

DR. DOMÁN AUGUSZTA\*

## Az igazságügyi orvosszakértő feladatának nehézségei a beszámítási képeséget illetően

### Bevezetés

A büntetőjog egyik alapfeltevése, hogy a személyek rendelkeznek beszámítási képességgel, azaz valódi szabad akarattal magatartásuk kialakításában. Belátják magatartásuk lehetséges következményeit, és képesek is arra, hogy magatartásukat ezen felismeréshez igazítsák. Elmebetegség esetén az igazságügyi szakértőre hárul az a feladat, hogy megállapítsa, hogy a cselekmény elkövetésekor milyen mentális állapotban volt az elkövető, mi zajlott le az elméjében, hogyan választotta a lehetséges magatartások közül éppen azt, amely egyébként büntetendő, milyen elmebetegségben szenvedett és ezen betegség milyen tünettana vezetett az elkövetési magatartáshoz. A fentiek alapján vonható le a következtetés, hogy az illető rendelkezett-e vagy sem, illetve csak korlátozott beszámítási képességgel. A jelentősége ennek a kérdésnek óriási, hiszen az elkövetéskori beszámítási képesség hiányában a személyt felmentik és kényszergyógykezelését rendelik el, korlátozott beszámítási képesség esetén büntetés szabható ki, de az korlátlanul enyhíthető, míg a teljes beszámítási képesség meglétekor az elkövetőnek teljes mértékben felelnie kell (természetesen egyéb feltételek megléte esetén) a cselekedetért.

Annak eldöntése, hogy a terhelt szenvedett-e a cselekmény elkövetésekor az elmeműködés olyan kóros állapotában, amely a beszámítási képességét kizárta, vagy korlátozta, egyértelműen különleges szakértelmet igénylő kérdés, ezért az ügyész, illetve a bíróság köteles igazságügyi szakértőt kirendelni.<sup>1</sup> Amennyiben egyszeri vizsgálattal nem dönthető el szakértői bizonyossággal a terhelt elmeállapota, a bíróság maximum egy hónapra (mely további egy hónappal meg-

hosszabbítható) elrendelheti a terhelt elmeállapotának a megfigyelését, és e célból a fogva tartott terheltet az IMEI-be, a szabadlábbon lévő terheltet pedig pszichiátriai fekvőbeteg intézetbe utalja.<sup>2</sup>

### 1. A szakértő feladata<sup>3</sup>

A forenzikus vizsgálat eltér az általános klinikai vizsgálatától, hiszen a fő kérdés egy, a múltban történt cselekmény elkövetésekor mentális állapot feltárása, amelynek során csak közvetett bizonyítékokra tud tá-

maszkodni a vizsgálatot végző orvos. Egy személy mentális állapotának rekonstruálása egy erősen korlátozott, feladat-specifikus eljárás egy meghatározott jogi kérdés eldöntése érdekében. A pszichiáterek a pszichiátriai diagnózist a DSM-IV<sup>4</sup>, BNO<sup>5</sup> alapján határozzák meg. Az itt szereplő diagnózisokat folyamatosan felülvizsgálják a tudomány fejlődését követve; szerepük, hogy a megfelelő kezelés kiválasztása – és egy nem jogi döntés – érdekében szolgáltatassanak információt<sup>6</sup>. A diagnózis megléte nem vonja maga után automatikusan a beszámítási képesség korlátozottságát, illetve kizártságát. Képzelnünk el egy szkizofréniával diagnosztizált személyt, akinek tünetei gyógyszeres terápia következtében teljesen eltűntek, és ekkor történik, hogy egy boltból eltulajdonít egy nagyobb értékű mobiltelefont, mert már régen vágyott rá, de nem volt elég pénze a vásárláshoz. Amennyiben egyértelmű, hogy a betegség nem befolyásolta a beteg beszámítási képességét, teljes mértékben beszámítható neki a tett, büntetőjogilag felelősségre vonható. Tehát a diagnózis szükséges, de nem elégséges feltétele a büntetőjogi felelősség kizártságához, korlátozottságához.

A szakértő elsőként a vizsgálatkori aktuális állapotra állítja fel az orvosi diagnózist. Ez könnyen diagnosztizálható betegség esetén lehetséges az első vizsgálat alkalmával is. Vannak azonban olyan esetek, amikor

<sup>2</sup> 2017. évi XC. tv. 195. § (1) bek.

