

A kiterjesztett öngyilkosságok kriminológiai háttere

Rezümé

Jelen tanulmány az elkövető öngyilkosságával vagy annak kísérletével végződő emberölések, azaz a kiterjesztett öngyilkosságok típusait, előzményeit, valamint jogi, szociológiai és pszichológiai hátterét vizsgálja. A kiterjesztett öngyilkosságokkal kapcsolatosan a legfőbb megválaszolandó kérdés, hogy az emberölésekhez vagy az öngyilkosságokhoz sorolhatók-e inkább, vagy esetleg külön kategóriát képeznek? A problémával foglalkozó tudományterületek megközelítése nem egységes abban, hogy az elkövetésben milyen – szociológiai vagy pszichológiai – tényezők játszzák a főszerepet. A más országokban folytatott kutatások és saját vizsgálatunk eredményei alapján elmondható, hogy a kiterjesztett öngyilkosság hátterében minden esetben súlyos mentális problémák, leggyakrabban depresszió áll.

Criminological Background of Homicide-Suicides

Summary

The current paper examines the legal, sociological and psychological background of homicide-suicides or attempted suicides, and covers their antecedents, causes and types. The main question regarding this issue is whether homicide-suicides belong to the of homicides or suicides, or forms an independent type. Research fields hold different views in determining which factors – sociological or psychological – play the major role in perpetrating a suicidal act. International researches conducted on the subject, as well as our own examinations prove that severe mental problems – mostly depression – tend to turn up in the background of most cases.

Bevezetés

A magyar pszichiátia meghatározása szerint kiterjesztett öngyilkosságról akkor beszélünk, ha egy személy más személyt vagy személyeket, azok tudta és beleegyezése nélkül „bevon” az öngyilkosságba.¹ A nemzetközi szakirodalom mindezt azzal a kritériummal egészíti ki, hogy a gyilkosság elkövetésétől számított meghatározott időn belül – amely legtöbbször 24 órát jelent – az elkövető öngyilkosságot követ el.² A kiterjesztett öngyilkosságok előfordulása rendkívül ritka, de szinte minden esetben széles körű médianyilvánosságot kap, amely az ilyen típusú családi tragédiák elszaporodottságának illúzióját kelti.

A kiterjesztett öngyilkosságokra vonatkozó fő kérdés, hogy az emberölésekhez vagy az öngyilkosságokhoz sorolhatók-e vagy esetleg külön kategóriát képez? Egységes válasz erre – véleményem szerint –nem adható, mivel e cselekmény összetettsége azt eredményezi, hogy az

¹Huszár Ilona – Kovács Ildikó: Affektív zavarok. In: Kuncz Elemér (szerk.): Igazságügyi pszichiátia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2011, 127-128. o.

²Susan Hatters Friedman – Debra R. Hrouda – Carol E. Holden – Stephen G. Noffsinger – Philip J. Resnick: Filicide-Suicide: Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 33, No. 4, 2005, 497. o.

egyes érintett tudományterületek a kiterjesztett öngyilkosság más-más elemét emelik ki és annak alapján definiálják. Jogi értelemben más ember megölése – akár annak beleegyezésével, akár az elkövető öngyilkosságával is – büntetendő cselekmény, így a jog a kiterjesztett öngyilkosságot az emberölés speciális – a Büntető Törvénykönyvben egyébként nem nevesített – alakzatának tekinti. A nemzetközi pszichiátriai szakirodalom a kiterjesztett öngyilkosságot önálló fogalomként tartja számon. A magyar pszichiátria tudománya is hasonlóképpen vélekedik: bár az öngyilkosságok között tárgyalja e cselekményt, nem sorolja sem a pszichotikus, sem a nem pszichotikus öngyilkosságokhoz, hanem külön kategóriaként kezeli.³

A kiterjesztett öngyilkosságok kriminológiai elemzése foglalkozik azzal, hogy az elkövetők, áldozatok, illetve a cselekmény karakterisztikája különbözik-e demográfiai, szociális, egészségügyi háttér vonatkozásában az emberölések vagy az öngyilkosságok egyéb eseteitől. Egy biztos azonban és ettől a jog sem tekinthet el: elkövetői oldalon mindenképpen jelentkeznek olyan mentális problémák, amelyek vizsgálata orvosi szakértelmet kíván és csak ennek tükrében rendezhető a büntetőjogi felelősség kérdése.

Vizsgálatunk tárgyát az elkövető öngyilkosságával vagy annak kísérletével végződő, *több ember sérelmére* megvalósított emberölési ügyek bűnügyi aktái képezték, tehát azok a kiterjesztett öngyilkosságok, amelyek „csak” egy áldozatot követeltek – legtöbbször a házastárs/élettárs megölése és ezután az elkövető öngyilkossága, – nem szerepeltek a mintánkban. Az ügyek közé bekerültek a pszichotikus és a nem pszichotikus elkövetők cselekményei is.

Alábbiakban a kiterjesztett öngyilkosság két elemének – az emberölésnek és az öngyilkosságnak – az emberölések egyéb eseteihez és az „önálló” öngyilkossághoz képest fennálló eltéréseire vonatkozó szakirodalmi álláspontokat foglalom össze.

Az öngyilkosságról általában

Az öngyilkosság hátterét a társadalomtudományok eltérően magyarázzák. A szociológiai megközelítés az értékvesztettséget és elmagányosodást, valamint az egzisztenciális és párkapcsolati problémákat tartja az öngyilkosság elsődleges okainak. A külső, szociális környezetből származó körülmények racionális magyarázatnak tűnnek, de mégsem adnak választ arra, hogy a hasonló problémáktól szenvedő emberek többsége miért nem vet véget önkezelésével életének. Ezért semmiképpen sem hagyhatók figyelmen kívül azok a személyiségbeli tényezők, amelyek elősegítik, hogy az egyén az őt érintő „élettörténeti megterhelésre, sorcsapásra ilyenfajta meneküléssel, önpusztítással reagál.”⁴ Mivel az öngyilkosság egyszerre társadalmi és egyéni szintű jelenség, megértéséhez a különböző elméletek komplex fegyelembé vétele szükséges.

