionális problémákkal, például szorongással és depresszióval párosul (Zahn-Waxler et al., 2008).

A traumás életesemények következtében kialakult súlyos mentális és pszichés eltérés (poszt-traumás stressz zavar, PTSD) a büntetendő cselekményt elkövető fiatalok több, mint 10%-nál volt azonosítható a magyar mintában. A nemzetközi szakirodalom adatai szerint előfordulási gyakorisága elérheti az esetek 18,2%-át is (Beaudry et al, 2021).

Az egyre bővülő klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a traumatikus élmények jelentős hatással lehetnek a fiatalok viselkedésére, beleértve a bűnözői magatartást is. A PTSD és a serdülőkori bűnelkövetés közötti kapcsolat komplex és többdimenziós. A traumatizált fiatalok gyakran olyan testi, pszichológiai vagy érzelmi sérüléseket szenvednek el, amelyek hozzájárulhatnak a bűnözői magatartásuk kialakulásához. A traumatikus élmények, mint például a fizikai vagy szexuális bántalmazás, a családon belüli erőszak, vagy a közvetlen szemtanúi lenni valamilyen erőszakos eseménynek, növelhetik a bűnelkövetés kockázatát (Finkelhor et al., 2009).

A PTSD hatása alatt álló serdülők gyakran szenvednek impulzuskontroll problémáktól, fokozott agressziótól és egyéb érzelmi problémáktól. Ezek a tünetek hozzájárulhatnak a társadalmi normák és törvények megsértéséhez (Kilpatrick et al., 2003). A kutatások szerint a PTSD tünetei, mint például a hyperarousal (fokozott éberség), flashbackek és

a szorongás, megnehezíthetik a serdülők számára, hogy alkalmazkodjanak a normális társadalmi elvárásokhoz és szabályokhoz (Jaycox et al., 2002).

A közvélemény figyelmét leginkább a különböző pszichotikus zavarok (schizophrenia, egyes esetekben autizmus-spektrum zavar, bipoláris-affektív zavar, szer-használat utáni mentális maradvány-tünetek, stb.) ragadják meg. Arányuk a büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok körében alig haladja meg a 3%-ot.

A schizophrenia nem közvetlenül okoz bűncselekményeket, de a betegség bizonyos aspektusai, mint a paranoid gondolkodás és a hallucinációk, hozzájárulhatnak a társadalmi devianciához. Egyes tanulmányok szerint a schizophrenia által érintett serdülők nagyobb kockázatot jelenthetnek a bűnelkövetésre, különösen, ha a betegség nem kezelik megfelelően (Morse et al., 2018).

Az autizmus spektrumzavar és a bűnelkövetés kapcsolata komplex és viszonylag kevésbé közvetlen, mint a schizophrenia esetében. Az ASD-vel élő serdülők gyakran szenvednek szociális és kommunikációs problémáktól, ami esetenként vezethet szándékos vagy véletlen bűncselekményekhez. Fontos megjegyezni, hogy a kutatások szerint az ASD-val rendelkező egyének nem magasabb kockázatúak a bűnelkövetésre, mint a nem érintettek (Hwang et al., 2020).

A bipoláris zavar és a bűnelkövetés közötti kapcsolatot szintén kutatták. A bipoláris zavar során az impulzivitás és a hangulatingadozások hozzájárulhatnak a bűnelkövetési kockázathoz, különösen a mániás epizódok alatt, amikor az egyén viselkedése kontrollálhatatlanná válhat. A kutatások rámutattak, hogy a bipoláris zavarral élő fiatalok esetében a bűnelkövetési kockázat magasabb lehet, ha a betegség súlyosbodik, vagy ha a kezelést nem megfelelően végzik (Swann et al., 2021).

A hazai mintában a kutatásban érintett személyek nemét illetően szignifikáns eltérést nem találtunk, a fiúk-lányok aránya kiegyenlített volt.

A nemi különbségek fontos szerepet játszanak a fiatalok bűnelkövetők pszichiátriai diagnózisában. A fiúk körében gyakrabban fordulnak elő viselkedési zavarok és antiszociális személyiségzavarok, míg a lányoknál a depresszió és a szorongásos

zavarok a gyakoribbak (Zahn-Waxler et al., 2008). Az életkor szintén befolyásolja a diagnózisok gyakoriságát: a serdülők körében nagyobb a valószínűsége a súlyosabb mentális zavarok megjelenésének, amelyek növelik a bűnelkövetés kockázatát (McMahon et al., 2010).

A szakirodalom egységesen foglal állást a pszichiátriai zavarok megfelelő kezelése kérdésében, hiszen az nemcsak a fiatalok életminőségét javítja, hanem csökkenti a bűnisméltés kockázatát is (Underwood & Washington, 2016).

Jellegzetes eltéréseket mutatott a bűnelkövető gyermekek és serdülők pszichiátriai osztályos ápolási igénye a normál populációhoz képest. Az országosan ismert gyermekpszichiátriai átlagos ápolási napok száma 6 és 11 nap közé esik. Az 5. ábrán bemutattuk, hogy a kutatásban érintett fiatalok ( $N_{\text{kutatott}}$ ) az első felvételeik során az esetek túlnyomó hányadában ugyanannyi napot töltöttek kórházban.

Megállapítottuk azt is, hogy a kutatásban érintettek ( $N_{\text{kutatott}}$ ) 75%-a a vizsgált 10 éves perióduson belül egyetlen alkalommal került felvételre a pszichiátriai fekvőbeteg osztályra. (6. ábra) Ugyanakkor az esetek 25%-ban a serdülő ismételt igényelt hospitalizációt, a 10 év vizsgált periódus alatt jelentős számú, 6-12 alkalommal történt visszakerülést is találtunk az esetek 1,5%-nál.

Az ellátási esetek adatainak statisztikai elemzése azt mutatta, hogy az első és második bekerülés között eltelt idő jelentős szórást mutat 0-3 nap és 473 nap között.

Az  $N_{\text{kutatott}}$  (570 fő) minta adatainak további statisztikai elemzése érdekében a mintát öt, 20-20% esetet magába foglaló alcsoportra bontottuk. Az így generálódott alcsoportok elemzése azt mutatta, hogy az összes eset 19,1% az első felvételt követő elbocsátás után 3 napon belül visszatért az osztályra. A másik végletet a fiatalok azon 19,9%-os csoportja jelentette, akik második pszichiátriai osztályos felvételére az első elbocsátás után több, mint 473 nappal került sor.

Az újrhospitalizációk gyakorisága a szakirodalom szerint összefüggést mutat a kliens diagnózisával, amely mellett a nemek közötti eltérések is megfigyelhetők. A kutatások

szerint a fiúknál általában magasabb az újrashospitalizációk aránya, különösen viselkedési zavarok esetén (Blader, 2011).

Kutatási adatelemzésünk során azt is megállapítottuk, hogy a pszichiátriai osztályra való visszakerülések száma, gyakorisága nem a kutatott személyek nemével, hanem az életkorával mutat összefüggést.

A visszakerülések elemzése érdekében megkonstruált I-V. alcsoportba eső eseteket statisztikailag (keresztábla-módszertannal) elemeztük. Az életkorok szerepének elemzése érdekében három életkori csoportot hoztunk létre.

A kutatásban érintett személyek ( $N_{\text{kutatott}}$ ) esetében a pszichiátriai osztályos felvétel és az első visszakerülés között eltelt napok száma nem mutat összefüggést a kutatásban érintett személyek nemével ( $\chi^2=7,404$ ,  $df=4$ ,  $p=0,116$ )

A be- és az első visszakerülés között eltelt napok száma összefüggést mutat a kutatásban érintett személyek büntethetőség szempontjából releváns életkorával ( $\chi^2=47,208$ ,  $df=8$ ,  $p<0,001$ )

A kutatásban érintett serdülők a vizsgált periódus alatt 1-12 alkalommal igényeltek sürgősségi pszichiátriai osztályos felvételt (6. ábra). Feltűnő volt, hogy míg a fiúk 1-7 alkalommal kerültek fel- illetve visszavételre a sürgősségi pszichiátriai osztályra, addig a lányok ellátási igénye ennél tendenciózusan magasabb, a 10 vizsgálat alá vont év során akár 12 osztályos felvételi igénnyel is találkoztunk a lányok között!

Az adatok azt mutatják, hogy a kutatási mintában ( $N_{\text{kutatott}}$ ) a legnagyobb százalékban osztályra kerülő életkorcsoportot a 14 év feletti fiatalok teszik ki. A 12,0 – 13,9 éves kor közötti fiatalok fiú/lány aránya közel azonos százalékos eloszlást mutat (26,7 – 28,7%). A 11,9 év alattiak esetében a fiúk aránya 37,4% az összes fiú-eset között, az ilyen életkorú lányok aránya 13,6% volt. A nemek közötti arány 14 éves kor fellett megfordul, a lányok 57,7%-a 14 év feletti, a fiúké 35,9%.



A fiúk gyakran nehezebben alkalmazkodnak a kezelési tervhez, és nagyobb valószínűséggel mutatnak ellenállást a terápiás beavatkozásokkal szemben, ami növeli a visszaesés kockázatát. Az ADHD-val és CD-vel diagnosztizált fiatalok esetében az újrakórhatalizációk gyakorisága különösen magas, mivel ezek a zavarok gyakran társulnak más problémákkal, például iskolai kudarcokkal és szociális kapcsolati nehézségekkel (Berardelli, 2022).

A lányok esetében az újrakórhatalizációk aránya általában alacsonyabb a fiúknál megállapíthatónál, de szorongásos vagy depressziós zavar diagnózis mellett esetükben is gyakori jelenség (Fontanella et al., 2009). Ezen zavarok kezelése gyakran hosszabb távú pszichoterápiás beavatkozásokat igényel, amelyeket ambuláns keretek között, hosszútávú terápiás rezsimben lehet hatékonyan kezelni. A lányok rehospitalizációját illetően a szociális és családi támogatás jelentős szerepét hangsúlyozzák szerzők (Goldstein et al., 2007), ez a restriktív intézkedés hatálya alá kerülő lányok esetében hangsúlyos kérdés lehet.

