

**SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA**

Ph.D. értekezések

3442.

FEKETE SZABOLCS

Pszichiátria
című program

Programvezető: Dr. Réthelyi János, egyetemi tanár
Témavezető: Dr. Gazdag Gábor, osztályvezető főorvos

Kényszergyógykezelés alatt álló pszichiátriai betegek kórelőzményének, pszichiátriai tüneteinek és demográfiai jellemzőinek vizsgálata

Doktori értekezés

Dr. Fekete Szabolcs

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gazdag Gábor, Ph.D., címzetes egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Weiczner Roland, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Dósa Ágnes, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Purebl György, Ph.D., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Tölgyes Tamás, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Hidasi Zoltán, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2026

Tartalomjegyzék

TARTALOMJEGYZÉK	2
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	5
1 BEVEZETÉS.....	6
1.1. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS JOGSZABÁLYI ÉS INTÉZMÉNYI TÖRTÉNETE MAGYARORSZÁGON	6
1.2. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS ELRENDELÉSÉNEK JELENLEGI JOGSZABÁLYI HÁTTERE	7
1.3. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS VÉGREHAJTÁSÁNAK JOGSZABÁLYI HÁTTERE.....	9
1.4. AZ IGAZSÁGÜGYI MEGFIGYELŐ ÉS ELMEGYÓGYÍTÓ INTÉZET FELADATAI	10
1.5. AZ IGAZSÁGÜGYI MEGFIGYELŐ ÉS ELMEGYÓGYÍTÓ INTÉZET FELÉPÍTÉSE	10
1.6. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS HOSSZÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐKRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLATOK	11
1.6.1. A kényszergyógykezelés időtartamának nemzetközi trendjei	11
1.6.2. A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők.....	12
1.6.2.1. Társadalmi és jogi tényezők	12
1.6.2.2. Szociodemográfiai, klinikai tényezők, kriminológiai előzmények	14
1.6.2.2.1. Szociodemográfiai tényezők	14
1.6.2.2.2. Klinikai tényezők.....	15
1.6.2.2.3. Kriminológiai tényezők	16
1.6.2.3. Intézményi és kezelés specifikus tényezők	16
1.7. AZ ISMÉTELT KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BŰNELKÖVETŐK JELLEMZŐI	17
1.7.1. Jogi, intézményi és kezelés specifikus tényezők.....	17
1.7.2. Szociodemográfiai, klinikai tényezők, kriminológiai előzmények	18
1.7.2.1. Szociodemográfiai tényezők.....	18
1.7.2.2. Kriminológiai tényezők	18
1.7.2.3. Klinikai tényezők.....	18
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	20
3. MÓDSZEREK.....	21
3.1. INTÉZMÉNYI HÁTTER ÉS KUTATÁSI KÖRNYEZET	21
3.2. ADATGYŰJTÉS ÉS VIZSGÁLATI VÁLTOZÓK	21
3.2.1. Demográfiai változók.....	21

3.2.2. Klinikai változók.....	22
3.2.3. Kriminológiai változók	22
3.3. KUTATÁSI ETIKA	23
3.4. STATISZTIKAI ELEMZÉS	23
3.4.1. 1. vizsgálat.....	23
3.4.2. 2. vizsgálat.....	24
4. EREDMÉNYEK.....	25
4.1. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS HOSSZÁT BEFOLYÁSOLÓ VÁLTOZÓK VIZSGÁLATA... 25	
4.1.1. Szociodemográfiai jellemzők.....	25
4.1.2. Kriminológiai jellemzők	27
4.1.3. Klinikai jellemzők.....	29
4.1.4. Szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai változók összefüggései a kényszergyógykezelés időtartamával.....	31
4.1.4.1. Szociodemográfiai változók és a kényszergyógykezelés hossza közti összefüggések.....	31
4.1.4.2. Kriminológiai változók és a kényszergyógykezelés hossza közti összefüggések.....	34
4.1.4.3. Klinikai változók és a kényszergyógykezelés időtartama közötti összefüggések.....	36
4.1.4.4. A kényszergyógykezelés időtartamával összefüggést mutató tényezők többszörös lineáris regressziós elemzése.....	38
4.2. AZ ISMÉTELT KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BŰNELKÖVETŐK VIZSGÁLATÁNAK EREDMÉNYEI	40
4.2.1 Szociodemográfiai jellemzők.....	41
4.2.2 Kriminológiai jellemzők	43
4.2.3 Klinikai jellemzők.....	45
4.2.4 A visszaesés kockázati tényezői.....	47
5. MEGBESZÉLÉS.....	51
5.1. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS IDŐTARTAMÁRA IRÁNYULÓ VIZSGÁLAT	51
5.2. A VISSZAESŐ KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉSRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLAT.....	54
5.3. A VIZSGÁLATOK KORLÁTAI.....	57
6. KÖVETKEZTETÉS.....	59

6.1. A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS HOSSZÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA ...	59
6.2. A VISSZAESŐ KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉSRE IRÁNYULÓ VIZSGÁLAT.....	61
7. ÖSSZEFOGLALÁS	63
7. SUMMARY	64
8. IRODALOMJEGYZÉK	65
9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	74
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	76

Rövidítések jegyzéke

- Btk. (2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről)
- IMEI (Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet)
- IQR (Interquartile Range - interkvartilis terjedelem)
- SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – társadalomtudományi statisztikai csomag)
- BCa (bias-corrected and accelerated - torzításkorrigált és felgyorsított)
- SD (standard deviation - standard deviáció)
- IQ (Intelligence Quotient - intelligenciahányados)
- BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. revíziója)
- OR (Odds Ratio - esélyhányados)
- KGyK (kényszergyógykezelés)

1 Bevezetés

1.1. A kényszergyógykezelés jogszabályi és intézményi története Magyarországon

A magyar büntetőjog modernkori története a 19. század második felében vette kezdetét, amikor az 1878. évi V. törvénycikk – közismert nevén a Csemegi-kódex – megalkotásával, és annak 1880. szeptember 1-jén történt hatályba léptetésével hazánk megteremtette első egységes és rendszerezett büntető törvénykönyvét. A kódex létrehozása Csemegi Károly nevéhez kötődik, aki a törvény előkészítése során különös figyelmet fordított a korabeli kriminológiai és pszichiátriai kutatások eredményeinek integrálására. A 19. század végi európai büntetőjogi gondolkodásban egyre hangsúlyosabban jelent meg a beszámíthatóság kérdése, illetve az épelméjű és az elmebeteg elkövetők eltérő felelősségének elismerése. Ennek megfelelően a Csemegi-kódex már tartalmazta az „elmebetegség zavartságát”, mint olyan tényezőt, amely a büntetőjogi felelősséget enyhítheti vagy kizárhatja. Ez a megfogalmazás – mai szemmel nézve még erősen kezdetleges orvosi és jogi szempontból is – történeti szempontból jelentős előrelépést jelentett, mivel kifejezte a jogalkotó felismerését, hogy a pszichés zavarokkal élő elkövetők kezelést és nem pusztán büntetést igényelnek.

A 19. század végén a vizsgálati foglyok elmeállapotának felmérése és megfigyelése még elsősorban a központi tébolydákban és a fogházakban zajlott. Ezen intézmények azonban túlzsúfoltak voltak, a személyi és tárgyi feltételek pedig nem feleltek meg a korszerű pszichiátriai ellátás kritériumainak. A speciális szakértelmet igénylő feladatok ellátása ezért komoly problémákba ütközött, ami mind a vizsgálatok pontosságát, mind az elhelyezés körülményeit hátrányosan befolyásolta.

A helyzet kezelésére 1896-ban létrehozták a Letartóztatottak és Elítéltek Országos Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézetét a kőbányai gyűjtőfogház közelében. Ez az intézmény a kor viszonyaihoz mérten jelentős előrelépést képviselt: mintegy 70 ágygal, korszerűnek számító kis kórtermi zárkákkal kezdte meg működését. Fő feladata kettős volt: egyrészt a kóros elmeállapotú elítéltek kezelése, másrészt a kétséges elmeállapotú, letartóztatásban lévő személyek pszichiátriai megfigyelése és diagnosztikai vizsgálata. Az intézet létrejötte sikeresen hidalta át azt az addigi intézményi hiányt, amely a

büntetés-végrehajtási rendszer keretei között a pszichés zavarok felismerését és kezelését akadályozta.

Az intézet első igazgatója, Moravcsik Ernő Emil, kiemelkedő szerepet játszott a magyar igazságügyi pszichiátria megalapozásában. 1896-tól 1908-ig tartó vezetése alatt az intézmény nem csupán a büntetés-végrehajtási rendszer részeként működött, hanem – nemzetközi összehasonlításban is – tudományos műhellyé vált. Moravcsik nevéhez fűződik a törvényszéki elmekórtan és lélektan hazai fejlődésének elindítása, valamint annak felismerése, hogy a pszichiátriai ellátásnak a kriminálpolitikai és jogalkalmazási folyamatok integrált részévé kell válnia.

A 20. század közepére az intézet feladatai jelentősen kibővültek. A fogvatartottak pszichiátriai és neurológiai ellátása mellett a jogalkotás új kereteket teremtett a beszámíthatóság vizsgálatát és a kényszergyógykezelést illetően. Az 1961. évi V. törvény – a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve – már részletesen szabályozta az előzetes kényszergyógykezelés és a kényszergyógykezelés végrehajtásának jogi feltételeit. A jogszabály a kényszergyógykezelést határozatlan tartamú, a bíróság által elrendelt intézkedésként definiálta, amelyet nem büntetésként, hanem speciális, egészségügyi jellegű biztonsági intézkedésként határozott meg.

A törvény rögzítette azt is, hogy a kényszergyógykezelést kizárólag egy erre a célra kijelölt egészségügyi intézményben lehet végrehajtani, amelyet később Országos Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetként ismertek. Ezzel a jogalkotó egyértelműen elhatárolta a büntetés-végrehajtási intézet és a gyógyító célú elhelyezés funkcióit, megteremtve a modern igazságügyi pszichiátria sajátos intézményi keretét Magyarországon. (1)

1.2. A kényszergyógykezelés elrendelésének jelenlegi jogszabályi háttere

A kényszergyógykezelés jelenleg hatályos szabályozási kereteit elsődlegesen a 2012. évi C. törvény, azaz a Büntető Törvénykönyv (Btk.) határozza meg. A Btk. 78. §-a részletesen rögzíti mind a kényszergyógykezelés elrendelésének feltételeit, mind az intézkedés jogi természetét. A 78. § (1) bekezdése szerint kényszergyógykezelést kell elrendelni azon személy esetében, aki személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó bűncselekményt követ el, azonban az elkövetés idején fennálló kóros elmeállapota miatt

nem büntethető, és a rendelkezésre álló szakértői vélemények alapján alaposan tartani lehet attól, hogy hasonló jellegű cselekményt a jövőben ismét elkövet. További törvényi feltétel, hogy a terhelt büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.

A jogalkotó ezzel a korlátozással azt kívánja biztosítani, hogy a kényszergyógykezelés csak olyan esetekben kerüljön alkalmazásra, ahol az elkövetett cselekmény súlya és társadalomra veszélyessége valóban indokolttá teszi a határozatlan idejű gyógyító célú szabadságelvontást.

A Btk. 78. § (2) bekezdése kimondja, hogy a kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, amennyiben az intézkedés szükségessége már nem áll fenn. Ez a rendelkezés egyértelművé teszi, hogy a kényszergyógykezelés nem büntetés, hanem olyan, egészségügyi és közbiztonsági célokat egyaránt szolgáló intézkedés, amelynek elsődleges jogpolitikai indoka a társadalom védelme, valamint az elkövető gyógykezeléshez való jogának biztosítása.

A kényszergyógykezelést határozatlan időre rendelik el az (1) bekezdés szerinti négy kritérium teljesülése esetén. A kóros elmeállapot megállapítása kizárólag független igazságügyi elmeszakértők útján történhet. A szakértők feladata annak vizsgálata, hogy az bűncselekmény elkövetése idején fennálltak-e olyan pszichotikus, organikus vagy súlyos hangulati zavarok, amelyek akadályozták az elkövetőt abban, hogy felismerje cselekménye következményeit vagy ennek megfelelően cselekedjen. Amennyiben a szakértő a beszámíthatóság teljes hiányát állapítja meg, a bíróság a büntethetőség alanyi feltételének nem teljesülése miatt a terheltet felmenti, és egyetlen lehetséges jogkövetkezményként elrendeli a kényszergyógykezelést.

A Büntető Törvénykönyv által szabályozott Intézkedések:

„63. § (1) Intézkedések

- a) a megrovás,
- b) a próbára bocsátás,
- c) a jóvátételi munka,
- d) a pártfogó felügyelet,
- e) az elkobzás,
- f) a vagyonelkobzás,

- g) az elektronikus adat végleges hozzáférhetetlenné tétele,
- h) a kényszergyógykezelés,
- i) a jogi személlyel szemben alkalmazható büntetőjogi intézkedésekről szóló törvény szerinti intézkedések.”

A döntést a bűncselekményben eljáró bíróság hozza meg. A fentiek szerint korlátozott beszámítási képesség fennállása esetén a kényszergyógykezelés jogszerűen nem rendelhető el, mivel ebben az esetben az elkövető büntetőjogi felelőssége nem szűnik meg, csupán annak mértéke változik. Ilyenkor a bíróság a büntetés kiszabása mellett más intézkedéseket is alkalmazhat, de a kényszergyógykezelés mint jogintézmény nem válik relevánssá. További lényeges szempont, hogy az elkövetett bűncselekménynek személy elleni erőszakos cselekménynek vagy közveszély okozásnak kell minősülnie.

1.3. A kényszergyógykezelés végrehajtásának jogszabályi háttere

A jelenleg hatályos 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról XXVI. Fejezete tartalmazza a kényszergyógykezelés végrehajtásának törvényi rendelkezéseit. A jogszabály meghatározza, hogy a kényszergyógykezelést kizárólag az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (IMEI) lehet végrehajtani, amely az ország egyetlen erre a célra kijelölt, speciális igazságügyi pszichiátriai intézménye. A kényszergyógykezelést bíróság rendeli el, valamint szünteti meg, amennyiben szükségessége már nem áll fenn. A kényszergyógykezelés végrehajtását nem lehet félbeszakítani, indokoltságát a bíróság hat hónaponként köteles felülvizsgálni. A kényszergyógykezelt beteg egészségügyi törvényekben biztosított betegjogokkal rendelkezik, ideértve az emberi méltósághoz való jogot, a kapcsolattartás lehetőségét, az ellátáshoz való hozzáférést, illetve a pszichiátriai betegek számára speciálisan rögzített jogokat. A kényszergyógykezelés kezdőnapja az intézetbe történő befogadás napja, és azon a napon ér véget, amikor a felülvizsgálatot végző bíróság a kényszergyógykezelést megszünteti. A kényszergyógykezelés megszüntetésének napján a betegnek el kell hagynia az IMEI-t.

1.4. Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatai

A kényszergyógykezelés végrehajtása mellett az intézet fekvő és járóbeteg ellátást biztosít olyan letartóztatottak és elítéltek számára, akik a letartóztatás, szabadságvesztés végrehajtása alatt mentális vagy organikus idegrendszeri zavart mutatnak. Az intézet feladata továbbá azon letartóztatottak befogadása, akik esetében pszichiátriai előzmény, tünetek fennállása miatt a letartóztatást elrendelő bíróság az IMEI-t jelöli ki a letartóztatás végrehajtási helyéül, valamint a bíróság által elrendelt elmeállapot-megfigyelés lebonyolítása

A büntetés-végrehajtási intézetekben a fogvatartás során kóros elmeállapotúvá vált elítéltek szintén az IMEI-ben kerülnek elhelyezésre. A kóros elmeállapotúvá vált elítéltekre a kényszergyógykezelt betegekhez hasonló jogok és kötelezettségek érvényesek. Esetükben szintén hathavonta kerül sor bírósági felülvizsgálatra, viszont állapotuk rendeződése esetén nem szabadulnak, hanem visszakerülnek a büntetés-végrehajtási intézetbe az "eredeti" büntetésük idejéig. Büntetésük időtartamába az IMEI-ben eltöltött idő beleszámít. Ez a fogvatartotti kategória nem része a kutatásnak.

1.5. Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet felépítése

Az intézet három épülete a Budapesti Fegyház és Börtön komplexumán belül helyezkedik el. Szervezetileg kettős alárendeltségben működik: egészségügyi feladatai miatt a szakmai irányítás az egészségügyi ágazat által meghatározott standardokhoz igazodik, biztonsági működése pedig a büntetés-végrehajtás szabályrendszerét követi. E kettős funkció teszi az IMEI-t a hazai forenzikus pszichiátria egyedülálló struktúrájává. Az intézet jelenlegi felépítése négy, funkció szerint differenciált osztályra tagolódik:

1. Neuropszichiátriai és Diagnosztikai Osztály (akut pszichiátria)

Az osztály a beutalt fogvatartottak kivizsgálását és kezelését végzi, különösen nagy hangsúlyt fektetve a biztonságos megfigyelésre, valamint a kockázatbecslésre.

2. Női Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály

Az osztály a női kényszergyógykezelt betegek rehabilitációs ellátását végzi, figyelembe véve a női páciensek kórlefolyásának sajátosságait, a gyakoribb traumatikus előzményeket és az eltérő pszichoszociális igényeket.

3–4. Férfi Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály I–II.

Az osztályokon a férfi kényszergyógykezelt betegek rehabilitációs ellátása történik, nagy hangsúlyt kap a visszaesési kockázat csökkentése, valamint a beteg szociális és életvezetési készségeinek fejlesztése, amely a későbbi bírósági döntések egyik kulcstényezője.