<sup>3</sup> Jelenleg hatályos az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény és az igazságügyi szakértői működésről szóló 31/2008. (XII. 31.) IRM rendelet.

<sup>4</sup> DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mentális rendellenességek körmeghatározó és statisztikai kézikönyve. Az Amerikai Pszichiátriai Egyesület (APA) szerkesztésében.

<sup>5</sup> Betegségek Nemzetközi Osztályozása (WHO)

<sup>6</sup> Simon RI: Retrospective assessment of mental states in criminal and civil litigation: a clinical review, in Retrospective Assessment of Mental States in Litigation: Predicting the Past. Edited by Simon RI, Shuman DW. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2002 pp. 1–20.

\* PhD-hallgató, PPKE JÁK

<sup>1</sup> 2017. évi XC. tv. 188. § (1) bek.

csak hosszabb megfigyelés, több alkalommal elvégzett vizsgálatok után jelenthető ki teljes bizonyossággal, hogy a vizsgált személy milyen betegségben szenved, hiszen egy tünetintenzív, florid pszichotikus szakasz után a tünetek visszahúzódhatnak, halványulhatnak, vagy éppen ideiglenesen meg is szűnhetnek. Egy elmebetegségnek általában nehezen elkülöníthető szakaszai vannak, rendkívül nehéz megállapítani, hogy mikor kezdődött; egy betegség az idő előrehaladtával fejlődhet, illetve gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés hatására javulhat. Kijelenthető tehát, hogy még optimális körülmények között is nehéz teljes bizonyosságú diagnózist adni. Optimális körülmények alatt értendő, amikor a vizsgálat alanya önként kooperál, valós információt szolgáltat, hiszen a megfelelő kezelés meghatározása neki is érdeke, és az aktuális állapotára vonatkozó diagnózis az eldöntendő kérdés.

A szakértő feladata viszont annak bemutatása is, hogy a diagnosztizált elmebetegség jelei a múltban, a konkrét cselekményben hogyan mutatkoztak meg. Azaz gondolatban, az időben néha hónapokat, sőt éveket visszalépve arról kell véleményt nyilvánítani, hogy a megállapított elmebetegség fennállt-e a cselekmény elkövetésekor is, és amennyiben igen, annak tünetei hogyan befolyásolták a személy szabad akaratát. Egy személy mentális állapota visszamenőleges meghatározásának azonban jelenleg nincs sztereotípusos módszertana. A kóros elmeállapotoknak az általános tünettanon kívül egyedi lefolyásuk, különleges jellegzetességeik lehetnek, amely lehetetlenné teszi az automatikus véleménynyilvánítást a beszámítási képességet illetően. Ezért bír rendkívüli jelentőséggel az igazságügyi szakértő véleménye, akinek a konkrét esetben kell a vizsgált személy jelenlegi és múltbeli állapotára egyaránt megállapításokat tennie. Habár az aktuális pszichiátriai diagnózis megbízhatósága meglehetősen magas, egy visszamenőleg felállított diagnózis megbízhatósága már sokkal problematikusabb. Fontos tehát, hogy a vélemény megfigyelhető adatokon nyugodjék, ne pedig megalapozatlan spekulációkon. A csak és kizárólag az aktuális diagnózison alapuló visszamenőleg megállapított korlátozott/kizárt beszámítási képesség nem megbízható. Egyéb nehezítő tényező, hogy ilyen esetekben általában nem kooperáló betegről van szó.

## 2. A diagnózis felállításának nehézségei

Milyen nehézségek mutatkozhatnak a megállapított retrospektív elmeállapotra vonatkozóan.