A kutatási eredmények egyértelmű összefüggést írtak le az érintettek alacsonyabb szocioökonómiai státusza (SES), a családi diszfunkciók és a szociális támogatás hiánya és az újrakórhatalizációk esélye között (Costello et al., 2003). Az intrafamiális veszélytényezők között azonosították a krónikus stresszt és család funkcionális diszfunkcionalitását (Cohen et al., 2008).

A család anyagi helyzete és a szociális háttér közvetlen hatással lehet a serdülők pszichiátriai zavarai kezelésének hatékonyságára. Az alacsony jövedelmű családok gyermekei esetében kevesebb erőforrás állhat rendelkezésre a mentális egészségügyi ellátás terén, ami szintén az újrakórhatalizációk gyakoriságát növelheti (Foster & Jones, 2005).

A nemi különbségek az újrakórhatalizációk terén tehát a szakirodalom alapján nem feltétlenül univerzálisak. A különböző kultúrákban eltérő mintázatok figyelhetők meg, amelyek befolyásolhatják a nemek közötti különbségeket. Egyes kultúrákban például a mentális zavarokkal kapcsolatos stigmatizáció magasabb lehet, ami eltérő módon befolyásolhatja az újrakórhatalizációk gyakoriságát a fiúknál és a lányoknál (Rajagopal,

2023). Az észak-amerikai és európai országok közötti eltérések is jelentősek lehetnek, mivel az észak-amerikai országok gyakran nagyobb hangsúlyt fektetnek a viselkedési zavarok kezelésére, míg Európában a szorongásos és depressziós zavarok kezelése kap nagyobb figyelmet (Bowers et al., 2009).

Diszkusszált eredményeim tehát a fent leírtak alapján jól korrelálnak más szerzők nemzetközi szakirodalomban fellelhető kutatási eredményeivel, melyeket részletesen ismertettem.

Öszhangban mások eredményeivel, a megállapított hazai adatok és feltárt összefüggések ismerete hasznos lehet a pszichés eltérések prevenciójában, azok felismerésének fokozott szükségességében, az ellátás szélésebb körhöz való eljutásának igényében, mert az nem kizárólag egészségügyi kérdés, hanem a pszichés eltérésekkel összefüggő kriminológiai faktor is, közvetlen rendészeti vonatkozásokkal, teendőkkel együtt.

Összességében elmondható, hogy a kutatásom eredményei jelentősen hozzájárultak a büntetendő cselekményeket elkövető gyermek- és fiatalakorúak pszichés eltéréseinek jobb megértéséhez, és alátámasztották a hipotéziseket. Bár az eredmények újszerűek, és ígéretesek, számos lehetőség nyílik még a jövőbeli kutatások számára is, melyek további részletek feltárásával pontosíthatják és bővíthetik tudásunkat. Mindent összevetve a kutatás új perspektívákat nyitott meg melyek kiindulópontot nyújthatnak a téma további vizsgálatához.

Eredményeink értelmezésénél fontos tisztában lenni bizonyos limitációkkal is:

- Vizsgálatunk klinikai longitudinális vizsgálat, a feltárt összefüggések nem jelentenek kriminológiai kauzalitást, az ok-okozati összefüggés megértéséhez kriminológiai vizsgálatok, a személyes éltutak nyomonkövetése is szükséges lenne.
- A pszichiátriai vizsgálatokat és osztályos ellátást végző kollégák nem rendelkeztek igazságügyi gyermekpszichiátriai szakorvosi szakképzéssel, lévén, ilyen szakképzés nem létezik jelenleg Magyarországon.

- A vizsgálatokban résztvevők csak a Közép-Magyarországi Régióból (KMR) tudtak az osztályra érkezni, hiszen minden egészségügyi intézmények, így a Heim Pál OGYI-nak is figyelembe kell vennie a Területi Ellátási Kötelezettséget (TEK).

## 6. MEGÁLLAPÍTÁSOK

A Disszertáció alapját képező kutatás Célkitűzésében feltett, megválaszolendő kérdésekre adott válaszok:

### 1. A büntetendő cselekményt elkövető serdülőknél mennyi a különböző pszichiátriai diagnózisok előfordulási gyakorisága (prevalenciája)?

A Disszertáció "Eredmények" fejezetében bemutattuk, a "Megbeszélés" és a "Következtetések" fejezetekben pedig részletgazdagon, az aktuális nemzetközi adatokkal összevetve mutattuk be a hazai bűnelkövető populáció egy részét megjelenítő fiatalok pszichiátriai epidemiológiai adatait, profilját.

Az egyes pszichés/mentális eltérések gyakoriságát a 10. táblázatban összefoglalt prevalencia szerint állapítottuk meg.

Mentális eltérés típusa	Mentális eltérés gyakorisága a kriminális cselekményeket elkövető serdülőknél a HOGYI pszichiátriai osztályán
Viselkedési zavar (CD)	76,2%
Oppozíciós magatartási zavar (ODD)	14,9%
Aktivitás- és figyelem zavar (ADHD)	17,6%
Szerhasználat/szerfüggőség (SUD)	78,4%
Poszt-traumás stressz zavar (PTSD)	10,1%
Pszichotikus zavarok	3,2%

10. táblázat

Büntetendő cselekményeket elkövető magyar serdülők jellemző pszichopatológiai a Heim Pál OGYI pszichiátriai osztályán 2009-2019. közötti időszakban.

### 2. A kriminális populációban megállapított pszichiátriai diagnózisok előfordulási gyakorisága eltér-e az átlagpopulációban megállapítható prevalenciától?

Igen, a hazai fiatalkorú (18 év alatti) kriminális populációban megállapított pszichiátriai diagnózisok előfordulási gyakorisága jelentős mértékben eltér a gyermek- vagy serdülőkorú átlagpopulációban megállapított prevalenciától (11. táblázat).

Mentális eltérés típusa	Mentális eltérés gyakorisága az átlagpopulációban	Mentális eltérés gyakorisága a kriminális cselekményeket elkövető serdülőknél a HOGYI pszichiátriai osztályán
CD	1,1%	76,2%
ODD	1,3-5,5%	14,9%
ADHD	2,4-12,0%	17,6%
Szerfüggőség	10,9-31,2%	78,4%
PTSD	6 %	10,1%
Pszichotikus zavarok	0,001-0,014%	3,2%
Hangulatzavarok	15-20%	n.a.

11. táblázat

Az átlagpopulációba tartozó és a büntetendő cselekményeket elkövető magyar serdülők körében megállapított pszichopatológiák gyakoriságai

**3. Mely pszichiátriai diagnózisok terén mutatnak hasonlóságot vagy egyezést a magyar fiatalkorú (18 év alatti) kriminál-pszichiátriai betegpopuláció prevalencia adatai a nemzetközi szakirodalomban fellelhető hasonló életkori csoportban, hasonló vizsgált periódusban és vizsgálati módszerrel keletkezett adatokkal?**

A 2009. és 2019. közötti időszakban vizsgált magyar fiatalkorú kriminál-pszichiátriai betegpopuláció mentális eltéréseinek prevalencia adatait a 2008. és 2024. közötti időszakban megjelent nemzetközi szakirodalmi adatokkal vetettük össze (12. táblázat).

Eredményeink azt mutatták, hogy a hazai klinikum elsősorban a viselkedési zavar (CD) diagnosztikai csoport megállapítása vonatkozásában „szigorúbb” lehet, hiszen ennél a mentális eltérésnél látjuk a legjelentősebb prevalencia eltérést.

Az oppozíciós magatartászavar, a figyelemhiányos-hiperaktivitás és a szerhasználat előfordulási gyakorisága a nemzetközi és hazai epidemiológiai adatokban közel megegyező.

A pszichotikus zavarok gyakoriságában egy szerzőnél jelentős mértékű kiugrást lehet látni, a hazai adatok a többi nemzetközi szakirodalmi eredményekkel korrelálnak.

Mentális eltérés típusa	Mentális eltérés gyakorisága (%)				
	Fazel	Colins	Eck	James	HOGYI
Viselkedési zavar (CD)	<b>53</b>	46	n.a.	n.a.	<b>76</b>
Oppozíciós magatartási zavar (ODD)	n.a.	<b>20</b>	n.a.	n.a.	<b>15</b>
Aktivitás- és figyelem zavar (ADHD)	12	<b>14</b>	11	n.a.	<b>18</b>
Szerhasználat/szerfüggőség (SUD)	n.a.	45	n.a.	<b>76</b>	<b>78</b>
Poszt-traumás stressz zavar (PTSD)	n.a.	<b>10</b>	<b>14</b>	n.a.	<b>10</b>
Pszichotikus zavarok	<b>3,3</b>	1,3	17	7,2	<b>3,2</b>
Hangulat zavarok (MDE, BP)	10	n.a.	31	30	n.a.

12. táblázat

A magyar (HOGYI) és a nemzetközi adatok összevetése  
a büntetendő cselekményeket elkövető serdülők jellemző pszichopatológiáiról

#### **4. A pszichiátriai tünettan miatt fekvőbeteg ellátást igénylő kriminál-pszichiátriai serdülő populáció kórházi kezelése milyen sajátosságokat mutat az átlag populációhoz képest?**

Az országosan ismert gyermekpszichiátriai átlagos ápolási napok száma 6 és 11 nap közé esik. Az 5. ábrán bemutattuk, hogy a kutatásban érintett fiatalok ( $N_{\text{kutatott}}$ ) az első felvételeik során az esetek túlnyomó hányadában ugyanannyi napot töltöttek kórházban.

Az esetek 25%-ban a serdülő ismételten igényelt hospitalizációt, a 10 év vizsgált periódus alatt jelentős számú, 6-12 alkalommal történt visszakерülést is találtunk az esetek 1,5%-nál.

#### **5. Van-e összefüggés a nemek és a visszakерülés között eltelt napok száma között?**

Az ellátási esetek adatainak statisztikai elemzése azt mutatta, hogy az első és második bekerülés között eltelt idő jelentős szórást mutat 0-3 nap és 473 nap között. Az összes eset 19,1% az első felvételt követő elbocsátás után 3 napon belül visszatért az osztályra. A másik végletet a fiatalok azon 19,9%-os csoportja jelentette, akik második

pszichiátriai osztályos felvételére az első elbocsátás után több, mint 473 nappal került sor.

