



A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS JOGINTÉZMÉNYE A NŐI ELKÖVETŐK VONATKOZÁSÁBAN

*The legal institution of compulsory forensic psychiatric
treatment in relation to female offenders*

A tanulmány a női kényszergyógykezeltek aktuális helyzetének, pszichiátriai sajátosságainak és bűnelkövetéssel kapcsolatos kriminológiai jellegzetességeinek bemutatására irányul. A kutatás kiterjed mindazon a belső pszichés folyamatok, valamint külső szociális tényezők vizsgálatára, melyek szerepet játszanak abban, hogy a motivációk bűnelkövetésben manifesztálódnak. A szerzők a kutatás során kvalitatív kutatási módszereket alkalmazva ötvözik a hazai és nemzetközi szakirodalmi művek áttekintését az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben végzett interjúkkal, melyek révén céljuk a Női Pszichiátriai és Rehabilitációs Osztály működésének feltárása, a női nem vonatkozásában alkalmazott specifikus kezelési stratégiák összevetése a külföldi forrásmunkák által tanúsított protokollokkal, valamint az utánkövetés és a reszocializáció kérdései is hangsúlyt kapnak.

Kulcsszavak: kényszergyógykezelés, Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, reintegráció, utánkövetés, női elkövetők

The study aims to present the current situation of female patients undergoing compulsory forensic psychiatric treatment, their psychiatric characteristics, and the criminological characteristics related to their criminal behavior. The research covers the examination of all internal psychological processes and external social factors that play a role in the manifestation of these motivations in the form of offending. Using qualitative research methods, the authors combine a review of national and international literature with interviews conducted at the Forensic Psychiatric and Mental Institution, with the aim of exploring the operation of the Women's Psychiatric and Rehabilitation Department, comparing specific treatment strategies applied to women with protocols documented in foreign source works, and also focusing on issues of follow-up and resocialization.

Keywords: compulsory forensic psychiatric treatment, Forensic Psychiatric and Mental Institution, reintegration, follow-up, female offenders

„...Gondoljátok meg: Ezen a világon
nincs senkim, semmim. S mit úgy hívtam:
én, az sincsen. Utolsó morzsáit rágom,
amíg elkészül ez a költemény...
Mint úrt a fényszóró, csupasz tekintet
kutatja bennem: Mit vétettem én,
hogy nem felelek, akárhogyan intek,
hogy nem szeret, ki jog szerint enyém.
Ne higgyetek értetlen bűneimnek,
míg föl nem ment az odvas televény.”

József Attila: *Ki-be ugrál* (1936)

Bevezetés

Mi történik akkor, amikor a gyógyítás eszköze a kontroll, a segítség pedig a kényszer álcáját ölti magára? A kényszergyógykezelt nők történetei nem pusztán orvosi esetek vagy statisztikai adatok: ezek a történetek a szabadság, az önrendelkezés és a társadalmi normák metszéspontjában születnek. Nem csupán a mentális betegséggel vagy a jogsértő cselekménnyel kapcsolatos tényezők befolyásolják helyzetüket, hanem a nemi szerepekhez kötődő elvárások, a stigmatizáció¹, és a társadalmi hatalmi viszonyok is.

A téma vizsgálata ezért túlmutat az egyéni esetek értelmezésén: lehetőséget ad annak feltárására, hogy a társadalom miként bánik azokkal, akik a „normától” eltérnek, és hogyan reagál erre a jogi-pszichiátriai rendszer különösen, ha nőkről van szó.

A szerzőpáros kutatása az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (a továbbiakban: IMEI) mindennapi működésének árnyalt aspektusait vizsgálja, különös figyelmet fordítva azon női betegek helyzetére, akikkel szemben kényszergyógykezelést rendelt el a bíróság. Az intézet főigazgatójával és szakembereivel végzett strukturált interjúk lehetővé tették a kezelési és reintegrációs lehetőségek, valamint az ellátás során felmerülő kihívások és dilemmák feltárását, melyet a szerzők átfogó szakirodalmi és jogszabályi áttekintéssel egészítettek ki, ezáltal tágabb kontextusba helyezve az intézeti gyakorlatot. A kutatás nyomán megfogalmazott javaslatok elősegíthetik egy holisztikus², emberközpontú és eredményorientált ellátási környezet kialakítását a kényszergyógykezelt nők számára.

1 A stigmatizáció a társadalmi megbélyegzés folyamata, amikor valakit bizonyos tulajdonsága miatt negatívan ítélnék meg és kirekesztenek.

2 A „holisztikus” kifejezés a „holizmus” szóból ered, melynek jelentése, hogy valamit egészként, összefüggéseiben vizsgálunk, nem pedig az egyes részekre bontva.

A kényszergyógykezelés fogalma és jogszabályi feltételei

A kényszergyógykezelés feltételrendszere

A kényszergyógykezelés egyik alapvető szabályozója a 2012. évi C. törvény, vagyis a Büntető Törvénykönyv (a továbbiakban: Btk.), ami szerint a kényszergyógykezelés egy olyan intézkedés, mely elrendelésének feltétele az, hogy a bűncselekmény elkövetője személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó bűncselekményt kövessen el. Személy elleni erőszakos bűncselekményeknek minősülnek azok a büntetendő magatartások, melyek során az elkövető ellenséges célzatú, közvetlen fizikai ráhatást gyakorol a sértetthe. E körbe tartozik például az emberölés, emberrablás, szexuális erőszak, a taxatív felsorolást a Btk. 459. (1) bekezdésének 26. pontja tartalmazza. További feltétel, hogy az elkövető kóros elmeállapotából kifolyólag ne legyen büntethető, ebben az esetben az elkövető az elkövetés során nem képes cselekménye következményeinek felismerésére, vagy a felismerésnek megfelelően cselekedni. Fontos megjegyezni, hogy ebben az esetben a beszámítási képesség teljes hiányának kell fennállnia, hiszen amennyiben a beszámítási képesség csak korlátozott, büntetés kiszabásának van helye, a korlátlan enyhítés lehetősége mellett.