Az öngyilkossággal kapcsolatos szociológiai elméletek *Émile Durkheim* és *Robert K. Merton* teóriáin alapulnak. *Durkheim* az öngyilkosságok emelkedését az anómiás – értékvesztett – állapotokkal, illetve az anómiás társadalom kialakulásával magyarázta, amelyek gazdasági

³ A pszichotikus öngyilkosságok „a valóságtól való adekvát kapcsolat megszakadásával” járnak (pl.: skizofréneknél hallucinációk, öngyilkosságra buzdító érzécsaladások), míg a pszichotikus állapotot nélkülöző öngyilkosságok hátterében valós, racionálisan és érzelmileg magyarázható okok állnak (pl.: elkeseredés, krízis, félelem). In: Tringer László: A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999, 449-450. o.

⁴ Buda Béla: Öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon. In: Münnich Iván (szerk.): Társadalmi beilleszkedési zavarok. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1988, 39. o.

változások – krízisek és fellendülések – alkalmával jönnek létre.⁵ A megszokott életszínvonal elvesztése és a társadalmi kapcsolatok fellazulásához, megváltozásához történő alkalmazkodási képesség hiánya önsorsrontó életmódhoz, önpusztító tevékenységekhez vezethet.

Merton az anómia elméletet továbbfejlesztette és általánosabban fogalmaz. Eszerint valamennyi deviancia – így az öngyilkosság is – arra vezethető vissza, hogy a valóságban a rendelkezésre álló eszközök csak korlátozottan teszik lehetővé a normáknak való megfelelést. Hiába gazdagodik a társadalom egésze, az egyre növekvő igények és a fennmaradó egyenlőtlenségek miatti feszültség a bűnözés és más deviáns viselkedések emelkedéséhez vezet.⁶

A szociológiai megközelítések között említhetjük azokat az elméleteket (szubkultúra elméletek), amelyek a bizonyos kulturális vagy területi egységekben megjelenő magas arányú öngyilkossági ráta magyarázatának a szocializációs hatásokat – mintakövetés, utánzás – tartják az elsődleges rizikófaktornak.⁷

A pszichológiai elméletek a személyiségben rejlő tényezőket teszik elsődlegesen felelőssé az öngyilkosság elkövetéséért, azonban leszögezik, hogy a sikeres és a sikertelen öngyilkosok személyisége jelentősen eltér egymástól.⁸ Az öngyilkosságok hátterében gyakori a mentális megbetegedés, de – elvileg – ennek hiányában is előfordulhat. Annyi azonban bizonyos, hogy a depressziós betegek között nagyobb arányú az öngyilkosság, mint az átlagnépességben. Az öngyilkosok személyiségjegyei rendkívül sokfélék lehetnek, de van néhány általános jellemző. Ilyenek a gátlásosság és visszahúzódás, illetve a folyamatos kudarcokkal és csalódásokkal tarkított személyiségfejlődés.⁹ Mások az infantilis személyközi viszonyokat hangsúlyozzák, amely alatt a bizonyos személyektől való lelki függőséget értik. Ez elsősorban az elvárások dominanciájában, az egyenes kommunikáció és a kölcsönösség, egyenrangúság hiányában nyilvánul meg.¹⁰

Az öngyilkossághoz vezető folyamat szakaszai

Az öngyilkosság előtti tünetcsoport (preszuicidális szindróma) fázisainak *Erwin Ringel* általi meghatározása¹¹ a kiterjesztett öngyilkosságok nem pszichotikus elkövetői esetében is hasonlóan érvényesül.

Elsőként a személyiség beszűkülése következik be, amelynek során a külső, egzisztenciális lehetőségek kilátástalansága az érzelmi élet egy irányba történő fejlődésével párosul. Ez az egyetlen irány pedig az önpusztítás felé mutat, az illető gátolttá, passzívvá válik. Az élet eseményeit kizárólag negatívan, egyoldalúan, torzítva látja, ezért „a személyiség végül egyforma, állandóan ismétlődő gondolati folyamatok és tartalmak uralma alá kerül.”¹² Az emberi kapcsolatok beszűkülése során a meglévő kapcsolatok elértéktelenednek és

⁵ Émile Durkheim: Az öngyilkosság. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1967, 260-264. o.

⁶ Robert K. Merton: Társadalmi struktúra és anómia. In: Andorka Rudolf – Buda Béla – Cseh-Szombathy László (szerk.): A deváns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Budapest, 1974, 54-55. o.

⁷ Gold Halbwachs elméletét idézi: Buda Béla: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula Kiadó, Budapest, 2001, 27-28. o.

⁸ Stengel, valamint Stengel és Cook kutatását idézi: Buda Béla: i.m., 33. o.

⁹ Ringel és Wunnenberg et al. kutatásait idézi: Buda Béla: i.m., 39. o.

¹⁰ Wunnenberg et al., kutatását idézi: Buda Béla: i.m., 41. o.

¹¹ Erwin Ringel: A preszuicidális szindróma [öngyilkosság előtti tünetcsoport] tünettana. In: Andorka Rudolf – Buda Béla – Cseh-Szombathy László (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Budapest, 1974, 367-380. o.

¹² uo., 369. o.

számszerűen is csökkennek. Az értékszféra beszűkülése azt jelenti, hogy az egyént körülvevő, boldogságot, örömet okozó dolgokat, értékeket észre sem veszi vagy reakciói szélsőségesek (hirtelen, durva öröm- és kínreakciók), illetve az értékítéletek erősen szubjektívek lesznek és az „értékobjektíválás” elmarad.”¹³ A felsorolt beszűküléseket követően lép fel az agresszióátlás jelensége, amikor az illető az agresszív késztetéseit önmaga ellen fordítja. E magyarázat alapja *Sigmund Freud* pszichoanalitikus elmélete, amely szerint minden öngyilkosság valójában megakadályozott gyilkosság. Ezen az alapon a kiterjesztett öngyilkosság esetében az elkövető a gyilkosságot és az öngyilkosságot egy egységként kezeli, azaz a „személyiség a gyilkosság tárgyát a saját, kitágított én alkotórészeként értelmezi és éli át.”¹⁴ A két fázis mellett fokozatosan eluralkodnak az öngyilkos fantáziák. A búcsúlevelekből kiolvasható önvádaskodás és a bűnök magára vállalása ellenére világosan látszanak olyan, akár nem tudatos szándékok is, amelyek a környezet megbüntetésére, a hátramaradottak életének megkeserítésére irányulnak.

