

## Agresszív bűncselekmények és pszichiátriai ellátás

Magyar Nemzet, 2014 augusztus 16, szombat, 8. oldal

**Prof. Dr. Rihmer Zoltán**

A média érthető okokból kiemelt figyelemmel kezeli a megdöbbentő, közterületen vagy otthon elkövetett agresszív bűncselekményeket, családirtásokat. A közelmúltban történt sajnálatos eset, amikor egy idős asszonyt lökött a villamos alá egy férfi, ismét szomorú aktualitást ad ennek a témának. Mivel azonnal közismertté vált, hogy az elkövetőt több mint egy heti kezelés után az előző nap engedték ki a pszichiátriai osztályról, természetes, hogy mindenkiben felmerül a pszichiátria ezzel kapcsolatos felelőssége. Bár az ilyen esetek mindig nagy publicitást nyernek, szerencsére extrém ritkák, és az esetek döntő többségében a kezeletlen páciensek közül kerülnek ki. A súlyos, agresszív bűncselekmények aránytalanul nagy többségét pszichiátriaiailag egészséges emberek követik el. Hazánkban 2013-ban 154 emberölés történt, és az elkövetők közül csak néhányan szenvedtek súlyos pszichiátriai betegségben. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a pszichiátereknek mindent meg kell tenni az agresszív, veszélyeztető cselekmények (beleértve az öngyilkosságot is) megelőzésére, de mások ellen irányuló agresszió esetén értelemszerűen csak akkor, ha a motiváció pszichiátriai betegségből fakad.

Ami a pszichiáter ill. a pszichiátria felelősségét illeti, az természetesen nem végtelen. A pszichiátriai betegek cselekedeteit nem csak a kóros tünetek irányítják, és a kriminális tett nem mindig áll kapcsolatban a betegséggel. Néha előfordul, hogy paranoid szkizofréniában („üldözési mánia”) szenvedő beteg tettelesen inzultálja vagy akár meg is öli vélt üldözőjét, mert hallucinációi és téveszméi a beteg számára a valóság minden bizonyosságával azt sugallják, hogy az illető üldöző személy a beteg életére tör. Az ilyen esetekben – tehát ha a pszichiátriai betegség és az adott cselekmény közötti oki kapcsolat kimutatható - és a pszichiáter az aktív, az agressziót motiváló tünetek fennálta esetén bocsátja el a beteget az kórházi osztályról, akkor felelősség terheli. Ugyanakkor ha ez a beteg pl. nemi erőszakot vagy betöréses rablást követ el, a cselekmény nem a betegségből következik, a pszichiátria nem tehető felelőssé és az illető jogi értelemben büntethető. A vizsgálatok szerint a mások ellen pszichiátriai betegek által elkövetett agresszív cselekedetek elsősorban kezeletlen, szkizofrén, paranoiás vagy súlyos mániás epizódban szenvedő betegeknél fordulnak elő, főleg akkor, ha egyidejűleg alkohol vagy illegális drog használat is fennáll, ha fiatal férfiről van szó akinek már volt előtte is agresszív/kriminális megnyilvánulása, ill. ha anyagilag rossz helyzetben van, családon kívül él, vagy hajléktalan. Azt is kimutatták, hogy a megfelelő kezelés ezen agresszív cselekedetek előfordulását nagyságrendekkel csökkenti. Ugyanakkor fontos annak hangsúlyozása is, hogy a "csak" alkohol vagy illegális drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények nem tartoznak a pszichiátria illetőségi ill. felelőségi körébe. Pszichiátriai páciensek esetében, amennyiben helyes a kórisme, és a beteg előtörténete, jelen tünetei valamint környezetének releváns adatai elemzése révén a kezelőorvos mindent megtett az esetleges veszélyeztető magatartás előrejelzésére, és ha ez fennáll, annak megelőzésére, akkor nem felelős, még akkor sem ha az adott cselekményt a kezelés alatt álló, ill. az osztályról nemrég elbocsátott beteg követi el. A lényeg, hogy a kezelő személyzet mindent megtett a betegség kezelése ill. a baj elhárítása érdekében. Természetesen amennyiben a kóros tünetek a kezelés ellenére sem szűntek meg (ez nagyon ritka) a beteg további - adott esetben osztályos - kezelést igényel. Az orvostudomány más ágaihoz hasonlóan a pszichiátriai kezeléseket hatékonysága sem 100 százalékos. Tudjuk jól, hogy még a legszakszerűbb és leggondosabb kezeléseket ellenére is meghalnak emberek szívinfarktusban vagy daganatos betegségekben. A

pszichiátria a terápia során csak a definitív pszichiátriai tünetekre tud hatni és nem tudja (de nem is akarja) befolyásolni ill. manipulálni az emberek pszichiátriai kórtünetekkel össze nem függő gondolatait, szándékait, cselekedeteit. Ha a szívinfarktuson átesett beteg a kardiológiai osztályon történő megfelelő ellátás után pl. nem fogadja meg az orvos tanácsát, hogy leszokjon a cigarettáról valamint a gyógyszereket sem szedi és rövid idő múlva szívinfarktusból meghal, senki nem forszírozza (nagyon helyesen) a kardiológus felelősségét.