1. Időtényező. Kijelenthető, hogy az elmeorvos szakértő nincs jelen a cselekmény elkövetésekor; a cselekmény elkövetéséről, annak részleteiről, jellegzetességéről csak később szerez tudomást. Minél több idő telik el a cselekmény elkövetése és a vizsgálat között, annál nehezebb az elkövetéskori elmeállapot meghatározása. Le-

hetséges, hogy az elmebetegség csak később jelentkezett, vagy időközben progrediált, súlyosbodott, és a szakértő ebben a súlyosabb állapotban találkozik a beteggel, és azt feltételezi, hogy már a cselekmény elkövetésekor is fennállt a jelenlegi állapot. De az is lehetséges, hogy az elmebetegség tünetei visszahúzódóban vannak a vizsgálat ideje alatt, és szintén azt a helytelen következtetést vonja le a szakértő, hogy a jelenlegi állapot állt fent az elkövetéskor is. Az idő továbbá az eljárás alá vont és a tanúk emlékeztét is halványítja.

2. Különböző érdekek. Elmeorvosi szakértői vizsgálat esetén a szakértőhöz az információk mindig valamilyen szűrőn keresztül érkeznek. A nyomozó hatóság a saját szemszögéből értékeli az eseményeket és továbbítja az így szűrt, általa jelentősnek ítélt körülményeket az elkövetés részleteit illetően. A terhelt esetében nagyobb a tét, mint egy egyszerű pszichiátriai vizsgálat esetében, állapota közlésekor torzíthatja a saját, elkövetéskori gondolatait a vizsgálat során.
3. Az elmebetegség, vagy személyiségzavar tünete is lehet a szimuláció, az aggraváció (tünetek felnagyítása), vagy éppen a disszimuláció (tünetek eltitkolása).
4. Az orvosi nyelvezet jogászok számára való értetődővé tétele.
5. Az orvosi szótárban nem létező, ám a jog által elvárt fogalmak tartalommal való megtöltése. Erre eklatáns példa a korlátozott beszámítási képesség, amely esetén azt is meg kell jelölnie a szakértőnek, hogy annak foka „enyhe”, „közepes” vagy „súlyos”. Ezen súlyossági fokok azonban nem objektív, mérhető kategóriák, nincs definiálva sehol sem, hogy mihez képest viszonyítva kell kijelenteni, hogy pl. a beszámítási képesség korlátozottsága már túllép a „közepes” fokon és eléri a „súlyos” fokozatot, vagy éppen „enyhének” minősül; tehát ez a kérdés teljes mértékben a szakértő szubjektív megérzésén alapul. Azaz, mivel lehetetlen feladat a fenti vélemény tényszerű alátámasztása, marad annak „ipse dixit” elfogadása.

Az elmebetegségek tünetei időnként jelentősen változnak, rendkívül nehéz visszamenőlegesen kijelenteni, hogy a cselekmény elkövetésekor a személy elmebetegsége korlátozta, vagy csak kizárta, hogy a cselekménye következményeit felismerje, illetve hogy ennek e felismerésnek megfelelően viselkedjék. A kérdés minden esetben a realitáskontroll cselekvéskori állapotára vonatkozik. Pszichotikus állapotban, pl. egy paranoid zavarnál is realitáskontroll-vesztés következik be.

A pszichózis jellegzetes tünete a zavartság, a személyiség integráltsága felbomlik, a valósággal való kapcsolat megszűnik, megváltozik az érzékelés, a gondolkodás, a beszéd, az érzelmi élet, az egész viselkedés. A beteg olyan dolgokat érzékel, amelyek valójában nincsenek jelen, azaz hallucinál, vagy a valóság kóros

észlelése miatt hamis következtetéseket von le, azaz téveszméktől szenved.<sup>7</sup>

A paranoid zavar mellett szintén nagyon gyakran diagnosztizált betegség a szkizofrénia. A spektrum egyik végén helyezhető el a beszámítási képességgel rendelkező egészséges személy, míg a másik végén a pszichotikus, azaz a valóságtól elszakadt, kizárt beszámítási képességű, paranoid szkizofréniaiban szenvedő beteg. A szkizofrénia egy folyamatosan fennálló, de epizódokban zajló betegség. A visszatérő pszichotikus epizódokat suboknak, vagy zajlásnak nevezik. Egyetlen epizód után visszaállhat akár a személyiség eredeti állapota is, károsodás nélkül, bár ez csak az esetek 22%-át jelenti.<sup>8</sup> Ilyenkor, ha a vizsgálatra már egy olyan későbbi időpontban kerül sor, amikor már maradványtünetek sincsenek, a nyomozóhatóság számára szinte elképzelhetetlen, hogy az előttük lévő, egészségesnek tűnő, megfelelő szociális kompetenciával rendelkező személy a cselekmény elkövetésekor a valóságtól elszakadt, pszichotikus állapotban volt.