A kiterjesztett öngyilkosságról szóló nemzetközi kutatások

Nem véletlen, hogy a kiterjesztett öngyilkosságok kutatásával elsősorban a pszichiátria tudománya foglalkozik. E cselekmények hátterében kivétel nélkül jelen van valamilyen mentális megbetegedés vagy zavar, illetve a már korábban is fennálló pszichiátriai kezelés vagy éppen annak elmaradása. Az „önálló” öngyilkosságok szociológiai és pszichológiai háttere jelentős hasonlóságokat mutatnak a kiterjesztett öngyilkossággal. A pszichiátriai kórképek gyakori megjelenését ebben a körben a büntetőjogi bírósági ítéletek is tükrözik: az eljárás az esetek többségében kóros elmeállapot miatt felmentéssel zárul vagy a beszámítási képesség korlátozottsága enyhe büntetést eredményez.

A kiterjesztett öngyilkosságot – összetettségéből adódóan – a kutatások egyfelől a szándékos emberölés egyéb eseteivel, másfelől az „önálló” öngyilkosságokkal hasonlították össze. *Coid* (1983)¹⁵ kutatásának eredményei alapján két fő törvényszerűséget állapított meg:

1. Durkheim egyik alaptétele szerint, ahol több az emberölés, ott kevesebb az öngyilkosság. *Coid* ezt érvényesnek találta a kiterjesztett öngyilkosságok esetében is: ahol több az emberölés, ott kevesebb a kiterjesztett öngyilkosság. E tételt a pszichoanalitikus elméletet követő kutatások is alátámasztották, miszerint az öngyilkosság az agresszió önmaga ellen fordítása. Ahol tehát az emberölés megvalósul, ott az agresszió kifelé vezetődik le, ezért nem fordul az elkövető önmaga ellen.

Nem mindenki értett egyet ezzel az állítással. Voltak, akik szerint az emberölések és a kiterjesztett öngyilkosságok előfordulása egyenes arányban állnak egymással: ahol magas az emberölések száma, ott a kiterjesztett öngyilkosságok is gyakrabban fordulnak elő. Ez a megközelítés az ölési és az öngyilkossági cselekmények – ideértve a kiterjesztett öngyilkosságokat is – számának alakulását a lőfegyverekhez való hozzájutás szabályozásához, illetve a lőfegyver tartásának elterjedtségéhez köti.¹⁶

¹³ uo., 374. o.

¹⁴ uo., 377. o.

¹⁵ idézi: Marieke C. A. Liem – Dietrich Oberwittler: Homicide Followed by Suicide in Europe. In: M. C. A. Liem – W. A. Pridemore (szerk.): Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, and Country Studies, Springer Science+Business Media, LLC, 2012, 198-199. o.

¹⁶ Milroy, Large et al. kutatásait idézi: M. C. A. Liem és D. Oberwittler: i. m., 199. o.

Magyarország esetében viszont egyetérthetünk Durkheim megállapításával: hazánk a szándékos emberölések vonatkozásában a világ országai között viszonylag hátul áll,¹⁷ míg az öngyilkosság előfordulása tekintetében előkelő helyet foglal el.¹⁸

2. A kiterjesztett öngyilkosságok aránya az évek során stagnál, annak ellenére, hogy az emberölések száma időről-időre változik. E megállapítást támogatók szerint az emberölések zömét családon kívül, férfiak egymás ellen követik el, míg a kiterjesztett öngyilkosságok partner vagy családtagok sérelmére valósulnak meg és ritkaságuk miatt számuk kevésbé hullámzó.

E törvényszerűségeket tagadták és a kiterjesztett öngyilkosságok csökkenésére hívták fel a figyelmet az Angliában, Finnországban és Észak-Amerikában végzett felmérések eredményei alapján. A csökkenés okait a pszichiátriai gyógyszerek fejlettségében és szélesebb körű alkalmazásában, a kisebb családméretben, a válás vagy különélés nagyobb társadalmi elfogadottságában, az egyedülálló szülők erőteljesebb anyagi és társadalmi támogatottságában, illetve a pszichiátriai kezelések könnyebb elérhetőségében látják.¹⁹

Magyarország tekintetében az első megállapítás bizonyult helytállónak: az általunk vizsgált 12 évben a „családmészárlások” aránya stagnált és előfordulásuk az évek során nagyjából egyenlően oszlott el, évente körülbelül egy-két esettel, hangsúlyozva, hogy az egy áldozatot követelő kiterjesztett öngyilkosságok nem szerepeltek a vizsgált cselekmények között.

Az Egyesült Államok hét államában, 2003-2004-ben elkövetett, összesen 204 kiterjesztett öngyilkosságról szóló kutatás²⁰ a legfőbb kérdésekben hasonló eredményeket hozott. Az elkövetők 91,9 %-a férfi, míg az áldozatok 74,6 %-a nő volt. Az áldozatok 58 %-a az elkövető jelenlegi vagy korábbi házastársa/élettársa volt, míg az elkövető gyermekei 13,7 %-ban jelentek meg. A kiterjesztett öngyilkosságok esetében kétszer annyi volt a női áldozatok aránya, mint az emberöléseknél általában. További eltérésként jelentkezett, hogy az emberölésekhez képest a kiterjesztett öngyilkosságok elkövetői idősebbek (25 %-uk 55 év feletti), büntetlen előéletűek és kevésbé jellemző rájuk az alkohol vagy drogfogyasztás, illetve befolyásoltság a cselekmény időpontjában. A 15 évesnél fiatalabb gyermek áldozatokat követelő cselekmények elkövetői között az anyák aránya kimagasló volt (66 %). Az elkövetők 11 %-a szenvedett biztosan elmebetegségben és 7 %-nak volt már korábban is mentális problémája, valamint 8,6 % feltételezhetően depressziós volt. Az elkövetés eszközeül leggyakrabban lőfegyvert használtak.