## **6. A büntetőség szempontjából releváns életkori kategóriák és a visszakerülés között eltelt napok száma között van-e korreláció?**

Kutatási adatelemzésünk során megállapítottuk, hogy a pszichiátriai osztályra való visszakerülések száma, gyakorisága a kutatott személyek életkorával mutat összefüggést.

A kutatott mintában a legnagyobb százalékban osztályra kerülő életkorcsoportot a 14 év feletti fiatalok teszik ki. Ebben a korcsoportban a fiú/lány arány közel azonos százalékos eloszlást mutat (26,7 – 28,7%). A 11,9 év alattiak esetében háromszor több fiú, mint lány került pszichiátriai osztályra. Az ilyen életkorú fiúk aránya 37,4%, a lányoké 13,6% volt. A nemek közötti arány 14 éves kor fellett megfordul, a lányok 57,7%-r emelkedik, a fiúké 35,9%-ra csökken.

## 7. IRODALOMJEGYZÉK

- Abram, K.M., Zwecker, N.A., Welty, L.J., Hershfield, J.A., Dulcan, M.K., Teplin, L.A. (2015). Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 72(1), 84–93.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 profile*. University of Vermont Department of Psychiatry, Bd: Burlington, VT.
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D. & Lateef, R. (2019). Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260–283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- Alden, L. E., Regambal, M. J. & Laposa, J. M. (2008). The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion A. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1337–1346. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.013>
- Allely, C.S., Minnis, H., Thompson, L., Wilson, P., Gillberg, C. (2014). Neurodevelopmental and psychosocial risk factors in serial killers and mass murderers. *Aggress Violent Behav*, 19:288-301.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anderson, C.A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L.R., Johnson, J.D., Linz, D., Malamuth, N.M., Wartella, E. (2003). The influence of media violence on youth. *Psychol Sci Public Interest*, 4, 81-110
- Angland, S., Dowling, M. & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.



- Arata, C. (2000). From Child Victim to Adult Victim: A Model for Predicting Sexual Revictimization. *Child Maltreatment*, 5(1), 28–38. <https://doi.org/10.1177/1077559500005001004>
- Ariés, P. (1987). *Gyermek, család, halál*. Budapest: Gondolat.
- Ayoub, C.C. (2010). Munchausen by proxy. In: Shaw RJ, De-Maso DR, eds. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 185–198.
- Ayoub, C.C., Schreier, H.A., Keller, C. (2002). Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child Maltreat*. 7: 149–159.
- Balázs, J. (2022). ADHD: state of the art áttekintés. *Gyógypedagógiai Szemle*, 50(2-3), 103–116. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.1>
- Balázs, J., Bíró, A., Dálnoki, D., Lefkovics, E., Tamás, Zs., Nagy, P., Gádoros, J. (2004). A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psych Hung*, Vol. 19, Issue: 4, pp. 358–364.
- Balázs, J., Bitter, I., Hideg, K., Vitrai, J. (1998). A MINI és a MINI Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiat. Hung.*, 13(2).160-168.
- Balázs, P. (2007). Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete. Magyar Tudománytörténeti Intézet
- Barabás, A.T., Farkas, K., Kiss, A. (2000).  
Az új Be. egyes meghatározó jogintézményei: a sértetti pozíció erősödése, eljárásgyorsítás, -egyszerűsítés. *Kriminológiai Tanulmányok* 58:157-184.
- Barra, Gy. (1947). Nagy László és Ranschburg Pál nyomában. A gyermeklélektan vidéki úttörői. In: Baranyai Erzsébet et al: *Tanítás és értelmi fejlődés*, Budapest: VKM, 158–170.
- Beaudry, G., BA, Yu, R., Långström, N., Fazel, S. (2021): An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60(1):46–60.
- Belovics, E., Békés, I., Busch, B., Molnár, G., Sinku, P., Tóth, M, (2003). *Büntetőjog – Általános Rész. 2. hatályosított kiadás*. (Szerk.: Békés Imre) p:139. HVG-ORAC
- Belsky, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Poulton, RR. (2023). *The Origins of You: How Childhood Shapes Later Life*. Cambridge, Mass: Harvard University Press. [ISBN 978-0-674-29385-4](https://doi.org/10.1017/9780674293854).

- Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Giuliani, C., Calabro, G., Lester, D., Innamorati, M., Pompili, M. (2022). Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: a retrospective naturalistic study. *BMC Psychiatry* 22, 821 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04472-3>
- Bernert, Zs. (2011). Pogányszertartás az Árpád-házi királyok udvarában? Sírások Naplója. <https://sirasok.blog.hu/2011/02/22/poganszertartasazarpadhazikiralyokudvaraban>
- Bertillon, A., 1893. Identification anthropométrique. Instructions signalétiques. MELUN, Imprimeria Administrative, 1893
- Biblia (2014). Sámuel I. könyve 16. fejezet. Budapest: Magyar Bibliatársulat. Letöltés <https://abibliamindenkie.hu/uj/1SA/16/> [2020.04.22].
- Binét, Á. (1949). Az üvegházi nevelés világszemlélete. *Köznevelés*, 71–75.
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., Gervai, J. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívvel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 23, 358–365.
- Blader, J. C. (2011). Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1276-1283.
- Blaskó, B. (2003). Magyar Büntetőjog – Általános Rész. Tankönyv, második, átdolgozott kiadás. Rejtjel Kiadó. Budapest, p:176
- Blaskó, B. (2020). Büntetőjog a gyakorlatban. Ludovika Egyetemi Kiadó.
- Blaskó, B. (2023). Magyar büntetőjog – Általános Rész. Tankönyv, kilencedik, átdolgozott kiadás. Rejtjel Kiadó. Budapest, p:591
- Bókay, J. (1935). A forgóládák a régi lelenházak szolgálatában Anya- és Csecsemővédelem. 8. pp: 234-244.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of the physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- Bools, C.N., Neale, B.A., Meadow, S.R. (1993). Follow-up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child*. 69: 625–630.
- Böszörményi, Z. & Brunecker, Gy. (1979). A gyermekkor és az ifjúkor pszichiatriája. Medicina.

- Bowers, A. W., Stuckey, C., & Lu, J. (2009). A review of cultural and clinical considerations in youth mental health care. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 1-10.
- Brewer, S. (1999). Commentary. The cost of violence to healthcare workers. *NT Research*, 4(2), 116-118. <https://doi.org/10.1177/136140969900400205>
- Brophy, J. T., Keith, M. M. & Hurley, M. (2017). Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27 (4), 581-606. <https://doi.org/10.1177/1048291117732301>
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 86-94.
- Bryant, L. (2010). Clinical supervision. *Practice Nurse*, 39(12), 36-41.
- Bugát, P. & Flór, F. (1839). Órjintézet alapítása. *Orvosi Tár*, (2), 31.
- Cauffman, E. (2008). Understanding the female offender. *The Future of Children*, 18(2), 119-142.
- Ciardha, C. & Gormley, M. (2012). Using a Pictorial-Modified Stroop Task to Explore the Sexual interests of Sexual Offenders Against Children. *Sex Abuse*, 24(2), 175-197. <https://doi.org/10.1177/1079063211407079>
- Cohen, P., Kasen, S., & Chen, H. (2008). Impact of socioeconomic status on psychiatric disorders in adolescence and early adulthood. *American Journal of Public Health*, 98(4), 574-579.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., Brink, W., Doreleijers, T., Broekaert, E., (2010). Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *Can J Psychiatry*. 2010;55(4):255-263.
- Concha, G. (1901). A rendőrség természete és állása szabad államban. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia. Forrás: <http://real-eod.mtak.hu/id/eprint/2573>
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2003). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1216.
- Csorba, J. (2005) Önsértő és öngyilkos magatartás serdülőkorban. *Fejlesztő Pedagógia* 16. évf. 5-6. 55-57.

- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. & Bowers, L. (2013). A review and metaanalysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Danielisz, B. (2021). A közegészségügy belügyi igazgatásának kezdetei 1867-1876. *Belügyi Szemle*, 69 (9), 1601-1614. <https://doi:10.38146/BSZ.2021.9.6>
- Deák, Á. (2013). *Államrendőrség Magyarországon, 1849-1867*. Akadémiai doktori értekezés, Budapest.
- Dean, G. (2005). The 'Cross+check' system: Integrating profiling approaches for police and security investigations. *J. Police. Crim. Psych.* Vol.20. 20-43. <https://doi.org/10.1007/BF02852651>
- Deutsch, E. (1912). Lelenházakról és árvaházakról In.: *Közlemények a gyermekvédelem és gyermekhygiene köréből*. - Budapest: Posner és fia. Pp. 29-55.
- Dickmann, M. (2001). A fővárosi Gyermekek- és Ifjúságvédő Intézet (GYIVI) története *Család-Gyermek-Ifjúság* 10. (3) pp. 4-9.
- Dósa, Á. (1995). Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései. *Magyar Jog* (6). 327–333.
- Dowbiggin, I. (2011). *The Quest for Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eck, M., Da Costa, J., Wathélet, M., Beunas, C., D'Ovidio, K., Moncany, A., Thomas, P., Fovet, T. (2024): Prévalence des troubles psychiatriques en population carcérale française: une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 2024, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.028>
- Elander, J. & Rutter, M. (1996). Use and development of the Rutter Parents'and Teachers' Scales. *International Journal of Methods and Psychiatry Research*, 6, 63–78.
- Erdei, Á. (1987) *Tény és jog a szakvéleményben*. Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, p:36
- Ezeobele, I. E., McBride, R., Engstrom, A. & Lane, S. D. (2019). Aggression in Acute Inpatient Psychiatric Care: A Survey of Staff Attitudes. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(3), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0844562118823591>
- Faria, M. A. (2013). Violence, mental illness, and the brain - A brief history of psychosurgery. *Surgical Neurology International*, (4), 49.