Három jellegzetes betegség-szakasz ismétlődése figyelhető meg. 1.: A prodromális szakasz, a pszichózis kirobbanásának előjelei. 2.: A heveny pszichotikus állapottal járó pszichotikus epizód, az aktív szakasz. 3.: A reziduális szakasz, azaz a pszichózis lecsengése utáni, visszamaradt állapot. Ilyen esetekben sokszor csak később, a terápia során derül ki, hogy ezek a személyek a cselekmény elkövetését közvetlenül megelőzően olyan érzést éltek meg, hogy egy előre megrendezett történet szereplői, vagy valamilyen mesterkedések áldozatai, amelyek ellen impulzívan védekeztek.<sup>9</sup>

Ezen három szakasz elkülönítésén túl a kórlefolyás rendkívül egyedi képet mutat. Diagnosztikus szempontból a legproblémásabb szakasz a prodromális. Stransky iniciális deliktumnak nevezte azt a jelenséget, ahol a cselekménnyel jelentkezik a pszichózis első tünete, mivel korábban aktív tünet nem jelentkezett. A cselekmény ilyenkor raptusszerűen tör elő a korábban épnek tűnt személyből, majd csak ez után manifesztálódnak a szkizofrénia zajlásának a tünetei.<sup>10</sup> Meg kell említeni az ugyancsak gyakran előforduló szkizoaffektív zavart is, amely egy olyan pszichotikus állapot, amelyben a szkizofrénia és a bipoláris hangulatzavar jellegzetes tünetei egyaránt jelen vannak.

Szintén ezen a spektrumon létezik még a paranoid személyiségzavarban szenvedők csoportja, akikre jellemző, hogy apró dolgoknak tulajdonítanak jelentőséget, érzelemmentesek, merev, kompromisszumra képtelen személyiséggel rendelkeznek, sérelmeik megtapadnak, engesztelhetetlenek, kétkednek mások lojalításában. A szkizoid személyiségzavar tünetei a magányos életmód, az ingerkerülő magatartás, sivár

érzelmi élet, ridegség, társas kapcsolatok iránti közömbösség. A szkizotíp személyiségzavar esetén a személy a realitástól már messze van, de még nem éri el a szkizofrénia szintjét. Jellemző a mágikus gondolkodás, a telepátia, a megérzések, szokatlan percepciók, illúziók, az excentrikus megjelenés és viselkedés, az emocionális reakciók inadekvátak, illetve beszűkültek, szociális helyzetekben kifejezetten szoronganak. A szkizotíp személyiségzavart a Crow I. típusú szkizofrénia, ahol a pozitív tünetek dominálnak, míg a szkizoid személyiségzavart a Crow II. típusú szkizofrénia előfutárának tekintik. A szkizotíp személyiségzavar esetén antipszichotikum adása indokolt lehet.<sup>11</sup>

A szakértő feladata annak megállapítása, hogy hol helyezkedik el ezen a skálán a vizsgált személy jelenleg és hol helyezkedett el cselekmény elkövetésekor. Rendkívül nehéz a szakértő véleményadása az enyhe reziduális tünetekkel rendelkező és az olyan betegek esetében, akiknél jóval a betegség manifesztálódása előtt disszociális, vagy agresszív cselekmények fordultak elő. Az utóbbi esetkörben, különösen, ha a bűncselekmények minősége a betegség előtt és után is hasonló volt, levonható az a következtetés, hogy a bűnözői magatartás inkább a premorbid személyiségre és nem pedig a pszichopatológiai zavarra vezethető vissza. Ugyanakkor a szkizofrénia a személyiség szerkezetet oly mértékben befolyásolja, hogy az áttekintés, a kritikai képesség, a belső értékrend, az adekvát önértékelés és impulzuskontroll gyengülése miatt már nem képesek magatartásuk oly mértékű irányítására, mint a betegség megjelenése előtt. A cselekvési kontroll tehát akkor is korlátozott lehet, ha a bűncselekmény nem egy florid pszichotikus tünettől befolyása alatt jött létre.