Cohen és munkatársai hét év kiterjesztett öngyilkosságait vizsgálták az Egyesült Államokban, Floridában, mintájukba az ebben az időszakban bekövetkezett, összesen 171 eset került.²¹ Kutatásuk az idősebb – 55 év feletti – elkövetők vizsgálatára irányult, azonban speciális jellemzőik megállapításához szükséges volt az 55 évesnél fiatalabb elkövetőkkel történő összehasonlítás elvégzése. Mindkét korosztályban leggyakrabban a házastárs/élettárs sérelmére, a pár férfi tagja által elkövetett emberölések fordultak elő.

¹⁷ Magyarország az emberölési rátája 1,3 volt 2010-ben, ezzel a világ országai között az utolsó harmadban szerepelt. forrás: United Nations Statistics Division (UNSD) (az ENSZ Gazdasági és Szociális Osztályához (DESA) tartozó statisztikai elemző részleg) <https://data.un.org/Data.aspx?d=UNODC&f=tableCode%3A1>

¹⁸ Magyarország öngyilkossági rátája 2012-ben 19,1 volt, ezzel Európában a 3. helyen állt. forrás: WHO: Suicide Rates Data by Country letöltés: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>

¹⁹ Gartner és McCarthy kutatását idézi: Marieke C. A. Liem et al.: i.m., 199. o.

²⁰ R. M. Bossarte – T. R. Simon – L. Baker: Characteristics is homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. Injury Prevention, 2006 december, 33-38. o.

²¹ Donna Cohen – Maria Llorente – Carl Eisdorfer: Homicide – Suicide in Older Persons. Journal of Psychiatry, vol. 155, No. 3, 1998, 390-396. o.

Az idősebbek többsége együtt élt partnerével és a családfenntartó férj volt a leggyakoribb elkövető. A cselekmény hátterében általában időskori megbetegedés és a gondoskodási képtelenségtől való félelem állt, illetve a partnerek közötti nagyobb korkülönbség (16-17 év) esetén a féltékenység is szerepet játszott, hozzátevé, hogy mindkét esetkörnél megjelent az ezekből adódó depresszió vagy más pszichés betegség.

A fiatalabb elkövetők között a női elkövetők magasabb arányt képviseltek az idősebbekhez képest, de az általuk megvalósított kiterjesztett öngyilkosságoknak tipikusan a gyermekeik voltak az áldozatai. A kutatók szerint ennek magyarázata, hogy a nők által férjük/élettársuk sérelmére elkövetett ölési cselekményeknek éppen ellenkező ok áll a hátterében, mint a férfiakénak, nevezetesen, hogy nem bírják tovább fenntartani kapcsolatukat, végső elkeseredésükben végeznek partnerükkel és jellemzően nem követnek el utána öngyilkosságot.²² Az 55 év alatti férfiaknál a cselekmény időpontjában a párkapcsolatok többsége már felbomlott és legtöbbször a partner feletti kontroll elvesztése, valamint a féltékenység vezetett a végzetes cselekményhez. Az alkoholos befolyásoltság a fiatalabbaknál 38 %-ban fordult elő, míg az idősebbeknél jóval kevesebbszer (14 %). Mindkét csoport elkövetőinek többsége diagnosztizáltan depresszióban szenvedett, de csak kevesen szedtek gyógyszert betegségükre.

Eltér-e tehát a kiterjesztett öngyilkosság az emberölések vagy az öngyilkosságok egyéb eseteitől? Nemzetközi vizsgálatok és statisztikai mutatók²³ e kérdésekre egyértelműen igennel válaszoltak. Jellegzetességeihez tartozik, hogy az elkövető és az áldozat(ok) minél közelebbi hozzátartozói egymásnak, annál nagyobb a cselekmény bekövetkezésének valószínűsége; az etnikai kisebbséghez tartozók között ritkábban valósul meg; a lőfegyver használata kiemelkedően magas arányú; a kiterjesztett öngyilkosságok elkövetői átlagosan idősebbek az emberölést elkövetőkhöz és az öngyilkosokhoz képest. Hasonlóság, hogy az emberölők és az „önálló” öngyilkosok jelentős része is mentális betegségben vagy zavarban szenved. Ugyanakkor kiderült, hogy a kiterjesztett öngyilkosok közül – betegségük ellenére – kevesebben álltak gyógykezelés alatt a másik két csoport tagjaihoz képest.

A kiterjesztett öngyilkosságokra vonatkozó saját kutatási eredmények

2013-2014-ben végzett kutatásunk tárgya a Magyarországon 2000-2012. közötti időszakban jogerősen lezárt, valamint a nyomozás felfüggesztésével vagy megszüntetésével végződő, több ember sérelmére elkövetett szándékos emberölést tartalmazó bűnügyi akták empirikus vizsgálata volt.²⁴ A több ember halálát okozó emberölések között található a köznyelvben és a médiában családirtásként emlegetett kiterjesztett öngyilkosságok is, így ezek megismeréséhez az említett bűnügyi akták elemzése vált szükségessé.

Kutatásunkban minden olyan cselekményt a kiterjesztett öngyilkossághoz soroltunk, amelynek eredményeképpen az elkövető egy megszakítatlan „cselekményfolyam” során, egyetlen akarat-elhatározással, ölési cselekményt követ el hozzá közel állók sérelmére, majd önmagával is végez. Megkülönböztettük az elmebetegségben szenvedő (pszichotikus) – általában skizofrén – és a nem pszichotikus elkövetőket. Ez utóbbi esetben is az ölési cselekmény időpontjában tudatbeszűkült állapot állt fenn, legtöbbször súlyos depresszió miatt, amely beszámítási képesséjükre is kihatott. Bár a kóros elmeállapotú elkövetőknél

²² Daly és Wilson, (1988); Wilson és Daly, (1993); Bourget, Gagne és Moamai kutatásait idézi: Marieke C. A. Liem – Dietrich Oberwittler: i.m., 207. o.

²³ Marieke C. A. Liem – Dietrich Oberwittler: i.m., 199-200. o.