Bírói mérlegelést igényel az a feltétel, miszerint akkor kell kényszergyógykezelést alkalmazni, ha hasonló jellegű bűncselekmény kapcsán fennáll a bűnismétlés veszélye. Mivel a bíró az elmeállapot vizsgálata tekintetében laikus személy, ezért az igazságügyi elmeorvos-szakértő szakvéleménye jelentős befolyást gyakorol a bíró döntésére.

Feltételként szerepel továbbá, hogy az elkövetővel szemben – büntethetőség esetén – egy évi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni. Fontos megjegyezni, hogy kényszergyógykezelés elrendeléséről csak akkor dönthet a bíróság, ha az elkövető kóros elmeállapota a bűncselekmény elkövetésének időpontjában fennállt, nem pedig az elkövetés után alakult ki.

A kényszergyógykezelés tartama

A hatályos Btk.-t megelőző „Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény” még határozott tartamú intézkedésként tartotta számon a kényszergyógykezelést. E törvény rendelkezett arról is, hogy amennyiben szükséges, a kényszergyógykezelés megszüntetése után az érintettet polgári pszichiátriai intézetben kell elhelyezni.

A hatályos Btk. szabályozása hasonlóságot mutat elődjéhez abban a tekintetben, mely szerint haladéktalanul meg kell szüntetni a kényszergyógykezelést, amennyiben szükségessége már nem áll fenn. Fontos megjegyezni, hogy e feltétel nem az elkövető gyógyultságát követeli meg, elegendő állapotának stabilizálódása.

Felmerülhet a kérdés, hogy a jogalkotó miért tartotta szükségesnek azt, hogy a kényszergyógykezelés megszűntét követő pszichiátriai intézeti kezelés követelménye kikerüljön az új Btk.-ból. Erre magyarázatként szolgálhat az, hogy a polgári pszichiátriai intézetek száma csökkenő tendenciát mutat, valamint egyre kevesebb az országban a pszichiáter, ezért az utókezelés nehezebben megoldható. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 1997-ben 136 olyan gondozóintézet volt hazánkban, melyben pszichiátriai felnőttbeteg-gondozás működött, majd ez a szám 2024-re 120-ra csökkent. Szignifikánsabban jelenik meg a gondozóintézetek számának csökkenése a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai beteggondozás területén, hiszen 1997-ben 38, 2012-ben 26 intézmény működött, 2024-ben pedig már csak 16.³ Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ egészségügyi ágazat humán erőforrásairól szóló 2018-as beszámolójából kiderül, hogy a pszichiáter szakorvosi szakképesítést szerzők száma 2011-ben 33 fő, míg 2018-ra már csak 19 fő volt. Szintén 2018-as adatok alapján a pszichiáter szakma országos szintű hiányszakmának minősült.⁴

Nők, pszichiátria és társadalmi marginalizáció: történeti és kriminológiai perspektívák

Patriarchátus a pszichiátriában

A nők mentálhigiénés ellátását mindig az adott kor társadalmi és politikai kontextusa határozta meg, ugyanakkor leszögezhető, hogy a történelem során mindig döntő szerepet játszott a nőkkel szembeni elvárások megfogalmazása tekintetében a patriarchális, vagyis férfiakra alkotta befolyás.⁵ Patriarchális társadalmi struktúrának nevezzük a női és férfi nem közötti olyan hierarchiát, melyben a nők kerülnek alárendelt szerepbe.⁶

E jelenség a viktoriánus korban az irracionálisnak, gyermekszerűnek és szexuálisan instabilnak tartott nők elnyomásában testesült meg. Egy olyan korban, melyben a nőknek jelentősen kevesebb joguk és politikai erejük volt, mint a férfiaknak, könnyen lehetett fegyverként használni a deviáns jelzőt azokkal a nőkkel szemben, akik a rájuk kényszerített normákkal szembehelyezkedtek.⁷ A forenzikus pszichiátriai intézmények⁸ elterjedésének kezdetén nők tették ki a fogvatartottak nagy részét, akiket nem a mai értelemben vett terápiás kezelésben, hanem úgynevezett erkölcsi javításban részesítettek,

3 https://www.ksh.hu/stadat_files/eg/eg/eg0016.html

4 <https://www.enkk.hu/hmr/index.php/hmr-beszamolok>

5 Pilgrim, D. (2010)

6 Giddens, A. (2008)

7 Woods, T. (2012)

8 Speciális egészségügyi és igazságszolgáltatási feladatokat ellátó intézmények, amelyekben olyan személyeket kezelnek és tartanak megfigyelés alatt, akik pszichiátriai betegségükkel összefüggésben bűncselekményt követtek el, vagy akik esetében a büntetethőség kérdésében szakértői vizsgálat szükséges.

mely nem takart mást, mint tradicionálisan nők által végzett feladatok gyakorlását, úgy, mint a mosás vagy varrás. Az együttműködés hiányát magánzárkába helyezéssel vagy hideg zuhannyal szankcionálták.⁹

A nők jogainak kiszélesedésével egyidejűleg, a XIX. században már drasztikus, sebészeti beavatkozásokkal próbálták „gyógyítani” a nőket, mely rendszerint a méh és petefészek eltávolításával, megcsonkolásával járó műtétek révén valósult meg, hiszen úgy vélték, ez gátat szab a változó világrendnek és meggyógyítja a nők pszichés problémáit.¹⁰

A nők kezelésében továbbra is központi kérdés a szervi és biológiai megközelítés, vagyis széles körben vizsgálják a menstruáció, a menopauza és a terhesség kapcsolatát a mentális egészséggel, így gyakran háttérbe szorítva azokat a környezeti, fizikai tényezőket, melyek közvetlenül hatást gyakorolnak a nőkre. Jelentős tény azonban, hogy a súlyos mentális zavarral élő nők halálát még így is nagyobb arányban okozák kivizsgálatlan szervi betegségek, mint mentális betegséggel nem diagnosztizált nőtársaik esetében.¹¹ Ennek magyarázata a pszichés betegséggel diagnosztizált nőkkel szembeni „orvosi gázlángozás” jelensége, mely a tünetek, panaszok rendszeres alábecsülését vagy érvénytelenítését jelenti az egészségügyi ellátás során. Különösen a nők esetében gyakori, hogy a mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáció miatt a valós tüneteiket elbagatellizálják, vagy pszichés eredetűnek tekintik, ezáltal a beteg megkérdőjelezi saját tapasztalatait és valóságérzékelését, ami a diagnózis és a kezelés késlekedéséhez vezethet.¹²

