

TOVÁBBKÉPZÉS

**Auto- és heterodestruktivitás a gyermek- és serdülőkorban**

PROF. SZILÁRD JÁNOS, DR. TEMESVÁRY BEÁTA

---

**Összefoglalás:** A serdülőkor különösen sok veszélyt rejt. Komplex módon (fiziológiai és pszichoszociális faktorok révén) befolyásolja a gyermekből felnőtté válás folyamatát. Ekkor gyakori a lelki krízis, nő a szuicídium (autoagresszió) veszélye, de a heteroagresszió és a bűncselekmények veszélye is nő. Az önpusztítás nyílt és rejtett formáit holisztikusan, biopszichoszociális determinánsaik figyelembevételével kell értékelni. Hasonló szemléletet igényel a prevenció és a probléma kezelése is.

**Kulcsszavak:** holisztikus megközelítés, biopsychosocialis determináció, gyermekkor, adolescencia, autoagresszió, heteroagresszió, prekriminalitás

---

---

Egészségtudomány 54/1 37-45 (2010)

Közlésre érkezett 2009. június 19-én

Elfogadva: 2009. június 25-én

Prof. Szilárd János

Dr. Temesváry Beáta

Szegedi Tudományegyetem ÁOK

Pszichiátriai Klinika

6720 Szeged:

szilard@nepsy.szote.u-szeged.hu

Csak az utóbbi évtizedekben kezd általánosan elfogadottá válni az a nézet, amely az egészséges és a beteg embert, így a pszichésen nem intakt egyént is, komplex módon, integratív szemlélettel, a biológiai, pszichés és szociális tényezők együtt hatásának „eredőjeként” értelmezi, ugyanakkor fejlődését és élettörténetét is figyelembe veszi.

### **Biopszichoszociális szemlélet**

A *holisztikus* (egészleges) megközelítés az egyént olyan élőlénynek tekinti, amelynek viselkedésében, megnyilvánulásaiban és cselekedeteiben *biológiai* (genetikai, alkati, biokémiai, neurohormonális, stb.) és *környezeti, pszichoszociális* (családi, szociális, információs, lélektani és társaslélektani) hatások egyaránt szerepet játszanak (1, 2). A kutatások egyre több pszichológiai és szociális tényező idegrendszerre gyakorolt hatását ténylegesen is alá tudják támasztani.

A betegségek aktuális „*keresztmetszeti*” képe mellett indokolt az előzményeket, a tágabb összefüggéseket, valamint az időbeni alakulást és változást (a „*hosszmetszeti* képet”) is figyelembe venni. Ennek a szemléletnek az elterjedését és elfogadását elősegítik az utóbbi évtizedek biológiai-genetikai forradalma, a modern képalkotó eljárások adta információk, és a biokémiai, pszichofiziológiai ismeretek bővülése. Mindezek perspektivikusan túlhaladottá teszik a korábban a pszichiátriában használt „*endogén*” és „*exogén*” fogalmak merev ellentét-párként történő értelmezését.

### **A serdülőkor sajátosságai és buktatói**

A serdülőkor az emberi élet talán legproblematisabb fejlődési szakasza, amelyben a „hormonális forradalom” mellett a testi és pszichés érés, a szülőkről való leválás indulása, s az identitáskeresés és válság okozhat krízist és magatartásproblémákat (3).

A gyermekek és a serdülők fejlődését az utóbbi évtizedekben az említett tényezőkön kívül jelentősen befolyásolta az *akceleráció* hatása (4). A felületes szemlélő csak azt látja, hogy a mai teenager testsúlya, testmagassága nagyobb, szomatoszexuális érése gyorsabb, intellektuális ismeretei pedig össze sem hasonlíthatók a két-három generáció előttiéivel. Sarkított példával élve: ha a 20. század első felében egy tízéves gyermek az élet ún. nagy kérdései iránt érdeklődött, a szülők kétségbeestek, mondván, hogy gyermekük koravén. Ha az ugyanilyen korú gyermek napjainkban nem érdeklődik e kérdések iránt, a szülők pszichológushoz viszik, mondván: gyermekük éretlen, infantilis.

Ez a szemlélet azonban felületes és egyoldalú. Nem veszi ugyanis figyelembe azt, hogy az előbbiekhöz képest jelentősen elmarad a gyermekek érzelmi érése, eligazodni tudása, és az információdömpinggel való bánni tudása. A képzeletbeli olló tágra nyílt a testi-, a szomatoszexuális-, a hormonális és az intellektuális érés felgyorsulása, illetve az érzelmi, a pszichoszexuális érés, a világban való eligazodni tudás stagnálása, illetve lemaradása, és sok esetben a gazdasági önállósodás (pontosabban a hosszú önállótlanág) között, ami komoly veszélyek forrása lehet.