²⁴ Nagy László Tibor – Bolyky Orsolya: A több ember sérelmére elkövetett emberölések vizsgálata. Kutatási jelentés, kézirat, OKRI, 2013

legtöbbször szkizofréniát diagnosztizáltak, a cselekményt megelőző időszakban olyan negatív események történtek az életükben, amelyek racionális magyarázatként is hozzájárultak tettük megvalósításához.

Kutatási anyagunkban mindezek alapján 19 ügyben fordult elő kiterjesztett öngyilkosság (az összes, általunk vizsgált ügy 9,3 százaléka), amelyből 10 ügyben az elkövető az emberölést követően sikeres öngyilkosságot követett el, 9 ügyben pedig az öngyilkosság kísérleti szakaszban maradt és az elkövetőkkel szemben büntetőeljárás lefolytatására került sor.²⁵ Az elkövetők között 13 férfi és 6 nő szerepelt. Az elkövetők átlagéletkora 42 év volt, amely – akárcsak a külföldi kutatásokban – magasabb az egyéb szándékos emberölések elkövetőinek életkorához képest.²⁶ A férfiak 30,8 %-a, a nők 66,7 %-a maradt életben, amely azt bizonyítja, hogy a nők által elkövetett cselekmények inkább tekinthetők segélykiáltásnak („cry for help”), mint valódi ölési és öngyilkossági szándéknak. Négy elkövetővel szemben szabott ki börtönbüntetést a bíróság, mivel beszámítási képességük – bár korlátozott fokban, de – fennállt. A többiek cselekményüket kóros elmeállapotban – jellemzően hasadásos elmezavarban (szkizofrénia) – követték el, ezért őket a bíróság felmentette és egy kivétellel kényszergyógykezelésüket rendelte el. A kiterjesztett öngyilkosságok összesen 25 sértett életét követelték és 20-an éltek túl a tragédiát.

A mintánkba került esetekről általánosságban elmondható, hogy az ölési cselekményeket családtagok – házastárs/élettárs, szülő, illetve közös vagy nevelt gyermekek –, valamint a házastárs/élettárs új partnere sérelmére valósították meg. A férfiak körében a féltékenységi volt a leggyakoribb motívum, míg a nőknél jellemzően az elkeseredettség és a mellette kialakult pszichotikus állapot vezetett a cselekmény véghezviteléhez. Az elkövetők sokszor hagytak búcsúlevelet, tettüket gondosan eltervezték, előkészítették. Csupán három elkövető állt alkoholos befolyásoltság alatt a cselekmény időpontjában.²⁷ A lőfegyver használata a „nagy” mintánkba került esetekhez képest jóval nagyobb arányban jelent meg (36,8 %-ban, míg nagymintában csak 19,4 %-ban fordult elő).

Az egyetlen akarat-elhatározásból végrehajtott cselekménysor folyamatosságát bizonyítja, hogy az elkövetők öngyilkosságukat – legtöbb esetben – ugyanazzal az eszközzel hajtották végre, mint az ölési cselekményeket. Kivételt képeznek ez alól azok az ügyek, amelyekben az öngyilkosság elhúzódozó folyamat volt és az elkövető többféle eszközt „használt”.

A területi eloszlást illetően az általunk vizsgált ügyek többsége az ország délkeleti részére esett (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar megyékbe), amely azonos az „önálló” öngyilkosságok – immár 60-70 éve állandósult – eloszlásával, az egyéb emberölések területi megjelenésétől viszont különbözik.²⁸ Korábbi kutatások²⁹ szerint, az adott területhez köthető magas öngyilkossági ráta nem magyarázható csupán társadalmi-

²⁵ Az életben maradt elkövetők közül egy férfi az igazságügyi elmemegfigyelésének ideje alatt halt meg. Halálának oka az iratokból nem derült ki.

²⁶ A több emberen elkövetett emberölést megvalósítók átlagéletkora 33,67 év volt. A szándékos emberölést elkövetők átlagéletkora 2012-ben 35, 51 év, 2013-ban 36,15 év volt. forrás: Tájékoztató a 2012. évi bűnézésről. Kiadja: Belügyminisztérium és Legfőbb Ügyészség

²⁷ A „nagymintában” 46 % állt alkoholos befolyásoltság alatt.

²⁸ A kutatás „nagymintájában” a bűncselekmény leggyakrabban a Fővárosban, Jász-Nagykun-Szolnok megyében és B.A.Z. és Pest megyében fordult elő. A fiatalkorú és fiatal felnőtt emberölést elkövetőkről szóló kutatásban a területi megoszlás a következőképpen alakult: Pest megye, Főváros, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye. Tamási Erzsébet - Bolyky Orsolya - Sárkány Eszter: Az emberöléshez vezető út rizikófaktora fiatalkorúak és fiatal felnőttek körében. Kriminológiai Tanulmányok 51. kötet, OKRI, 2014, 130-165. o.

²⁹ Moksony Ferenc: Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája? Demográfia 2-3, 2003, 204. o.

demográfiai sajátosságokkal, mivel azok struktúrája folyamatosan változik. A háttérben sokkal inkább a helyi társadalom olyan sajátos norma- és értékrendszere állhat, amely az öngyilkosságot, mint a nehéz élethelyzetek megoldását fogadja el.

A kutatás módszere

Az elemzéshez az ügyészégi, bírósági és nyomozati iratokat használtunk fel. Az ügyeket bűncselekményi, elkövetői és sértetti, előre meghatározott válaszlehetőségeket tartalmazó kérdőívek kitöltésével dolgoztuk fel. Elsősorban az első- és másodfokú ítéletekre, valamint az igazságügyi elmeorvos és pszichológus szakértői véleményekre támaszkodtunk. Mindezek mellett figyelembe vettük a rendelkezésünkre álló más bűnügyi dokumentumokat is. Az elkövetőnél fennálló korábbi mentális problémára, pszichiátriai kezelésre általában az igazságügyi elmeorvos szakértői véleményből, illetve az elmeorvos által beszerzett egészségügyi dokumentációból derül fény.