Mentális egészség a nemek vonatkozásában

A mentális betegségek típusa és azok előfordulási gyakorisága a női és férfi nem között eltérést mutat, azonban ez az állítás különböző társadalmi tényezőkön keresztül vizsgálendő. A mentális betegségek vonatkozásában legkevésbé vitatott kockázati és valószínűségi faktor a szegénység, hiszen minél alacsonyabb életszínvonalon él egy adott személy, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy mind mentális, mind fizikális egészség terén az átlagos szinthez viszonyítva alul marad, így a várható élettartam is alacsonyabb, továbbá az ilyen személyek felülreprezentáltak a pszichiátriai betegek között.¹³

9 Foucault, M. et al. (2013)

10 Foucault, M. et al. (2013)

11 Zirnsak, T. et al. (2024)

12 Zirnsak, T. et al. (2024)

13 Pilgrim, D., Rogers, A. (2005)

Egyes kutatások arról számolnak be, hogy a legsúlyosabb pszichiátriai betegségek, úgy, mint a skizofrénia¹⁴ és a bipoláris zavar¹⁵ a nemek között megközelítőleg azonos arányban fordulnak elő. Ezzel szemben, egyes kórképek zömében férfiak esetében jelennek meg, úgy, mint az antiszociális¹⁶ vagy disszociatív személyiségzavar¹⁷, mely DSM-IV-beli¹⁸ kritériumainak szinte minden nemi erkölcs elleni bűncselekményt elkövető férfi megfelel. Férfiak körében magasabb arányban van jelen az öngyilkosság, és hajlamosabbak erőszak alkalmazására.¹⁹

A WHO adatai szerint a nők közel kétszer nagyobb eséllyel szenvednek mentális betegségekben, mint a férfiak. Az olyan diagnózisok, mint a depresszió, a poszttraumás stressz zavar²⁰ és a különböző szorongásos kórképek a nők körében fordulnak elő gyakrabban, míg a posztpartum pszichózis²¹ kizárólagosan a nőket érinti. Ezek mellett idős korban a depresszió és a demencia szintén a nők körében kerül túlsúlyba.²² A nők nagyobb mértékű kitettségét a biológiai determinizmus irányzat képviselői szerint az okozza, hogy sokkal érzékenyebben reagálnak a méhen belüli, vagy a korai életszakaszban átélt környezeti hatásokra, distresszre²³, mely növeli annak kockázatát, hogy pszichés abnormalitás jelentkezzen a későbbiekben.²⁴

14 A skizofrénia egy spektrumbetegség, hiszen eltérő súlyosságú és formájú tünetek jellemzik, mely pozitív és negatív tünetekre osztható. Pozitív tünetek a hallucinációk, téveszmék, bizarr/dezorganizált viselkedés. Negatív tünetek az érzelmi élet elszegényedése, motivációcsökkenés, bizalmatlanság, koncentráció vagy figyelemzavar, memóriazavarok. Lásd bővebben: <https://semmelweis.hu/pszichiatria/betegellatas/a-szkizofrenia-tunetei-es-kezelese/>

15 A bipoláris zavar olyan élethosszig tartó pszichiátriai betegség, mely depressziós és mániás epizódok váltakozásából áll. Mániás állapot a hangulat tartós emelkedettsége, a felgyorsult beszéd, irritabilitás, kritikálatlanság, felfokozott aktivitás, csökkent alvásigény, míg esetleges hallucinációk, megalomán téveszmék is jelen lehetnek. A depressziós epizód az előbbiekkal ellentétben, a motivációvesztést, fáradtságot, alvászavarokat, halállal kapcsolatos gondolatokat jelenti. A beteg kedélyállapota e két stádium között folyamatosan változik. Lásd bővebben: <https://egeszsegvonal.gov.hu/egeszseg-a-z/b/bipolaris-zavar-manias-depresszio.html>

16 Az antiszociális személyiségzavart a szakirodalom leggyakrabban a „nem szeret, nem szorong, nem tanul” negatív triásszal írja le. Lásd bővebben: <https://egeszsegvonal.gov.hu/egeszseg-a-z/a-a/antiszocialis-szemelyisegzavar.html>

17 Súlyos pszichiátriai állapot, amelyben az egyénben több, elkülönült identitás vagy tudatállapot alakul ki.

18 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: a mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének negyedik kiadása, amely a mentális zavarokat osztályozza és definiálja.

19 Pilgrim, D. (2010)

20 A poszttraumás stressz zavar (PTSD) olyan mentális állapot, amely súlyos traumatikus esemény – például bántalmazás, baleset, háborús élmény vagy természeti katasztrófa – átétele után alakulhat ki, és tartós szorongással, visszatérő emlékekkel, rémálmokkal és elkerülő viselkedéssel jár. Lásd bővebben: <https://egeszsegvonal.gov.hu/egeszseg-a-z/p-q/poszttraumas-stressz-szindroma.html>

21 Olyan pszichiátriai krízishelyzet, melynek tünetei befolyásolják az anya realitásérzékét hallucinációk, paranoia és téveszmék formájában. Az érintett nő ebben az állapotban nem képes különbséget tenni az általa látott jelenségek, hallott hangok, valamint a valódi környezete között. A téveszmék jelentkezhetnek üldözések (valaki az életére tör), irányítás (más hatalom uralkodik a teste fölött), valamint szomatikus téveszmék (meggyőződés arról, hogy nem ő hordozta, illetve hozta világra a gyermeket) formájában.