A serdülő ugyanis testileg felnőttnek érzi magát – nem is alaptalanul – miközben érzelmi éretlensége, kiforratlan gondolkodása, fokozott befolyásolhatósága és szociális alkalmazkodási képtelensége révén még messze nem tekinthető felnőttnek, hanem ebben az értelemben csupán nagyra nőtt gyermeknek, amiről azonban éppen érzelmi éretlensége miatt nem győzhető meg. Mindennek a következménye többféle *pszichoszociális kisiklás* is lehet.

*Kretschmer* már 7-8 évtizeddel ezelőtt megfogalmazta, hogy még a legrendezettebb családban felnövő, addig problémamentesnek látszó gyermek is *pubertáskori krízisbe* kerülhet. Érthető, hogy napjainkban a globálissá vált feszültségek, neurotizáló tényezők és a világszerte tapasztalható társadalmi és pénzügyi krízisek korábban még nagyobb a gyermek- és serdülőkor problémák

valószínűsége (5, 6, 7).

Mindezek hatásaként a mai gyermeknek alig van ideje (kellően hosszú életszakasza) arra, hogy gyermek legyen. Bár a serdülőkort „a gyermekkor halálaként” is szokták emlegetni, ugyanakkor egyre több az a felnőtt, akinek önálló, felnőtt személyiséggé történő (pszichoszociális) érése akár évtizedekkel is kitolódik a korábban megszokottakhoz képest.

### Globalizáció – élmények és traumák

A fiatalok személyiségfejlődése szempontjából az akceleráció mellett az egyik legnagyobb kihívást a *globalizáció* történései jelentik. Mint általában a legtöbb jelenséggel kapcsolatban, erről is megállapítható, hogy van benne jó és rossz egyaránt. Leegyszerűsítve: legáltalánosabban főként az információtömegek hatása a döntő, amelyeket gondolkodásában még az egészséges felnőtt sem könnyen tud feldolgozni; érthető, hogy a gyermek számára ezek még nagyobb kihívást jelentenek.

A Föld távoli részén történő természeti csapások (földrengések, tornádók, szökőárok), de akár a kegyetlenségek, gyilkosságok vagy rombolások is, ma már „fotelben ülve” nézhetők, élhetők át. Amerikai kutatók szerint egy átlagos gyermek tíz éves koráig mintegy 10.000 haláleset közvetett tanújává válik a képernyők révén. Alig néhány évtizede írták le (bár jóval korábban is megfigyelhetők voltak) a poszttraumás stressz-betegség (PTSD) jellemzőit, ami akkor viszonylag ritka, egyedi, vagy csupán néhány gyermeket ért tragikus élmények utóhatásait taglalta (8). Ehhez képest az említett, tízezres nagyságrendű halál-élmények hatása is érthetően súlyosabb lehet.

### A család mint védőfaktor vagy veszélyforrás?

A régebbi, ún. *hagyományos nagycsaládos* életforma természetessé tette, hogy a jelenségeket, így a kegyetlenséget, a születést, a betegséget vagy a halált is, a gyermek személyes élményként, *közvetlenül* érzékeli. Ettől a mai modern élet csillagászati távolságokba került. A *traumatikus élmények* mindennaposak ugyan, ám – főként a tömegkommunikáció révén – *közvetetté* és *személytelené* váltak, ami miatt szükségszerűen újra- és újrateregetődik a cinizmus, s csökken a szenvedőkkel kapcsolatos együttérzés és empátia.

Sokat lehetne vitatkozni a családi életforma változásairól. Néhány évtizede szokás volt visszakívanni a nagycsaládot, ahol több generáció (esetleg azok oldalági rokonai is) élt együtt. Természetesen ennek megvolt a sajátos, sokszor pozitív hatása; szerencsés esetben az összetartásra, az egymás segítésére, és a kívánatos normaképzésre nyújtott mintát. Más esetekben (pl. deviáns családoknál) viszont a családon belüli nem kívánatos magatartásformák személyes átélése, megtapasztalása vagy annak szociális mintakénti követése károsra tette ezt a hatást.