- Farkas J. (2018). A fejlődéslélektan alapvető kérdései. *Határrendészeti Tanulmányok*, (2), 97-110.
- Farkas J., Sófi Gy. & Fekete M. (2020). Psychological Aspects of Restorative Justice. *Belügyi Szemle*, 68(2), 23–36. <https://doi.org/10.38146/BSZ.SPEC.2020.2.2>
- Farkas, J. (2017:a). A fejlődéslélektan történeti vonatkozásai. *Határrendészeti Tanulmányok*, 14, (3), 117-135.
- Farreras, I. G. (2017). History of mental illness. In: Biswas-Diener, R., & Diener, E. (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF Pub.
- Faulkner-Gibson, L. (2012). Mental health nurses perceptions of aggression in children. In Needham, I., McKenna, K., Kingma, M. & Oud, N. (Eds.), *Violence in the Health Sector, Proceedings of the Third International Linking local initiatives with global learning* (pp. 219–222). Kavanah.
- Fazel, S., Doll, H., Långström, N. (2008) Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 47, Issue 9, pp.: 1010-1019, <https://doi.org/10.1097/CHI.Ob013e31817eecf3>
- Felson, R. B., Teasdale, B., & Burchfield, K. B. (2011). The influence of being under the influence: Alcohol effects on adolescent violence. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 48(4), 481-505
- Ferge, Zs. (1972). A társadalmi struktúra és az iskola közötti néhány összefüggés. *Szociológia*, 1972/1. sz. 10–36.
- Ferge, Zs. (1976). *Az iskolarendszer és az iskolai tudás társadalmi meghatározottsága*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). The role of poly-victimization in predicting trauma symptoms and delinquency. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 615-634.
- Finkey, F. (1942). *Az 1792. évi büntetőtörvény javaslat 150. évfordulója*. Stúdium Könyvkiadó, Budapest
- Finszter, G., (2019). Szabályozott felderítés – titkosított büntetőeljárás. *Miskolci Jogi Szemle* 14. évf. 2. különszám 1. kötet. 280-291.
- Fleury, H. W. & Van Engelen, Y. M. (2007). Workshop 1 – Management of aggression – Control, avoidance or contact? A different perspective on the management of

- aggression and disruptive behavior in (child) mental health care and (special) school practice. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T. & Oud, N. (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 59–62). Kavanah.
- Fliegauf G. (2009). A differenciált asszociációs elmélet és a kognitív behavior terápia kapcsolata: a börtön, mint a kriminológia és a szociálpszichológia érdeklődésének metszéspontja. *Börtönügyi Szemle*, 28(3), 83–96.
- Fliegauf G. & Sófi Gy. (2022). Gondolatok a gyermekek ellen elkövetett szexuális abúzzsal (CSA) kapcsolatban. *Belügyi Szemle*, 70 (5), 1057–1076. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.5.10>
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Babes-Bolyai Tudományegyetem.
- Fontanella, C. A., Hiance-Steelesmith, D. L., Phillips, G. S., Bridge, J. A., Lester, N., Sweeney, H. A., & Campo, J. V. (2009). Worsening of Outcomes among Youths with Recurrent Psychiatric Hospitalizations. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(5), 501-508.
- Forbes, M.K., Neo, B., Nezami O.M., et al. (2024) Elemental psychopathology: distilling constituent symptoms and patterns of repetition in the diagnostic criteria of the *DSM-5*. *Psychol Med*. 54(5):886-894. doi:[10.1017/S0033291723002544](https://doi.org/10.1017/S0033291723002544)
- Ford, J. D., Chapman, J. F., Mack, M., & Pearson, G. (2013). Pathways from traumatic child victimization to delinquency: Implications for juvenile and permanency court proceedings and decisions. *Juvenile and Family Court Journal*, 64(1), 13-39.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2007). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 487-496.
- Foster, E. M., & Jones, D. E. (2005). The effects of child maltreatment on the development of mental health problems: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 934-951.
- Foucault M. (1999). A szexualitás története I. A tudás akarása. Atlantisz Könyvkiadó Kft.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1111-1131.

- Friedrich, M.J. (2017) Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA. 317(15):1517. doi:[10.1001/jama.2017.3826](https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826)
- Gabbard, G.O. (2016). A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Ötödik kiadás. Oriold és társai könyvkiadó
- Gale, C., Arroll, B. & Coverdale, J. (2009). The 12-Month Prevalence of Patient-Initiated Aggression against Psychiatrists: A New Zealand National Survey. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 39(1), 79–87. <https://doi.org/10.2190/PM.39.1.f>
- Gaskill, R. L. & Perry, B. D. (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, and their impact on the developing brain. In P. Goodyear-Brown (Ed.), Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment (pp. 29–47). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118094822.ch2>
- Gazda I. (2017). Magyar Közegészségügy Kronológia 1867-1896. Budapest: Magyar Tudománytörténeli és Egészségtudományi Intézet.
- Gerevich, J. & Bácskai, E. (szerk. 2012). Korszerű addiktológiai mérőmódszerek. Semmelweis kiadó, Budapest.
- Gersenovic, M. (1995). The ICD family of classifications. Methods Inf Med. 34(1-2):172-5. PMID: 9082128.
- Gillespie, G. L., Bresler, S., Gates, D. M. & Succop, P. (2013). Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. Workplace health & safety, 61(6), 247–254. <https://doi.org/10.1177/216507991306100603>
- Goethals, K. & van Marle, H. (2007). Behaviour problems in childhood and adolescence in schizophrenic offenders: an exploratory study. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T. & Oud, N. (Eds.), Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (pp. 117–119). Kavanah.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. Journal of Drug Issues, 15(4), 493-506.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., ... & Keller, M. B. (2007). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. Bipolar Disorders, 9(7), 825-834.
- Gönczi, M. (1928). Az árvaházak kialakulása Mária Terézia korában. Boker és Fischer, Budapest

- González, C., Varela, J., Sánchez, P.A., Venegas, F., De Tezanos-Pinto, P. (2021) Students' participation in school and its relationship with antisocial behavior, academic performance and adolescent well-being. *Child Indic Res.* 2021;14:269-282. doi:[10.1007/s12187-020-09761-5](https://doi.org/10.1007/s12187-020-09761-5)
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Grisso T. (2008). Adolescent offenders with mental disorders. *The Future of children*, 18(2), 143–164. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0016>
- Hajdu, L. (1971). Az első (1795-ös) magyar büntetőkódex-tervezet. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Haller J., Fogarasi M. & Farkas J. (2020). Szexuális bűncselekmények. In Haller J. (Szerk.), *Bűntettek kriminálpszichológiája* (pp. 59–116). Ludovika Egyetemi Kiadó.
- Haller, J. (2020). *A bűnöző elme*. Budapest: Dialóg Campus
- Hargittay, E., Heltai, J. (1981). Régi magyar levelestár. Magvető Kiadó, Budapest. ISBN: 9632714342
- Harrington, R., & Bailey, S. (2005). Mental health needs and effectiveness of provision for young offenders in custody and in the community. Youth Justice Board for England and Wales.
- Harrington, R., & Clark, A. (1999). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 153-162.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hegedűs, J. & Fekete, M. (2014). Korai iskolaelhagyás és a kriminalitás kapcsolata, kezelésének lehetőségei. In: Szegedi, E., Juhász, J., Mihályi K. (szerk). *Végzettséget mindenkinek! Kutatási eredmények, esetleírások, helyi kezdeményezések a korai iskolaelhagyás témájában*. Budapest, Magyarország: Tempus Közalapítvány pp: 51-56. (<http://real.mtak.hu/id/eprint/16285>)
- Hoffmann, U., Clemens, V., König, E., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2020). Violence against children and adolescents by nursing staff: prevalence rates and implications for



- practice. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14(1), 43–55.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00350-6>
- Horányi, Gy. (szerk.) (1997). *György Júlia emlékkönyv*, Budapest: Fővárosi Pedagógiai Intézet és Nemzeti Egészségvédelmi Intézet.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Hulme, C. & Snowling, M. J. (2016). Reading disorders and dyslexia. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(6), 731–735.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293161/>
- Hwang, B., & Sontag-Padilla, L. (2020). Autism spectrum disorder and criminal offending: A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 451-463.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Irinyi, T., Németh, A., Lampek, K. (2017). Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel. *Orvosi Hetilap*, 158 (6), 229–237. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30658>
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., & Kataoka, S. H. (2002). Ongoing exposure to violence and trauma symptoms among adolescents: The role of cumulative trauma. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(2), 237-250.
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2020). Monitoring the Future national survey results on drug use 1975–2019: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Joravsky, D. (1989). *Russian Psychology: a Critical History*. Oxford: Blackwell.
- Kaat, A.J. & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders* 7(12), 1579-1594.
- Kalmár, S. (2010). A magyarországi pszichiátriai ellátás helyzete és jövője népegészségügyi szempontból. *Psychiat Hungarica* 25. (2). 164-175.
- Kalmár, S. (2015). A magyar pszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2015. XVII. évf. 2. szám.

- Kapronczay, K. (1998). Pólya József (1802-1873) emlékezete. *Orvosi Hetilap*, (30), 1803-1804.
- Karvasy, Á. (1862). *A közrendészeti tudomány*. Emich Gusztáv, Pest
- Kasik, L. & Gál, Z. (2014). Óvodások szociálisprobléma-megoldó gondolkodása szülei és pedagógusaik véleménye alapján. *Magyar pedagógia*, 114(3) 189–213.
- Kazdin, A. E. (2000). Adolescent development, mental disorders, and decision making of delinquent youths. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(4), 383-398.
- Kereszty, É. (2012) A kirendelő szervkirendelési gyakorlata és kompetenciája a szakértői szakkérdésben. In: Kadlót, Erzsébet (szerk.): *Kriminológiai Közlemények 70. Válogatás a Magyar Kriminológiai Társaság 2011. évben tartott tudományos rendezvényein elhangzott előadásokból*. Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest
- Kerezsi Klára: *A védtelen gyermek. (Erőszak és elhanyagolás a családban)* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1995.
- Kersten, L. (2018). *Aggression and Antisocial Behavior in Underserved Populations – Towards a Comprehensive Treatment Approach*. Dissertation, Basel
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R. (2003). Posttraumatic stress disorder and violence perpetration: The role of PTSD in the perpetration of violent crimes. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 3-11.
- Klein, R. (2009). On the control of attention. *Canadian Journal of Experimental Psychology / Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 63(3), 240–252. <https://doi.org/10.1037/a0015807>
- Knausz, I. (2006). A magyar „pedológia” pere 1948–1950. In: Borgos Anna, Erős Ferenc, Litván György (szerk.). *Mérei élet-mű*, Budapest: Új Mandátum, 161–181.
- Kőhalmi, L. (2005). A kóros elmeállapot megítélése a magyar anyagi büntetjogban. IN: orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László Emlékkönyv. Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi kar, Pécs. Pp:91-99.
- Komáromi, T. (2002). Beteg eretnekek Kolozsvár környékén. In. Szikszai M. (szerk.), Kriza János Néprajzi Társaság évkönyve 10 (pp. 19-30). Kolozsvár: Kriza János Néprajzi Társaság.
- Kopp, M. & Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot*, 2. kiadás. Corvinus Kiadó, Budapest
- Korinek, L. (2006). A rendőrség pártirányítása 1956–1989. *Rendészeti Szemle*, 54. (10), 55–67.