22 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

23 Jelentése: negatív stressz.

24 Pilgrim, D. (2010)

A nők esetében a szociális stressz is meghatározó szerepet játszik: az a tény, hogy egyszerre kell helytállniuk a munkahelyi és a háztartási feladatokban, valamint jellemzően alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek, extra stresszt eredményezhet, mely negatív hatással lehet a mentális állapotra.²⁵ Megállapítható az is, hogy a nők gyakrabban válnak fizikai bántalmazás áldozatává, és a kapcsolati erőszak is javarészt nők ellen irányul, mely szerepet játszhat abban, hogy a nők ilyen magas kockázatnak vannak kitéve.²⁶

Abból kifolyólag, hogy ezek a fontos eltérések nem tükröződnek a legtöbb ország egészségpolitikájában, az igazságügyi pszichiátriai intézményekre hatványozottan nehéz és felelősségteljes feladat hárul az egyébként alulreprezentált női elkövetői populáció kezelése kapcsán.²⁷

A női bűnözés kriminológiája

A lányok és nők a börtönpopuláció, valamint a kényszergyógykezeltek kisebb részét alkotják,²⁸ azonban nemzetközi kutatások eredményei azt sugallják, hogy az elmúlt két évtizedben folyamatosan növekszik azoknak a nőknek a száma, akiket igazságügyi pszichiátriai kezelésnek vetnek alá.²⁹ Mindezek ellenére kevés olyan kutatás van az igazságügyi pszichiátria területén, amely kizárólag a nőkre összpontosít, elméleti ismereteink általában a férfipopulációt veszik alapul a nagyobb előfordulási arányuk miatt, azonban ez nem jelenti azt, hogy a javarészt férfiak részvételével folytatott kutatások eredményei, javaslatai a női elkövetők vonatkozásában is érvényesek és alkalmazhatók.

Kutatások szerint a női bűnelkövetés mértékét alábecsülik, köszönhetően a nagyfokú látenciának egyes bűncselekménytípusok esetén, hiszen tény, hogy a nők erőszakos magatartása családon belüli, vagy kapcsolati környezetben fordul elő gyakrabban,³⁰ mely eleve „ingoványos terep” a felderítettség szempontjából.

Hazánkban a filicídium, vagyis gyermekgyilkosság jelenségének megértéséhez Lehoczki Ágnes és Lukács-Miszler Katalin 2013-as tanulmánya³¹ nyújt támpontot. Míg neonaticídium (az újszülött életének első 24 órájában elkövetett emberölés) esetén az áldozatok tekintetében a nemek megoszlása kiegyenlített, későbbi életkorban a leánygyermek veszélyeztetettebbek lehetnek, melynek magyarázata az, hogy a nemi szerepek

25 Pilgrim, D., Rogers, A. (2005)

26 Itzin, C. (2006)

27 Pilgrim, D. (2010)

28 Czenczer O. (2014)

29 Pilgrim, D., Rogers, A. (2005)

30 Robbins, P. et al. (2003)

31 Lehoczki Á., Lukács-Miszler K. (2013)

egyezése miatt az anya lányának is ugyanolyan kilátástalan jövőt jósol, mint amilyet ő maga is átél. Fiúgyermekes esetében gyakori motiváció az apa iránti ellenségeség.

A pszichotikus állapotban elkövetett filicídiumok tekintetében megállapítást nyert, hogy ezek az anyák gyakran skizofréniában (15–48%), depresszióban (25–67%), vagy paranoid zavarban³² szenvednek (25%), iskolázottabbak, ritkábban házasságok, és gyakoribb a szuicid kórelőzmény, mint a nem pszichotikus bűnelkövető anyák esetén. További különbség, hogy a pszichotikus anyák általi elkövetésre jellemző a több áldozat, az eszközhasználat, valamint a cselekményt kísérő szuicid kísérlet. A gyilkosságok leggyakrabban fojtással történtek, az esetek felében kiterjesztett öngyilkosságról beszélhetünk.³³

A posztpartum pszichózis általában a szülést követő 48–72 órában jelentkezik, és 2–4 hét alatt teljeseedik ki. Jellemző tünetei a hangulatingadozás, a nyugtalanság, a hallucinációk, a dezorientáltság, a gyermekkel szembeni túlzott aggodalom, iszony vagy közöny. Az esetek felében krónikus pszichiátriai zavar kezdete vagy meglévő betegség fellángolása áll a háttérben. A skizofrén tünetek megjelenése különösen veszélyes lehet, ha a gyermek hallucinációk, téveszmék tárgyává válik – gyakori például, hogy az anya a gyermeket gonosznak látja, vagy altruista³⁴ indíttatásból „megmenti” a szenvedéstől életének kioltásával.³⁵

Számos kutatás igazolja a gyermekkori traumák, a rossz bánásmód és a későbbi elkövetővé válás közötti összefüggést.³⁶ Az erőszakos vagy antiszociális magatartást tanúsító anyák gyermekei fokozottan veszélyeztetettek mentális zavarok és szerhasználat szempontjából.³⁷ Különösen lánygyermekes esetében mutattak ki szoros kapcsolatot az anyai agresszió és a későbbi párkapcsolati vagy kortársakkal szembeni erőszakos viselkedés között, amelyet az anya meghatározó szerepe és érzelmi közelsége is erősíthet.³⁸

Problémát jelent az is, hogy a bűnisméltés kockázatát mérő prediktív eszközök alulbecsülhetik a női elkövetők visszaesésének kockázatát, mivel azok férfi lélektani sajátosságokra épülnek. Nők esetén a visszaesés szempontjából nagyobb jelentőséggel bírnak az olyan tényezők, mint a szociális izoláció, a gyermekkori bántalmazás, a párkapcsolati problémák, a szociális hátrány.³⁹

32 A paranoid személyiségzavar jellemzője a tartós bizalmatlanság és gyanakvás másokkal szemben. Az érintettek gyakran úgy érzik, hogy mások rosszindulatú szándékkal viszonyulnak hozzájuk, még akkor is, ha erre nincs valós alap.

33 Lehoczi Á., Lukács-Miszler K. (2013)

34 Az altruista személy vagy viselkedés mások javát helyezi előtérbe, gyakran saját érdekeinek vagy jólétének háttérbe szorításával.