A teljes kapacitás 311 ágy, ami lehetővé teszi az országos ellátási szükségletek egy intézményben történő kielégítését. Az intézmény országos jellegéből fakadóan Magyarországon valamennyi elkövető, akinek súlyos mentális állapota pszichiátriai fekvőbeteg-ellátást igényel, ide kerül beutalásra. Ez a körülmény ideálissá teszi az intézetet a nagy elemszámú, reprezentatív vizsgálatok lebonyolítására.

1.6. A kényszergyógykezelés hosszát befolyásoló tényezőkre irányuló vizsgálatok

A fekvőbetegként történő kezelések időtartamát befolyásoló tényezők napjaink igazságügyi pszichiátriai kutatásainak egyik legfajszínűsabb és legaktuálisabb vizsgálati területét képezik, mivel a tartós intézeti elhelyezés nem csupán klinikai, hanem jogi, etikai, gazdasági és társadalmi szempontból is jelentős következményekkel jár (2). Az igazságügyi pszichiátriai ellátórendszer keretein belül történő, indokolatlanul hosszú ideig tartó intézeti elhelyezés több szempontból is aggodalomra ad okot: egyfelől alapvető emberi jogokat sérthet, másfelől komoly megterhelést ró az ellátórendszerek kapacitásaira, továbbá jelentős gazdasági költségekkel jár mind az egészségügyi, mind az igazságügyi ágazat számára (3–5).

1.6.1. A kényszergyógykezelés időtartamának nemzetközi trendjei

Az elmúlt évtizedekben, több országban is megfigyelhető volt az a tendencia, hogy az igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás időtartama folyamatosan növekszik, s nem ritkák azok az esetek, amikor a betegek éveken, egyes esetekben évtizedeken keresztül is intézeti kezelésben részesülnek (6, 7). E meghosszabbodott kezelési időszakok következményeként előállhat az a helyzet, amikor a pszichiátriai diagnózissal rendelkező, azonos bűncselekményt elkövető személy hosszabb ideig marad intézeti elhelyezésben, mint egy hasonló jogsértésért elítélt, de pszichiátriai

körképpel nem rendelkező elkövető, aki büntetés-végrehajtási intézetben tölti le szabadságvesztését (4, 8). Bizonyos országokban – így például Magyarországon is – a vonatkozó jogi szabályozás lehetőséget biztosít arra, hogy a bíróság által elrendelt kényszergyógykezelés időtartama meghaladja a büntetőtörvény által meghatározott szabadságvesztés maximumát. Ez a jogi konstrukció magában hordozza annak kockázatát, hogy a pszichiátriai intézményben történő elhelyezés aránytalanul hosszú ideig fennmarad, ami potenciálisan az érintett személy alapvető emberi jogainak sérelmét vonhatja maga után (8).

Az elmúlt években az igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás időtartamával összefüggő emberi jogi aggályok egyre hangsúlyosabbá váltak, és mind hazai, mind nemzetközi szinten jelentős kritikákat váltottak ki az ilyen típusú intézeti kezelések gyakorlataival szemben (3, 9). Ennek megfelelően a kutatások célja nem csupán a statisztikai elemzés, hanem a kényszergyógykezelés időtartamát meghatározó tényezők multidimenzionális feltárása is, ideértve a társadalmi, pszichológiai, klinikai és kriminológiai szempontokat.

1.6.2. A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők

A kényszergyógykezelés időtartam-növekedésének hátterében álló okok feltárása jelenleg is a kutatások tárgyát képezi, mivel e jelenség teljes körű magyarázata mindeddig nem tisztázódott. A szakirodalom alapján a kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők több szempont szerint csoportosíthatók:

1.6.2.1. Társadalmi és jogi tényezők

Egyes szakirodalmi források valószínűsíthető tényezőként említik a társadalmi elvárásokat: a közvélemény részéről jelentkező igényt arra, hogy a mentális zavarokkal küzdő bűnelkövetőkkel szemben szigorúbb, preventív jellegű intézkedések történjenek – elsősorban a bűnisméltés kockázatának minimalizálása érdekében. A társadalmi elvárások és a prevenciók jellegű, „biztonságorientált” szemlélet arra ösztönözhetik a bíróságot, hogy hosszabb intézkedést rendeljenek el (10).

A kényszergyógykezelések időtartamának emelkedését azonban nem lehet kizárólag társadalmi attitűdökkel magyarázni. Az időtartam növekedésének pontosabb megértése érdekében elengedhetetlen a releváns demográfiai, klinikai és pszichoszociális tényezők részletes feltérképezése. Csak ezen tényezők alapos ismeretében lehet kialakítani olyan célzott terápiás stratégiákat, amelyek egyrészt a kezelés hatékonyságát maximalizálják, másrészt elősegítik a szükségtelenül hosszú intézeti tartózkodások megelőzését – ezáltal hozzájárulva az erőforrások racionálisabb felhasználásához is (8, 10).

Nemzetközi összehasonlításban jelentős eltérések figyelhetők meg az igazságügyi pszichiátriai intézmények kezelési mutatóiban. Ezek a különbségek nemcsak az egyes országok között, hanem országokon belül – régiók, megyék vagy intézmények szintjén – is tetten érhetők. A variabilitás hátterében több tényező is állhat, többek között az adott ország vagy régió igazságügyi pszichiátriai gyakorlatára jellemző kezelési protokollok, a fekvőbeteg-ellátó rendszerek kapacitása és hozzáférhetősége, valamint az alkalmazott jogi szabályozás eltérései. Különösen nagy hatással vannak az igazságügyi pszichiátriai kórházi tartózkodás elhúzódására a bűncselekmény súlyossága (emberölés, emberölés kísérlete) valamint az áldozat sérülésének mértéke. Tehát a bent tartózkodás időtartamát főként jogi szempontok határozták meg, nem pedig olyan tényezők, amelyeket terápiás úton lehetne befolyásolni. Az eredmények hangsúlyozzák, hogy az igazságügyi kockázatértékeléseknek más értékelési kritériumokra kell épülniük, és nem csupán jogi szempontokra. (3, 11, 12).

Egy, tizenkét európai országot felölelő, összehasonlító vizsgálat jelentős különbségeket tárt fel az igazságügyi pszichiátriai fekvőbetegek átlagos intézeti tartózkodási idejét illetően. A vizsgált országok közül hétben (Macedónia, Horvátország, Lengyelország, Litvánia, Szlovénia, Írország, Olaszország) az átlagos intézeti tartózkodási idő nem haladta meg a 3,5 évet, míg a fennmaradó államokban (Hollandia, Skócia, Németország, Anglia és Wales, Lettország) ez az érték meghaladta a 7 évet. Az országok közötti eltérés teljes spektruma 1 és 10 év között mozgott, ami komoly különbségekre utal mind az ellátórendszerek, mind a szabályozási keretek tekintetében (12). E különbségek részben abból adódnak, hogy az egyes európai országok eltérő jogi és klinikai kritériumokat alkalmaznak mind a büntetőjogi felelősség megítélésében, mind pedig a mentális zavarok értelmezésében (11, 12). Bizonyos

országokban – például Írországból, Lettországból és Litvániából – az igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás kizárólag súlyos pszichiátriai zavarokkal, így elsősorban pszichotikus kórképekkel diagnosztizált személyek számára érhető el. Ezzel szemben más államokban – mint Belgium, Németország, Olaszország, Lengyelország és Szerbia – a fekvőbeteg-ellátó igazságügyi pszichiátriai intézmények befogadnak olyan elítélteket is, akiknél személyiségzavar áll fenn, különösen, ha az kóros személyiségstruktúrához vagy antiszociális magatartáshoz társul (10, 11).

Egy átfogó, több országra kiterjedő irodalmi áttekintés arra a következtetésre jutott, hogy az igazságügyi pszichiátriai kórházi tartózkodás időtartamát leginkább a nemzeti jogi keretrendszer és a tágabb szociokulturális kontextus határozza meg, nem pedig kizárólag a betegek pszichiátriai vagy bűnügyi jellemzői (13).

1.6.2.2. Szociodemográfiai, klinikai tényezők, kriminológiai előzmények

A társadalmi és jogi tényezők mellett a kényszergyógykezelés időtartamának alakulását befolyásoló tényezők a szakirodalom alapján három fő kategóriába sorolhatók:

- (a) Személyes demográfiai jellemzők, ideértve az egyén iskolai végzettségét, szakmai hátterét, munkaerő-piaci státuszát, valamint családi és szociális előtörténetét;
- (b) Klinikai tényezők, beleértve a mentális és fizikai egészségi állapotot, korábbi pszichiátriai kezelések előfordulását, alkohol-, kábítószerhasználatot, illetve a komorbiditást;
- (c) Bűnügyi előzmények, úgymint a bűncselekmény jellege, annak súlyossága, valamint a visszaesésre vonatkozó kockázatbecslések (5).

1.6.2.2.1. Szociodemográfiai tényezők

A szakirodalom alapján számos olyan szociodemográfiai tényező azonosítható, amelyek összefüggést mutatnak az igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás időtartamának meghosszabbodásával. Ezek közé tartozik többek között a férfi nem (5, 14, 15), az idősebb életkor a felvétel időpontjában (5, 16, 17), az egyedülálló családi állapot (5, 18, 19), valamint az alacsonyabb iskolai végzettség (17–20). E tényezők

mellett további kockázati jellemzőként jelentkezhethet az alacsonyabb intellektus (IQ) (18), a lakhatás hiánya az igazságügyi intézményből való tervezett elbocsátás időpontjában (5, 16), valamint a munkanélküliség a cselekmény előtti időszakban (17–19, 21).

Ugyanakkor nem minden kutatás igazolja ezeknek a tényezőknek a jelentőségét. Egyes tanulmányok megállapításai szerint a szociodemográfiai változók hatása a kezelés hosszára elhanyagolható vagy statisztikailag nem szignifikáns (2, 7, 9, 22). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy noha egyes demográfiai tényezők potenciálisan hozzájárulhatnak a kezelési idő növekedéséhez, hatásuk nem tekinthető általános érvényűnek vagy determinisztikusnak.

1.6.2.2.2. Klinikai tényezők

A klinikai változók közül a szkizofrénia spektrumzavar diagnózisa az egyik legkonzisztensebben kimutatott prediktív tényező, amely szignifikánsan meghosszabbíthatja a kényszergyógykezelés időtartamát (2, 5, 7, 8, 14, 15, 23–27). E kórképek krónikus lefolyása, komplex kezelési igényei és gyakori relapszusai, valamint a betegségbelátás hiánya és a gyógyszeres kezeléssel való non-compliance is hozzájárulhatnak a hosszabb intézeti tartózkodáshoz.

Az alkohol- és szerhasználat hatása ugyanakkor nem egységesen jelenik meg a vizsgálatokban. Számos tanulmány azonosította a szerhasználatot mint közvetítő tényezőt, amely növeli a mentális betegséggel élő személyek erőszakos reakcióra való hajlamát. Míg egyes kutatások eredményei azt sugallják, hogy a szerhasználati zavar jelenléte – amelyről ismert, hogy rontja más pszichiátriai zavarok kezelhetőségét és kimenetelét – hosszabb kezelési idővel jár együtt (25, 27), más tanulmányok nem találtak szignifikáns összefüggést, sőt, bizonyos esetekben ellentétes irányú hatást is megfigyeltek (2, 9, 14, 24). Ezen ellentmondó eredmények hátterében különböző diagnosztikus és módszertani megközelítések, illetve országonként eltérő kezelési protokollok állhatnak, különösen a szerhasználat kezelésére irányuló programok eltérő elterjedtsége, hozzáférhetősége.

További klinikai tényezőkről is felmerült, hogy összefüggést mutathatnak a hosszabb intézeti tartózkodással. A mentális zavar fennállásának időtartama, amit a

mentális zavar tüneteinek megjelenése óta eltelt időként definiáltak, összefüggést mutatott a kezelési idő meghosszabbodásával (2). A korábbi pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban történt kezelések hosszabb intézeti tartózkodással jártak (5). A pszichiátriai zavarok családi halmozódása genetikai és környezeti predispozícióra utal (8).

1.6.2.2.3. Kriminológiai tényezők

A bűncselekmény jellege és súlyossága szintén kiemelkedően fontos prediktor. A rendelkezésre álló szakirodalom alapján a legtöbb tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy az igazságügyi fekvőbeteg-ellátáshoz vezető bűncselekmény súlyossága az egyik legmeghatározóbb prediktív tényező a kényszergyógykezelés időtartamát illetően (3, 9). A kutatási eredmények azt mutatják, hogy minél súlyosabb az elkövetett bűncselekmény, annál hosszabb a beteg intézeti tartózkodása (2, 15–20, 24, 25, 28, 29). Különösen erős összefüggéseket találtak a hosszú kezelési idő és az emberölés vagy annak kísérlete (7, 8), illetve más erőszakos bűncselekmények (24–27) között. További kutatások rávilágítottak arra is, hogy hosszabb intézeti tartózkodással járhat, ha a bűncselekményt ismert személy ellen követik el (18), valamint, ha az elkövetőnek korábban is voltak bűnügyi előzményei (3, 30). Ezek az adatok arra utalnak, hogy a kriminológiai előzmények és a bűncselekmény jellege nemcsak az igazságügyi döntések meghozatalában, hanem a pszichiátriai kezelés tartamának meghatározásában is jelentős szerepet játszanak.

1.6.2.3. Intézményi és kezelés specifikus tényezők

Ezzel szemben csak kevés tanulmány vizsgálta azokat az intézményi vagy kezelési jellemzőket, amelyek a kezelési idő alakulására hatást gyakorolhatnak (7). Az eddigi eredmények alapján az intézeti kezelés meghosszabbodásával szignifikáns kapcsolatban állhat az intézeti kezelés során szökés vagy szökési kísérlet (3, 5, 10), az intézményben mutatott agresszív magatartás, különösen, ha az a kezelőszemélyzet ellen irányul (3, 5), a kezelésre rezisztens pszichotikus tünetek fennállása (8), továbbá a beteg együttműködési hajlandóságának hiánya, valamint a pszichiátriai betegséggel kapcsolatos ismeretek és belátás hiánya (3).

1.7. Az ismételt kényszergyógykezelésben részesülő bűnelkövetők jellemzői

Az igazságügyi pszichiátria egyik legfontosabb célja a kockázatelemzés, amely magában foglalja az agresszív, erőszakos cselekmények elkövetési kockázatának, valamint a visszaesés kockázatának felmérését és előrejelzését (31–35). Az igazságügyi pszichiátriai betegek esetében a visszaeséshez vezető tényezők azonosítása különösen fontos, mert ezekre alapozva lehet kidolgozni az igazságszolgáltatási intézmények kezelési stratégiáit, ami azután a társadalom védelmét is szolgálja (32). A visszaesés kockázatának meghatározása hazánkban a kényszergyógykezelés elrendelésének egyik alapvető feltétele. Ezen kívül az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetből történő elbocsátás, a kényszergyógykezelés megszüntetése is kockázatelemzésen alapul (33). A komplex megközelítés alapvető a biztonságos, hatékony és etikus igazságügyi pszichiátriai ellátás kialakításához, valamint a visszaesés megelőzéséhez.

A kutatások azt mutatták, hogy a mentális zavarokkal küzdő elkövetőknél nagyobb a visszaesés kockázata, mint azoknál, akik bűncselekményt követnek el, de nem szenvednek mentális zavarokban (36–38). Egyes tanulmányok eredménye szerint a szkizofréniában szenvedőknél 3–6-szor nagyobb az agresszív viselkedés kockázata, mint az átlagnépességnél (39–43). Más tanulmányok azonban eltérő eredményre jutottak: a pszichotikus zavarok és az erőszak közötti összefüggés esetében kiemelték az olyan közvetítő tényezők szerepét, mint a drogfüggőség, a társadalmi státusz, a premorbid személyiség és a korábbi bűnügyi előélet (42, 44–47).

1.7.1. Jogi, intézményi és kezelés specifikus tényezők

Az igazságügyi pszichiátriai betegek visszaesési aránya nemzetközi tanulmányokban széles skálán mozog (48), részben az igazságügyi pszichiátriai intézményekben alkalmazott kezelési standardok, rehabilitációs programok, az igazságügyi ellátás strukturális feltételei, utógondozási lehetőségek, pszichoszociális támogatás mértéke, és a jogi szabályozás eltérései miatt (35, 49–51). Egy nemrégiben készült metaanalízis az igazságügyi pszichiátriai intézményekből való elbocsátás utáni visszaesést vizsgálta. 10 országból származó 35 tanulmány (n=12 056) alapján az

összesített becslés 4484/100 000 fő volt, de megjegyezték, hogy jelentős heterogenitás mutatkozott, a visszaesési arány 0 és 24 244 között mozgott a tanulmányokban (48).

1.7.2. Szociodemográfiai, klinikai tényezők, kriminológiai előzmények

Az igazságügyi pszichiátriai betegek körében a visszaeséssel összefüggő tényezőket - akár csak a kényszergyógykezelés hosszát befolyásoló változókat - demográfiai, kriminológiai és klinikai tényezőkre osztják (52).

1.7.2.1. Szociodemográfiai tényezők

A szakirodalom egyértelműen kiemeli a demográfiai jellemzők szerepét a visszaesés kockázatában. A demográfiai tényezők közül kockázati tényezőként említik a férfi nemet (32, 35, 53–55), a munkanélküliséget (32, 53, 56, 57), a fiatal életkort (35, 47, 50, 53–56) és az egyedülálló családi állapotot (53, 56). Ezeket az összefüggéseket számos metaanalízis megerősítette (53, 56), amelyek rámutatnak, hogy az egyén szociális és gazdasági helyzete, illetve társas kapcsolatai jelentős hatással vannak a bűnismétlésre.