- Korinek, L. (2010). Kriminológia II. Kötet. Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, Budapest, p:10
- Kors, A. C. & Peters, E. (2001). *Witchcraft in Europe 400-1700*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Kovács, G. (2016). Szakkonzultánsok és társszakértők az orvosszakértői bizonyításban. *Magyar Jog*, 11:653–658.
- Kovess-Masféty, V., Sarno, I., Sevilla-Dedieu, C., & Chee, C. C. (2005). What makes children and adolescents consult mental health services? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 320-329.
- Kriston, P. & Pikó, B. (2018). Érzelemszabályozás és figyelemkontroll középiskolások körében. *Neveléstudomány*, 6(4). 83-94.
- Kuncz, E. (szerk.) (1998). *Igazságügyi pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. ISBN: 9789632263588
- Lahey, B.B., Rathouz, P.J., Keenan, K., Stepp, S.D., Loeber, R., Hipwell, A.E. (2015) Criterion validity of the general factor of psychopathology in a prospective study of girls. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(4):415-422. doi:[10.1111/jcpp.12300](https://doi.org/10.1111/jcpp.12300)
- Lam, R.W., Kennedy, S.H., McIntyre, R.S., Khullar, A. (2014) Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Can J Psychiatry*. 2014;59(12):649-654. doi:[10.1177/070674371405901206](https://doi.org/10.1177/070674371405901206)
- László, J. (1985). Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése. II. kötet. Igazságügyi Minisztérium, Budapest
- Lau, J. B. C., Magarey, J., Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.08.001>
- Laufenauer, K. (1893). Kétes elmeállapotok a törvényszék előtt. *Magyar Jogászegyleti Értekezések*, X. (3). Franklin Társulat Könyvnyomdája, Budapest
- Le Clere, M (1957). *Histoire de la Police*. Paris: Press Universitaire de France.
- Lechner, K. (1919). Az elmefogyatékok szerepe a társadalomban. *Természettudományi Közlöny*, LI. kötet, 725–730.; 773–786.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janvas, J., Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A

- short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224–231.
- Lettau, J. (2021) The impact of children's academic competencies and school grades on their life satisfaction: what really matters? *Child Indic Res.* 2021;14:2171-2195. doi:[10.1007/s12187-021-09830-3](https://doi.org/10.1007/s12187-021-09830-3)
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., Larsson, H. (2012). Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med.* 367(21).2006-2014. [https://doi:10.1056/NEJMoa1203241](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203241)
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (2001). The significance of child delinquency. In: R. Loeber & D. P. Farrington (eds.), *Child delinquents: development, intervention and service needs* (pp 1-24). Thousand Oaks, CA , USA : Sage.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (2014). Age-crime curve. In G. Bruinsma & D. Weisburd (Eds.), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* (pp. 12-18). Springer.
- Loeber, R., Menting, B., Lynam, D.R., Moffitt, T.E., Stouthamer-Loeber, M., Stallings, R., Farrington, D.P., Pardini, D. (2012). Findings From the Pittsburgh Youth Study: Cognitive Impulsivity and Intelligence as Predictors of the Age–Crime Curve *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 51, Issue 11, 1136 – 1149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.019>
- Lów, T. (szerk.) (1880). *A magyar büntetőtvénycönyv a büntettekéről és vétségekről (1878: V. t.cz.) és teljes anyaggyűjteménye, I. kötet.* Budapest, Pesti Könyvnyomda Részvénytársaság
- Lukács, P. (1991). *Színvonal és szelekció.* Budapest: Educatio.
- Maggini, C. & Dalle-Luche, R. (2022). An overview on Hebephrenia, a diagnostic cornerstone in the neurodevelopmental model of Schizophrenia. *Hist Psychiatry.* 33(1).34-46. [https://doi:10.1177/0957154X211062534](https://doi.org/10.1177/0957154X211062534)
- Magyar, A. (2018). *Fejezetek az értelmifogyatékos-kép történetéből.* Budapest: Gondolat.
- Manchikanti L, Falco F.J, Hirsch J.A. Necessity and implications of ICD-10: facts and fallacies. *Pain Physician.* 2011 Sep-Oct;14(5):E405-25. PMID: 21927055.
- Marshall, C. (2011). Justice restorative. In Green, J. (Ed.), *Dictionary of scripture and ethics* (pp. 1–5). Baker Academic.

- Maurice-Stam, H., Haverman, L., Splinter, A., van Oers, H. A., Schepers, S. A., & Grootenhuis, M. A. (2018). Dutch norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – parent form for children aged 2–18 years. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 123.
- McArdle, P., Prosser, J., & Trakas, D. J. (2010). Developing services for juvenile forensic psychiatry: Needs and new models of care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 127-132.
- McElvaney, R., Greene, S. Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *J. Interpersonal Violence*, 29, 928–947. <https://doi.org/10.1177%2F0886260513506281>
- McMahon, R. J., Witkiewitz, K., Kotler, J. S., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2010). Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 752-763.
- McNicholas, F., Slonims, V., Cass, H. (2000). Exaggeration of symptoms or psychiatric Munchausen's syndrome by proxy? *Child Adolesc Ment Health*. 5: 69–75.
- Meaney M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Ann. Rev. Neuroscience*, 24, 1161–1192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161>
- Meerwijk, E. L., van der Bijl, J. J., de Boer, F. (2007). Self-Efficacy in self-management programs to prevent aggression in children with a psychiatric disorder. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T., Oud, N. (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 264–267). Kavanah.
- Melly, J. (1928). *Az öngyilkosságok Budapesten és az európai nagyvárosokban, Statisztikai Közlemények 56/II., Budapest*
- Meng, A., Segal, R. & Boden, E. (2013). American juvenile justice system: history in the making. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 275-278. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0062>
- Mérei, F. (1949). A burzsoá objektivizmus a gyermeklélektanban. *Magyar Pedagógia* 58(6). 68–78.
- Mérei, F. (1971). Henri Wallon élete, munkássága, pszichológiája. In: *Henri Wallon: Válogatott tanulmányok*. Budapest: Gondolat, 13–56.

- Miller, B. A., & Carroll, J. J. (2006). Delinquency and adolescent substance abuse. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(3), 1-24.
- Mirnic, Zs. (2006). *A személyiség építőkövei*. Budapest: HEFOP, Bölcsész Konzorcium
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychology Review*, 100, 674-701.
- Mohammadi, G. S., Bosch, S. J., Valipoor, S., De Portu, G. (2021). Investigating the Impact of Healthcare Environmental Design on Staff Security: A Systematic Review. *HERD*, 14(1), 251-272. <https://doi.org/10.1177/1937586720921407>
- Moravcsik, E. E. 1908). *A tanúvallomások pszichológiája*. Jogtudományi közlöny. XLIII. (33) p:253-257.
- Moravcsik, E. E., 1896). *A gyermekkorban lévő büntettesekről*. Franklin-Társulat, Budapest
- Moravcsik, E.E., (1888). *A gyakorlati elmekórtan vázlata. Különös tekintettel az elmebetegekre vonatkozó hazai törvényeinkre s ministeri rendeletekre*. Budapest, Franklin-társulat Könyvnyomdája.
- Morozova, A., Zorkina, Y., Abramova, O., et al. (2022) Neurobiological highlights of cognitive impairment in psychiatric disorders. *Int J Mol Sci*. 2022;23(3):1217. doi:[10.3390/ijms23031217](https://doi.org/10.3390/ijms23031217)
- Morse, A. K., & Mullen, P. E. (2018). Schizophrenia and violence: A review of the evidence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(4), 452-464.
- Moylan, L. B. & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 526-534. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x>
- Muris, P., Meesters, C., Van den Berg, F (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Nemes, L. (1997). Visszaemlékezés a „Faludi”-ra. In: Horányi Györgyné (szerk.). György Júlia emlékkönyv. Budapest: Fővárosi Pedagógiai Intézet és Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, 21-22.
- Németh, A., Füredi. J. (2020). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Neumann, E. (2011). Az állam kizorítása az iskolából. *AnBlok*, 5. sz. 26–31.
- Neumann, M. & Klatt, T. (2022). Identifying Predictors of Inpatient Verbal Aggression in a Forensic Psychiatric Setting Using a Tree-based Modeling Approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP16351–NP16376. <https://doi.org/10.1177/08862605211021972>
- Nijman, H.L.I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(s412), 142–143. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>
- Nussbaum, A. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai Könyvkiadó.
- Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20(2), 673–716. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000333>
- Orenstein, D.M., Wasserman, A.L. (1986). Munchausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis. *Pediatrics*. 78: 621–624.
- Pákh, A. (1860). A pesti szegény-gyermekórház és Dr. Bókai János. *Vasárnapi Újság*, (30), 364.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Pearce, J. M. S. (2013). The Neuroanatomy of Herophilus. *European Neurology*, 69, 292-295. <https://doi:10.1159/000346232>
- Perman, C.M. (1998). Diagnosing the truth: determining physician liability in cases involving Munchausen syndrome by proxy. *J Urb Contemp Law*. 54: 267–290.
- Perry, B. (1984). Escape from Freedom, Criminal Style: The Hidden Advantages of Being in Jail. *The Journal of Psychiatry & Law*, 12(2), 215–230. <https://doi.org/10.1177/009318538401200205>
- Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect on psychopathology. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 93–129). John Wiley.
- Pesti Növendékpapság (1847). *Pesti Növendékpapság Magyar Iskolájának Munkálatai* 14. évfolyam. Pest: Beimel József Nyomdája.