35 American Psychiatric Association (2013)

36 Cole, M., Cole, S. R (2003)

37 Javdani, S. et al. (2011)

38 Javdani, S. et al. (2011)

39 Bohle, A., de Vogel, V. (2017)

A nemspecifikus, „gender-responsive” terápiás modellek főként a trauma feldolgozására, a biztonságos kapcsolatok kialakítására és az érzelmi megküzdés fejlesztésére fókuszálnak.⁴⁰ Az egyéni, traumaalapú terápiák a nők esetében hatékonyabbnak bizonyulnak, mivel sok nő nem kíván csoportban beszélni traumatikus élményeiről.⁴¹

Kutatások szerint a nők körében alacsonyabb a visszaesés aránya, mint a férfiaknál, ugyanakkor elbocsátás után fokozottan veszélyeztetettek az áldozattá és a hajléktalanná válás, valamint a halálozás szempontjából.⁴² Ennek értelmében a nők a reintegrációs tevékenységek kiemelt célcsoportja, azonban az elbocsátást követő szociális támogatás és ellenőrzés különös figyelmet igényel.

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet jelene, női részlegének működése

Jelenleg a Budapesti Fegyház és Börtön területén működő IMEI az egyetlen olyan intézet hazánkban, ahol a kényszergyógykezelést és az ideiglenes kényszergyógykezelést fogantatosítják. A hatályos jogszabályok szerint az IMEI fekvőbeteg-gyógyító intézetként látja el a bűncselekményt elkövető pszichiátriai betegek kezelését és rehabilitációját. A rehabilitáció jelen helyzetben az olyan funkciók és készségek visszaállítást, fejlesztését jelenti, melyekre a beteg a felvételtkor nem, vagy csak részben képes. Fontos feladat továbbá a pszichoedukáció is, melynek lényege az, hogy szakemberek által kidolgozott módon, intézményes keretek között szerezhettek ismereteket a beteg, illetve hozzátartozói a diagnosztizált pszichiátriai betegségről, melynek legfőbb célja, hogy a kényszergyógykezelt személy betegség belátási képessége kialakuljon, megtanulja felismerni a relapszust jelző tüneteket, információkat szerezzen a betegség prognózisáról, a gyógyulást segítő tényezőkről, vagy az azt gátló rizikófaktorokról, mindamellett, hogy az egyén kommunikációs készségeinek, illetve coping stratégiáinak fejlesztése is hangsúlyt kap.⁴³

Nők helyzete az IMEI-ben

Számadatokat tekintve, a büntetés-végrehajtási szervezet 2024. évi évkönyve⁴⁴ szerint év végén 204 fő állt kényszergyógykezelés alatt, mely csökkenést jelent a 2023. évi 219 főhöz képest. 2024-ben végzett kutatásunk idején a női kényszergyógykezelték száma 50 fő alatt volt, míg a férfiak létszámát ennek mintegy háromszorosa, ennek

40 Covington, S., Bloom, B. E. (2014)

41 Leenaars, P. (2005)

42 Anumba, N. et al. (2012)

43 Bacsák D., Krámer L. (2020)

44 <https://bv.gov.hu/hu/evkonyv>

eredményeként a női betegek abban az előnyös helyzetben vannak, hogy kevésbé van jelen a zsúfoltság kórtermekben.

A betegek a nyitott kórtermeknek köszönhetően szabadon mozoghatnak az elhelyezésüket biztosító osztályon, melyet csak a napi szabad levegőn való tartózkodás, Istentisztelet, orvosi vizsgálatok, látogató fogadás, vagy egészségügyi beavatkozások, illetve rehabilitációs programok alkalmával, ápoló vagy biztonsági felügyelő kíséretében hagyhatnak el. A személyi állományt fokozott figyelmet fordít arra, hogy a betegek számára minden nap biztosítva legyen a jogszabály által előírt egy órás szabad levegőn tartózkodás.

Az intézet női osztálya rendelkezik elkülönítő helyiséggel, mely elsősorban az izolációt szolgálja fertőző megbetegedések esetén, ugyanakkor ebben a helyiségben történő elhelyezésre a beteg veszélyeztető⁴⁵, illetve közvetlen veszélyeztető magatartása⁴⁶ esetén is sor kerülhet, mely eljárást a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet szabályozza.

A rendelet szerint fizikai korlátozásnak minősül a beteg mozgásszabadságának testi kényszerrel, eszközökkel vagy berendezésekkel való akadályozása (rögzítés vagy lekötés révén), illetve a rendelet a korlátozás körébe sorolja még az intézet elhagyásának tiltását, és a beteg elkülönítését. A rögzítés, illetve lekötés csak akkor alkalmazhatók, ha a beteg felszólítást követően sem működik együtt, és előzetesen figyelmeztetik arra, hogy korlátozó intézkedés alkalmazása következik. Ebben az esetben a fentiekben túl biológiai vagy kémiai korlátozás is alkalmazható, mely a veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer beleegyezés nélkül történő alkalmazását jelenti.⁴⁷

A nők közötti konfliktusok száma az IMEI-ben elenyésző a férfiakéhoz képest. Az IMEI női osztályain a személyi állomány és az ellátottak létszamaránya kedvező: szolgálatonként ötven ellátottra négy-öt fő személyi állományi tag jut, mely arány jelentősen jobb, mint a férfiosztályokon. A személyi állomány jellemzően személyesen ismeri a betegeket, így már kisebb nonverbális jelek alapján is detektálhatók a potenciális konfliktusok,

45 Az Eü. tv. 188. § b) alapján: „veszélyeztető magatartás: a beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § c) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt”.

46 Az Eü. tv. 188. § c) alapján: „közvetlen veszélyeztető magatartás: a beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § b) pontja szerinti azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el”.

47 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól

mely azonnali beavatkozásra nyújt lehetőséget. Az intézet főigazgatója elmondta, hogy a hangsúlyt alapvetően a konfliktusok megelőzésére helyezik.