Napjainkban már a hagyományos „kis” családot sírjuk vissza, ahol még két szülő élt együtt gyermekével, esetleg egy-két nagyszülővel, s már a nukleáris családtípust is (gyermek és szülők együttese) eltűnés fenyegeti.

Olyan „modern”, *alternatív együttélési formák* alakulnak ki és terjednek világszerte, amelyek a közelmúltban még devianciának számítottak, s szinte általános elítélést szültek (9). Az Egyesült Államokban a 18 év alattiak több, mint 50 %-a él bizonyos ideig egyszülős családban, s a hazai válási statisztikákat figyelembe véve hazánkban akár rosszabb is lehet a helyzet. Messze vezetne annak a fejtegetése, hogy a nők – egyébként természetesen indokolt – egyenjogúsítása, s egyre tömegesebb munkaviszonyba kerülése vagy akár a beteg és idős családtagok gondozásának/ellátásának önkéntes-kényszerű vállalása hogyan hat ki a családi életre.

Sajátos jelenség a modern időkben az ún. *patchwork-család* (a magyar szakirodalomban „mozaik-család”-nak nevezik) elterjedése, amikor is különböző kapcsolatokról, házasságokról származó gyerekek és rokonok keverednek a családban. Ha ehhez hozzávesszük azt a feltételezést, hogy a házasságban élő családokban a gyermekek mintegy 10 (vagy akár több) %-ának is nem a férj a vér

szerinti apja, akkor egy megváltozott családkép rajzolódik ki előttünk.

Az embernek e jelenség kapcsán is *Sellye János* felismerése jut eszébe, aki szerint a stressz elől nem kitérni kell, hiszen úgysem lehet őket kikerülni, hanem alkalmazkodni kell hozzájuk, s meg kell tanulni bánni velük. Ezért annyira fontos a coping, a problémákkal megbirkózni tudás.

A családtípusok szociológiai és pszichodinamikai elemzése szerteágazó téma, de a szerepüket azért indokolt hangsúlyozni a jelen dolgozat keretében is, mivel az világosan mutatja: milyen sok buktató, nehezen feldolgozható élmény és kedvezőtlen hatás érheti még a családon belül is a felnövekvő fiatalokat.

Hozzáfűzhetjük, hogy a statisztikák – mint általában – akaratlanul is torzítanak, ugyanis a látszólag formailag teljes és rendezett család valóságos légköréről mind a kívülállóknak, mind a szakembereknek is sokszor csak hozzávetőleges információi (vagy csupán sejtései) vannak (l. azt a világszerte aggasztó számú incesztust, „vérfertőző” szexuális traumát rejtő családot, amelyeknek titkát még a családokhoz közelállók sem sejtik általában).

Érdeemes megismernedni még egy fogalommal a gyermekek családon belüli helyével, helyzetével kapcsolatban. Ez a fogalom a *parentifikáció*, vagyis az a jelenség, amikor a gyermek a körülmények hatására átveszi valamely hiányzó (nem vagy nem jól funkcionáló) szülő szerepét, annak feladatát. A szakirodalom az egyik ilyen jelenséget „szülősködő gyermek” (parental child) néven taglalja. Nem arról van szó, hogy a gyermek az egyik szülő kétnapi távollétekor „bekéredzkezik a nagyágyba”, hanem arról, hogy a szülői szerep átvállalása rendszerré, mondhatni természetessé válik. Aligha kell bizonygatni, hogy ebben az esetben patológiás szerepcseréről és olyan szituációról van szó, amelyből az érintettek aligha jöhetnek ki jól (10, 11).

Mindehhez hozzá kell venni azokat a hatásokat és veszélyeket is, amelyeket a pauperizálódott, munkanélküli, hajléktalan, bűnöző, deviáns, alkoholista vagy drogos szülők jelentenek utódaikra. Említhetjük a „crack-csecsemőket”, a kokainista anyák utódait, az alkoholos magzatkárosodást vagy az AIDS-nek az utódokra gyakorolt hatását.

Konkrét kategóriáknál és csoportoknál azonban sokkal nagyobb azoknak a gyermekeknek a száma, akik ezen tényezők legkülönbözőbb ötvöződésének eredményeképpen nem ritkán „csupán” *szubklinikusan* károsodottak vagy veszélyeztetettek. Ugyanakkor gyakran éppen ezek a szubklinikus jelenségek (főként a hangulatzavarok) járnak egyebek közt igen komoly öngyilkossági kockázattal.