1.7.2.2. Kriminológiai tényezők

A kriminológiai tényezők közül a legtöbb tanulmány egyetért abban, hogy a visszaesés egyik legnagyobb kockázati tényezője a korábbi bűncselekmények vagy erőszakos cselekmények előfordulása (32, 44, 47, 50, 52–56, 58, 59). Ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a súlyos, erőszakos bűncselekmények, például emberölés, ismételt elkövetése ritka, a kevésbé súlyos bűncselekmények, mint például a testi sértés, erősebben összefüggenek a visszaeséssel (47, 52, 59–61). Ez alátámasztja azt a feltételezést, hogy az ismételt kényszergyógykezelésben részesülők bűncselekményeinek súlyossága nem lineárisan arányos a visszaesés valószínűségével.

1.7.2.3. Klinikai tényezők

A klinikai változók vizsgálata során számos tanulmány megerősítette, hogy a szerhasználat (32, 35, 47, 50, 52–54, 56, 57, 61, 62) és az antiszociális személyiségzavar/vonások (32, 52–54, 56, 61, 63) a visszaesés magas kockázatával járnak. Egyes tanulmányok azt is kimutatták, hogy a hosszabb kényszergyógykezelés csökkenti a későbbi visszaesés kockázatát (35, 57). A szerhasználat és az antiszociális személyiségzavar kivételével a mentális betegségek esetében ellentmondásos eredményeket találtak a visszaeséssel kapcsolatban. Egyes tanulmányok a szkizofréniát (64, 65) és a mániát/hipomániát (54) a visszaesés fokozott kockázatával hozták összefüggésbe, azonban más tanulmányok nem találtak összefüggést a diagnózisok és a visszaesés között (48, 53, 56).

2. Célkitűzések

1. vizsgálat: annak feltárása, hogy mely demográfiai, klinikai és bűnözéssel kapcsolatos tényezők befolyásolják a kényszergyógykezelés időtartamát a magyar igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban.
2. vizsgálat: annak vizsgálata, hogy milyen mintázatok jelezhetnek fokozott bűnismétlési kockázatot mentális betegségben szenvedő egyének esetében, valamint azoknak a tényezőknek az azonosítása, amelyek a bírósági kényszergyógykezelés ismételt elrendeléséhez hozzájárulhattak.

3. Módszerek

3.1. Intézményi háttér és kutatási környezet

Magyarországon az igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg ellátás kizárólagosan az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történik, amely a Büntetés-végrehajtási Szervezet részeként működik a Belügyminisztérium irányítása alatt. Ez az intézmény az egyetlen olyan, országos hatáskörű pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó helyszín, ahol kényszergyógykezelés alatt álló, súlyos pszichiátriai zavarban szenvedő bűnelkövetők kezelésére kerül sor. E gyakorlat egyedülálló lehetőséget kínál arra, hogy reprezentatív, országos szintű betegmintán alapuló vizsgálat valósuljon meg.

3.2. Adatgyűjtés és vizsgálati változók

A retrospektív vizsgálat során azon betegek teljes kórtörténetének áttekintése történt meg, akiket a bíróság kóros elmeállapot miatt kényszergyógykezelésre ítelt, és akiket az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetből 2000. január 1. és 2015. december 31. között bocsátottak el. A jogi eljárás során született szakértői vizsgálati eredmények, valamint a korábbi orvosi dokumentációk alapján történt a bűncselekményt elkövető személyek kórtörténetére, a cselekmény elkövetése után közvetlenül észlelt állapotára, illetve pszichopatológiai tüneteire, társbetegségeire vonatkozó adatgyűjtés. Az aktuálisan, illetve korábban elkövetett bűncselekmények meghatározó jellemzőire vonatkozó adatokat a nyomozati anyagokból, illetve a bírósági eljárás dokumentumaiból kerültek kigyűjtésre.

A vizsgálat során demográfiai, klinikai és kriminológiai adatok feldolgozása történt.

3.2.1. Demográfiai változók

Életkor az intézeti felvétel időpontjában,

Nem,

Lakóhely (településtípus),

Családi állapot,
Iskolai végzettség,
Foglalkoztatási státusz a bűncselekmény elkövetését megelőzően,
Gyermekek száma,
Gondnokság/gyámság alatt állás ténye.

3.2.2. Klinikai változók

Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. revíziója (BNO-10) szerinti pszichiátriai diagnózis.

Pszichiátriai rendellenességek családi előfordulása,

Alkohol- és szerhasználat jelenléte,

A bűncselekmény elkövetése előtti szer- vagy alkoholfogyasztás dokumentált ténye.

3.2.3. Kriminológiai változók

Az elkövetett bűncselekmény típusa (pl. emberölés, testi sértés, szexuális bűncselekmény stb.),

Az elkövetés módja (pl. fegyverhasználat, fizikai erőszak stb.),

Az elkövető és az áldozat közötti kapcsolat (ismerős/ismeretlen),

Alkohol vagy kábítószer hatása alatt történő elkövetés ténye,

Erőszakos bűncselekmények előfordulása a kórtörténetben,

Büntetőjogi visszaesés,

Ismételt kényszergyógykezelés.

Speciális alcsoport-kezelés

A minta kis elemszámú, szexuális bűncselekményt elkövető alcsoportja (n = 10) statisztikai indokokból összevonásra került a testi sértéses eseteket tartalmazó csoporttal, mivel az IMEI csak akkor fogadhat ilyen elkövetőket, ha a kényszergyógykezelés jogi feltételei teljesülnek. Az összevonás célja a csoportok elemzésre alkalmas elemszámának biztosítása volt.

3.3. Kutatási etika

A kutatás megvalósításához szükséges etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta ki (engedély száma: 51124-1/2016/EKU).

A vizsgálat lebonyolítása során maradéktalanul betartásra kerültek az Orvosi Világszövetség által kiadott Helsinki Nyilatkozat (66) etikai irányelvei.

3.4. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzések az IBM SPSS Statistics 30.0 szoftvercsomag segítségével készültek (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) (67). A hatáserősség mutatók kiszámításához az ROPstat szoftver került alkalmazásra az R statisztikai környezetben (68).

A leíró statisztikák megadásánál a folytonos változók esetében átlag $\pm$ szórás, míg nem normális eloszlású változóknál medián és interkvartilis tartomány (IQR) került megadásra. A numerikus változók eloszlásának normalitása a Kolmogorov–Lilliefors teszttel, valamint ferdeségi és csúcsossági mutatók alapján került értékelésre. Mivel az eloszlások a normálistól szignifikánsan eltértek ($p < 0,01$), ezért a további elemzésekhez nem paraméteres statisztikai próbák kerültek alkalmazásra:

Mann–Whitney U-teszt két csoport összehasonlítására,

Kruskal–Wallis-teszt több csoport összevetésére,

Spearman-féle rangkorreláció folytonos változók közötti összefüggések vizsgálatára.

3.4.1. 1. vizsgálat:

A regressziós elemzés során kezdetben Forward és Backward szelekciós módszerek alkalmazása történt, amelyek az összes elérhető változót figyelembe vették.

A végső modell összeállítása ezt követően az Enter módszerrel történt, a becslések pontosságának növelése és a normalitási feltételek megsértésének ellensúlyozása érdekében bootstrap eljárás használatára került sor. A bootstrap minta mérete 999 volt (seed: 2 000 000), gyorsított torzítás korrekciós (bias-corrected and accelerated, BCa)

eljárás alkalmazásával. A bootstrap minta elemszámának kiválasztása Wilcox (69) ajánlásán alapult.

A kategorikus változók bináris formában kerültek kódolásra az elemzéshez. A nem paraméteres próbák alkalmazása miatt a hatás erősség rang-alapú Cohen-féle d mutatóval került kifejezésre, amelynek számítása a csoportok átlagos rangjai és a rangok szórásai alapján történt (70). A hatás erősség értelmezésének alapjául Cohen eredeti kritériumai szolgáltak (71).

3.4.2. 2. vizsgálat:

A bűnözés és a mentális betegségek közötti kockázati tényezők azonosítása, valamint a teljes vizsgálati csoportban ($n = 301$) megjelenő mintázatok feltárása érdekében személyorientált konfigurációelemzést végeztünk 4 változó mentén:

1. A cselekmény jellege,
2. Az elkövetés módja,
3. Az áldozat személyazonossága,
4. Elsődleges diagnózis.

A mintában összesen 73 konfiguráció fordult elő, amelyek közül 5 esetben szignifikáns ($p < 0,05$) különbséget találtunk a kapott gyakoriság és a várt gyakoriság között.

4. Eredmények

A vizsgálati minta 301 főből állt.

4.1. A kényszergyógykezelés hosszát befolyásoló változók vizsgálata

A kényszergyógykezelés átlagos időtartama $68,05 \pm 47,59$ hónap, medián = 53 hónap volt.

4.1.1. Szociodemográfiai jellemzők

A vizsgált minta szociodemográfiai jellemzői a következőképpen alakultak:

Nem és életkor:

A minta nemi megoszlása erősen férfi-dominanciát mutatott: 253 férfi (84%) és 48 nő (16%) szerepelt a vizsgálatban. Az életkor az elkövetés idején átlagosan 40,23 év volt, az életkor tartománya 18–87 év között mozgott, szórás: 14,59 év.

Iskolai végzettség:

Az iskolai végzettség eloszlása a mintában a következőképpen alakult: 35,5%-nak 8 általános iskolai végzettsége, 34,6%-nak középiskolai végzettsége volt, 7–7,6% általános iskolai végzettségnél alacsonyabb iskolai végzettséggel, míg 7,3% felsőfokú végzettséggel rendelkezett.

Foglalkoztatási státusz:

A vizsgált populáció nagy része (47,8%) rokkantsági ellátásban részesült, míg 25,9% munkanélküli volt a bűncselekmény elkövetésekor. Rendelkezett munkaviszonnyal 16,9% bírt, és csupán 1,3% folytatott tanulmányokat a bűncselekmény elkövetésekor.

Lakóhely és családi állapot:

A legtöbben saját ingatlannal rendelkeztek (92,4%), 5,3% élt szociális otthonban, és csupán 2,3% volt hajléktalan. A családi státusz szerint a mintában 52,5% egyedülálló, 31,2% házas, 16,3% elvált volt.

Gyermekek száma és gondnokság:

A résztvevők több mint fele (52,5%) gyermektelen volt, 21,3% egygyermekes, 14,6% kétgyermekes, míg 11,6% három vagy több gyermekkel rendelkezett. A vizsgált

személyek 18,9%-a állt cselekvőképességet érintő gondnokság alatt, a fennmaradó 81,1% nem állt gondnokság alatt.

Intellektuális képességek:

Az IQ átlag 94,06, az értékek 40–134 között változtak, a szórás 18,64.

1. táblázat

A vizsgált minta szociodemográfiai leíró jellemzői (51)

Változók		Darabszám	Megoszlás	Átlag	Inter-vallum	SD
Demográfiai jellemzők a cselekmény idejében						
	Életkor (év)			40.23	18–87	14.59
	Nők	48	16%			
	Férfiak	253	84%			
Iskolai végzettség						
	Speciális iskola	21	7%			
	Kevesebb, mint 8 általános	23	7.6%			
	8 általános	107	35.5%			
	Középiskola	104	34.6%			
	Gimnázium	21	7%			
	Felsőfokú végzettség	22	7.3%			
Foglalkoztatási státusz a cselekmény idejében						
	Rokkantsági ellátás	144	47.8%			
	Munkaviszony	51	16.9%			
	Nyugdíj	24	8%			
	Munkanélküli	78	25.9%			
	Tanuló	4	1.3%			
Lakóhely						
	Saját ingatlan	278	92,4%			

	Hajléktalan	7	2.3%			
	Szociális otthon	16	5.3%			
Családi állapot						
	Egyedülálló	158	52.5%			
	Házass	94	31.2%			
	Elvált	49	16.3%			
Gyermekek száma						
	Gyermeektelen	158	52.5%			
	Egy	64	21.3%			
	Kettő	44	14.6%			
	Három vagy több	35	11.6%			
Gondnokság						
	Nem	244	81.1%			
	Igen	57	18.9%			
IQ		179	59.5%	94.06	40–134	18.64

4.1.2. Kriminológiai jellemzők

A vizsgálati minta kriminológiai elemzése részletes betekintést nyújtott a súlyos pszichiátriai zavarban szenvedő elkövetők bűncselekményeinek természetébe, a cselekmények elkövetési módjába, valamint az áldozattal való kapcsolat jellegébe. A vizsgált minta kriminológiai jellemzői a következőképpen alakultak:

A kényszergyógykezelés megalapozó bűncselekmény típusa: A mintában az emberölés vagy emberölés kísérlete volt a leggyakoribb cselekménytípus (48%), ezt követték az erőszakos bűncselekmények (46%), míg a vagyon elleni erőszakos bűncselekmények aránya alacsony volt (6%).

Elkövetés módja: Az elkövetési módszerek elemzése során megfigyelhető volt, hogy a betegek 73%-a valamilyen fegyver vagy egyéb eszköz használatával követte el a cselekményt, míg 27% kizárólag testi erő alkalmazásával.

Áldozattal való kapcsolat:

Az áldozattal való kapcsolat szerinti elemzés azt mutatta, hogy a cselekmények 45,5%-a közeli hozzátartozó ellen, 27,9%-a ismeretlen személy ellen és 22,6%-a nem családtag ismerős ellen irányult.

Alkoholos befolyásoltság a cselekmény elkövetésekor:

Az esetek 17,9%-ban az elkövetők alkohol hatása alatt álltak, míg a 82,1% nem állt alkoholos befolyás alatt.

A kezelés megszüntetését követő elhelyezés:

A kényszergyógykezelés megszüntetése után a betegek 45,2%-a szociális otthonba, 37,5%-a saját ingatlanba, 10,3%-a családjához szabadult. Az intézeti kezelés során a betegek 6,6%-a elhalálozott.

Büntetett előélet és erőszakos előzmény:

A minta 36,9%-nak volt korábbi büntetett előélete, míg 35,2%-nak volt feltárható szabadságvesztéssel nem járó erőszakos cselekmény az előtörténetében.

2. táblázat

A vizsgált minta kriminológiai leíró jellemzői (51)

Változók		Darabszám	Megoszlás
Bűncselekmény típusa			
	Emberölés/kísérlete	146	48%
	Erőszakos cselekmény	137	46%
	Vagyon elleni erőszakos cselekmény	18	6%
Elkövetés módja			
	Testi erő	82	27%
	Fegyver/ egyéb eszköz	219	73%
Áldozattal való kapcsolat			
	Ismeretlen személy	84	27.9%
	Közeli hozzátartozó	137	45.5%
	Ismerős személy	68	22.6%
	Nem meghatározható	12	4%
Alkoholos befolyásoltság			
	Nem	247	82.1%

	Igen	54	17.9%
A kezelés megszüntetését követő elhelyezés			
	Szociális otthon	136	45.2%
	Család	31	10.3%
	Saját ingatlan	113	37.5%
	Elhalálozott	20	6.6%
Büntetett előélet			
	Nem	189	62.8%
	Igen	111	36.9%
Erőszakos előzmény			
	Nem	194	64.5%
	Igen	106	35.2%

4.1.3. Klinikai jellemzők

A mintában szereplő 301 főt tekintve a BNO-10 szerinti elsődleges diagnózisok jelentős túlsúlyt mutattak a szkizofrénia spektrum zavarok (F20–F29) terén, amelyek a teljes csoport 77,1%-át tették ki. Ezen felül az organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00–F09) 16,6%-ban, a hangulatzavarok (F30–F39) 2,3%-ban, a mentális retardáció (F70–F79) pedig 4%-ban fordult elő.

Pszichiátriai előzmények:

A korábbi pszichiátriai előzmények elemzése során a betegek 72,4%-nak volt dokumentált pszichiátriai története a felvétel előtt, míg 27,6%-nak nem volt előzetes diagnózisa. A korábbi diagnózisok részletes bontása azt mutatja, hogy a szkizofrénia spektrum zavarok (F20–F29) a korábbi pszichiátriai esetek 40,9%-át tették ki, ami jól mutatja a krónikus vagy ismétlődő pszichotikus epizódok dominanciáját a kényszergyógykezelt populációban. A pszichoaktív szerhasználat által okozott mentális és viselkedészavarok (F10–F19) 6,3%-ban, hangulatzavarok 5%-ban, neurotikus és stresszhez társuló rendellenességek 3,7%-ban, a személyiség- és viselkedészavarok 4,3%-ban, míg a mentális retardáció 5%-ban jelent meg.

Családi pszichiátriai előzmények:

A családi pszichiátriai anamnézis elemzése során 43,2%-ban találtunk pozitív előzményt, míg 56,8%-nak nem volt ismert családi pszichiátriai kórtörténete.

3. táblázat

A vizsgált minta klinikai leíró jellemzői (51)

Változók		Esetszám	Megoszlás
Diagnózis a felvételtkor (BNO-10)			
	F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	50	16.6%
	F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	232	77.1%
	F30–F39 Hangulatzavarok	7	2.3%
	F70–F79 Mentális retardáció	12	4%
Pszichiátriai előzmény			
	Nem	83	27.6%
	Igen	218	72.4%
Pszichiátriai előzmény diagnózis			
	F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	3	1%
	F10–F19 Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok	19	6.3%
	F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	123	40.9%
	F30–F39 Hangulatzavarok	15	5%
	F40–F48 Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek	11	3.7%
	F60–F69 A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai	13	4.3%
	F70–F79 Mentális retardáció	15	5%
Családi pszichiátriai előzmény			
	Nem	171	56.8%
	Igen	130	43.2%

4.1.4. Szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai változók összefüggései a kényszergyógykezelés időtartamával

A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők multidimenzionális elemzése alapvető jelentőségű a kezelési stratégiák, a kockázatértékelés és a recidíva megelőzése szempontjából.