A kiterjesztett öngyilkosságok típusai és előfordulásuk a mintánkban

A szakirodalom a kiterjesztett öngyilkosság típusait az elkövető és az áldozat(ok) közötti kapcsolat alapján alakította ki. Eszerint beszélhetünk a partner sérelmére, a gyermekek sérelmére, a család (gyermekek és partner) sérelmére, valamint a családon kívüli más személy sérelmére elkövetett emberölésről és az elkövetőnek ezt követően végrehajtott öngyilkosságáról.³⁰ Alábbiakban e kategóriák mentén elemezzük az elének került ügyeket.

A partner sérelmére elkövetett kiterjesztett öngyilkosságok

Mintánkban csak az egynél több áldozatot követelő cselekmények szerepeltek, így nem elemeztük a csak a partner sérelmére megvalósított kiterjesztett öngyilkosságokat, viszont a partner és annak új párkapcsolata sérelmére történt elkövetések - miután több áldozattal jártak – bekerültek a mintánkba (6 ügy).

A nemzetközi kutatások nem sorolják ide azokat az eseteket – és kutatási anyagunk sem tartalmazott ilyet, - amikor az idős, évtizedek óta együtt élő pár hallgatólagos megállapodást köt arról, hogy együtt, egy időben halnak majd meg (suicide pact), mert ilyenkor mindkét fél beleegyezését adja a halál előidézéséhez.³¹ Hozzá kell tenni, hogy a törvény szerint a sértett beleegyezésével elkövetett ölés is bűncselekménynek minősül, azonban kriminológiai értelemben, eltérő jellege miatt megkülönböztetjük a többi partneryilkosságtól.

A legtipikusabbnak tekinthető, féltékenységből elkövetett kiterjesztett öngyilkosságokat egy kivétellel – minden esetben férfi valósította meg akkor, amikor az életközösségük már megszakadt és a feleségnek/élettársnak új kapcsolata lett. A női áldozatok rendkívül magas aránya a párkapcsolatokban előforduló emberöléseknél (ügyek 64,6 %-ában a nő a sértett) és általában a hozzátartozók sérelmére elkövetett erőszakos cselekmények között (49,8 %) is jellemző tényező. A partneryilkosságok előzményeként sokszor megjelenik a korábbi rendszeres bántalmazás, megalázás és az elkövető által gyakorolt túlzott kontroll.

³⁰ Marzuk, Tardiff és Hirsch kutatását idézi: Liem et al.: i.m., 200. o.

³¹ Liem et al.: i.m., 201. o.

A gyermekekre kiterjesztett öngyilkosságok

A nemzetközi szakirodalom szerint a gyermekek megölése a második leggyakoribb fajtája a kiterjesztett öngyilkosságnak.³² E cselekménytípus elkövetői között nők aránya relatíve magas. Az elkövetők jellemzően a vérszerinti szülők, mostoha- és mostohaanyák, kevésbé fordul elő az ezzel foglalkozó kutatások a mostoha- és mostohaanyák-veltségű gyermek kapcsolatát egyébként is más kategóriába sorolják. Általában az elkövető szülők és az áldozattá váló gyermekek is idősebbek, mint az öngyilkosság nélküli gyermekgyilkosságoknál. Az elkövetőkre általában jellemző a cselekmény előtt is már meglévő súlyos mentális zavar vagy betegség (szkizofrénia, bipoláris zavar, major depresszió), pszichiátriai kezelésen részvétel, korábbi öngyilkossági kísérletek, pszichózisok (pl.: hallucináció) és a gyermekkel fennálló abnormális kapcsolat.³³

*Resnick*³⁴ a gyermekek sérelmére elkövetett kiterjesztett öngyilkosságokat kategorizálta. Az *altruisztikus* szülők ölési cselekményét a gyermek vélt vagy valós szenvedésének enyhítése vezérli, illetve az is, hogy a szülő öngyilkossága esetén „nem akarja gyermekét anya nélkül hagyni.” A *pszichotikus* elkövető a cselekmény időpontjában akut pszichózis állapotában cselekszik (pl.: hallucinál) és ésszerű magyarázat nélkül vet véget gyermekei és önmaga életének. Vannak, akik a gyermekek megölését a másik szülőn való *bosszúállás céljából* követik el, ezzel örök szenvedést okozva az életben maradottaknak. *Resnick* megemlíti azt az esetet is, amikor a *végzetes bántalmazás vagy elhanyagolás* nem a gyermek életének elvételére irányul, azonban mégis így végződik és az eredmény láttán követ el a szülő öngyilkosságát.

Ugyancsak *Resnick* kutatásából derült ki, hogy bizonyos esetekben miért marad el a szülők öngyilkossága, holott előzőleg részletesen eltervezték azt, illetve egyesek miért lesznek öngyilkosok annak ellenére, hogy előzőleg nem gondoltak rá. *Resnick* ezt az altruisztikus és a pszichotikus elkövetőknél figyelte meg és azzal magyarázta, hogy a cselekmény előtti feszültség robbanásszerű kitörése a gyermekek megölésével levezetődött és az öngyilkossághoz már nem maradt „kellő” agresszió. Míg másoknál, a pszichotikus állapot elmúltával, miután ráébredt cselekménye szörnyűségére, ennek elviselhetetlensége miatt vetettek véget életüknek.³⁵

Friedman és munkatársai kutatásukban³⁶ harminc, szülők – 10 anya és 20 apa – által megvalósított kiterjesztett öngyilkossággal végződő ügyet vizsgáltak. Eredményeik szerint az apák kétszer annyian valósították meg a cselekményt, mint az anyák. Az elkövetők átlagéletkora 36 év, az áldozatoké 7,1 év volt. Az elkövetők többsége (60-75 %) fehér, házasságban élő szülő volt, az apák 90 %-a, az anyák 30 %-a rendelkezett munkavisztonnyal. Hozzá kell tenni azonban, hogy az apák 30 %-a vesztette el a bűncselekmény előtt

³² A nemzetközi szakirodalom és kutatásunk sem sorolta ide a szülés után közvetlenül, a szülő nő által elkövetett újszülött gyermek megölésének eseteit, mivel ennek kriminológiai háttere abszolút eltér a gyermekek sérelmére megvalósított kiterjesztett öngyilkosságokétól. Ez utóbbi cselekmény esetén a gyermekek átlagéletkora is azt mutatja, hogy a sértettek tipikusan „idősebb” – leggyakrabban 6-10 éves – gyermekek.