Mindezek figyelembevételével még nem érintettük a különböző kisebb-nagyobb fokú pszichés alterációkat (vagy kimondottan betegségeket) hordozó szülők gyermekeiket károsító szerepét. A legnagyobb csoportot a különböző személyiségzavarban szenvedő szülők alkotják (a szociopáták, az antiszociálisak, a szubdepresszív, az impulzív vagy a borderline személyiségzavarúak), de meg kell említeni a pszichésen „csupán” fokozottan sérülékeny (*vulnerábilis*), s külön kiemelni a depressziós vagy a pszichotikus szülők csoportjait is. De a szellemi fogyatékos/részfogyatékos szülők mellett megemlíthetjük az igénytelenség vagy a butaság visszahúzó hatásait is.

Az utóbbi évtizedekben előtérbe került a szülők és a pedagógusok jó és rossz hatásának elemzése, elsősorban, de nem kizárólag a *hibás nevelési módszereknek* és attitűdöknek a szerepe, az anyai melegség hiányától és a kevés kognitív és emocionális stimulustól kezdve a rideg következetességen át a szülői agresszivitásig és a felesleges fenytésekig.

### **Problémás gyermek – problémás felnőtt**

Az elmúlt évtizedekben vizsgálatokat folytatunk arra vonatkozóan (a jelenlegi Szegedi Tudományegyetemen akkori Ideg-elmegyógyászati – ma: Pszichiátriai Klinikáján), hogy mennyiben vetítik előre a nemkívánatos gyermekkori megnyilvánulások és viselkedési formák a későbbi felnőttkori önpusztító, deviáns vagy akár bűnözői magatartást. A vizsgálat azt találta, hogy a sokszor már kisgyermekkorban előforduló rendszeres csavargás, elkóborlás, az iskolakerülés, a sorozatos lopások, a kirívó szexuális viselkedés vagy a korai alkoholizálás igen nagy százalékban vetítik előre az említett nem kívánatos jelenségeket (ún. „prékriminalitás”, 12). Mindez fordítva is igaz, ha sikerül megbízható képet nyerni a felnőtt korú bűnözők gyermekkoráról, igen gyakran visszamenőleg is beigazolódik ez az összefüggés.

### **A gyermekek jogi védelme**

A társadalmon belüli jogi szabályozás örvendetes fejlődése két mozzanaton keresztül egyre több országban érzékelhető. Az egyik az emberi jogoknak, az emberi személyiségnek és ezek elvárásának egyre több országban az előtérbe kerülése a 20. század második felében. Ennek egyik legújabb vívmányaként ma már természetesnek kezdjük tartani, hogy miként a beteg embernek, így a „*jog nélküli egyedeknek*”, köztük a gyerekeknek is *vannak megkövetelhető jogaik*.

Ha arra gondolunk, hogy néhány évszázaddal ezelőtt a legtöbb társadalomban a gyermeket még jog nélküli tárgyként kezelték (akadnak ugyan erre a szemléletre példák világszerte ma is), akkor mérhető fel igazán a változás jelentősége. A másik kedvező változást a gyermeket ért bántalmazások jogi szankcionálása jelenti (aminél talán csak az állatkínzás elleni fellépés társadalmi elfogadása terjedt el nehezebben.)

### **A bántalmazott gyermek**

Elképzelni is lehetetlen, hogy a felnövő gyermekek és serdülők mennyi és milyenféle bántalmazásnak voltak, az elmúlt generációk során, sértettjei, áldozatai, szenvedő alanyai, mégis csak későn fordul az érdeklődés a kérdés iránt (13). A bántalmazás kérdésénél is egy komoly szemléleti problémába ütközünk, míg ugyanis a gyermeket ért fizikai jellegű bántalmazás (vagy elhanyagolás) felismerése bár nem egyszerű, de megfoghatóbb, s így jogilag is könnyebben szankcionálható, addig a pszichés károsítás, bántalmazás vagy elhanyagolás hatása sokkal kevésbé és sokkal nehezebben bizonyítható és minősíthető.

A gyermeket és serdülőt sokféle károsodás érheti a *testi, pszichés, a szexuális bántalmazás* vagy a felelőtlen, *elhanyagoló magatartás* következtében. Mindezeknek hatására ezek a gyermekek felnőttkorukban részben áldozatként (victimizáció) pszichiátriai betegségre, önpusztító magatartásra vagy deviáns életvitelre válnak fogékonnyá, nem ritkán azonban felnőttkorukban maguk is bántalmazókká vagy szexuális visszaélőkké válnak (identifikáció az agresszorral!, 14). Körülbelül 30.000 bántalmazott gyermekre vonatkozó vizsgálatok szerint az esetek 6-22%-ában alakult ki ismételt öngyilkossági készletés, illetve kísérlet a későbbi serdülőkor és a fiatal felnőttkor idején.