4.1.4.1. Szociodemográfiai változók és a kényszergyógykezelés hossza közti összefüggések

A kényszergyógykezelés időtartamát számos szociodemográfiai tényező befolyásolja, melyek közül a nem, iskolai végzettség, foglalkoztatási státusz, családi állapot, gyermekek száma, lakóhely, gondnokság és az elhelyezés a kezelés megszüntetését követően mutattak változó mértékű összefüggéseket az alábbiak szerint:

Nem:

A nem szerinti összehasonlítás során szignifikáns különbség mutatkozott a kényszergyógykezelés időtartamában, a férfiak átlagos kezelési ideje hosszabb volt, mint a nőké. A hatásméret mérsékelt, ami arra utal, hogy a nem kis, de klinikailag is értékelhető szerepet játszik a kezelés hosszában.

Iskolai végzettség:

Az iskolai végzettség szerinti különbségek nem érték el a statisztikai szignifikanciát, ugyanakkor tendenciák megfigyelhetők voltak. Az alacsonyabb végzettséggel rendelkező egyének (speciális iskola, kevesebb, mint 8 általános) hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek (medián 84 és 61 hónap), míg a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők (gimnázium, felsőfokú) átlagosan rövidebb időt töltöttek az intézményben (medián 40 és 41,5 hónap).

Foglalkoztatási státusz:

A foglalkoztatási státusz szignifikáns összefüggést mutatott a kényszergyógykezelés hosszával. A rokkantsági ellátásban részesülő és a munkanélküli betegek hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek (medián 63,5 és 59,5 hónap), míg a munkaviszonyban állók, nyugdíjasok és tanulók rövidebb időt töltöttek az intézményben (medián 44 hónap).

Lakóhely:

A lakóhely típusa (falu, város, hajléktalan státusz, szociális otthon) nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával.

Családi állapot:

A családi állapot szignifikáns összefüggést mutatott, ahol az egyedülálló betegek átlagosan hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek (medián 63,5 hónap) a házas (46 hónap) vagy elvált (56 hónap) személyekhez képest.

Gyermekek száma:

A gyermekek száma szignifikáns összefüggést mutatott a kényszergyógykezelés hosszával. A gyermektelen egyének hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek (medián 62 hónap), míg az egy vagy több gyermeket nevelők rövidebb időt töltöttek az intézményben.

Gondnokság:

A cselekvőképességet érintő gondnokság nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával, bár a gondnokság alatt állók medián értékei alacsonyabbak voltak.

Elhelyezés a kezelés megszüntetését követően:

Az elhelyezés a kényszergyógykezelés megszűnését követően erőteljesen szignifikáns kapcsolatot mutatott a kezelés időtartamával. Azok a betegek, akik szociális otthonba kerültek az elbocsátást követően, átlagosan hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek (medián 79,5 hónap), szemben a családdhoz visszatérőkkel (43 hónap), saját ingatlanba visszatérőkkel (41 hónap) vagy elhalálozott betegek esetében (45 hónap).

4. táblázat

A szociodemográfiai változók és a kényszergyógykezelés időtartama közötti statisztikai összefüggések (51)

Változók		Medián (hónap)	Átlagos rangpontoszám	Hatásméret
Nem				
	Nő	46.00	128.09	Z = -1.989; p = 0.047 Cohen d = -0.315
	Férfi	59.00	155.35	

Iskolai végzettség				
	Speciális iskola	84.00	165.86	H(5) = 10.134; p = 0.072 η² = 0.034
	Kevesebb, mint 8 általános	61.00	170.70	
	8 általános	56.00	151.45	
	Középiskola	56.00	154.37	
	Gimnázium	40.00	109.17	
	Felsőfokú végzettség	41.50	117.70	
Foglalkoztatási státusz a cselekmény idejében				
	Rokkantsági ellátás	63.50	161.55	H(4) = 15.823; p = 0.003 η² = 0.053
	Munkaviszony	44.00	127.79	
	Nyugdíj	39.00	112.04	
	Munkanélküli	59.50	163.02	
	Tanuló	25.00	66.38	
Lakóhely				
	Falu	61.00	155.97	H(3) = 1.227; P = 0.746 η² = 0.004
	Hajléktalan	47.00	143.71	
	Város	52.00	150.73	
	Szociális otthon	44.00	130.44	
Családi állapot				
	Egyedülálló	63.50	163.00	H(2) = 7.239; P = 0.027 η² = 0.024
	Házass	46.00	132.71	
	Elvált	56.00	147.41	
Gyermekek száma				
	Gyermektelen	62.00	163.65	H(3) = 8.309; P = 0.040 η² = 0.028
	Egy	47.00	135.01	
	Kettő	51.00	148.31	
	Három vagy több	51.00	126.53	
Gondnokság				
	Nem	56.00	152.49	Z = 0.613; P = 0.540
	Igen	47.00	144.64	

				Cohen d = 0.090
A kezelés megszüntetését követő elhelyezés				
	Szociális otthon	79.50	190.80	$H(3) = 56.918;$ $P < 0.001$ $\eta^2 = 0.190$
	Család	43.00	136.08	
	Saját ingatlan	41.00	108.93	
	Elhalálozott	45.00	133.70	

4.1.4.2. Kriminológiai változók és a kényszergyógykezelés hossza közti összefüggések

A kriminológiai tényezők elemzése kiemelten fontos a kényszergyógykezelés időtartamának megértésében, mivel a bűncselekmény jellege, az elkövetés módja, az áldozattal való kapcsolat, valamint a bűnelkövető korábbi büntetési szoros összefüggésben állhatnak a pszichiátriai kezelés hosszával.

A kényszergyógykezelést megalapozó bűncselekmény típusa:

A bűncselekmény típusa szignifikáns összefüggést mutatott a kényszergyógykezelés hosszával. Az emberölés és annak kísérlete esetén a kényszergyógykezelés mediánja 63 hónap volt, ami szignifikánsan magasabb, mint az erőszakos cselekmények (46 hónap) vagy a vagyon elleni erőszakos cselekmények (49 hónap) esetében.

Elkövetés módja:

Az elkövetés módja is szignifikáns hatást mutatott. A fegyveres vagy egyéb eszközzel elkövetett bűncselekmények átlagosan hosszabb kényszergyógykezelést eredményeztek (medián 59 hónap), szemben a csupán testi erővel elkövetett cselekményekkel (medián 46,5 hónap).

Áldozattal való kapcsolat:

Az áldozattal való kapcsolat nem mutatott szignifikáns hatást. Bár a közeli hozzátartozók elleni bűncselekmények esetén a medián érték magasabb volt (59 hónap), az ismeretlen személyek, ismerősök vagy nem meghatározható áldozatok esetében nem figyelhető meg szignifikáns különbség.

Alkoholos befolyásoltság a cselekmény elkövetésekor:

Az elkövetés során fennálló alkoholos befolyásoltság nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a kényszergyógykezelés hosszával. A medián értékek szerint az alkohol hatása alatt elkövetett cselekmények esetén a kezelés rövidebb volt (46,5 hónap), míg az alkoholmentes elkövetők esetében 55 hónap.

Büntetett előélet:

A büntetett előélet nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával. A medián értékek minimális különbséget mutattak a büntetlen előéletű (53 hónap) és büntetett előéletű (59 hónap) alanyok között.

Erőszakos előzmény:

Az erőszakos, szabadságvesztéssel nem járó előzmény szintén nem bizonyult szignifikánsnak, a medián értékek szinte azonosak voltak az erőszakos előzmény nélküli (54 hónap) és a korábban erőszakos cselekményt elkövető (53 hónap) alanyok esetében.

5. táblázat

A kényszergyógykezelés alapjául szolgáló bűncselekmények és a kényszergyógykezelés időtartama közötti statisztikai összefüggések (51)

Változók		Medián (hónap)	Átlagos rangpontszám	Hatásméret
Bűncselekmény típusa				
	Emberölés/kísérlete	63.00	169.00	H(2) = 12.201; P = 0.002 $\eta^2 = 0.041$
	Erőszakos cselekmény	46.00	134.73	
	Vagyon elleni erőszakos cselekmény	49.00	128.86	
Elkövetés módja				
	Testi erő	46.50	133.43	Z = -2.144; p = 0.032 Cohen d = -0.279
	Fegyver/ egyéb eszköz	59.00	157.58	
Áldozattal való kapcsolat				
	Ismeretlen személy	51.00	146.70	H(3) = 2.037; p = 0.565 $\eta^2 = 0.007$
	Közei hozzátartozó	59.00	157.71	
	Ismerős személy	53.50	146.93	

	Nem meghatározható	46.50	127.58	
Alkoholos befolyásoltság				
	Nem	55.00	152.86	Z = 0.795; p = 0.427 Cohen d = 0.119
	Igen	46.50	142.47	
Büntetett előélet				
	Nem	53.00	149.57	Z = -0.241; p = 0.809 Cohen d = -0.029
	Igen	59.00	152.08	
Erőszakos előzmény				
	Nem	54.00	148.99	Z = -0.408; p = 0.683 Cohen d = -0.049
	Igen	53.00	153.26	

4.1.4.3. Klinikai változók és a kényszergyógykezelés időtartama közötti összefüggések

A klinikai változók vizsgálata kiemelten fontos, hiszen a kényszergyógykezelés időtartamát nem csupán a bűncselekmény jellege és a szociodemográfiai tényezők, hanem a beteg pszichés állapota is meghatározza.

Diagnózis a felvételnélkor:

A felvételnélkor megállapított pszichiátriai diagnózis (BNO-10 kategóriák) nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával. A medián értékek alapján a legmagasabb átlagos kényszergyógykezelési időt a mentális retardáció (F70–F79) csoportban figyeltük meg (78 hónap), míg a szkizofrénia és paranoid rendellenességek (F20–F29) esetében a medián 53,5 hónap volt.

Pszichiátriai előzmény:

A korábbi pszichiátriai kezelés megléte vagy hiánya sem mutatott szignifikáns kapcsolatot a kényszergyógykezelés időtartamával. A medián értékek alapján azok, akiknek korábban nem volt pszichiátriai előzménye, 48 hónap kényszergyógykezelésben részesültek, míg a pszichiátriai előzménnyel rendelkezők 56 hónapot töltöttek az intézetben. Bár a tendencia hosszabb kezelési idő felé mutat a

pszichiátriai előzményekkel rendelkezők esetében, a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns.

Pszichiátriai előzmény diagnózisa:

A pszichiátriai előzmény diagnózisának típusai szignifikáns összefüggést mutattak a kényszergyógykezelés hosszával. Az F00–F09 organikus és szimptomatikus mentális zavarok esetén a medián érték kimagaslóan magas volt (105 hónap). A szkizofrénia előzménye (F20–F29) 61 hónapos mediánt eredményezett, míg a hangulatzavarok (F30–F39) 74 hónapot, a neurotikus és személyiségzavarok (F40–F69) 35–67 hónap közötti mediánokat mutattak. A pszichoaktív szerhasználat által okozott mentális zavarok (F10–F19) és a mentális retardáció (F70–F79) alacsonyabb mediánokat mutattak (46 és 36 hónap).

Családi pszichiátriai előzmény:

A családi pszichiátriai előzmények megléte nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával. A medián értékek alapján a családi pszichiátriai előzményekkel rendelkező alanyok 52 hónap, míg a nem rendelkezők 56 hónap kényszergyógykezelésben részesültek.

6. táblázat

A klinikai változók és a kényszergyógykezelés időtartama közötti statisztikai összefüggések (51)

Változók		Medián (hónap)	Átlagos rangpontszám	Hatásméret
Diagnózis a felvételtkor (BNO-10)				
	F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	50.00	140.35	H(3) = 0.916; p = 0.821 $\eta^2 = 0.003$
	F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	53.50	152.93	
	F30–F39 Hangulatzavarok	55.00	153.93	
	F70–F79 Mentális retardáció	78.00	156.38	
Pszichiátriai előzmény				
	Nem	48.00	144.79	Z = -0.764;

	Igen	56.00	153.36	p = 0.445 Cohen d = -0.098
Pszichiátriai előzmény diagnózis				
	F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	105.00	161.67	H(6) = 14.326; p = 0.026 η² = 0.072
	F10–F19 Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok	46.00	91.61	
	F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	61.00	104.43	
	F30–F39 Hangulatzavarok	74.00	115.43	
	F40–F48 Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek	35.00	69.64	
	F60–F69 A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai	67.00	104.35	
	F70–F79 Mentális retardáció	36.00	65.00	
Családi pszichiátriai előzmény				
	Nem	56.00	149.63	Z = -0.314; p = 0.753 Cohen d = -0.037
	Igen	52.00	152.81	

4.1.4.4. A kényszergyógykezelés időtartamával összefüggést mutató tényezők többszörös lineáris regressziós elemzése

A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők azonosítása érdekében többszörös lineáris regressziós elemzést végeztünk, melynek célja az egyes szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai változók független hatásának kvantifikálása a kezelési idő hosszára. Az elemzésbe a páros korrelációs vizsgálatban szignifikáns összefüggést mutató változókat ($n = 8$) használtuk fel a modell felépítéséhez, biztosítva, hogy a regressziós együtthatók a többi változó hatását

kontrollálva tükrözzék a vizsgált tényezők független hozzájárulását. A szignifikáns összefüggést mutató változókból felépített modell a kezelési idő 34,1%-át magyarázta. Ez a magyarázóerő közepes erősségűnek tekinthető pszichiátriai és kriminológiai vizsgálatokban, jelezve, hogy a modell releváns prediktorokat tartalmaz, ugyanakkor a maradék 65,9% a kezelési idő varianciájából más, nem mért tényezők hatásának tulajdonítható (pl. egyéni pszichopatológiai tényezők, intézményi kezelési protokollok, szociális környezet).

A szignifikáns prediktorok részletes elemzése:

1. Kezelés megszüntetését követő intézményi elhelyezés:

A legnagyobb pozitív együtthatót mutatta.

2. Bűncselekmény típusa: emberölés/kísérlete:

Ez a változó is szignifikáns prediktor volt, jelezve, hogy az emberölés vagy annak kísérlete az intézeti kezelés hosszabb időtartamával jár.

3. Életkor:

Az életkor negatív irányú kapcsolatot mutatott a kényszergyógykezelés hosszával.

4. Mentális retardáció (F70–F79) előzmény diagnózis:

Meglepő módon a pszichiátriai előzmény diagnózisában szereplő mentális retardáció negatív együtthatót mutatott valószínűleg az intézeti kezelés korlátozott terápiás lehetőségei és a krónikus állapotokra jellemző kezelési protokollok miatt.

5. Férfi nem:

A férfi nem pozitív kapcsolatot mutatott a kezelési idővel, ami a férfi elkövetők hosszabb intézeti kezelését jelzi.

6. Intézményi elhelyezés a cselekmény idején:

A cselekmény idején intézményi elhelyezés alatt állók kezelési ideje rövidebb volt.

7. Mentális retardáció (F70–F79) diagnózis a felvételnél:

Ellentétben az előzmény diagnózissal, a felvételnél megállapított mentális retardáció pozitív kapcsolatot mutatott a kezelési idővel.

8. Elkövetés módja - testi erő:

A testi erő alkalmazása negatívan korrelált a kezelési idővel, ami azt jelezheti, hogy az eszközhasználat nélkül elkövetett bűncselekmények hosszabb kényszergyógykezelési periódust eredményeznek a magasabb potenciális veszély miatt.

7. táblázat

A kényszergyógykezelés időtartamával szignifikáns összefüggést mutató 8 változót tartalmazó modell (51)

Enter Model (Bootstrap)	B	Bootstrap				
		Bias	Std. Error	Sig. (2- tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
(Constant)	56.524	-0.202	9.781	0.001	35.776	74.634
Kezelés megszüntetését követő intézményi elhelyezés	44.392	0.236	4.901	0.001	34.694	54.723
Emberölés/kísérlete (Bűncselekmény típusa)	22.933	-0.041	5.095	0.001	12.522	32.993
Életkor	-0.688	-0.003	0.168	0.001	-1.018	-0.356
F70–F79 Mentális retardáció (Előzmény diagnózis)	-35.665	0.290	10.356	0.003	-59.442	-15.038
Férfi nem	13.821	0.301	5.648	0.018	2.832	25.922
Intézményi elhelyezés a cselekmény idején	-21.229	-0.257	8.845	0.013	-37.588	-4.662
F70–F79 Mentális retardáció (Diagnózis a felvételtkor)	34.047	-0.473	17.112	0.041	1.364	65.696
Testi erő (Elkövetés módja)	-10.208	0.187	4.707	0.036	-20.850	-0.350

4.2. Az ismételt kényszergyógykezelésben részesülő bűnelkövetők vizsgálatának eredményei

A második vizsgálat célja az volt, hogy feltárjuk azokat a jellemzőket, amelyek az ismételt kényszergyógykezelésre kerülő betegek esetében megfigyelhetők, és

összehasonlítsuk őket az először kezeltékkel a demográfiai, klinikai és kriminológiai paraméterek tekintetében.