- Piao, J., Huang, Y., Han, C., et al. (2022) Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 31(11):1827-1845. doi:[10.1007/s00787-022-02040-4](https://doi.org/10.1007/s00787-022-02040-4)
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International emergency nursing*, 19 (1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.007>
- Pisztora, F. (2009). Fontosabb pszichiátriai irányzatok Magyarországon a 19. század második és a 20. század első felében. in: A pszichiátia magyar kézikönyve. szerk: Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter, Medicina, Budapest
- Pléh, Cs. (1979). A magyar pszichológia fejlődésének néhány jellemzője a publikációk mennyiségi elemzésének tükrében (1958–75), In: MTA II. oszt. Közleményei. 28. évf. 1–3. szám, 209–231. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2015). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Pornói, I. (2018). A szociális pedagógia gyakorlata a gyermekvédelemben a századforduló dualista Magyarországon. In: Karlovitz János Tibor (szerk.), *Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből* (pp. 189-194). Komarno: International Research Institute.
- Ráczkevy-Deák, G. & Besenyő, J. (2022). Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos cselekedetek. *Orvosi Hetilap*, 163(28), 1112–1122. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32466>
- Rajagopal, V., Stephenson, J., Ousey, K. (2023). Mental illness stigmatisation among Malaysian adults: a systematic review. *British Journal of Nursing* VOL. 32, NO. 20 <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.20.988>
- Reijneveld, S. A., de Meer, G., & Wiefferink, C. H. (2012). The impact of psychiatric problems in children on the healthcare system: Findings from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(1), 43-48.
- Restak, R. (2000). „Fixing the Brain”. *Mysteries of the Mind*. Washington: National Geographic Society.
- Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., da Silva, D. R., Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, A. M. (2016). Mental health problems in male young offenders in custodial versus



- community based-programs: Implications for juvenile justice interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, Article 40.
- Rodriguez, E. (2018). Herophilus. New York: Enciclopedia Britannica.
- Rogers, K. (2011). *Medicine and Healers Through History*. New York: Enciclopedia Britannica.
- Rogness, C. (2008). Can't stop dancing: could it be St. Vitus' dance? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20 (7), 353-358. <https://doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00331.x>.
- Rossegger, A., Gerth, J., Urbaniok, F., Laubacher, A., & Endrass, J. (2009). Women convicted for violent offenses: Adverse childhood experiences, low level of education and poor mental health. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-7.
- Roth M. (1869). *A gyermekek nagy halandóságának okai és annak meggátlását előmozdító eszközök*. London: Groombridge.
- Rousseau, J. J. (1978). *Emil, avagy a nevelésről*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Rózsa, S. & Kő, N. (2015). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) pedagógiai diagnosztikai eszköz hazai adaptációja és szakemberek felkészítése a teszt használatára. Kutatási jelentés. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Ruffy, P. (1914). *Az állami gyermekvédelem*. – Budapest. pp. 362.
- Ruffy, P. (1928). *A magyar állami gyermekvédelem kialakulása*. In.: Felsődriethomai Pettkó-Szandtner Aladár (szerk.). *A huszonöt éves állami gyermekvédelem emlékkönyve*. - Népjóléti Minisztérium. pp. 227-260.
- Ruffy, P. (szerk) (1908). *Jelentés az állami gyermekmenhelyeknek 1906. évi munkásságáról*. – Budapest, Pátria
- Rutter, M. & Maughan, B. (2002) School Effectiveness Findings 1979–2002, *Journal of School Psychology*, 40(6), 451-475, [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00124-3](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00124-3).
- Sallai, J. (2019). *A magyar rendészet története*. Rendőrség Tudományos Tanácsa, Budapest
- Sallai, J. (2020). *A municipális rendőrségektől a centralizált államrendőrségig*. Rendőrségi Tanulmányok, 100 éves a magyar rendőrség, Különszám, (3) 8–39.
- Schneider, W., Waldfoegel, J. & Brooks-Gunn, J. (2013). The Great Recession and the risk for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 721–729. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.004>

- Schnell, J. (1968). A Fővárosi Gyermekideggondozó Hálózat kialakulása, tudományos és történeti előzménye. Budapest: Központi Gyermekideggondozó Intézet.
- Schochow, M., & Steger, F. (2014). Johann Christian Reil (1759-1813). Pioneer of Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171 (4), 403.
- Schwartz, F., (1858). A lelkibetegségek általános kór- és gyógytana törvényszéki lélektannal. Lauffer és Stolp, Pest
- Scull, A. (2016). Madness in historical perspective. *Canadian Medical Association Journal*, 188 (10), 756-758. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151418>
- Segal, A.F., Winfree, L.T., & Friedman, S. (2019). *Mental Health and Criminal Justice*. New York: Wolters.
- Shaw, D.S. & Emery, R.E. (1987). Parental conflict and other correlates of the adjustment of school age children whose parents have separated. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (2), 269-281. <https://doi.org/10.1007/BF00916354>
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janav, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*. 71(3), 313-326.
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Biswas, A., ... & Karch, K. M. (2011). The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 21-32.
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire." *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63-70.
- Sótonyi, P. szerk. (2009). *A magyar törvényszéki-igazságügyi orvostan története*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest. ISBN: [9789632261805](https://doi.org/10.1177/10790632261805)
- Speltz, M. L., DeKlyen, M., Calderon, R., Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 315-325.
- Spice, A., Viljoen, J. L. & Latzman, N. (2013). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sex Abuse*, 25(4), 347-369. <https://doi.org/10.1177/1079063212459086>

- Stein, G. (2011). The case of King Saul: did he have recurrent unipolar depression or bipolar affective disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), 212. <https://doi:10.1192/bjp.198.3.212>
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Sudak, H. (2017). Pennsylvania Hospital' Influence ont he Fields of Psychiatry. Letöltés <http://www.uphs.upenn.edu/paharc/features/psych.html> [2020.04.23].
- Sudár, B. & Petkes, Zs. (2014). *A honfoglalók viselete*. Budapest: Helikon.
- Summit, R. C. (1983). The sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177–193. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Swann, A. C., & Brady, K. T. (2021). Bipolar disorder and violence: An overview of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 282, 68-74.
- Swedo E, Idaikkadar N, Leemis R, et al. Trends in U.S. Emergency Department Visits Related to Suspected or Confirmed Child Abuse and Neglect Among Children and Adolescents Aged <18 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–September 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1841–1847. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6949a1>
- Sz. Kristóf, I. (2014). Boszorkányüldözés a kora újkori Magyarországon. In: Klaniczay G. (szerk.), *Boszorkányok, varázslók és démonok Közép-Kelet-Európában* (pp. 17-62). Budapest: Balassi.
- Szabó, L.Gy. (2018). A pécsváradi bencés apátság gyógynövénykertjétől a Nékámpatikáig - ezeréves gyógyszerészet nyomai és a jövő reménye. Letöltés <http://www.aok.pte.hu/docs/larencz/file/Apecsvaradiapatsagigyogynoevenyker ttolaNekam-patikaig.pdf> [2020.03.02].
- Szádóczky, E. & Boros, J. (2021). Pszichiátriai epidemiológia In: Németh A. (szerk.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., pp. 93-101.
- Szalárdi, M. (1900). Az elhagyatott gyermekek ügye Magyarországon. *Gyógyászat* 40. (32) pp. 5-8.
- Szekeres, G. (2019). Milyen változásokat hoz a pszichiátriában a BNO-11? *Lege Artis Medicinae*, 29(01-02), 89-93. <https://doi.org/10.33616/lam.29.011>
- Szigeti, P. & Szilvássy, Gy.P. (2015). *Rendészet és emberi jogok*. Rejtjel Kiadó, Budapest

- Sziklai, I. (1950). Az új nevelés kérdései. *Magyar Pedagógia*, 59(1).77–87.
- Szmirnov, A.A. (1960). A pszichológia feladatai az SZKP XXI. kongresszusa határozatai tükrében. *Magyar Pszichológia Szemle*, 17(2).129–151.
- Szük, L. (1985). Az Egyesült Nemzetek Hetedik Bűnmegelőzési Kongresszusa 1985, Milánó. Tanulmánykötet 18. Igazságügyi Minisztérium.
- Tamási, E. (2015). Budapest – Prostitúció. Országos Kriminológiai Intézet
- Tariska, I. (1948). A freudizmus, mint az imperializmus házi pszichológiája. A harmadik londoni mental-hygiénés kongresszus, *Fórum*, 3(10).799–805.
- Tariska, I. (1949). Pszichologizmus a nevelésben és ennek határai, *Fórum*, 4(4).328–329.
- Temesi István: A kameralisztika. In Szamel Katalin (szerk.). *Közigazgatás-elmélet*. Budapest, Nemzeti Közszerológiai Egyetem Közigazgatás-tudományi Kar, Közjogi Intézet, 2012. 42.
- ten Brinke, L., Stimson, D., Carney, D.R. (2014). Some evidence for unconscious lie detection. *Psychol Sci*. 25(5), 1098–1105
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1133-1143.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M.J., Taylor, E. (2017). *Rutter's Child and Psychiatry*. 6e. Wiley Blackwell, ISBN-13 9781118381885
- Thomas, A. & Chess, S. (1957). An approach to the study of sources of individual difference in child behavior. *J Clin Exp Psychopathol*, 18:347-357
- Thornberry, T. P., Huizinga, D., & Loeber, R. (1994). The prevention of serious delinquency and violence: Implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In J. C. Howell, M. Krisberg, J. D. Hawkins, & J. J. Wilson (Eds.), *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders* (pp. 213-237). Sage Publications.
- Torday, F. (1907). Állami gyermekvédelmünk története *Budapesti Orvosi Újság* 5. (4) pp. 71-74.
- Törő, K. (2024). Igazságügyi szakértés a múltban és napjainkban: Egy pszichológus szakértő szemszögéből. In: Horváth, Miklós (szerk.) *Fejezetek az 1956-ot követő*