Számos adat támasztja alá azt, hogy a családon belüli fizikai büntetés a gyermeket agresszióra és diszfunkcionális társas kapcsolatra hajlamosítja (15). A szülők közötti agresszió látványa (tehát önmagában a „szemtanúság”) is agresszívvá tehet.

### A destruktív fiatal; auto- és heteroagresszió

A fenti áttekintés után azt a kérdést feltéve, hogy milyen formákban nyilvánulhat meg a destruktivitás a gyermek és a serdülő viselkedésében, megfogalmazható, hogy azon magatartásformáknak igen széles skálája van, amelyekben e pusztító tendencia akár mások irányában, akár a saját személy ellen előfordulva megnyilvánulhat.

A már említett „agresszonnal történő identifikáció” révén jól érthető, hogy sok esetben szinte törvényszerű a nem kívánatos magatartásformák több generáción keresztül továbbvitele. Gorombaság, állatkínzás, a gyengébbek, kisebbek elleni szóbeli vagy fizikai agresszió, öntörvényűség, önfejű életvezetés, iskolakerülés, csavargás, s bűncselekmények elkövetése jelzik az *agresszív viselkedés* korántsem teljes palettáját.

Az érem másik oldalát a különböző *önpusztító, önkárosító, önsértő magatartások* képezik. Az önértékelési zavartól, az elkeseredéstől, az elhagyatottság-érzéstől, a szeretethiánytól, vagy az eligazodni nem tudástól csupán egy lépésre vannak az önpusztítási fantáziák, gondolatok, az önsértés (automutilatio), az öngyilkossági kísérlet, illetve a befejezett öngyilkosság (szuicidium).

A destruktivitás skálája azonban sokkal szélesebb. Amióta *Menninger* (1938) megfogalmazta, hogy az idült alkoholizmus tulajdonképpen protrahált öngyilkosság (16), azóta logikus a fentiek mellé a kábítószer-fogyasztást, a dohányzást, és a kockázatos magatartásformákat (risk taking behavior, sensation seeking, novelty seeking) is felfűzni (17).

Mindezeket **összegezvén** megállapítható, hogy

a gyermeket és a serdülőt nemcsak a gyermekbetegségek, a fertőzések, vagy a hibás táplálási szokások veszélyeztetik, hanem igen sok egyéb mikro- és makroszociális veszélyforrás is van. Az auto- és heteroagresszív viselkedésformák skálája rendkívül széles; az örökletes tényezőktől és a családon belüli nem kívánatos jelenségektől a példák, a tanulás és a tágabb értelemben vett szociokulturális hatásokon keresztül a tömegkommunikációig számos determinánstól függ.

A gyermekek és serdülők öngyilkossági kísérletét vagy ilyen jellegű jelzését („fenyegetőzéseit”), illetve a befejezett öngyilkosságát nem lehet összefüggések nélküli, a környezeti hatásoktól független jelenségnek tekinteni. Hasonlóképpen a heteroagresszió megnyilvánulásai is komoly individuális és társaslélektani problémára hívják fel a figyelmet.

Az öngyilkossági fantáziák és gondolatok, az önsértés, az automutiláció, a mértéktelen alkohol- és drogfogyasztás, a dohányzás, a veszélykereső magatartásformák, a felelőtlenesség, és a kritikátlanág egy azonos gyökerű óriási fának az ágait, gyümölcseit jelentik, ezért ellenük csak „sokfrontos” módon, hosszabb távon, számos mentálhigiénés szempont és cél érvényesítésével lehet sikeresen fellépni.