A teljes mintában $n = 301$ személy szerepelt, akik közül 16 (5,3%) részesült korábban is kényszergyógykezelésben. Ez az alacsony arány arra utal, hogy az ismételt kényszergyógykezelés viszonylag ritka, azonban klinikailag jelentős, mivel a visszaesés a betegek komplex pszichiátriai és kriminológiai profilját tükrözi. Jelentős életkorbeli különbséget találtunk a kényszergyógykezelésre visszaesők (átlagéletkor: $48,44 \pm 13,65$ év) és a kontrollcsoport (átlagéletkor: $39,77 \pm 14,52$ év) között, közepes hatásmérettel. A visszaeső betegek kényszergyógykezelése $72,25 \pm 45,02$ hónapig tartott, míg az először kezeltéké csak $67,81 \pm 47,8$ hónapig. A kényszergyógykezelés időtartamában nem volt szignifikáns különbség a két csoport között.

4.2.1 Szociodemográfiai jellemzők

Az ismételt kényszergyógykezelésben részesülő bűnelkövetők szociodemográfiai jellemzői az alábbiak szerint alakultak.

Nem:

A visszaeső csoport minden tagja férfi volt, míg a kontrollcsoportban a férfiak aránya 83,2% volt, és a teljes mintában 84,1%.

Iskolai végzettség:

A visszaeső csoport tagjai vegyes iskolai háttérrel rendelkeztek. Összehasonlítva a kontrollcsoporttal, a visszaesők között magasabb volt a gimnáziumi végzettséggel rendelkezők aránya (25% vs. 6%), ugyanakkor a felsőfokú végzettség teljesen hiányzott. A minta többi része a közepes és alacsony iskolai végzettségi szinteket képviselte.

Családi állapot:

A visszaeső csoport 62,5%-a egyedülálló, 12,5%-a kapcsolatban él, míg 25%-uk elvált. A kontrollcsoportban az egyedülállók aránya 51,9%, a kapcsolatban élők 32,3%, az elváltaké 15,8% volt.

Munkaügyi státusz:

A visszaeső csoportban a rokkantnyugdíjasok aránya kiemelkedően magas (62,5%), míg a kontrollcsoportban ez 47% volt. A visszaesők közül 6,3% dolgozott, 18,8% nyugdíjas, 12,5% munkanélküli és 0% tanuló.

Lakóhely:

A visszaesők 37,5%-a faluban/községben, 43,8%-a városban, míg 18,8%-uk szociális otthonban élt. A hajléktalan státusz nem fordult elő a visszaesők körében. Összehasonlítva a kontrollcsoporttal, a visszaesők között gyakoribb a szociális otthonban élők aránya.

Gyermekek száma:

A visszaeső csoport 56,3%-a gyermektelen, 25%-nak egy, 12,5%-nak két, 6,3%-nak három vagy több gyermeke van. A kontrollcsoportban a gyermektelenek aránya 52,3% volt, ami hasonló trendet mutat.

8. táblázat

A vizsgált minta szociodemográfiai leíró jellemzői (72)

Változók		KGYK visszaeső	Kontroll	Teljes minta
Nem				
	Nő	0 (0%)	48 (16,8)	48 (15,9%)
	Férfi	16 (100%)	237 (83,2%)	253 (84,1%)
Iskolai végzettség				
	Speciális iskola	1 (6,3%)	20 (7%)	21 (7%)
	Kevesebb, mint 8 általános	3 (18,8%)	20 (7%)	23 (7,6%)
	8 általános	6 (37,5%)	101 (35,4)	107 (35,5%)
	Középiskola	2 (12,5%)	102 (35,8%)	104 (34,6%)
	Gimnázium	4 (25%)	17 (6%)	21 (7%)
	Felsőfokú végzettség	0 (0%)	22 (7,7%)	22 (7,3%)
Családi állapot				
	Egyedülálló	10 (62,5%)	148 (51,9%)	158 (52,5%)
	Kapcsolatban	2 (12,5%)	92 (32,3%)	94 (31,2%)
	Elvált	4 (25%)	45 (15,8%)	49 (16,3%)
Munkaügyi státusz				

	Rokkantsnyugdíjas	10 (62,5%)	134 (47%)	144 (47,8%)
	Dolgozott	1 (6,3%)	50 (17,5%)	51 (16,9%)
	Nyugdíjas	3 (18,8%)	21 (7,4%)	24 (8%)
	Munkanélküli	2 (12,5%)	76 (26,7%)	78 (25,9%)
	Tanuló	0 (0%)	4 (1,4%)	4 (1,3%)
Lakóhely				
	Község, falu	6 (37,5%)	81 (28,4%)	87 (28,9%)
	Hajléktalan	0 (0%)	7 (2,5%)	7 (2,3%)
	Város	7 (43,8%)	184 (64,6%)	191 (63,5%)
	Szociális otthon	3 (18,8%)	13 (4,6%)	16 (5,3%)
Gyermekek száma				
	Gyermektelen	9 (56,3)	149 (52,3%)	158 (52,5%)
	Egy	4 (25%)	60 (21,1%)	64 (21,3%)
	Kettő	2 (12,5%)	42 (14,7%)	44 (14,6%)
	Három vagy több	1 (6,3%)	34 (11,9%)	35 (11,6%)

4.2.2 Kriminológiai jellemzők

A visszaeső kényszergyógykezelésben részesülő bűnelkövetők és a kontrollcsoport bűncselekményhez kapcsolódó kriminológiai jellemzőit vizsgáltuk a teljes mintán belül.

Cselekmény típusa:

A visszaesők körében a cselekmények eloszlása jelentősen eltért a kontrollcsoporttól. A visszaesők 18,8%-a emberölést vagy annak kísérletét követte el, míg a kontrollcsoportban ez az arány jóval magasabb volt (50,2%). Ezzel szemben a visszaesők körében nagyobb arányban fordult elő testisértés (31,3%) és hivatalos személy elleni erőszak (31,3%), míg a kontrollcsoportban ezek a cselekmények ritkábbak voltak (testisértés: 28,4%, hivatalos személy elleni erőszak: 6%). A szexuális zaklatás és szexuális erőszak esetei a visszaeső csoportban kisebb számban jelentek meg, ami a mintaméretből és a bűncselekmények speciális jellegéből adódik.

Elkövetés módja:

Az elkövetés módjában szintén markáns eltérések figyelhetők meg. A visszaeső csoport 75%-a felfegyverkezve követte el cselekményét, szemben a kontrollcsoport 61,8%-val. A testi erővel történő bántalmazás a visszaesők körében 12,5%, míg a kontrollcsoportban 21,8%. A nemi erőszak előfordulása magasabb volt a visszaeső csoportban (12,5%) a kontrollhoz képest (4,9%).

Áldozattal való kapcsolat:

A visszaesők esetében az áldozatok jelentős része ismeretlen személy volt (56,3%), ami szemben áll a kontrollcsoporttal, ahol a közeli hozzátartozó elleni erőszak gyakoribb (47,4%). A visszaeső csoportban a közeli hozzátartozók elleni bűncselekmény mindössze 12,5%-ot tett ki, míg az ismerős személy elleni erőszak 31,3%-ot.

Alkoholos és szerhasználati befolyásoltság:

A visszaeső csoport tagjai gyakrabban voltak alkohol vagy kábítószer hatása alatt a cselekmény elkövetésekor (37,5%) a kontrollcsoporthoz képest (16,8%). Hasonlóképpen, a cselekmény során dokumentált szerhasználat a visszaesők körében 31,3%, míg a kontrollcsoportban 21,1%.

Büntetett előélet:

A visszaesők körében szignifikánsan magas volt a büntetett előélet aránya: 93,8%, míg a kontrollcsoportban ez csak 33,7%. Ez a kiemelkedő arány egyértelműen jelzi, hogy az ismételt kényszergyógykezelés jelentősen összefügg a korábbi büntetőjogi felelősségre vonással, valamint az ismétlődő antiszociális viselkedés mintázatával.

9. táblázat

A vizsgált minta bűncselekménnyel kapcsolatos leíró jellemzői (72)

Változók	KGK visszaeső	Kontroll	Teljes minta
Cselekmény típusa			
Emberölés/kísérlet	3 (18,8%)	143 (50,2%)	146 (48,5%)
Testisértés	5 (31,3%)	81 (28,4%)	86 (28,6%)
Rablás, kifosztás	2 (12,5%)	15 (5,3%)	17 (5,6%)
Közveszély okozása	0 (0%)	18 (6,3%)	18 (6%)
Hivatalos személy elleni erőszak	5 (31,3%)	17 (6%)	22 (7,3%)
Szexuális zaklatás	1 (6,3%)	11 (3,9%)	12 (4%)

Elkövetés módja				
	Testi erővel bántalmazás	2 (12,5%)	62 (21,8%)	64 (21,3%)
	Felfegyverkezve	12 (75%)	176 (61,8%)	188 (62,5%)
	Fegyverrel	0 (0%)	7 (2,5%)	7 (2,3%)
	Kényszerítés	0 (0%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)
	Gyújtogatás	0 (0%)	4 (1,4%)	4 (1,3%)
	Nemi erőszak	2 (12,5%)	14 (4,9%)	16 (5,3%)
	Közveszély okozása	0 (0%)	20 (7%)	20 (6,6%)
Áldozattal való kapcsolat				
	Ismeretlen személy	9 (56,3%)	75 (26,3%)	84 (27,9%)
	Közei hozzátartozó	2 (12,5%)	135 (47,4%)	137 (45,5%)
	Ismerős személy	5 (31,3%)	63 (22,1%)	68 (22,6%)
	Nem meghatározható	0 (0%)	12 (4,2%)	12 (4%)
Alkoholos befolyásoltság				
	Nem	10 (62,5%)	237 (83,2%)	247 (82,1%)
	Igen	6 (37,5%)	48 (16,8%)	54 (17,9%)
Cselekmény során szerbefolyás				
	Nem	11 (68,8%)	225 (78,9%)	236 (78,4%)
	Igen	5 (31,3%)	60 (21,1%)	65 (21,6%)
Büntetett előélet				
	Nem	1 (6,3%)	188 (66%)	189 (62,8%)
	Igen	15 (93,8%)	96 (33,7%)	111 (36,9%)

4.2.3 Klinikai jellemzők

A klinikai jellemzők vizsgálata a második vizsgálat során különös figyelmet kapott az ismételt kényszergyógykezelésben részesülő bűnelkövetők és a kontrollcsoport összehasonlításában. A cél az volt, hogy feltárjuk a visszaesők mentális állapotának jellegzetességeit, korábbi pszichiátriai előzményeiket, valamint a családi pszichiátriai kórtörténet szerepét a recidíva prediktív tényezőjeként.

Diagnózis a felvételtkor (BNO-10):

A visszaeső csoportban a legdominánsabb diagnózis a szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek (F20–F29) volt, 87,5%-os előfordulással, míg a kontrollcsoportban ez az arány 76,5%. Más mentális rendellenességek, mint az organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00–F09), hangulatzavarok (F30–F39) és mentális retardáció (F70–F79), a visszaesők körében csak minimálisan vagy egyáltalán nem fordultak elő, szemben a kontrollcsoport változatosabb diagnóziseloszlásával.

Pszichiátriai előzmény:

A visszaeső csoport minden tagja rendelkezett korábbi pszichiátriai előzménnyel (100%), míg a kontrollcsoportban ez 70,9%-os volt.

Pszichiátriai előzmény diagnózisa:

A visszaesők körében a korábbi diagnózisok között szintén a szkizofrénia spektrum zavarok dominálnak (81,3%), szemben a kontrollcsoport 38,6%-val. Más diagnózisok, például pszichoaktív szer használatból eredő zavarok (F10–F19), hangulatzavarok (F30–F39), neurotikus és szomatoform rendellenességek (F40–F48), valamint mentális retardáció (F70–F79), szinte teljesen hiányoztak a visszaesők körében.

Családi pszichiátriai előzmény:

A családi pszichiátriai előzmény előfordulása hasonló volt a két csoport között: a visszaesők 43,8%-a, a kontrollcsoport 43,2%-a rendelkezett családi pszichiátriai anamnézissel.

10. táblázat

A vizsgált minta klinikai leíró jellemzői (72)

Változók	KGYK visszaeső	Kontroll	Teljes minta
Diagnózis a felvételtkor (BNO-10)			
F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	2 (12,5%)	48 (16,8%)	50 (16,6%)
F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	14 (87,5%)	218 (76,5%)	232 (77,1%)
F30–F39 Hangulatzavarok	0 (0%)	7 (2,5%)	7 (2,3%)
F70–F79 Mentális retardáció	0 (0%)	12 (4,2%)	12 (4%)

Pszichiátriai előzmény				
	Nem	0 (0%)	83 (29,1%)	83 (27,6%)
	Igen	16 (100%)	202 (70,9%)	218 (72,4%)
Pszichiátriai előzmény diagnózis				
	F00–F09 Organikus és szimptomatikus mentális zavarok	0 (0%)	3 (1,1%)	3 (1%)
	F10–F19 Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok	0 (0%)	19 (6,7%)	19 (6,3%)
	F20–F29 Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek	13 (81,3%)	110 (38,6%)	123 (40,9%)
	F30–F39 Hangulatzavarok	0 (0%)	15 (5,3%)	15 (5%)
	F40–F48 Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek	0 (0%)	11 (3,9%)	11 (3,7%)
	F60–F69 A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai	1 (6,3%)	12 (4,2%)	13 (4,3%)
	F70–F79 Mentális retardáció	0 (0%)	15 (5,3%)	15 (5%)
Családi pszichiátriai előzmény				
	Nem	9 (56,3%)	162 (56,8%)	171 (56,8%)
	Igen	7 (43,8%)	123 (43,2%)	130 (43,2%)

4.2.4 A visszaesés kockázati tényezői

A visszaesés előfordulása fontos indikátora a kényszergyógykezelés hatékonyságának. Az ismételt kényszergyógykezelések a komplex klinikai és szociális tényezők kumulatív hatását tükrözik, beleértve a pszichiátriai diagnózist, addiktív viselkedést és a társadalmi támogatottság hiányát. A második vizsgálat célja az volt, hogy azonosítsa a kényszergyógykezelésben korábban részesült bűnelkövetők (visszaesők) és a nem visszaeső betegek közötti különbségeket, és feltárja azokat a

klinikai, kriminológiai és szociodemográfiai tényezőket, amelyek a visszaesés előrejelzésében szerepet játszhatnak.

1. Cselekmény jellege

A hivatalos személy elleni erőszak kiemelkedően magas esélyhányadossal jellemezte a visszaesőket. A Cramer-féle V érték közepes hatásméretre utal, ami klinikailag is relevánsnak tekinthető.

2. Elsődleges diagnózis

A paranoid szkizofrénia (F20.0) mint elsődleges diagnózis szintén erőteljesen korrelált a visszaeséssel.

3. Az áldozat személye

Az ismeretlen áldozattal szemben elkövetett bűncselekmények a visszaesők között magasabb arányban fordultak elő.

4. Cselekmény során alkoholos befolyás

A cselekmény során alkoholos befolyás alatt elkövetett esetek szintén növelték a visszaesés kockázatát.

5. Korábbi bűnelkövetés

A legjelentősebb prediktív tényező a korábbi bűnelkövetés megléte volt. A Cramer-féle V értéke erős kapcsolatot jelez.

6. Lakóhely

A szociális otthonban élő visszaesők szintén magasabb arányban fordultak elő a visszaeső csoportban.

7. Pszichiátriai kezelés diagnózisa

Az F20–F29 diagnózisú pszichiátriai kezelés szignifikánsan összefüggött a visszaeséssel.

11. táblázat

A kényszergyógykezelés visszaeső és nem visszaeső minták összehasonlításakor kapott szignifikáns eredmények (72)

Csoport	Pearson-féle χ^2 -statisztika	Fisher-féle egzakt próba	Cramer-féle V	Esélyhányados (OR) [95%-os konfidencia
---------	------------------------------------	--------------------------	---------------	--

								intervallum]
KGyK visszaeső	Cselekmény jellege Hivatalos személy elleni erőszak			p < 0,001	p =0,003	0,218	7,166 [2,235 – 22,979]	
	Nem	Igen	Összes					
	268	17	285					
	Igen	11	5					16
	Összes	279	22					301
KGyK visszaeső	Elsődleges diagnózis F2000 - Paranoid szkizofrénia			p = 0,007	p =0,008	0,154	6,125 [1,367 – 27,444]	
	Nem	Igen	Összes					
	133	152	285					
	Igen	2	14					16
	Összes	135	166					301
KGyK visszaeső	Áldozat személye Ismeretlen			p = 0,009	p =0,018	0,150	3,6 [1,295 – 10,007]	
	Nem	Igen	Összes					
	210	75	285					
	Igen	7	9					16
	Összes	217	84					301
KGyK visszaeső	Cselekmény során alkoholos befolyás			p = 0,036	p =0,047	0,121	2,962 [1,028 – 8,539]	
	Nem	Igen	Összes					
	237	48	285					
	Igen	10	6					16
	Összes	247	54					301
KGyK visszaeső	Korábbi bűnelkövetés			p < 0,001	p <0,001	0,279	29,375 [3,823 – 225,713]	
	Nem	Igen	Összes					
	188	96	284					

Igen	1	15	16				
Összes	189	111	300				
KGyK visszaeső	Lakóhely Szociális otthon			p = 0,014	p =0,045	0,142	4,828 [1,223 – 19,062]
	Nem	Igen	Összes				
Nem	273	13	285				
Igen	13	3	16				
Összes	285	16	301				
KGyK visszaeső	Pszichiátriai kezelés diagnózisai F20–F29			p < 0,001	p <0,001	0,227	18,673 [2,408 – 144,825]
	Nem	Igen	Összes				
Nem	158	110	268				
Igen	1	13	14				
Összes	159	123	282				

5. Megbeszélés

5.1. A kényszergyógykezelés időtartamára irányuló vizsgálat

Ez a tanulmány az első olyan, átfogó magyarországi vizsgálat, amely részletesen elemzi a kényszergyógykezelés időtartamát és a hosszabb intézeti tartózkodással összefüggő tényezőket, beleértve a szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai változókat. A vizsgálati minta ($n = 301$) átlagos kényszergyógykezelési ideje $68,05 \pm 47,59$ hónap, mediánja 53 hónap, ami hosszúnak tűnhet, ugyanakkor, ez az érték megfelel az európai átlagnak. Több európai országban, például Hollandiában, Németországban, Skóciában, Angliában, Walesben és Írországban hosszabb, míg Litvániában, Lettországban, Lengyelországban és Szlovéniában rövidebb átlagos kezelési időt mértek. Ez a regionális eltérés részben a jogszabályi keretek, a pszichiátriai intézményrendszer strukturális különbségeivel, valamint a betegek társadalmi és családi támogatottságának variabilitásával magyarázható.