Az IMEI-ben az önkárosítás előfordulása alacsony, mely a pszichológusok és pszichiáterek által végzett speciális szuicid prevenciónak köszönhető. A nyitott elhelyezés sajátosságai miatt a betegek folyamatos megfigyelés és pszichiáteri észlelés alatt állnak, ami eltér más büntetés-végrehajtási intézetek gyakorlatától.

2024-ben végzett kutatásunk alapján a női betegek körében jelenleg is a leggyakrabban előforduló kórképek a skizofrénia, valamint a különböző skizoaffektív zavarok, míg az értelmi akadályozottság ritkábban állapítható meg, mint az IMEI-ben kezelt férfiak körében.

Kizárólag nőket érintő kórképek a perinatális hangulati és szorongásos zavarok⁴⁸, ide tartozik többek között a posztpartum depresszió⁴⁹, szorongás, skizoaffektív zavar, skizofrénia, OCD⁵⁰ és a posztpartum pszichózis⁵¹ (a továbbiakban: PPP). A perinatális hangulati és szorongásos zavarok 5-ből 1-nőt érintenek – etnikai vagy nemzetiségi hovatartozástól, életkortól, szocioökonomiai státusztól függetlenül –, melyekhez erős stigmatizáció társul.⁵²

A PPP globális prevalenciája⁵³ 0,089–2,6 eset 1 000 szülésre vetítve, s az érintetté válás idején az átlagos életkor 26,3 év.⁵⁴ A PPP gyakran a csecsemőre irányuló téveszmékkel és hallucinációkkal jár, tünetei a szülés után néhány órán belül jelentkeznek és legfeljebb hat hétig tartanak. A depresszióval diagnosztizált anyák csupán 30%-a részesül terápiás kezelésben, és 0–6% az, aki a teljes gondozási folyamatban részt vesz. A mentálhigiénés szakemberek, a szülészeti osztályon tevékenykedő egészségügyi dolgozók és a védőnők által végzett ellátás-koordináció kulcsfontosságú a posztpartum pszichózis diagnosztizálásában, hiszen a szűrési eljárások hiányossága a PPP látenciában maradását eredményezi.⁵⁵

48 A perinatális hangulati és szorongásos zavarok a terhesség alatt vagy a postpartum periódusban manifesztálódó pszichopatológiai állapotok, melyek jellemzően depressziós, szorongásos és hangulati tünetek kombinációjával jelentkeznek, és potenciálisan károsan befolyásolhatják mind az anyát, mind a csecsemő jólétét.

49 A posztpartum depresszió a szülést követő időszakban kialakuló hangulati zavar. Jellemző tünetei közé tartozik a levertség, szorongás, alvászavar és az anyai szerep ellátásában jelentkező nehézségek.

50 Az OCD olyan pszichiátriai zavar, amelyre jellemzők a kényszeres gondolatok (obszessziók) és az ezek enyhítésére irányuló kényszeres cselekedetek (kompulziók), melyek jelentősen megnehezítik a beteg mindennapi életvitelét.

51 A szülés utáni a legritkább és a legsúlyosabb pszichés megbetegedés, mely sürgős orvosi segítséget igényel.

52 Kendig, S. et al. (2017)

53 A prevalencia az adott populációban egy adott időpontban vagy időszakban meglévő összes eset (például betegség, jelenség) aránya.

54 Raza, S. K., Raza, S. (2019)

55 Cohen, L. et al. (2023)

Magyarországon a védőnők képzése arra is kiterjed, hogy felismerjék a perinatális hangulati zavarok tüneteit, tanácsokat adjanak az anyáknak, valamint biztosítsák számukra pszichológus elérhetőségét.⁵⁶ Ennek biztosítása azért jelenthet problémát, mert a KSH 2024-es adatai szerint a 4 039 területi védőnői állás közül csak 3 790 állás ténylegesen betöltött, tehát jelenleg hozzávetőlegesen 250 olyan körzetről beszélhetünk, melynek ellátása nem megfelelő. Ez a jelenség azt eredményezheti, hogy a több körzetet ellátó védőnők leterheltsége miatt nem jut elég idő, illetve odafigyelés egy-egy anyára. Beszédes számadat továbbá az, hogy 2024-ben az egy várandós anyára jutó védőnői látogatások száma csak 2,2 alkalom volt.⁵⁷

A női betegek szociális kapcsolatait, terápiás támogatása és reintegrációja az IMEI-ben

Az IMEI-ben alapvetően kedden és csütörtökön van lehetőség látogató fogadására, de családi látogatások hétfőig és ünnepnapokon is szervezhetők. Utóbbira – más bv. intézetekkel ellentétben – nincs kötelezve az IMEI jogszabályi szinten, azonban a személyi állományi feltételek adottak, így megfontolandó lehet kodifikált formában rögzíteni e lehetőséget, különösen a családok anyák érdekében. A személyes találkozók mellett Skype- és telefonbeszélgetés is biztosított, amelyek költséghatékonyabbak, időtakarékosabbak, és lehetőséget adnak a betegeknek arra, hogy otthonukat, akár háziállatukat is láthassák.

Az alapvető jogok biztosának AJB-766/2017. számú jelentésében megkérdezett, IMEI-ben dolgozó pszichológus tapasztalatai szerint a kényszergyógykezelt betegek esetében a családi kapcsolatok fenntartása kiemelt jelentőségű, mert a kényszergyógykezelés megszüntetésére irányuló eljárás esetén az egyik legfontosabb szempont annak vizsgálata, hogy az ápolat rendelkezik-e megfelelő, befogadó szociális hálózattal, és mennyire protektív (védő, támogató) számára az a közeg, melybe kerülhet.⁵⁸

A női betegek esetében különösen hangsúlyos az anyaszerep és a gyermekkel való kapcsolat fenntartása, mely motivációt adhat az intézetben megélt mindennapok aktív és változatos eltöltéséhez. A beteg családi kapcsolatainak megtartása, erősítése védelemként szolgálhat a társadalomba történő visszailleszkedés folyamatában, esélyt teremtve ezzel arra, hogy teljes értékű életet élhessenek az elbocsátott betegek, valamint segít megelőzni a visszaesést és az izolációt, míg a családi kapcsolatok megszakadása kockázati tényezőt jelent a kezelés és az elbocsátás szempontjából.