IRODALOM

1. Engel, G.: The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196:126.
2. Szilárd J., Temesváry Beáta: A pszichiátriai betegség. *Orvosi Hetilap*, 1979, 41: 161-9.
3. Szilárd J.: A serdülőkor pszichiátriai szempontból. *OPsychiatria Hungarica*, 1987, 3: 293-300.
4. Szilárd J.: Az akcelerációról ideggyógyászati szempontból. *Szegedi Nyári Egyetem*, 1974, 9: 204-26.
5. Szilárd J., Vetró Ágnes: Depresszió gyermek- és serdülőkorban. *Psychiatria Hungarica* 1994, 1: 69-81.
6. Szilárd J., Vetró Ágnes, Farkasinszky Teréz: Elektive aggressive Verhaltensstörungen Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 1988,37: 121-25.
7. Szilárd J., Vetró Ágnes, Temesváry Beáta: Auto- und Heteroaggressivität und ihre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. In : Nissen, G., Hsgb. : Psychogene Psychosynndrome. H. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto. 1990, 73-81.
8. Eth, S., Pynoss, R.S., eds. : Posttraumatic Stress Disorder in Children. American Psychiatric Press, Washington DC, 1985.
9. Cicirelli, V.G: Intergenerational Relationships in Modern Families. In: L'Abate, L., ed.: Family Psychopathology. Guilford Press, New York, London,1998. 185-206.
10. Jurkovic, G.J. : Destructive Parentification in Families. Causes and Consequences. In: L'Abate, L., ed.: Family Psychopathology. Guilford Press, New York, London,1998. 237-55.
11. Bőszörményi-Nagy I. et al. : Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. Brunner / Mazel, New York, 1986.
12. Szilárd J., Farkasinszky Teréz, Vargha M.: A gyermeki praekriminalitásról. *Belügyi Szemle*, 1975, 5: 83-85.
13. Kempe, C.H. et al : The battered child syndrome. *JAMA*, 1962, 181: 17-24.
14. Finkelhor, D.: Current information in the scope and nature on child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4: 31-53.
15. Dodge, K.A. et al. : Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 1990, 250: 1678-83.
16. Menninger, K.: Man against himself. 1939.
17. Temesváry Beáta: Szuicidológiai zsebkönyv. Szeged, 2005. Auto- and heterodestruction in childhood and adolescence

PROF. JÁNOS SZILÁRD

Dr. Beáta Temesváry

Psychiatric Clinic

University of Szeged

H-6720 Szeged

e-mail: szilard@nepsy.szote.u-szeged.hu

### **Auto- and heterodestructivity in childhood and adolescence**

---

**Abstract:** Numerous risks are hidden in adolescence. It influences the process of becoming an adult in a complex way, through physiological and psycho-social factors. It is a period when psychic crisis is common, the risk of suicide (autoaggression), as well as that of heteroaggression and crimes increases. The open and hidden forms of autodestruction must be evaluated holistically, considering their bio-psycho-social determinants. A similar approach is needed in the prevention and treatment of the problem.

**Key words:** holistic approach, biopsychosocial determination, childhood, adolescence, autoaggression, heteroaggression, precriminality

---

Fogalma:

Gyermek- és praepubertáskori magatartásmódok, amelyek

- tartalmilag kimerítik a kriminalitás kritériumait,
- s későbbi kriminális életvezetést valószínűsítenek

De:

- az életkor miatt (<14 év) nem merülhet fel a jogi értelemben vett felelősségre vonás,
- és csupán ezért nem ütköznek tételes törvényekbe

*Szilárd és mtsai (1975) alapján*

**1.ábra: Praekriminalitás**

Concept:

Conduct of behaviour in children and in the praepuberty which

- constitute the criteria for the content of criminality
- and suggest subsequent criminal life conduct

But:

- because of the age (<14 years) does not arise in the legal sense responsibility feature,
- and only therefore does not interfere with specific laws

*Szilárd et al (1975)*

**Figure 1.: Praecriminality**



**I.TÁBLÁZAT: A praekriminalitás leggyakoribb megnyilvánulásai (125 eset alapján)**

csavargás, elkóborlás, iskolakerülés		80%
lopás, kisebb tulajdon elleni vétségek		55%
kirívó szexuális viselkedés		32%
alkohol		26%
garázdaság		20%
családstruktúra formailag is rendezetlen		53%
családstruktúra tartalmilag is rendezetlen		85%
nincs kielégítő baráti kör		87%
organikus megbetegedésre van adat		43%
Kezdet	<4 éves kor	13%
	5-10 éves kor	59%
	10-14 éves kor	28%

*Szilárd és mtsai (1975) alapján*

**TABLE I: The most frequent manifestations of praecriminality (on the basis of 125 cases)**

truancy, vagabondage, playing truant from school		80%
theft, minor offenses against property		55%
flagrant sexual behavior		32%
alcohol		26%
vandalism,		20%
structure of the family formally unsettled		53%
structure of the family contentially unsettled		85%
Circle of friends not satisfactory		87%
Beginning	<4 years	13%
	5-10 years	59%
	10-14 years	28%

*Szilárd et al (1975)*