Szociodemográfiai tényezők

Számos korábbi kutatás ellentmondásos eredményeket mutatott a szociodemográfiai tényezők kényszergyógykezelés időtartamára gyakorolt hatásával kapcsolatban. Kutatásunkban a betegek 84%-a volt férfi. Ez az arány összhangban van a nemzetközi és hazai kutatásokkal, amelyek a súlyos pszichiátriai zavarban elkövetett bűncselekmények tekintetében magasabb férfi részarányt dokumentálnak. Bár egy szisztematikus áttekintés szerint a nemnek nincs hatása a kényszergyógykezelés idejére, a nemhez kapcsolódó hatás ebben a mintában mérsékelte, de szignifikáns összefüggést mutatott. A férfi betegek átlagosan hosszabb ideig tartózkodtak intézeti kezelésben, mint a nők. Eredményünk részben összhangban áll a nemzetközi irodalmi adatokkal, amelyek szerint a férfi betegek esetében gyakrabban feltételeznek fokozott veszélyességet, ami miatt a kényszergyógykezelés elrendelésének időtartama meghosszabbodhat (5, 14, 73, 74).

A családi állapot szignifikáns összefüggést mutatott, az egyedülálló betegek és a gyermektelen betegek átlagosan hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek. Ez a két eredmény arra utalhat, hogy a szociális támogatás hiánya és az izoláció hozzájárulhat a hosszabb intézeti tartózkodáshoz.

A rokkantsági ellátásban részesülő és a munkanélküli betegek hosszabb kényszergyógykezelésben részesültek, ami azt jelzi, hogy a társadalmi integráció hiányát és a csökkent önállóság, valamint a munkaerőpiaci aktivitás hiányát is a visszaesés kockázati tényezőjeként értékelhették az elbocsáthatóságról hozott döntésnél.

A cselekmény idején intézményi elhelyezés alatt állók kezelési ideje rövidebbnek bizonyult. Ez valószínűleg annak köszönhető, hogy a már intézeti felügyelet alatt álló egyéneknél a bűncselekmény körülményei és a kockázati profil könnyebben értékelhető, így a kényszergyógykezelés szükségessége rövidebb időre korlátozódhat.

A legerősebb prediktornak a szociális otthonban történő elhelyezés bizonyult, amely szignifikánsan meghosszabbította a kényszergyógykezelés időtartamát. Ez az összefüggés a társadalmi támogatás hiányára, a fokozott kockázati profilra és a hosszabb intézeti felügyelet szükségességére utalhat. A szakosított szociális otthoni férőhelyek alacsony száma Magyarországon valószínűsíthetően hozzájárul ehhez, hiszen az ilyen intézménybe szabaduló betegek hosszabb ideig váraкоztak a megfelelő elhelyezésre, miközben a jogszabály szerint a kényszergyógykezelés csak addig tarthat, amíg fennáll az elrendelés oka (75). Az, hogy egyes betegek azért maradnak hosszabb ideig az IMEI-ben, mert nincs hova elhelyezni őket, etikai aggályokat vet fel.

Kriminológiai tényezők

Az eredmények alátámasztják, hogy a kényszergyógykezelés alatt álló populáció döntő többsége olyan bűncselekményeket követett el, amelyek jelentős társadalmi veszélyt hordoznak, és amelyeknél a pszichiátriai kezelés és megfigyelés hossza kritikus fontosságú. A bűncselekmény típusa erőteljesen befolyásolta a kezelési időt. A kényszergyógykezelés alapjául szolgáló bűncselekmények közül az emberölési kísérlet vagy emberölés az egyik legerősebb prediktora volt a hosszabb kényszergyógykezelésnek. Ez összhangban áll a nemzetközi szakirodalommal, amely szerint a súlyosabb, életet veszélyeztető bűncselekmények hosszabb intézeti felügyeletet indokolnak a társadalmi veszélyesség miatt (18, 76, 77).

Az eszközös erőszak arányának kiemelkedő volta azt jelzi, hogy a mintában szereplő elkövetők jelentős része potenciálisan magasabb társadalmi veszélyt jelent. A fegyver vagy egyéb eszköz használata tovább növelte a kezelési idő hosszát, feltehetően az áldozatoknak okozott súlyosabb sérülések és a potenciális veszélyesség miatt.

Az áldozatok 68,1%-a hozzátartozó vagy ismerős személy, ami arra utal, hogy a bevont betegek jelentős része szociális környezetében követett el erőszakos cselekményeket.

Klinikai tényezők

A betegek többségénél előzmény diagnózisként és felvételi diagnózisként is pszichotikus zavar (BNO-10: F20–F29) került diagnosztizálásra. Ez az eloszlás azt jelzi, hogy a kényszergyógykezelés alatt álló populáció dominánsan súlyos pszichotikus spektrumú zavarokkal terhelt, ami összhangban áll a nemzetközi irodalomban megfigyelt tendenciákkal, miszerint a szkizofrén spektrum rendellenességek jelentős kockázati tényezőt jelentenek a súlyos erőszakos cselekmények elkövetésében (5, 24, 25, 78). Ez azonban a jelen tanulmányban nem mutatott összefüggést a kényszergyógykezelés időtartamával, ellentétben a nemzetközi irodalommal. Ezt a jelenséget részben a korábbi pszichiátriai diagnózisok és az IMEI-ben felállított diagnózisok közötti eltérés, valamint a pszichotikus zavarok diagnosztikai pontatlansága magyarázhatja.

Az IQ-eloszlás a mintában jelentős kognitív különbségeket mutatott. Érdekes módon a mentális retardáció diagnózisának időpontja eltérő hatást mutatott: a korábbi diagnózis rövidebb, míg a felvételnél megállapított mentális retardáció hosszabb intézeti tartózkodással korrelált. Ez arra utal, hogy a diagnózis időpontja és a beteg állapotának dokumentáltsága jelentősen befolyásolhatja a kezelési idő meghosszabbodását, valamint arra, hogy a felvételnél észlelt súlyos kognitív deficit meghosszabbíthatja az intézeti kezelést, valószínűleg a fokozott felügyeleti és terápiás igény miatt.

Az organikus zavarok jelenléte a mintában részben az idősebb populációra jellemző, neurokognitív károsodásokkal összefüggő pszichopatológiai tünetekre utal. A pszichiátriai előzmény diagnózisként az (BNO-10: F00–F09) organikus és szimptomatikus mentális zavarok szignifikáns összefüggést mutattak a kényszergyógykezelés hosszával.

Ez az eredmény hangsúlyozza, hogy a különböző pszichiátriai előzmények típusa lényegesen befolyásolhatja az intézeti kezelés időtartamát, különösen az organikus vagy krónikus kórképek esetében.

A vizsgált minta családi pszichiátriai anamnézise 43,2%-ban pozitív. Ez a magas arány jelzi a genetikai és környezeti tényezők szerepét a pszichiátriai zavarok kialakulásában. A családi pszichiátriai előzmények megléte azonban nem mutatott szignifikáns összefüggést a kényszergyógykezelés hosszával, ami arra utal, hogy a genetikai vagy családi kockázati tényezők önmagukban nem determinálják a kezelési időt.

Összességében a vizsgálat rávilágít arra, hogy a kényszergyógykezelés időtartama multidimenzionális jelenség, amelyet a szociodemográfiai (nem, lakóhely), kriminológiai (bűncselekmény típusa, elkövetés módja) és klinikai (pszichiátriai diagnózisok, mentális retardáció) tényezők egyaránt befolyásolnak. Az eredmények alapján a hosszabb intézeti tartózkodás nem kizárólag a betegek klinikai állapotából ered, hanem az intézményi kapacitások és a társadalmi környezet strukturális hiányosságai is közrejátszanak, ami kiemeli a kényszergyógykezelés szervezeti és etikai dimenzióinak fontosságát a pszichiátriai ellátásban.

5.2. A visszaeső kényszergyógykezelésre irányuló vizsgálat

A vizsgálat második célja a visszaeső kényszergyógykezelésben részesülő betegek szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai jellemzőinek feltárása volt, valamint a visszaesés kockázati tényezőinek azonosítása. A teljes mintában ($n = 301$) a visszaesők aránya 5,3% ($n = 16$) volt, ami alacsony előfordulást mutat, de konzisztens a korábbi hazai és nemzetközi adatokkal, amelyek szerint az ismételt kényszergyógykezelés ritkább esemény, azonban klinikai és jogi szempontból kiemelt jelentőséggel bír.

Kutatásunkban számos olyan szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai változó volt azonosítható, amelyek a kényszergyógykezelésre szoruló betegeknél a visszaesés magasabb kockázatával járnak.

Szociodemográfiai jellemzők

A visszaeső betegek átlagéletkora $48,44 \pm 13,65$ év volt, szemben a kontrollcsoport $39,77 \pm 14,52$ évével, ami szignifikáns életkorbeli eltérést mutat. Ez az eredmény azt jelzi, hogy az idősebb betegek nagyobb valószínűséggel esnek vissza ismételt kényszergyógykezelésre, ami részben a krónikus pszichiátriai állapotok és a

társas támogatottság hiányának következménye lehet. Ugyanakkor a visszaesők idősebb életkorát magyarázhatja – feltételezve, hogy ők sem voltak fiatalabbak az első kriminális cselekedet elkövetésekor - hogy ők már éveket töltöttek az IMEI-ben az első kényszergyógykezelés során. Érdekes megfigyelés, hogy a visszaeső betegek 100%-a férfi volt, ami alátámasztja a korábbi fejezetben jelzett nemekhez kapcsolódó prediktív hatást, és azt sugallja, hogy a férfiaknál a visszaesés magasabb kockázata is hozzájárulhat a kezelési idő meghosszabbodásához. Ez összhangban áll a nemi különbségekkel kapcsolatos korábbi szakirodalmi megfigyelésekkel, miszerint a férfiak körében magasabb a súlyos bűncselekmények és az ismételt kényszergyógykezelés előfordulása.

A visszaeső csoportban nagyobb arányban voltak az egyedülállók, ez az eredmény azt sugallja, hogy a társas támogatás hiánya, illetve a szociális integráció csökkenése hozzájárulhat a kényszergyógykezelés ismételt elrendeléséhez. A visszaesők között gyakoribb a szociális otthonban élők aránya, ami szintén a szociális instabilitásra és a társas támogatás korlátozottságára utalhat, valamint arra, hogy a strukturált otthoni ellátás bizonyos esetekben nem feltétlenül csökkenti a recidíva kockázatát.

A rokkantnyugdíjasok aránya kiemelkedően magas a visszaeső csoportban, ami azt jelzi, hogy a visszaesők körében az aktív munkaerő-piaci részvétel alacsony, és a társadalmi gazdasági aktivitás korlátozott, ami pszichoszociális stresszhez és a bűnelkövetés újabb kockázatához vezethet.

Kriminológiai jellemzők

A visszaeső betegek körében a cselekmény típusa és jellege kiemelkedő mintázatot mutatott. A hivatalos személy elleni erőszak, a korábbi bűnelkövetés, valamint az ismeretlen áldozattal szemben elkövetett cselekmények mind szignifikáns kapcsolatban álltak a visszaeséssel. Ez az eredmény arra utal, hogy a visszaesés leginkább az ismétlődő erőszakos viselkedéssel, a potenciálisan kiszámíthatatlan és társadalmi szempontból különösen kockázatos cselekményekkel korrelál. Az irodalommal (32, 44, 47, 50, 52–56, 58, 59, 79) összhangban a visszaeső kényszergyógykezeltek esetében a legerősebb kockázati tényező a kényszergyógykezelést nem eredményező korábbi bűnügyi előélet. Szintén a korábbi tanulmányokkal (47, 52, 59, 60, 61) összhangban a heteroagresszív cselekmény enyhébb formája, a hivatalos személy elleni erőszak volt gyakoribb a nem visszaesőknél.

megfigyelt emberöléshez képest. Ez arra utal, hogy azok a bűnelkövetők, akik hivatalos személy ellen követtek el erőszakos cselekményt, jelentősen nagyobb valószínűséggel esnek vissza a kényszergyógykezelésbe, mint a kontrollcsoport tagjai. A visszaesők körében az ismeretlen áldozatok elleni erőszakos cselekmények dominálnak, amely a társadalom biztonsága és a preventív intézkedések szempontjából különösen kiemelt jelentőségű.

Klinikai jellemzők

A visszaeső csoportban a pszichiátriai diagnózisok közül kiemelkedett a paranoid szkizofrénia (F20), amely szignifikáns összefüggést mutatott a visszaeséssel. A magas prevalencia és a jelentős esélyhányados arra utal, hogy a visszaesés szempontjából a szkizofrénia, különösen annak paranoid formája kritikus tényező. Pszichopatológiai szempontból a gyanakvás, paranoid élményfeldolgozás játszhat szerepet a vélt fenyegetés hatására megjelenő heteroagresszív viselkedésben, ami gyakran irányul ismeretlen személy felé. Az adatok azt mutatják továbbá, hogy a visszaesők körében gyakoribb a pszichiátriai előzmények megléte és a korábbi intézeti kezelések száma.

Az is összhangban van az irodalmi eredményekkel, hogy azoknál, akik kényszergyógykezelésbe kerültek vissza, az alkoholos befolyásoltság prevalenciája a bűncselekmény elkövetésének időpontjában háromszor magasabb volt, mint a kontrollcsoportban (32, 35, 47, 50, 52–54, 56, 57, 61, 62). Ez az adat arra utal, hogy a visszaesők esetében a szerhatás jelentős szerepet játszik az ismételt bűnelkövetésben, különösen az impulzív viselkedéssel és kontrollvesztéssel összefüggő esetekben, és a szenvedélybetegségek kezelése kulcsfontosságú lehet a visszaesés megelőzésében. Ez megerősíti a szubsztrátum-specifikus kockázati tényezők szerepét a recidívában.

A családi pszichiátriai előzmény előfordulása hasonló volt a két csoport között, a genetikai vagy családi kockázati tényezők önmagukban nem különböztetik meg a visszaesőket a kontrollcsoporttól.

A kutatás új megállapítása, hogy a szociális intézményekben élő betegeknél a visszaesés kockázata nagyobb. Ez azzal magyarázható, hogy a súlyosabb, gyakran kezelésre rezisztens paranoid szkizofréniában szenvedő betegek nagyobb valószínűséggel kerülnek szociális otthonokba (80, 81), és ez az a betegcsoport, ahol a legnagyobb a visszaesés kockázata (80). Ugyanakkor ez az eredmény a megelőzés

lehetőségére is felhívja a figyelmet. A szociális intézmény képzett személyzete a kényszergyógykezelés előzményei alapján személyre szabott kezelési tervet tud kidolgozni az érintett lakók számára, olyan megelőző módszereket alkalmazva, amelyek csökkentik a visszaesés kockázatát (82–84).

A kutatás azonban az irodalomtól eltérő eredményeket is hozott: a kényszergyógykezelésbe visszaesők életkora magasabb volt, mint azoké, akik nem estek vissza. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy a kényszerkezelés időtartama Magyarországon nemzetközi összehasonlításban hosszú – átlagosan 5,5 év (51). Ez magyarázhatja, hogy miért vannak már idősebb korban azok, akik korábban kényszerkezelésben voltak, a visszaesés idején. A nemzetközi kutatások eredményeitől az is eltér, hogy a vizsgálatban a kényszergyógykezelésbe visszaesőknél legnagyobb valószínűséggel paranoid szkizofréniát diagnosztizáltak. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy hazánkban – más országokhoz képest – szigorúbbak a kényszergyógykezelés elrendelésének feltételei, így a személyiségzavar(oka)t leggyakrabban nem tekintik olyan mentális zavarnak, amely kizárná a személyt a büntetőjogi felelősségre vonás alól. Eközben a legtöbb nemzetközi kutatás az antiszociális személyiségzavart emeli ki fő kockázati tényezőként (32, 52–54, 56, 61, 63), amely ebben a mintában nem fordult elő. Ugyanakkor a szkizofrénia kórtörténete is növelte a visszaesés kockázatát, ami rávilágít a megelőzés fontosságára. E tekintetben megfontolandó a kötelező járóbeteg-ellátás jogi intézményének bevezetése, ahogyan az számos nyugat-európai országban (33, 38) megtörtént.

5.3. A vizsgálatok korlátai

A kutatás retrospektív elrendezése számos korláttal járt, amelyek befolyásolhatták az eredmények értelmezhetőségét és általánosíthatóságát. A retrospektív jelleg miatt bizonyos, potenciálisan fontos változók nem kerülhettek bevonásra, így például a betegek korai szociális és fejlődési előzményei, az IMEI-ben alkalmazott farmakológiai és pszichoszociális kezelések formája és eredményessége, valamint a társadalmi elfogadás és tolerancia szintje az erőszakos bűnelkövetőkkel szemben. E tényezők hiánya korlátozhatja a kényszergyógykezelés időtartamát és a visszaesés kockázatát befolyásoló összefüggések teljes körű feltárását.