Teljes remisszióban lévő szkizofrén betegek esetében elképzelhető az is, hogy a betegsége nem befolyásolta a szabad akaratát, képes volt cselekménye következményeit felismerni, illetve e felismerésnek megfelelően cselekedni, ha a bűncselekmény az egyén életstílusából normálpszichológiaiag értelmezhető.

Meg kell említeni részletesebben a szimuláció kérdését is. A terhelt saját beszámolója parancsoló hanghallásokról, üldözésről, befolyásoltatásos, irányított érzésről nem objektíválható. Ugyanakkor az ilyen tünetek ritkán fordulnak elő elszigetelt formában, mivel azokat általában affektív zavarok, a gondolati tartalmak és az affektusok disszociációja, pszichotikus gondolkodászavarok és autisztikus magatartásformák kísérik. Ezen utóbbiak viszont nehezebben szimulálhatók.<sup>12</sup>

### 3. A szakértői vélemény részei, tartalma

Mit várhat el tehát egy büntetőjogász az igazságügyi elmeorvosi szakértői véleménytől?

Az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz.

<sup>7</sup> Fekete Mária, Grád András: Pszichológia és Pszichopatológia Jogászoknak, HVG-ORAC Kiadó, Budapest, 2012., 218.

<sup>8</sup> Németh Attila: Pszichiátria másképp, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2006., 54.

<sup>9</sup> Kuncz Elemér szerk.: Igazságügyi Pszichiátria, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2011., 115.

<sup>10</sup> Kuncz Elemér szerk.: i. m. 112–113.

<sup>11</sup> Németh Attila: i. m.

<sup>12</sup> Kuncz Elemér szerk.: i. m. 116–117.

módszertani levelének a szakértői vélemény megszerkesztésére vonatkozó rendelkezéseinek ismerete jelentős segítség lehet a büntetőjogászok számára.

A cím: „Pszichiátriai szakértői lelet és vélemény.”

I. A fejrész tartalmazza az alapadatokat, a vizsgálat célját. Előzményekként az eljárás alapjául szolgáló bűncselekmény szakértővel közölt tényeinek, adatainak rövid összefoglalását. Kiemelendő hogy a vizsgált személy ellen folyt-e már büntetőeljárás, ha igen, milyen bűncselekményeket követett el és azok milyen büntetést vontak maguk után, számos esetben ugyanis diagnosztikus jelentősége lehet annak, hogy a vizsgált személy még nem követett el bűncselekményt, vagy az előző bűncselekmények azonosak voltak-e, illetve a pathológiás elváltozások ismétlődnek-e.

II. Szakmai ténymegállapítások

a) Az eljárás irataiban szereplő tanúvallomások és egyéb adatok összesítése. A tanúvallomásokból kiemelendők azok az adatok, amelyek az egyén – elmeállapotára, életvezetésére, a személyiség jellegzetes reakcióformáira, valamint – a cselekmény elkövetésének időpontjában fennálló állapotára utalnak. Az iratok egyéb adataiból célszerű rögzíteni a környezetének – család, lakótársak, munkahely stb. – véleményét. Minden olyan irat, amely az életvezetésre, a pszichés állapotra vonatkozik, ebben a részben kerül megemlítésre.

b) A megelőző orvosi, illetőleg az esetleges szakértői vizsgálatok eredményének összefoglalása.

c) A pszichiátriai-szakértői vizsgálat. Tartalmazza a személyes és a kiegészítő vizsgálatok adatait: anamnézis, exploráció, a vizsgált személynek a cselekményről, a tényállásról szóló ismertetését, a belgyógyászati és a neurológiai státuszt, továbbá a pszichopathológiai elemzést, a kiegészítő vizsgálatok eredményeinek rövid összefoglalását. Itt értékelhetők a vizsgált személy által írt levelek, beadványok stb., amelyek gyakran tartalmazhatnak olyan kóros elemeket, amelyek az állásfoglalást alátámasztják. Itt a pszichiátriai szakértői tényleírást kell szerkeszteni, amelynek legfontosabb része mindig az orvosi leletek és azok értékelése.