- megtorlás történetéből interdiszciplináris megközelítésben : Végrehajtott halálos ítéletek (i)gazságügyi szakértői közreműködéssel? Budapest, Magyarország: Argumentum Kiadó. 85-102. ISBN 978-963-446-830-1
- Törő, K., Miklósi, M., Horányi, E., Pers-Kovács, G., Balázs, J. (2017). Reading Disability Spectrum: Early and Late Recognition, Subthreshold, and Full Comorbidity. *J Learn Disabil* 51(2).158-167. doi:[10.1177/0022219417704169](https://doi.org/10.1177/0022219417704169)
- Tseng, W. S. (1973). The development of psychiatric concepts in traditional Chinese medicine. *Archives of General Psychiatry*, 29, 569-575. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.04200040109018>
- Turányi K. (1963). A Józsefváros kialakulása. In: Gerevich L & Tarjányi S. (szerk.), *Tanulmányok Budapest múltjából* 15 (pp. 329-362). Budapest: Akadémia.
- Turi, E., Tóth, I., Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26(6), 415-426.
- Underwood, L. A., & Washington, A. (2016). Mental Illness and Juvenile Offenders. *International journal of environmental research and public health*, 13(2), 228. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020228>
- Ürmösné-Simon, G. (2015). The traits and the thrill of serial killers. *Internal Security*, 7(2), 33-42.
- Ürmösné-Simon, G. (2018). The portrayal and the attributes of serial killers, and some of the most notorious ones. *Internal Security*, (10). 1-12.
- Van Wert, M., Anreiter, I., Fallon, B. A. & Sokolowski, M. B. (2019). Intergenerational Transmission of Child Abuse and Neglect: A Transdisciplinary Analysis. *Gender and the Genome*, 3, 1-21.
- Varga L. (1960). Javaslatok a pesti szegénygyermek kórház átszervezésére 1848-ban. *Orvostörténeti Közlemények*, 19, 227-237.
- Vargha, A., (2000). *Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal*. Pólya Kiadó, Budapest
- Veczkó, J. (2000). *A gyermek- és ifjúságvédelem alapjai. A gyermek központú társadalomért*. Szeged: APC-Stúdió.
- Vermeiren, R., De Clippele, A., & Deboutte, D. (2000). A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. *Journal of Adolescence*, 23, 277-285.

- Vetró, Á. (1997). Iskoláskorú gyermekek viselkedési problémáinak epidemiológiai vizsgálata Szegeden. *Psychiatria Hungarica* 12(2). 193-200.
- Vetró, Á. (2008). Pszichiátriai problémák gyermek- és serdülőkorban. In. Oláh É. (szerk.). *Gyermekgyógyászati kézikönyv II*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Viner, R. M., Hargreaves, D. S., & Coffey, C. (2012). Deaths in young people aged 0–24 years in the UK compared with the EU15+ countries, 1970–2008: Analysis of the WHO Mortality Database
- Wallace, E.R., & Gach, J. (2008). *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry*. USA: Springer
- White, H. R., & Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug-crime relationship. In *Criminal justice 2000* (Vol. 1, pp. 151-218). Washington, DC: National Institute of Justice.
- Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(8), 1039–1048.
- Wirth, B. & Ferencz, M. (2014). A szakértővé válás, a szakértői névjegyzék és a szakértői kompetencia egyes kérdései. In: Kúria Joggyakorlat-Elemző Csoport: Összefoglaló vélemény. A szakértői bizonyítás a bírósági eljárásban. Kúria, Budapest, <http://www.kuriabirosag.hu/sites/default/files/joggyak/osszefoglalovelemenye2.pdf>
- Woerner, W., Becker, A., Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 3–10.
- Wongcharoenwatana, J., Tarugsa, J., Kaewpornsawan, K., Eamsobhana, P., Chotigavanichaya, C. & Thanase Ariyawatkul, T. (2021). Identifying children at high risk for recurrence childabuse. *J. Orthopaedic Surgery*, 29(1), 1–7. <https://doi.org/10.1177/2309499021996411>
- Ybl, L. (1909). Az állami gyermekmenhely Budapesten. *Építő Ipar* 33. (1) 1 p.
- Young, S., Adamou, M., Bolea, B., Gudjonsson, G., Muller, U., Pitts, M., ... & Asherson, P. (2015). The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: A consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-7.

- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zibolen, E. (1989). Mérei Ferenc a Balatonfüredi Pedagógus Konferencián, In: Bagdy Emőke, Forgács Péter, Pál Mária (szerk.). Mérei Ferenc emlékkönyv. Budapest: k.n., 85–88.
- Zimmermann, S. (1996). Gyermeksorsok és gyermekvédelem Budapesten a Monarchia idején. Budapest: Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár.
- Zimmermann, S. (2011). *Devide, Provide and Rule*. Budapest: CEU. American Psychological Association (2020). Dictionary. Letöltés <https://dictionary.apa.org/> [2020.04.23].
- Zoltán, J. (1963). Budapest történetének bibliográfiája. Budapest: Szabó Ervin Könyvtár.
- Zsakó, I. (1956). Az egykori országos tébolyda keletkezésének története. *Orvostörténeti Közlemények*, (4), 84-107.

**Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:**

Sófi, Gy., Törő, K., Csikós, G. and Fliegau, G. (2024) Perceiving violence against healthcare workers in a child and adolescent emergency psychiatric ward in Hungary: a qualitative pilot study In: Ulutasdemir, Nilgun; Deger, Vasfiye Bayram; Tanir, Ferdi (szerk.) Anxiety, burnout, and stress among healthcare professionals. Lausanne, Svájc :Frontiers Media SA pp. 151-158.

Sófi, Gy., & Törő, K. (2023). Büntetendő cselekményeket elkövető fiatalok pszichiátriai profilja a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet sürgősségi (zárt) pszichiátriai osztályán 2009–2019 között. In Újratervezés a változó világban (p. 68).

Sófi, Gy., Törő, K., & Csikós, G. (2023). A pszichológiai és pszichiátriai szakértői tevékenység nehézségei a gyermekek sérelmére elkövetett nemi erkölcs elleni bűncselekmények büntető eljárásában. Belügyi Szemle, 71(7), 1197-1219. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2023.7.4>

Sófi, Gy., Törő, K., Csikós, G. and Fliegau, G. (2023) Perceiving violence against healthcare workers in a child and adolescent emergency psychiatric ward in Hungary: a qualitative pilot study. Front. Psychol. 14:1220183. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1220183>

Sófi, Gy. (2020). Gyermekvédelem és a gyermekek orvosi ellátásának összefüggései a történelem tükrében In: Karlovitz, János Tibor (szerk.) Jogok és lehetőségek a társadalomban Komárno, Szlovákia: International Research Institute. pp. 256-265.

Sófi, Gy. & Farkas, J. (2020). A hazai gyermekpszichiátria történeti vonatkozásai. Pro Publico Bono.

**Disszertációtól független közlemények:**

Sófi, Gy., & Törő, K. (2024). A normáltól eltérően fejlődő gyermeki viselkedés, gondolkodás és érzelemkifejezés. In: Gyakorlati Gyermekgyógyászat (pp. 727–741).



- Fliegau, G., & Sófi, Gy. (2023). Egészségügyi dolgozók elleni erőszak gyermekpszichiátrián – nemzetközi trendek, emberi jogi megfontolások, hazai tapasztalatok. In: Újratervezés a változó világban (p. 70).
- Fliegau, G., Törő, K., Csikós, G., & Sófi, Gy. (2023). A bántalmazott egészségügyi dolgozók élményei – gyermekpszichiátriái tapasztalatok egy online önkitöltős kvalitatív kutatás alapján. *BELÜGYI SZEMLE / ACADEMIC JOURNAL OF INTERNAL AFFAIRS: A BELÜGYMINISZTERIUM SZAKMAI TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA* (2010-), 71(9), 1561–1585. <http://doi.org/10.38146/BSZ.2023.9.3>
- Fliegau, G., & Sófi, Gy. (2023). A nemi szerep diszfória diagnosztikus hátterének bemutatása pszichológiai és kriminológiai szempontok alapján egy speciális gyermekotthonban élő, szexuálisan kizsákmányolt serdülőnél. *BELÜGYI SZEMLE / ACADEMIC JOURNAL OF INTERNAL AFFAIRS: A BELÜGYMINISZTERIUM SZAKMAI TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA* (2010-), 71(1), 91–112. <http://doi.org/10.38146/BSZ.2023.1.5>
- Hoi-Ching Wong, B., Cross, S., Zavaleta-Ramírez, P., Bauda, I., Hoffman, P., Ibeziako, P., ... Ougrin, D. (2023). Self-Harm in Children and Adolescents who Presented at Emergency Units During the COVID-19 Pandemic: An International Retrospective Cohort Study. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 62(9), 998–1009. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.016>
- Sófi, Gy. (2023a). Agitált, agresszív gyermek. In *Gyermeksürgősségi ellátás* (pp. 104–108).
- Sófi, Gy. (2023b). Pszichiátriái sürgősségi állapotok. In *Gyermeksürgősségi ellátás* (pp. 529–532).
- Sófi, Gy., & Törő, K. (2023a). Serdülőkorral összefüggő sürgősségi állapotok. In *Gyermeksürgősségi ellátás* (pp. 518–520).
- Sófi, Gy., & Törő, K. (2023b). Viselkedési eltérések. In *Gyermeksürgősségi ellátás* (pp. 521–526).
- Sófi, Gy., & Törő, K. (2023c). Bántalmazott gyermek. In *Gyermeksürgősségi ellátás* (pp. 526–529).
- Törő, K., Csikós, G., Fliegau, G., Mocos, J., & Sófi, Gy. (2023). Internalizáló és externalizáló pszichés zavarú serdülők szorongásos és depressziós tünettának és rezilienciájának exploratív vizsgálata sürgősségi gyermekpszichiátriái