A retrospektív adatgyűjtésből adódóan az adatok minősége és részletessége is korlátozott volt. Például a pszichopatológiai tünetekre vonatkozó adatok hiányosak vagy következtelenek voltak, ami megakadályozta ezen tényezők statisztikai elemzését. Továbbá a strukturált diagnosztikai interjúk, tünetértékelő skálák és pszichológiai teszteredmények (pl. IQ-mérések) csak részben álltak rendelkezésre, ami az egyes klinikai tényezők hatásának értékelését nehezítette.

A kutatás nem vizsgálta a szakmai döntéshozók – igazságügyi pszichiáterek és bírák – attitűdjének szerepét sem, ami ugyancsak befolyásolhatta a kényszergyógykezelés időtartamát. A gyakorlatban az óvatosságot előtérbe helyező, a közösség védelmét szem előtt tartó döntések meghosszabbíthatták a kezelést, és e hatás kvantitatív mérésére nem volt lehetőség.

Összességében a fenti korlátok rávilágítanak arra, hogy a jelen kutatás eredményei elsősorban feltáró jellegűek, és bár értékes információkat nyújtanak a kényszergyógykezelés időtartamát és a visszaesést befolyásoló tényezőkről, a következtetéseket óvatosan kell értelmezni, és további, prospektív, kontrollált vizsgálatok szükségesek az okok pontos feltárásához.

6. Következtetés

6.1. A kényszergyógykezelés hosszát befolyásoló tényezők vizsgálata

Az első magyarországi vizsgálat eredményei rávilágítanak a kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők komplexitására. A többszörös lineáris regresszió elemzés szerint a vizsgált tényezők a kényszergyógykezelés hosszának 34,1%-át magyarázták. Az előrejelző tényezők közé tartoztak a férfi nem, az életkor, a súlyos bűncselekmény elkövetése (különösen az emberölés és annak kísérlete), a fegyver vagy tárgy használata, valamint az elhelyezés a kényszergyógykezelés megszüntetését követően szakosított szociális intézménybe. Ez azt jelzi, hogy a kezelés hosszát meghatározó tényezők nagy része továbbra is rejtett marad, és a kényszergyógykezelés időtartamának előrejelzése bizonytalanságokkal terhelt.

A férfi nemhez kapcsolódó hosszabb kezelés összefüggésében feltételezhető, hogy a férfi betegeket a pszichiátriai és jogi döntéshozók gyakran veszélyesebbnek ítélik meg. Ez a megítélés nem csupán klinikai, hanem társadalmi és jogi tényezők összjátékának eredménye, és a hosszabb intézeti tartózkodásra vezethet, még akkor is, ha a beteg állapota a kezelés folytatásának objektív szükségességét nem indokolja.

Az életkor jelentősége arra utal, hogy az idősebb betegek esetében gyakran összetettebb kórtörténet áll fenn, hosszabb klinikai megfigyelésre van szükség, és a társadalmi reintegráció akadályozott lehet. Az életkor és a kényszergyógykezelés hossza közötti összefüggés tükrözi a hosszú távú intézeti tartózkodás klinikai és szociális komplexitását.

A bűncselekmény jellege – különösen az emberölés vagy annak kísérlete – szoros kapcsolatban áll a hosszabb kényszergyógykezeléssel. Az elkövetés módja, például a fegyver vagy tárgy használata, tovább növeli a kezelési idő hosszát, valószínűleg az áldozatoknak okozott súlyos sérülések és a társadalmi kockázat miatt. Az ilyen esetekben az intézeteknek több időre van szükségük a biztonságos kezeléshez és pszichés stabilizációhoz, miközben a jogi döntések is az intézeti tartózkodás meghosszabbítása felé tolhatják az eljárást.

A szociális intézményekbe történő elhelyezés kiemelkedő prediktív tényező volt. A szakosított szociális otthonok kapacitáshiánya meghosszabbítja a várakozási időt, így a betegek gyakran szükségtelenül hosszabb ideig maradnak intézeti felügyelet alatt. Ez etikai kérdéseket vet fel, hiszen a tartózkodás nem a terápiás szükséglet alapján, hanem a kapacitáshiány miatt történik. Társadalmi szempontból ez a reintegráció késedelmét, az izoláció fokozódását és a hosszabb távú pszichoszociális problémák kialakulását eredményezheti.

A pszichiátriai diagnózisok elemzése során kiderült, hogy a pszichotikus zavar (F20–F29) a felvételkor gyakori volt, azonban nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a kezelési idővel. A mentális retardáció diagnózisának időpontja azonban eltérő hatást gyakorolt: a korábbi diagnózis rövidebb, míg a felvételkor diagnosztizált hosszabb kezelési idővel állt összefüggésben. Ez rávilágít arra, hogy a diagnózis időzítése és az információk pontossága alapvetően befolyásolja a klinikai döntéseket.

A pontos és részletes dokumentáció elengedhetetlen a kezelés szükségességének objektív értékeléséhez, a kezelési idő optimalizálásához, és a betegek jogainak védelméhez. Ezen túlmenően a mentálhigiénés szakemberek, a hozzátartozók és a betegek aktív bevonása a terápiás folyamatba segít a kezelés tényleges szükségességének, időtartamának és hatékonyságának pontosabb meghatározásában. Ezen a területen Magyarország még jelentős elmaradásban van.

A jogi szempontok tekintetében Magyarországon a kényszergyógykezelés fenntartása többlépcsős folyamat: a kezelő pszichiáter javaslata, az igazságügyi szakértői vélemény és a bíró döntése egyaránt szerepet játszik. Azonban a közösségi elhelyezés hiánya gyakran akadályozza a kényszergyógykezelés feloldását, ami hosszabb intézeti tartózkodáshoz vezet. Ez sürgős beavatkozást igényel a szakosított szociális otthoni kapacitások bővítésére, a betegek reintegrációjának elősegítésére és a kezelés optimalizálására.

A fentiek alapján az alábbi gyakorlati ajánlások fogalmazhatók meg:

1. Kapacitásnövelés a szociális otthonokban: Az intézeti elhelyezés gyorsítása érdekében sürgősen szükséges a szakosított szociális intézmények férőhelyeinek bővítése.
2. Részletes, következetes dokumentáció: A pszichiátriai diagnózisok, kezelési terv és kockázatértékelések teljes körű rögzítése.

3. Interdiszciplináris együttműködés: A mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok, szociális munkások és jogi szereplők szoros együttműködése.
4. Beteg és család bevonása: A kezelési folyamat és a reintegrációs tervek aktív részvétele biztosítja a terápiás döntések megalapozottságát.

6.2. A visszaeső kényszergyógykezelésre irányuló vizsgálat

A visszaeső kényszergyógykezeltek vizsgálata rávilágított a visszaesés multifaktoriális természetére.

A vizsgálatban a visszaesés legerősebb kockázati tényezője a korábbi büntetett előélet volt. Ez a dinamikus tényezők előrejelző erejét hangsúlyozza, és kiemeli a rehabilitáció és a visszaesés-megelőzés jelentőségét.

A dinamikus, beavatkozással módosítható tényezők közé tartozik az alkoholos befolyásoltság a cselekmény idején és a paranoid szkizofrénia diagnózisa. Az alkoholos befolyásoltság háromszoros kockázatnövekedést jelentett, ami az addiktológiai és pszichoterápiás intervenciók fontosságát hangsúlyozza. A paranoid szkizofrénia diagnózisa a visszaesés magasabb kockázatával állt összefüggésben, ami a kezelés specifikus gyógyszeres és pszichoterápiás stratégiáinak optimalizálását igényli.

A szociális intézményekben élő betegek esetében a visszaesés kockázata magasabb volt, ami részben a súlyos, kezelésre rezisztens állapotokhoz kapcsolódó intézményi elhelyezésből adódik. Ez rávilágít a prevenció és felügyeleti programok szükségességére, különösen a szociális intézményekben élő, magas kockázatú betegek esetében.

A vizsgálat kimutatta, hogy a visszaeső betegek átlagéletkora magasabb volt, mint a nem visszaesőké, ami összefügg a hosszú kényszergyógykezelési időtartammal és az intézeti tartózkodás esetlegesen késedelmes befejezésével. Ez egyben rámutat a reintegráció időbeli optimalizálásának fontosságára.

A kutatás gyakorlati következtetései:

1. Testreszabott terápiás programok: A dinamikus kockázati tényezők (alkoholhasználat, pszichotikus állapot) befolyásolására fókuszáló programok csökkenthetik a visszaesés esélyét.

2. Szorosabb betegkövetés a kezelés megszüntetését követően: A reintegráció során a rendszeres kontroll és támogatás csökkenti a visszaesés kockázatát.
3. Kötelező járóbeteg-ellátás bevezetése: A folyamatos pszichiátriai felügyelet biztosítja a stabil állapot fenntartását és a társadalmi reintegráció elősegítését.
4. Prevenció a szociális intézményekben: A képzett személyzet folyamatos monitorozása, célzott pszichoszociális beavatkozások és a visszaesés kockázatának figyelemmel kísérése.

Összességében a visszaeső kényszergyógykezelés komplex jelenség, amelyben a szociodemográfiai, klinikai és kriminológiai tényezők egyaránt szerepet játszanak. A visszaesés csökkentéséhez multidiszciplináris, integrált megközelítés szükséges, amely magában foglalja a pszichiátriai kezelést, a társadalmi reintegrációt, a prevenció programokat és a szociális intézmények szakembereinek képzését.

7. Összefoglalás

A kutatás célja a magyarországi kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők vizsgálata és a visszaeső betegek szociodemográfiai, kriminológiai és klinikai jellemzőinek feltárása volt retrospektív mintán ($n = 301$).

Az első vizsgálatban a kényszergyógykezelés átlagos időtartama $68,05 \pm 47,59$ hónap volt, ami megfelel az európai átlagértékeknek, bár országonként jelentős eltérések figyelhetők meg. A szociodemográfiai tényezők közül a férfi nem, az életkor, a családi állapot és a szociális otthoni elhelyezés mutatott szignifikáns összefüggést a kezelési idő hosszával. A kriminológiai tényezők közül az emberölés vagy emberölési kísérlet elkövetése, valamint a fegyver vagy más eszköz használata növelte jelentősen a kényszergyógykezelés hosszát. A klinikai változók közül a mentális retardáció diagnózisa, a felvételtől és korábbi diagnózis eltérései voltak relevánsak. A többszörös lineáris regressziós modell a kényszergyógykezelés időtartamának varianciáját 34,1%-ban magyarázta, ami arra utal, hogy a kezelést meghatározó tényezők többsége továbbra is rejtve maradt.

A második vizsgálat az ismételt kényszergyógykezelésben részesülő betegek jellemzőit elemezte. A minta 5,3%-a esett vissza, és a visszaesés legerősebb kockázati tényezője a korábbi büntetett előélet volt. További jelentős tényezők voltak a paranoid szkizofrénia diagnózisa, az ismeretlen áldozattal szembeni bűncselekmény, aki gyakran hivatalos személy volt, valamint az alkoholos befolyásoltság a cselekmény idején. A visszaeső betegek életkora magasabb volt, és gyakrabban érkeztek szociális intézményből, ami összhangban áll azzal, hogy a súlyos, kezelésre rezisztens paranoid szkizofrénia gyakran hosszabb kezelést és szociális intézményi elhelyezést igényel.

A kutatás eredményei rávilágítanak a dinamikus és statikus kockázati tényezők fontosságára a kényszergyógykezelés során, és kiemelik a megelőzés lehetőségét a testreszabott terápiás programok, a szorosabb betegkövetés és a kötelező járóbeteg-ellátás révén.

A kényszergyógykezelés időtartamát számos tényező befolyásolja, de a variancia nagy része továbbra sem magyarázható. Az indokolatlanul elhúzódó intézeti kezelés és a szociális férőhelyhez jutás hosszú várakozási ideje sértheti a betegek jogait.

A visszaesés megelőzése szempontjából a dinamikus kockázati tényezők, mint a szerhasználat és a pszichiátriai diagnózis, kulcsfontosságúak.

7. Summary

The aims of the studies were to examine those factors that have impact on the duration of compulsory psychiatric treatment in Hungary and to explore the sociodemographic, criminological, and clinical characteristics of patients who experienced recidivism, based on a retrospective sample ($n = 301$).

In the first study, the mean duration of compulsory psychiatric treatment was 68.05 ± 47.59 months. Among sociodemographic factors, male sex, age, marital status, and placement in a social care institution were significantly associated with longer treatment duration. Regarding criminological variables, committing homicide or attempted homicide, as well as the use of a weapon or other instruments, substantially increased the length of treatment. Among clinical variables, the diagnosis of intellectual disability and discrepancies between current and previous psychiatric diagnoses were relevant. The multiple linear regression model explained 34.1% of the variance in the duration of compulsory treatment, indicating that the majority of those factors determining treatment length remained uncovered.

The second study analyzed the characteristics of patients, who underwent repeated compulsory psychiatric treatment. Recidivism occurred in 5.3% of the sample, and the strongest risk factor was a previous criminal record. Additional significant factors included a diagnosis of paranoid schizophrenia; offenses committed against unknown victims—often public officials—and alcohol intoxication at the time of the offense. Recidivist were older and more often came from social care institutions, which aligns with the fact that severe, treatment-resistant paranoid schizophrenia frequently requires prolonged treatment and institutional placement.

The results highlight the importance of both dynamic and static risk factors in compulsory psychiatric treatment and emphasize the potential for prevention through individualized therapeutic programs, closer patient monitoring, and mandatory outpatient care.

The duration of compulsory psychiatric treatment is influenced by numerous factors, yet a large portion of the variance remains unexplained. Prolonged institutional treatment without justification and long waiting times for social care placement may infringe on patients' rights. From the perspective of preventing recidivism, dynamic risk factors, such as substance use and psychiatric diagnosis, are particularly crucial.

8. Irodalomjegyzék

1. Laczko J. Egy évszázad: Az IMEI rövid története. *Börtönügyi Szemle*. 1996;15(3):98-99.
2. Gosek P, Kotowska J, Rowińska-Garbień E, Bartczak D, Heitzman J. Factors influencing length of stay of forensic patients: impact of clinical and psychosocial variables in medium secure setting. *Front Psychiatry*. 2020;11:810. doi:10.3389/fpsy.2020.00810
3. Kirchebner J, Günther MP, Sonnweber M, King A, Lau S. Factors and predictors of length of stay in offenders diagnosed with schizophrenia: a machine-learning-based approach. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):201. doi:10.1186/s12888-020-02612-
4. Senn D, Bulten E, Tomlin J, Völlm B. A comparison of English and Dutch long-stay patients in forensic psychiatric care. *Front Psychiatry*. 2020;11:574247. doi:10.3389/fpsy.2020.574247
5. Páv M, Vňuková M, Sebalo I. Factors affecting length of inpatient forensic stay: retrospective study from Czechia. *Front Psychiatry*. 2022;13:825615. doi:10.3389/fpsy.2022.825615
6. Rutherford M, Duggan S. Forensic mental health services: facts and figures on current provision. *Br J Forensic Pract*. 2008;10:4–10. doi:10.1108/14636646200800020
7. Dima A, Wazir A, Clark-Castillo R, Zakopoulos I, Smith S, Gaughran F. Factors influencing the length of stay in forensic psychiatric settings: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:400. doi:10.1186/s12913-024-10863-x
8. Gosek P, Kotowska J, Rowińska-Garbień E, Bartczak D, Tomlin J, Heitzman J. Longer than prison? A comparison of length of stay in a medium security hospital and prison for perpetrators of violent crimes other than homicide or attempted homicide. *Crim Behav Ment Health*. 2021;31:162–70. doi:10.1002/cbm.2202
9. Sedgwick O, Young S, Das M, Kumari V. Objective predictors of outcome in forensic mental health services: a systematic review. *CNS Spectr*. 2016;21:430–44. doi:10.1017/S1092852915000723
10. Bulten E, Verkes RJ. Long stay in Europe: a systems-oriented approach. In: Völlm B, Braun P, editors. *Long-term forensic psychiatric care: clinical, ethical and legal challenges*. Cham: Springer; 2019. p.27–45. doi:10.1007/978-3-030-12594-3_4

11. Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. Long-term forensic mental health services: an exploratory comparison of 18 European countries. *Int J Forensic Ment Health*. 2016;15:333–51. doi:10.1080/14999013.2016.1221484
12. Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, Barroso R, Castelletti L, Mirabella F, Scarpa F, Völlm B. Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:109–17. doi:10.1007/s00127-020-01909-6
13. Beis P, Graf M, Hachtel H. Impact of legal traditions on forensic mental health treatment worldwide. *Front Psychiatry*. 2022;13:876619. doi:10.3389/fpsy.2022.876619
14. Davoren M, Byrne O, O’Connell P, O’Neill H, O’Reilly K, Kennedy HG. Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*. 2015;15:5. doi:10.1186/s12888-015-0686-4
15. Völlm BA, Edworthy R, Huband N, Talbot E, Majid S, Holley J, Furtado V, Weaver T, McDonald R, Duggan C. Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England: a secondary publication from a large mixed-methods study. *Front Psychiatry*. 2018;9:140. doi:10.3389/fpsy.2018.00140
16. O’Neill C, Heffernan P, Goggins R, Corcoran C, Linehan S, Duffy D, O’Neill H, Smith C, Kennedy HG. Long-stay forensic psychiatric inpatients in the Republic of Ireland: aggregated needs assessment. *Ir J Psychol Med*. 2003;20:119–25. doi:10.1017/S0790966700007916
17. Fong CL, Kar PC, Huei LT, Yan OL, Daud TI, Zakaria H, Singh S, Salleh RM. Factors influencing inpatient duration among insanity acquittees in a Malaysian mental institution. *ASEAN J Psychiatry*. 2010;11:25–35.
18. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Length of detention in matched groups of insanity acquittees and convicted offenders. *Int J Law Psychiatry*. 1991;14:223–36. doi:10.1016/0160-2527(91)90004-7
19. Ross T, Querengässer J, Fontao MI, Hoffmann K. Predicting discharge in forensic psychiatry: the legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:213–21. doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.011
20. Stürner L, Ross T, Querengässer J, Traub HJ. Institutional influence on length of stay in German forensic hospitals: a multilevel analysis of patients with schizophrenia