Az OPNI 2007-ben történt bezárása csak egy része a hazai pszichiátriát meggyengítő folyamatoknak. A volt OPNI 600 pszichiátriai ágyán évente több mint 10.000 fekvő beteget kezeltünk, és a szakambulancákon megejezet betegek száma ennek több mint háromszorosa volt. A tartósan (évekig, évtizedekig) az OPNI-ban tartózkodó betegek száma kb. 50 volt. Ők sem voltak bezárva, többségük családi háttér híján maga kérte ott tartását és az intézetben valamilyen munkát is végeztek ("munkás betegek"). Nem arról van szó tehát, hogy az addig az OPNI-ban bezárt betegek "rászabadultak" a társadalomra. Az összefüggés nem ilyen direkt, de kimutatható, csak kissé tágabb perspektívából kell szemlélni a kérdést. Az OPNI bezárásával egy időben ugyanis az "egészségügyi reform" keretén belül országosan közel 25 százalékkal csökkentették a pszichiátriai ágyakat, és a bezárt intézet felvételi területét (kb. 800.000 lakós) szétszították a megmaradt, de lényegesen csökkentett ágyszámmal működő többi pszichiátriai osztály között, ahol a zsúfoltság fokozódott, és az addig sem optimális beteg:orvos arány még tovább romlott. (Csupán zárójelben jegyzem meg, hogy ezzel a 10.000 lakósra eső pszichiátriai ágyszámot tekintve az EU-ban csak néhány ország van mögöttünk). Az ágyszám csökkentéssel párhuzamosan az ambuláns pszichiátriai ellátás markáns fejlesztése lett volna indokolt, de ezzel szemben ugyanakkor ennek finanszírozását kb. 50 százalékkal csökkentették. Az ambuláns ellátás pedig rendkívül fontos, mivel a kórházban kezelt pszichiátriai beteg csak viszonylag rövid időt (általában pár hetet) tölt az osztályon, ahol kivizsgálás után a terápiát (legtöbbször gyógyszeres terápiát) beállítják, de a kezelést és gondozást a továbbiakban az ambuláns pszichiátriai gondozóintézetek végzik, ideális esetben a rendelésről elmaradó, a kezeléssel együtt nem működő betegek rövid időn belüli megkeresésével, akár a családtagok vagy a szociális gondozóintézetek bevonása segítségével is. Ehhez a munkához természetesen megfelelő létszámú szak-személyzet szükséges, ami a pszichiátriai gondozóintézetek ill. a közösségi pszichiátriai ellátás finanszírozásának jelenlegi helyzetében távolról sem áll rendelkezésre. A közterületen vagy otthon elkövetett gyilkosságokról a média gyakorlatilag minden esetben hírt ad. Bár nem végeztünk pontos felmérést ez ügyben, de a szakma vezető szakembereinek meglehetősen egységes véleménye az, hogy a pszichiátriai betegek által elkövetett gyilkosságok száma a 2007 évi egészségügyi reform óta többszörösére nőtt. Részben ennek a következménye volt az is, (amelynek veszélyét 2007 óta már többször is jeleztük), hogy az 1980-as évek közepétől megindult és folyamatosan csökkenő öngyilkossági halálozás további mérséklődése 2007 és 2011 között megállt. Az is tudott, hogy 2007 után hirtelen lényegesen megnőtt a külföldre távozó és ott munkát pszichiáterek száma; a közel 700 szakorvosi képesítéssel rendelkező pszichiáter szakorvos közül több mint százötven dolgozik külföldön és ez tovább gyengítette a hazai pszichiátriai ellátórendszert. Az OPNI bezárása tehát csak egy része - mintegy - szimbóluma ennek a helyzetnek. További probléma - és ez már nem anyagi kérdés - hogy szükség lenne a kötelező ambuláns pszichiátriai gyógykezelést szabályozó törvényre is. Ez lehetővé tenné az osztályon jól beállított, tünetmentes vagy lényegesen javult állapotban elbocsátott, de a továbbiakban szükséges ambuláns kezeléssel együtt nem működő, és esetenként a szakszerű meggyőzés ellenére is ellenálló betegek kötelező kezelését saját maguk (öngyilkosság) és mások védelme érdekében. Sajnos azonban a sokszor hibásan értelmezett emberi szabadságjogok ("akarata ellenére bezárva tartják", "személyes szabadságát korlátozzák") és a pszichiátriával szembeni - kellő ismeretek hiányán alapuló - bizalmatlanság jelenleg ennek ellene hat. A pszichiátriának, mint egyetemi tanszékeken kötelezően oktatott orvosi

szakmának teljeen komolyan vételére lenne szükség, amelynek fontos része a pszichiátria szakmai vezetői által deklarált szükséges, európai színvonalú ellátás anyagi háttérének és társadalmi támogatottságának biztosítása.

Budapest, 2014 augusztus 13.

A szerző orvos, pszichiáter szakorvos, Széchenyi-díjas c. egyetemi tanár, az MTA doktora,