56 <https://24.hu/belfold/2012/01/22/miert-fordul-sajat-csecsemoje-ellen-egy-anya/>

57 https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0008.html

58 Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben

Az IMEI szakemberei nem férnek hozzá rendőrségi vagy bírósági adattárakhoz a nők korábbi áldozattá válásának feltárása érdekében, pedig tudományosan igazolt, hogy a múltbéli bántalmazás a szociális izoláció mellett a legjelentősebb bűnelkövetési kockázati tényező. Trauma feldolgozó terápián jelenleg a beteg saját kezdeményezésükre vehetnek részt, melyhez a pszichológusok teljes körű támogatást nyújtanak.

Az IMEI-ben szervezett terápiás és reintegrációs foglalkozások a női lélektani sajátosságokhoz és a pszichés állapothoz igazodnak; népszerűek a kézműves programok és a csoportos tornák.

Visszacsatolva a nők esetében kiemelt kockázati tényezőt jelentő munkavállalási nehézségekre, az intézet prioritásként kezeli a betegek képzését és felzárkóztatását: így egyaránt folytat OKJ-s szakmaképzések, valamint felzárkóztatási célú beiskolázások is. A szabadulást követő reintegráció erősítése érdekében megfontolandó lehet a munkaerőpiaci tanácsadás intézményesített bevezetése.

Az intézet személyi állománya kiemelt figyelmet fordít a betegek motiválására, többek között kreatív foglalkozások biztosításával. A koedukált programok – például miselátogatás és bibliaértelmező vagy színjátszó csoport – szoros felügyelet mellett zajlanak, így nemek közötti abúzusra nincs lehetőség. Speciális terápiás csoportot alakítottak ki azoknak a nőknek, akik gyermekük sérelmére követtek el bűncselekményt, ennek középpontjában az elkövetett cselekmény feldolgozása, megértése, valamint az ahhoz való viszonyulás áll.

A pszichiátriai betegek jogállása alapján a foglalkozásokon való részvétel önkéntes, nincs protokoll azokkal a betegekkel kapcsolatban, akik tartósan nem kívánnak részt venni a foglalkozásokon.

A kényszergyógykezelés felülvizsgálata, megszüntetése, az utánkövetés lehetőségei

Felülvizsgálat

A kényszergyógykezelés felülvizsgálatát a befogadástól számított hat hónap elteltét megelőzően a büntetés-végrehajtási bíró (a továbbiakban: bv. bíró) hivatalból végzi, majd félévente megismétli.⁵⁹ A döntés a kezelés fenntartása vagy megszüntetése lehet, amelyhez két elmeorvos-szakértő szakvéleménye szükséges. A felülvizsgálat célja annak vizsgálata, hogy fennállnak-e a kényszergyógykezelés okai, vagyis a beteg

⁵⁹ Czenczer O., Sztodola T. (2019)

állapota stabilizálódott-e, fennáll-e a bűnismétlés veszélye, a társadalom védelme érdekében, a szükségesség-arányosság követelményeinek betartásával további kezelést indokolt-e.⁶⁰

A felülvizsgálat kényes kérdés, hiszen jelenleg nincs standardizált módszer a recidíva⁶¹ kockázatának objektív értékelésére, ezért az elmeorvos-szakértői vélemények szubjektív elemeket is tartalmazhatnak, ami megnehezíti a bv. bíró számára a döntéshozatalt.⁶² Ezek mellett a szakértői véleményeket túlzott óvatosság jellemzi, mivel nincs fokozatos elbocsátási rendszer, mely a betegek magatartását az IMEI falain kívül is vizsgálná. Így a döntés meghozatala (nem meglepően) akkora kockázatot rejt magában, melyet a szakértők nem mernek vállalni.

Az angolszász modell három biztonsági fokozatot különít el (magas, közepes, alacsony), ami lehetővé teszi a fokozatos átmenetet a reintegráció felé. A betegek pszichés állapotuk függvényében haladnak a biztonsági fokozatok között, melynek végső lépcsőfoka az alacsony biztonsági fokozatú kórház, ahol már a reintegráció előkészítésére helyezik a hangsúlyt, hiszen a kezelték ekkor már elhagyhatják a kórházat és munkát vállalhatnak. Magyarországon jelenleg csak a magas biztonsági fokozat (IMEI) és a szabadon bocsátás lehetősége létezik, így a közbülső elemek hiányoznak. Az ellátórendszer reformja nagyobb mértékű fokozatosság bevezetésére nyújtana lehetőséget, így hatalmas súlyt vehetne le az elmeorvos-szakértők válláról, melynek eredményeképp nem a betegek látnák kárát az elmeorvos-szakértői vélemények túlzott óvatosságának.⁶³

A kényszergyógykezelés megszüntetésének feltételei és folyamata

Az adaptációs szabadság a kényszergyógykezelés megszüntetésének előzménye lehet. Ez alatt a legfeljebb 30 napos időszak alatt (egy alkalommal legfeljebb 30 nappal meghosszabbítható) felszínre kerülhetnek azok az akadályok, melyek a beteg végleges kihelyezése esetén kockázatot jelentenének a hosszú távú, családba történő visszailleszkedés tekintetében. Ilyen jelenség például, ha a család lebeszéli a beteget a gyógyszerek szedéséről, esetleg kiderül, hogy nem tudnak kellő figyelemmel és megértéssel fordulni felé a nap 24 órájában.

Az adaptációs szabadságról a főigazgató dönt az Adaptációs Bizottság javaslata alapján, melynek feltétele egy, a gondozást vállaló személy írásos nyilatkozata, ellenkező esetben nincs lehetőség adaptációs szabadságra bocsátásra.