III. A vélemény az előzőek szintézise. Tartalmaznia kell, hogy a szakértő a) véleményét milyen vizsgálatokra támaszkodva alakította ki, b) ezek szerint milyen kórismét állapított meg, c) a pszichés állapot alapján milyen következtetésre jutott a beszámítási képesség, illetve a cselekvőképesség tekintetében.

Külön kérdés nélkül is ki kell térni arra, hogy a vizsgált személynél a) a bűncselekmény, idején, és b) a szakértői vizsgálat idején volt-e kórismézhető elváltozás, vagyis a véleményt két különböző időpontra kell megadni.

Válaszolni kell az elrendelő hatóság egyéb kérdéseire. Meg kell említeni, ha különböző körülmények akadályozzák a határozott szakértői állásfoglalást – pl. adatok hiánya, a betegség jellege, a tanúvallomások ellentmondása stb. – és ezeket részletesen fel is kell sorolni. Ilyen esetekben arról is nyilatkozni kell, hogy lehetséges-e a bizonyosság, és ha igen, hogyan. A kórismét a BNO szerint célszerű megadni, s helyes ki-

emelni az aktuális tünetegyüttes fő jellemzőit. Ha a véleményben megjelölt kórisme nem lezárt kórfolyamat következménye, a szakértő köteles erre a figyelmet felhívni és javasolhatja, hogy az elmeorvos-szakértői vizsgálat és véleményezés – későbbi időpontban – megismétlésre kerüljön.

A szakvélemény tehát egy szintézis: a pszichiátriai, pszichológiai vizsgálat, a bűncselekmény, a személyiség, a szituációelemzés, illetve ezek összefüggéseinek eredménye.<sup>13</sup> Szerepelnie kell benne a vizsgált személy vizsgálatkori és a cselekmény elkövetésekor mentális állapotának, amennyiben megállapítható, BNO diagnózissal. Ki kell terjednie arra, hogy ezen betegség milyen módon befolyásolta a beszámítási képesség belátási, illetve akarati elemét a konkrét cselekmény elkövetésekor, a diagnosztizált betegségnek milyen tünetei voltak jelen, milyen a betegség lefolyása. Szót kell ejteni továbbá, hogy milyen egyéb kiegészítő információforrások kerültek megvizsgálásra, illetve hogy az idő múlása hogyan befolyásolhatta a szakvélemény megbízhatóságát.

## Összegzés

Összefoglalva elmondható, hogy egy visszamenőleges mentális állapot meghatározásakor nem várható el 100%-os bizonyosság, a szakértő egy *véleményt* ad, amely változhat is az idő elteltével a betegség pontos diagnosztizálása következtében.

Az egyébként rendkívül ellentmondásos megítélésű Thomas Szasz magyar származású amerikai pszichiáter odáig jutott a bizonyosság-bizonytalanság fokát illetően, hogy kategorikusan visszautasította az elmeállapot retroaktív megállapításának lehetőségét, így létjogosultságát is. Véleménye szerint, amit a pszichiáterek nagyképpen vizsgálatnak hívnak, az az alannal való beszélgetés, az alany magatartásának megfigyelése mellett. A pszichiáter konklúziója – szerinte – valójában egy vélemény az alannak a vizsgálat idején való mentális állapotáról. Annak állítása pedig, hogy egy pszichiáter képes a terhelt mondjuk január 15-én lévő mentális állapotának a meghatározására, akivel mondjuk először november 15-én találkozott először és ekkor is vizsgált meg, *prima facie* abszurd.<sup>14</sup>

Ha nem is vitatjuk, hogy 100%-os bizonyosság nem létezhet, az azonban mindenképpen elvárható, hogy a szakértői vélemény orvosilag kellően alátámasztott legyen, és minden egyéb, a vizsgált személy cselekménykor mentális állapotára vonatkozó, rendelkezésre álló adatot értékeljen. A fentieket figyelembe véve a nyomozóhatóság, bíróság feladata is, hogy az ügy valamennyi, forenzikusan releváns információját biztosítsa a szakértő számára a kellően megalapozott, megbízható szakvélemény érdekében. ■

<sup>13</sup> Tringer László: *Tabularium Psychiatricae*, 2000 Melania Kiadói Kft., 2000., 139.

<sup>14</sup> Thomas Szasz: *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse NY: Syracuse University Press; 2007., p. 107.