- spectrum disorders. *Front Psychiatry*. 2024;15:1456363. doi:10.3389/fpsyt.2024.1456363
21. Moran MJ, Fragala MR, Wise BF, Novak TL. Factors affecting length of stay on maximum security in a forensic psychiatric hospital. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1999;43:262–74. doi:10.1177/0306624X99433002
 22. Weber K, Morier S, Lesaffre L, Menu C, Bertschy P, Herrmann FR, Giannakopoulos P. Court-ordered inpatient psychiatric care in Switzerland: determinants of length of stay and treatment outcome. *Front Psychiatry*. 2023;14:1222337. doi:10.3389/fpsyt.2023.1222337
 23. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. Predicting length of stay in Italian psychiatric forensic hospitals: a survival analysis. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2001;10:125–34. doi:10.1017/S1121189X00005200
 24. Shah A, Waldron G, Boast N, Coid JW, Ullrich S. Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2011;22:496–512. doi:10.1080/14789949.2011.594902
 25. Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T, Hofvander B. Predictors of length of stay in forensic psychiatry: the influence of perceived risk of violence. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:635–42. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.038
 26. D’Orta I, Weber K, Herrmann FR, Giannakopoulos P. Determinants of clinical outcome and length of stay in acute care forensic psychiatry units. *BMC Psychiatry*. 2023;23:264. doi:10.1186/s12888-023-04748-2
 27. Sivak L, Forsman J, Masterman T. Duration of forensic psychiatric care and subsequent criminal recidivism in individuals sentenced in Sweden between 2009 and 2019. *Front Psychiatry*. 2023;14:1129993. doi:10.3389/fpsyt.2023.1129993
 28. Castro M, Cockerton T, Birke S. From discharge to follow-up: a small-scale study of medium secure provision in the independent sector. *Br J Forensic Pract*. 2002;4:31–9. doi:10.1108/14636646200200019
 29. Margetić B, Margetić BA, Ivanec D. Can personality traits affect detention length in a forensic institution? *J Forensic Psychol Pract*. 2014;14:277–87. doi:10.1080/15228932.2014.931127

30. Baran B, Szabo FA, Kara B, Kovacs M, Uzonyi A, Antal A, Ungvari GS, Gazdag G. Do previous offences predict violent acts in psychiatric patients? A retrospective study in Hungary. *Ideggyogy Szle.* 2015;68:99–104.
31. Delfin C, Krona H, Andiné P, Ryding E, Wallinius M, Hofvander B. Prediction of recidivism in a long-term follow-up of forensic psychiatric patients: incremental effects of neuroimaging data. *PLoS One.* 2019;14:e0217127. doi:10.1371/journal.pone.0217127
32. Probst T, Bezzel A, Hochstadt M, Pieh C, Mache W. Criminal recidivism after forensic psychiatric treatment: a multicenter study on the role of pretreatment, treatment-related, and follow-up variables. *J Forensic Sci.* 2020;65:1221–4. doi:10.1111/1556-4029.14281
33. Baran B, Szabó FÁ, Zsigmond RI. Forenzikus pszichiátria. In: Németh A, Füredi J, Lazáry J, Somlai Zs., editors. *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p.739–59.
34. Baran B, Czobor P, Fekete S, Somogyi A, Gazdag G. Hogyan lehetne az igazságügyi pszichiátriát vonzóbbá tenni? *Orv Hetil.* 2023;164:1373–80. doi:10.1556/650.2023.32829
35. Ojansuu I, Latvala A, Kautiainen H, Forsman J, Tiihonen J, Lähteenvuo M. General and violent recidivism of former forensic psychiatric patients in Finland. *Front Psychiatry.* 2023;14:1157171. doi:10.3389/fpsyt.2023.1157171
36. Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011;37:800–10. doi:10.1093/schbul/sbp135
37. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;200:364–73. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370
38. Krammer S, Gamma A, Znoj H, Klecha D, Signorini P, Liebreinz M. Effectiveness of forensic outpatients' psychiatric treatment and recidivism rates: a comparison study. *Forensic Sci Int Mind Law.* 2020;1:100032. doi:10.1016/j.fsimpl.2020.100032
39. Belfrage H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients: new evidence for a relation between mental disorder and crime. *Br J Criminol.* 1998;38:145–55.

40. Joyal CC, Dubreucq JL, Gendron C, Millaud F. Major mental disorders and violence: a critical update. *Curr Psychiatry Rev.* 2007;3:33–50. doi:10.2174/157340007779815628
41. Kooyman I, Dean K, Harvey S, Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2007;191 Suppl 50:29–36. doi:10.1192/bjp.191.50.s29
42. Baran B, Gazdag G. A szkizofrénia és a bűnelkövetés kapcsolata. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2011;13:257–61. doi:10.5706/nph201112010
43. Girasek H, Nagy VA, Fekete S, Ungvari GS, Gazdag G. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World J Psychiatry.* 2022;12:1–23. doi:10.5498/wjp.v12.i1.1
44. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:152–61. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.537
45. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Risk factors for violent crime in schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:362–9. doi:10.4088/JCP.08m04274
46. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA.* 2009;301:2016–23. doi:10.1001/jama.2009.675
47. Tabita B, De Santi MG, Kjellin L. Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nord J Psychiatry.* 2012;66:283–9. doi:10.3109/08039488.2011.644578
48. Fazel S, Fimińska Z, Cocks C, Coid J. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016;208:17–25. doi:10.1192/bjp.bp.114.149997
49. Salize HJ, Dreßing H, Kief C. Placement and treatment of mentally ill offenders: legislation and practice in EU Member States. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2005. p. 6–238.
50. Noland E, Strandh M. Historical, clinical and situational risk factors for post-discharge recidivism in forensic psychiatric patients: a Swedish registry study. *Int J Law Psychiatry.* 2021;79:101749. doi:10.1016/j.ijlp.2021.101749

51. Fekete S, Girasek H, Ungvari GS, Gazdag G. Factors predicting the length of stay in inpatient forensic psychiatric care in Hungary. *Front Psychiatry*. 2025;16:1582702. doi:10.3389/fpsy.2025.1582702
52. Morgan N, Del Fabbro G. Factors associated with recidivism at a South African forensic psychiatric hospital. *S Afr J Psychiatr*. 2018;24:1–9. doi:10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1125
53. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1998;123:123–42. doi:10.1037/0033-2909.123.2.123
54. Coid J, Hickey N, Kahtan N, Zhang T, Yang M. Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *Br J Psychiatry*. 2007;190:223–9. doi:10.1192/bjp.bp.105.018788
55. Bengtson S, Lund J, Ibsen M, Långström N. Long-term violent reoffending following forensic psychiatric treatment: comparing forensic psychiatric examinees and general offender controls. *Front Psychiatry*. 2019;10:715. doi:10.3389/fpsy.2019.00715
56. Bonta J, Blais J, Wilson HA. A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggress Violent Behav*. 2014;19:278–87. doi:10.1016/j.avb.2014.04.014
57. Oueslati B, Fekih-Romdhane F, Mrabet A, Ridha R. Correlates of offense recidivism in patients with schizophrenia. *Int J Law Psychiatry*. 2018;58:178–83. doi:10.1016/j.ijlp.2018.05.001
58. Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime Delinq*. 2006;52:7–27. doi:10.1177/0011128705281756
59. Pflueger MO, Franke I, Graf M, Hachtel H. Predicting general criminal recidivism in mentally disordered offenders using a random forest approach. *BMC Psychiatry*. 2015;15:1–10. doi:10.1186/s12888-015-0447-4
60. Golenkov A, Nielssen O, Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14:1–7. doi:10.1186/1471-244X-14-46
61. Nicholls TL, Crocker AG, Seto MC, Côté G. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada.

- Part 4: criminal recidivism. *Can J Psychiatry*. 2015;60:127–34. doi:10.1177/070674371506000303
62. Nilsson T, Wallinius M, Gustavson C, Anckarsäter H, Kerekes N. Violent recidivism: a long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS One*. 2011;6:e25768. doi:10.1371/journal.pone.0025768
63. Barbaree HE, Langton CM, Peacock EJ. The factor structure of static actuarial items: its relation to prediction. *Sex Abuse*. 2006;18:207–26. doi:10.1007/s11194-006-9011-6
64. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996;47:403–6. doi:10.1176/ps.47.4.403
65. Golenkov A, Large M, Nielssen O, Tsymbalova A. Characteristics of homicide offenders with schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophr Res*. 2011;133:232–7. doi:10.1016/j.schres.2011.07.008
66. World Medical Association. Declaration of Helsinki. 2024. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>. Accessed 2024 Dec 17.
67. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk (NY): IBM Corp; 2024.
68. Vargha A. A ROPstat statisztikai programcsomag. *Stat Szle*. 2016;94:1165–92. doi:10.20311/stat2016.11-12.hu1165
69. Wilcox RR. Fundamentals of modern statistical methods: substantially improving power and accuracy. New York: Springer; 2010. p.94. doi:10.1007/978-1-4419-5525-8
70. Vargha A. Normális vagy? És ha nem? Statisztikai módszerek nem normális eloszlású változókkal pszichológiai kutatásokban. Budapest: Pólya Kiadó; 2020. p.106.
71. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Routledge Academic; 1988. p.40. doi:10.4324/9780203771587
72. Fekete S, Girasek H, Gazdag G. A bűnisméltés rizikótényezőinek vizsgálata visszaeső kényszergyógykezeltek között. *Orv Hetil*. 2025;166:1312–9. doi:10.1556/650.2025.33352

73. Steadman HJ, Pasewark RA, Hawkins M, Kiser M, Bieber S. Hospitalization length of insanity acquittees. *J Clin Psychol.* 1983;39:611–4. doi:10.1002/1097-4679(198307)39:4<611::AID-JCLP2270390427>3.0.CO;2-Z
74. Crocker AG, Nicholls TL, Charette Y, Seto MC. Dynamic and static factors associated with discharge dispositions: the national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD) in Canada. *Behav Sci Law.* 2014;32:577–95. doi:10.1002/bsl.2133
75. Papp É, Gazdag G. Pszichiátriai osztályon kezelt betegek szociális intézménybe történő elhelyezésének nehézségei. *IME.* 2019;8:43–6.
76. Baldwin LJ, Menditto AA, Beck NC, Smith SM. Factors influencing length of hospitalization for NGRI acquittees in a maximum security facility. *J Psychiatry Law.* 1992;20:257–67. doi:10.1177/009318539202000207
77. Silver E. Punishment or treatment? Comparing the lengths of confinement of successful and unsuccessful insanity defendants. *Law Hum Behav.* 1995;19:375–88. doi:10.1007/BF01499138
78. Green B, Baglioni AJ. Length of stay, leave and re-offending by patients from a Queensland security patients hospital. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32:839–47. doi:10.3109/00048679809073874
79. Gazdag G, Takács R, Adamik E. Az agresszív magatartás rizikóját felmérő skála alkalmazása akut pszichiátriai felvételre kerülő betegeken. *Orv Hetil.* 2023;164:293–9. doi:10.1556/650.2023.32695
80. Sahota S, Davies S, Duggan C, Clarke M. The fate of medium secure patients discharged to generic or specialised services. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2009;20:74–84. doi:10.1080/14789940802221304
81. Noland E, Klötz Logan F, Sjöström S, Strandh M. What happens after forensic psychiatric care? A latent class analysis of dimensions of welfare for former forensic psychiatric patients. *BMC Psychiatry.* 2023;23:937. doi:10.1186/s12888-023-05428-x
82. Lamberti JS, Weisman R, Faden DI. Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1285–93. doi:10.1176/appi.ps.55.11.1285
83. Swinkels LTA, van der Pol TM, Popma A, Ter Harmsel JF, Dekker JJM. Improving mental wellbeing of forensic psychiatric outpatients through the addition of

an informal social network intervention to treatment as usual: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2020;20:418. doi:10.1186/s12888-020-02819-2

84. Farrell C, Petersen KL, Hanzouli P, Nicholls TL. Staff supported community outings among forensic mental health patients: patient characteristics, rehabilitative goals, and the absence of adverse outcomes. *Front Psychiatry*. 2024;15:1382676. doi:10.3389/fpsyt.2024.1382676

9. Saját publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

1. Fekete S, Girasek H, Ungvari GS, Gazdag G. Factors predicting the length of stay in inpatient forensic psychiatric care in Hungary. *Front Psychiatry*. 2025;16:1582702. doi:10.3389/fpsyt.2025.1582702
2. Fekete S, Girasek H, Gazdag G. A bűnismétlés rizikótényezőinek vizsgálata visszaeső kényszergyógykezeltek között. *Orvosi Hetilap* 166 (33), 1312-1319. doi:10.1556/650.2025.33352
3. Girasek H, Nagy VA, Fekete S, Ungvari GS, Gazdag G. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World J Psychiatry*. 2022;12:1–23. doi:10.5498/wjp.v12.i1.1
4. Baran B, Czobor P, Fekete S, Somogyi A, Gazdag G. Hogyan lehetne az igazságügyi pszichiátriát vonzóbbá tenni? *Orv Hetil*. 2023;164:1373–80. doi:10.1556/650.2023.32829

Disszertációhoz kapcsolódó előadások:

5. Fekete Sz: (2018) Risk factors of reoffending in psychiatric patients who underwent involuntary treatment. PhD Tudományos Napok, Semmelweis Egyetem, Budapest (poszter prezentáció).
6. Fekete Sz, Gazdag G, Girasek H: (2025.01.31.) A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők azonosítása mentális zavarban szenvedő bűncselekményt elkövető személyek körében. Magyar Pszichiátriai Társaság XXVIII. Vándorgyűlése, Siófok (előadás)
7. Gazdag G, Girasek H, Fekete Sz: Factors influencing length of involuntary treatment in forensic psychiatry setting. 4th Edition of the Forensic Psychiatry and Psychology Conference, November 20-23, 2024, Sibiu, Romania
8. Gazdag G, Girasek H, Fekete Sz: Risk factors of reoffending in patients under repeat involuntary treatment. 5th Edition of the Forensic Psychiatry and Psychology Conference, November 20-23, 2025, Sibiu, Romania

Disszertációhoz nem kapcsolódó előadások:

9. Fekete Sz: (2017.11.16.) Esetismertetés. CME Folyamatos Orvostovábbképzés Forenzikus pszichiátriai tanfolyam, Budapest
10. Fekete Sz: (2021.11.12.) Az IMEI szerepe a büntetőeljárásokban. CME Folyamatos Orvostovábbképzés Forenzikus Pszichiátriai Munkacsoport, Budapest
11. Fekete Sz: (2023. február 08.) Pszichiátriai betegség-erőszakos bűncselekmény-kényszergyógykezelés: az IMEI kapcsolata az általános pszichiátriai ellátórendszerrel. CME Folyamatos Orvostovábbképzés Forenzikus Pszichiátria I., Budapest
12. Fekete Sz: (2023.09.28.) Szoros együttműködés a kényszergyógykezelte betegekért- konferencia, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, Tata
13. Fekete Sz: (2024.03.05.) Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet tevékenysége, Igazságügyi Orvostani Intézet, Igazságügyi pszichiátria II., Szeged
14. Fekete Sz: (2024.11.25.) A kényszergyógykezelés végrehajtása az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben. Magyar Börtönügyi Társaság, A kóros elmeállapot és mentális egészségügyi problémák- konferencia, Szeged
15. Fekete Sz, Varga N: (2024.12.05.) A kényszergyógykezelés végrehajtása az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben. Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Balatonszárszó
16. Fekete Sz: (2025.05.08.) Tünetprodukció. CME Folyamatos Orvostovábbképzés Forenzikus Pszichiátria 2., Budapest

10. Köszönetnyilvánítás

Szeretném kifejezni őszinte és mély hálámat mindazoknak, akik a kutatásom és a disszertációm elkészítése során támogatásukkal, szakmai útmutatásukkal vagy személyes segítségükkel hozzájárultak a munkám sikeréhez. Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Gazdag Gábor professzor úrnak, aki folyamatos szakmai támogatásával, értékes iránymutatásaival és türelmével végigkísérte a teljes folyamatot. Tanácsai és biztatása pótolhatatlan segítséget jelentettek a disszertáció megszületésében. Hálás vagyok Ungvári Gábor professzor úrnak, aki készségesen vállalta a közlemények gondos bírálatát és korrektúráját. Észrevételei, szakmai alapossága és támogató hozzáállása nagyban hozzájárultak a dolgozat minőségéhez. Köszönettel tartozom Hamula János főigazgató főorvos úrnak a kutatás megtervezésében és engedélyezésében nyújtott támogatásáért. Segítőkézsége és együttműködése nélkül a vizsgálat nem valósulhatott volna meg. Külön szeretném megköszönni Girasek Hunornak az adatok statisztikai elemzésében nyújtott precíz és nélkülözhetetlen segítségét, amely nagyban előmozdította a kutatás szakmai megalapozását. Végül, de nem utolsósorban, szívből köszönöm a feleségemnek, hogy mindvégig mellettem állt, türelmével, támogatásával és szeretetével erőt adott a munka minden szakaszában.