³³ Philip J. Resnick: Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. In: Susan Hatters Friedman – Debra R. Hrouda – Carol E. Holden – Stephen G. Noffsinger – Philip J. Resnick: Filicide-Suicide: Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 33, 2005/4, 497. o.

³⁴ uo., 496. o.

³⁵ uo., 496. o.

³⁶ uo., 498-500. o.

közvetlenül a munkáját vagy csúszott alacsonyabb státuszba. A szülők jellemzően büntetlen előéletűek voltak és alkohol- vagy drogprobléma sem merült fel velük kapcsolatban. Az elkövetőknek csupán 27 %-ánál mutattak ki alkoholt vagy más szerhasználatot az elkövetés időpontjában. Az apák 65 %-a kísérelte meg megölni feleségét is, míg a nők közül senki nem próbálkozott a férj sérelmére történő elkövetéssel. Az elkövetés eszköze döntő többségben (75%) lőfegyver volt. Az akták szerint korábban nem fordult elő bántalmazás a családokban. A szülők 80 %-ánál azonosítottak mentális betegséget. Gyógyszeres kezelést főként az anyák kaptak (anyák 70 %-a, apák 30 %-a). A cselekmény motívuma leggyakrabban a gyermekek „szeretetből és szánalomból” történő megölése volt. Az elkövető szülők 7 %-ánál állt fenn pszichózis a cselekmény időpontjában.

Az altruisztikus kiterjesztett öngyilkosságok hátterében sokszor a túlféltő, túlszerető anya áll. A gyermek feletti túlzott birtoklás és féltés Nock és Marzuk³⁷ szerint egy ideig kompenzálja a már korábban felmerült gyilkos gondolatokat, azonban a cselekmény megvalósításakor már a szülő a gyermekét saját maga kiterjesztésének tekinti. E javarészt elkeseredés, krízis motiválta cselekmények elkövetőinél depressziót³⁸ vagy depresszív pszichopátiás személyiséget diagnosztizáltak.³⁹

Kutatásunkban a kizárólag gyermekek sérelmére megvalósított kiterjesztett öngyilkosságokat (5 ügy) 4 anya és egy apa valósította meg, valamennyien büntetlen előéletűek voltak. A sértettek átlagéletkora 8,7 év volt, amely egybecseng más kutatások eredményével, amely szerint a kiterjesztett öngyilkosságok gyermek áldozatai tipikusan 14 évesnél fiatalabbak. Az apa szkizofrénia miatt téveszméktől hajtva kísérelte meg megölni gyermekeit és saját magát, 3 anya pedig elkeseredettségében kísérelte meg a kiterjesztett öngyilkosságot. A negyedik anya tudomást szerzett arról, hogy férje házasságon kívüli szerelmi viszonyt tart fenn, ezért a férje iránti bosszútól vezérelve lőtte le 3 gyermekét és önmagát egy vadászpuskával. E cselekmény azért figyelemre méltó, mert a féltékenység motiválta kiterjesztett öngyilkosságok egyébként tipikusan férfiakhoz köthetők.

Az altruisztikus anyák mindegyike életben maradt, kettőnél a gyermekeknek sem esett bajuk, de a harmadik esetben a három – egyébként örökbefogadott – gyermek közül egy életét vesztette. Ez utóbbi elkövető beszámítási képessége súlyos fokban korlátozott volt depressziója okozta tudatszűkült állapota miatt, azonban a bíróság így is 5 év börtönbüntetésre ítélte. A közepes fokban korlátozott beszámítási képességű elkövetőt 4 év szabadságvesztésre ítélték, míg a teljes beszámítási képességű anya felfüggesztett szabadságvesztés büntetést kapott. A kiszabott büntetések mértékének meghatározásában nagy valószínűséggel a cselekmény véghezvitelének módja játszhatott szerepet.

„Családirtások” (a másik szülő és a gyermekek megölése)

A partner és a gyermekek megölését a nemzetközi szakirodalom szerint kizárólag férfiak követik el. Közöttük nagy arányban fordul elő szkizofrénia vagy súlyos depresszió,

³⁷ Nock, MK – Marzuk PM: Murder-suicide: phenomenology and clinical implicatios, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Jacobs DG., San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999. Idézi: S. H. Friedman et al.: i.m., 503. o.

³⁸ Olyan állapotok, „amelyek súlyos életesemények következményei, olyannyira, hogy a kóros tünetek különös pszichés sérülékenység nélkül is kialakulhatnak. A tüneteket tehát a kiváltó életesemények (traumák, katasztrófák, stb.) determinálják.” In: Tringer László: i. m., 309. o.

³⁹ Häfner és Böker, Rasch, Stumpfl, Schrappe, Witter-Luthe, stb. idézi: Huszár I. – Kovács I.: Affektív zavarok. In: Kuncz E. (szerk.): i.m., 127. o.

öngyilkossági gondolatok, kevesen büntetett előéletűek, illetve esetükben jellemzően nem beszélhetünk a családtagok korábbi bántalmazásáról sem. Gyakoriak viszont a családi konfliktusok vagy a szétköltözés, válás miatti düh. A „családirtókat” két típusba sorolják: az egyik a „vádoló” típus, akit a felesége részéről valamilyen sérelem ért és egyébként is előfordul közöttük erőszakos cselekmény. A másik típus a „lehangolt” elkövető, aki depressziója miatt levert és szomorú, a családját és önmagát fenyegető katasztrófa eljövételétől tart, amely ellen az egyetlen kiút a család és önmaga megőlése. Ez utóbbiak cselekménye az altruisztikus kategóriához áll közelebb.⁴⁰

Az általunk vizsgált ügyekben a házastársra és a gyermekekre kiterjesztett öngyilkosságokat elkövetők – egy kivétellel – férfiak voltak (4 ügy), akik jellemzően szkizofréniában szenvedtek, így cselekményüket pszichotikus állapotban valósították meg. Amennyiben életben maradtak, kóros elmeállapot miatt felmentették őket és – a női elkövetőt leszámítva – kényszergyógykezelésüket rendelték el. Általánosságban elmondható, hogy ezeket a cselekményeket komoly jelzések előzték meg, amelyek figyelembe vétele esetleg megelőzhette volna a tragédia bekövetkezését.