- osztályon. HUMÁN INNOVÁCIÓS SZEMLE, 14(2), 47–65.  
<http://doi.org/10.61177/HISZ.2023.14.2.4>
- Törő, K., & Sófi, Gy. (2023). Internalizáló és externalizáló pszichés zavarú serdülők szorongásos és depressziós tünettanának és rezilienciájának exploratív vizsgálata sürgősségi gyermekpszichiátriai osztályon. In Újratervezés a változó világban (p. 69).
- Farkas, J., Erdős, S., Jelencsics, R. D., Pogonyi, K., & Sófi, Gy. (2022). Egy fiatal viktimizálódása és kriminalizál(ód)ása. In Zárás és nyitás - Erőforrások, reakciók és megküzdés a változások idején (pp. 57–57).
- Fliegauf, G., & Sófi, Gy. (2022a). A személyi szabadság megvonásának élménye. Gyermekpszichiátriai osztályos és börtönbeli falfirkák szimbólumainak összehasonlító elemzése. BELÜGYI SZEMLE / ACADEMIC JOURNAL OF INTERNAL AFFAIRS: A BELÜGYMINISZTERIUM SZAKMAI TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA (2010-), 70(12), 2545–2567. <http://doi.org/10.38146/BSZ.2022.12.1>
- Fliegauf, G., & Sófi, Gy. (2022b). „Manci” szülni fog – A nemi szerep diszfória diagnosztikus hátterének bemutatása pszichológiai és kriminológiai szempontok alapján egy deviálódott és szexuálisan kizsákmányolt serdülőnél. In Zárás és nyitás - Erőforrások, reakciók és megküzdés a változások idején (pp. 29–29).
- Fliegauf, G., & Sófi, Gy. (2022c). Börtönbeli és pszichiátriai osztályos falfirkák összehasonlító szimbolikus elemzése. In Zárás és nyitás - Erőforrások, reakciók és megküzdés a változások idején (pp. 4–4).
- Mattiassich-Szokoli, E., & Sófi, Gy. (2022). A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) okozta nemzetgazdasági problémák és azok lehetséges kezelése. IME, 21(1), 41–47. <http://doi.org/10.53020/IME-2022-101>
- Sófi, G., Törő, K., & Csikós, Gy. (2022). Észlelt stressz és reziliencia szint pszichiátriai diagnózisú és/vagy post-covid tünetekkel rendelkező gyermekek esetében a COVID-19 negyedik hulláma idején. In Zárás és nyitás - Erőforrások, reakciók és megküzdés a változások idején (pp. 40–40).
- Sófi, Gy., & Farkas, J. (2021). Main Characteristics of Juvenile Psychopathy in Law Enforcement Aspects. Security Horizons, 2(5), 237–244.
- Farkas, J., & Sófi, Gy. (2020). Mentális betegek kezelése: Intézménytörténeti és hazai vonatkozások. In VIII. IRI Társadalomtudományi Konferencia (pp. 29–29).

- Farkas, J., Sófi, Gy., & Fekete, M. (2020). Psychological Aspects of Restorative Justice. BELÜGYI SZEMLE / ACADEMIC JOURNAL OF INTERNAL AFFAIRS: A BELÜGYMINISZTERIUM SZAKMAI TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA (2010-), 68(2 SPECIAL ISSUE), 23–36. <http://doi.org/10.38146/BSZ.SPEC.2020.2.2>
- Sófi, Gy. (2020a). A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet emelt biztonságú egység létrehozásának okai és körülményei. In Sokszinű Kar Konferencia II. (pp. 15–16).
- Sófi, Gy. (2020b). A pszichiátria rendszertörténeti vonatkozásai. In Rendészet-Tudomány-Akualitások- 2020 (pp. 22–22).
- Sófi, G. (2020c). Gyermekvédelem és a gyermekek orvosi ellátásának összefüggései a történelem tükrében. In Jogok és lehetőségek a társadalomban (pp. 256–265).
- Sófi, Gy. (2020d). Gyermekvédelem és a gyermekek orvosi ellátásának összefüggései a történelem tükrében. In VIII. IRI Társadalomtudományi Konferencia (p. 30.).
- Sófi, Gy., & Farkas, J. (2020). Mentális betegek kezelése és ellátása: Magyarországi intézménytörténeti vonatkozások. In Jogok és lehetőségek a társadalomban (pp. 265–280).
- Ábrahám, I., Ferenczi-Dallos, G., Garas, P., Mészáros, G., Sófi, Gy., Szuromi, B., & Tényiné, C. G. (2019). KERÉKASZTAL A FIATALKORI SÜRGŐSSÉGRŐL: SZAKMAI, ETIKAI, JOGI ÉS ELLÁTÁS-SZERVEZÉSI KÉRDÉSEK. In A Magyar Gyermek- és Ifjúságpszichiátria és Társszakták Társasága (MAGYIPETT) 43. kongresszusa: Fejlődés és identitás (pp. 38–38).
- Ábrahám, I., Bodnár, M., Dallos, G., Gácsér, M., Hirsch, A., Katona, B., ... Törő, K. (2019). Kerekasztal a gyermekvédelmi jelzésről a gyermekpszichiátriai klinikai gyakorlatban. In A Magyar Gyermek- és Ifjúságpszichiátria és Társszakták Társasága (MAGYIPETT) 43. kongresszusa: Fejlődés és identitás (pp. 38–38).
- Sófi, Gy., & Farkas, J. (2019a). A fiatalkori pszichopátiás vonások legfőbb jellegzetességei és rendészeti vetületei. In IV. TURIZMUS ÉS BIZTONSÁG NEMZETKÖZI TUDOMÁNYOS KONFERENCIA ABSZTRAKT KÖTETE (pp. 12–12).
- Sófi, Gy., & Farkas, J. (2019b). A fiatalkori pszichopátiás vonások legfőbb jellegzetességei és rendészeti vetületei. In IV. TURIZMUS ÉS BIZTONSÁG NEMZETKÖZI TUDOMÁNYOS KONFERENCIA TANULMÁNYKÖTET (pp. 42–54).
- Pászthy, B., Ábrahám, I., Csábi, G., Hirsch, A., Kapornai, K., Kamuti, K., ... Garas, P. (2017). Az evészavarok osztályos terápiája. In MAGYIPETT 41. kongresszusa (pp. 35–36).

- Sófi, Gy. (2016). A gyermekkori bántalmazások pszichés és mentális összefüggései. In *Gyermekbántalmazás* (pp. 207–225).
- Fodor, M., & Sófi, Gy. (2015). Az ifjúsági drogkarrier veszélyei. *ORVOSI HETILAP*, 156(46), 1843–1846.
- Sófi, Gy., & Fodor, M. (2014). *Igazságügyi gyermekpszichiátria*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Sófi, Gy. (2014e). A kártérítési perek az igazságügyi gyermekpszichiáter szempontjából. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 204–205).
- Sófi, Gy. (2014d). A házassági bontóperek, a gyermekelhelyezés és a kapcsolattartás gyermekpszichiátriai vonatkozásai. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 180–182).
- Sófi, Gy. (2014f). A mentális állapota miatt érintett gyermek és serdülő áldozati szerepben. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 155–156).
- Sófi, Gy. (2014c). A gyermek- és serdülőkor viktimológiai jelentősége általánosságban. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 151–154).
- Sófi, Gy. (2014k). Szorongásos zavarok. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (p. 123).
- Sófi, Gy. (2014a). A depresszió és magatartási eltérései. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 108–110).
- Sófi, Gy. (2014b). A figyelemhiányos hiperaktivitás tünetegyüttes. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 63–67).
- Sófi, Gy. (2014j). A viselkedés zavarai (conduct disorder - CD, oppozíciós zavar - ODD). In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 50–62).
- Sófi, Gy. (2014g). A szakértő a tárgyalóteremben. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 37–39).
- Sófi, Gy. (2014h). A szakértő kötelezettségei és jogai. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 34–36).
- Sófi, Gy. (2014i). A szakértői vélemény. In *Igazságügyi gyermekpszichiátria* (pp. 30–33).
- Fodor, M., & Sófi, Gy. (2013). A gyermekkori elhízás új megközelítése. *ORVOSI HETILAP*, 154(32), 1256–1260.
- Sófi, Gy., & Maródi, L. (1992). A génterápia eredményei és perspektívái a primer immundefektusok kezelésében. *LEGE ARTIS MEDICINAE*, 2(10), 924–928.
- Sófi, Gy. (1989). A nemi erkölcs elleni bűncselekmények gyermek-nőgyógyászati tanulságai. *DOTÉ, TDK pályamunka*

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetem szeretném kifejezni témavezetőmnek, Prof. Dr. Blaskó Béla egyetemi tanár úrnak, aki hallgatójává fogadott, példamutató szakmaisággal és végtelen, nem szűnő türelemmel és kitartással vezetett a tanulmányaim során, végig bízott a közös sikeres munkában.

Köszönöm gyermekpszichiáter pályám meghatározó személyiségeinek, tanárainknak, dr. Gádoros Júliának és dr. Vetró Ágnesnek, hogy az igazságügyi gyermekpszichiátria felé orientálták érdeklődésmet.

Köszönettel tartozom dr. Nagy Anikó főigazgatónőnek, hogy kutatómunkámnak teret biztosított, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Pszichiátriai Osztályon létrejött kutatócsoport tagjainak, akik közül szeretném kiemelni dr. Farkas Johannát és dr. Fliegauf Gergelyt, akik munkám kezdetétől segítettek, értékes megjegyzéseikkel, kiegészítéseikkel gazdagították munkámat.

Nem valósult volna meg a doktori disszertáció megalkotása, ha nem áll támogatóan mellettem a mindennapokban a feleségem, dr. Törő Krisztina igazságügyi pszichológus szakértő, egyetemi adjunktus, aki mindenkor zokszó nélkül tűrte a dolgozat írás közben a megközelíthetlenségemet.

Végül – de nem utolsó sorban – hálás szívvel köszönöm szüleimnek a minden módon kifejezett szeretetüket, biztatásukat, ösztönzésüket, a munkám eredményi miatti elismerésüket.