Az egyik esetben a háziorvos a bűncselekményt megelőző napon a már napok óta feszült, szorongó elkövetőnek nyugtatót adott, de kórházba nem utalta, annak ellenére, hogy már akkor is felesége és 9 éves fia megölésével fenyegetőzött. Másnap reggel bekövetkezett az ölési cselekmény, de az öngyilkosság sikertelen maradt. Az elkövetőt felmentették kóros elmeállapota miatt.⁴¹

Egy másik ügyben az apa sikertelen öngyilkossági kísérletét követően egy fejszével feleségét és két gyermekét megölte, majd brutális öngyilkosság következtében életét vesztette. Kiderült, hogy már hónapok óta észlelt magán mentális változásokat, háromszor járt pszichológusnál és az interneten is pszichés betegségekkel kapcsolatos oldalakat olvasott. Környezete is észrevett rajta kisebb változásokat, de ezeknek nem tulajdonítottak jelentőséget.⁴²

Más rokonra vagy kívülállóra kiterjesztett öngyilkosságok

Kutatásunkban a más rokonra vagy kívülállóra elkövetett kiterjesztett öngyilkosságok elkövetői jellemzően férfiak és motívumuk a bosszú azzal, amikor a szeretett személy – például szülő, nagyszülő – és saját maga megölésével „büntet”. Ezt rendszerint búcsúlevélbe foglalva a bosszú alanyának tudomására is hozzák.

Példa: a férfi elkövető egy-két éve munkanélküliként élt, feleségével kapcsolata megromlott, fizikai bántalmazás nem történt. A kialakult helyzet elviselhetetlensége miatt a feleség a két gyermekükkel elköltözött otthonról. Az elkövető nem tudta elfogadni felesége döntését, ezért bosszúból a felesége szüleit vadászfegyverével agyonlőtte, majd a felesége házának udvarán önmagával is végzett.⁴³

Összefoglalva a magyar kutatási eredményeket, a kiterjesztett öngyilkosságokról elmondható, hogy a tettesek beszámítási képessége korlátozott volt vagy hiányzott. A kóros elmeállapotú

⁴⁰ Friedman et al.: i.m., 502. o.

⁴¹ Komárom-Esztergom Megyei Bíróság, 15.B.227/2005.

⁴² Győr-Moson-Sopron Megyei Rendőr-főkapitányság, 79/2010. bü.

⁴³ Békés Megyei Rendőr-főkapitányság, 73/2001. bü.

elkövetők skizofréniában szenvedtek, gyermekeik és házastársuk voltak az áldozatok. A másik leggyakoribb esetkör a tipikusan női elkövetőkhöz kapcsolható altruisztikus motívum volt, amely mögött kilátástalan élethelyzet, elkeseredés állt. Férfiaknál a fő indítók a féltékenység volt.

Az ép elmeállapotú elkövetők rövid tartamú végrehajtandó szabadságvesztés büntetést kaptak, kivéve egy esetet, amikor felfüggesztett szabadságvesztére ítélték a vádlottat. Az ítéletek rendelkeztek az elítélteknek a büntetés végrehajtásának ideje alatti pszichiátriai kezelésükről.

Összegzés

A nemzetközi szakirodalomban említett kutatások és a magyar vizsgálat eredményei alapján is arra a következtetésre juthatunk, hogy a kiterjesztett öngyilkosságok jogi szempontból egyértelműen az emberölésekhez sorolandók, azonban pszichiátriai szempontból a választ a cselekmény motívuma alapján differenciálnunk kell. Eszerint, az altruisztikus változat az öngyilkosságokhoz áll közelebb, tekintettel arra, hogy az elkövető tudatában önmaga a sértettekkel egy egységben jelenik meg, míg a bosszúból elkövetett kiterjesztett öngyilkosságok kifejezett célja a másik ember megölésével való szenvedés okozása, ezért ezek a másokra irányuló agresszív cselekményekhez tartoznak, így az emberölésekhez köthető.

A kiterjesztett öngyilkosságok jellegzetességei, kategóriái az egyes országokban nagyfokú hasonlóságot mutatnak. Az elkövetők döntő többsége férfi, míg az áldozatok jellemzően nők, akik az elkövetőkkel házastársi vagy élettársi viszonyban éltek. A férfi elkövetők cselekményének indítóoka legtöbbször féltékenység vagy a partner elvesztésének elviselhetetlensége, míg a nőket inkább az őket körülvevő kilátástalan élethelyzet hajtotta. A férfiak elsősorban partnerüket vagy partnerüket és gyermekeiket, míg a nők szinte kivétel nélkül gyermekeiket ölték meg, mielőtt önmagukkal is végeztek. Mindkét nemnél tipikusnak tekinthető a depresszió jelenléte, amelyet már korábban diagnosztizáltak, de a kezelése elmaradt.

Az európai országokban és az Egyesült Államokban az elkövetés eszköze legtöbb esetben a lőfegyver volt, Magyarországon is szignifikánsan magasabb arányban jelent meg a lőfegyver használata, mint más emberöléseknél, amely a bűncselekmény befejezettségében és az öngyilkosság sikerességében is nagy szerepet játszhatott. A lőfegyver alkalmazásának gyakorisága összefüggést mutatott az adott ország lőfegyver megszerzésére és tartására vonatkozó szabályozásával és az ennek eredményeképpen megvalósuló lőfegyver-birtoklás elterjedtségével.

A kísérleti szakaszban maradt cselekmények sértettjei, illetve a sértetté nem vált, de tovább élő családtagok esetében bekövetkező másodlagos viktimizációról nem beszélnek a vizsgálatok, annak ellenére, hogy a bűncselekmény körülményeinek, előzményeinek feltárása is nagyrészt tőlük származó információkon alapulnak.