60 30. BK vélemény a kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról

61 A recidíva a betegség, tünet vagy kóros állapot ismételt fellángolása vagy kiújulása.

62 <https://miszk.hu/index.php/413-azonnal-fekete-feher-dontest-kell-hozni>

63 A Magyar Helsinki Bizottság jelentése az IMEI-ben 2013. 08. 07-09-én tett látogatásról

A beteg csak a gondozást vállaló személy kíséretében, igény esetén mentőszolgálat közreműködésével hagyhatja el az intézetet – melyről az IMEI a tartózkodási hely szerint illetékes pszichiátriai szakrendelőt, rendőrkapitányságot és jegyzőt értesíti – és 48 órán belül kötelező orvosi ellenőrzésen kell megjelennie. Ennek elmulasztása, vagy a beteg állapotának romlás esetén a pszichiátriai szakrendelő javaslata alapján az OMSZ azonnal visszaszállítja a beteget az IMEI-be.⁶⁴

Amennyiben az adaptációs szabadság sikeresen telik el, úgy a kényszergyógykezelés megszüntetésre kerülhet. 2015-ben került bevezetésre az adaptációs szabadság előzetes feltételeként szolgáló úgynevezett családterápiás konzultáció, melyen a beteg és hozzátartozói, valamint két pszichológus vesz részt. E konzultáció célja az adaptációs szabadság előkészítése, valamint a pszichoedukációs foglalkozás⁶⁵ során felmerült személyes problémák átbeszélése. Meg kell jegyezni azonban, hogy nem minden esetben a család jelent protektív (védelmező) környezetet a későbbiekben a beteg számára, ezen esetekben a tartós bentlakást nyújtó intézményeket is számításba kell venni. Mindazonáltal köztudott, hogy az ilyen intézményekben hosszas várólistákkal szembesülnek a nem kényszergyógykezelt pszichiátriai betegek hozzátartozói is, így hiába lenne elvi síkon intézményi formában kivitelezhető az adaptációs szabadság (lévén, hogy az aktuális szabályozás csak annyit ír elő, hogy az adaptációs szabadság „a beteg gondozására alkalmas és azt írásban vállaló személynél tölthető el”,⁶⁶ tehát legyen ez magánszemély vagy intézményi felügyelet), erre a gyakorlatban sajnos kevés lehetőség van.⁶⁷

Prof. Dr. Szabó Máté 2009-ben ezekkel a szavakkal jellemezte a ma is érvényes dilemmát: „Az elsősorban szociális problémákkal terhelt, jellemzően ápolásra, gondozásra szoruló, egyedülálló, időskorú, nehéz, sőt kilátástalan egzisztenciális helyzetbe került, adott esetben hajléktalan személyek veszik igénybe a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás alacsony kapacitásait, ezzel pedig a valódi, komoly pszichiátriai kórképpel rendelkező betegek ellátását nehezítik meg”⁶⁸.

A 2017-ben megkérdezett pszichológusok szerint az IMEI-ben kezelt betegek körülbelül 10-20%-a csak azért tartózkodik még az intézetben, mert családjá nem fogadja vissza,

64 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól

65 A pszichoedukációs foglalkozás olyan strukturált program vagy tevékenység, amelynek célja, hogy a résztvevők megértsék saját vagy hozzátartozóik pszichés állapotát, a betegséggel kapcsolatos mechanizmusokat, kezelési lehetőségeket, és hatékony megküzdési stratégiákat sajátítsanak el.

66 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról

67 Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben

68 Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának Jelentése az AJB-3536/2009. számú ügyben

és a szociális otthonok vezetői sem szívesen fogadnak IMEI-ből érkező beteget.⁶⁹ Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az IMEI betegek gyakran összetett diagnózissal rendelkeznek, s az ilyen intézetek nem vállalják az egyik betegségtípus kezelését.⁷⁰ Ennek következtében a befogadó családi környezettel nem rendelkező betegek a kényszergyógykezelés szükségességének megszűnte után is az IMEI-ben „ragadnak”, mivel nincs olyan pszichiátriai intézmény, mely vállalná a felvételüket. Ez azért égető probléma, mert az intézetben szolgálatot teljesítők elmondása szerint a kényszergyógykezelés megszüntetését követően a betegek háromnegyede szociális intézménybe kerül, s csak negyede kerül családi közegbe.

A törvény rendelkezése szerint „a kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségesége már nem áll fenn”⁷¹. Eszerint nyilvánvaló, hogy ha a beteg állapota stabilizálódott, és a kényszergyógykezelés feltételei már nem állnak fenn, nem jogszerű arra kötelezni, hogy továbbra is az IMEI-ben tartózkodjon.

Ez az állapot a jogbiztonsági elveket súlyosan sérti, ugyanis az IMEI egy olyan kényszerhelyzetbe kerül, mely során a beteget a kényszergyógykezelés szükségességét indokló tényezők megszűnését követően is korlátozni kényszerül személyi szabadságában. Ez tehát egy olyan paradox helyzet, mely során a beteg alapvető jogainak megsértésére épp saját érdekében kerül sor, elkerülve ezzel, hogy a hozzátartozóik által elutasított pszichiátriai betegek az utcára kerüljenek.

Az utánkövetés lehetőségei

A bűnismétlés megelőzésének leghatékonyabb eszköze az intézményesített utánkövetés, ugyanis pszichiátriai betegek körében kockázatértékelést csak szakképzett személyzet képes végezni. Az utánkövetés fontosságának másik oka az, hogy ok-okozati összefüggés van a gyógyszerek elhagyását követő állapotromlás, valamint a társadalom peremére sodródás között, mely bűnismétlést predesztinál.

Az Országos Bírósági Hivatal 2464/2007. számú ügyében az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése szerint nemzetközi kutatások alapján a pszichiátriai betegek által elkövetett bűncselekmények száma fordítottan arányos a pszichiátriai ágyak számával, vagyis minél kevesebb a kapacitás, annál több a pszichiátriai betegek által elkövetett bűncselekmény.⁷²

69 Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben

70 A Magyar Helsinki Bizottság jelentése az IMEI-ben 2013. 08. 07-09-én tett látogatásról.

71 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

72 <https://www.ajbh.hu/-/az-opni-bezasasarol>

2019-ben a Riasztás című műsor adta hírül, hogy a budapesti Nyírő Gyula Kórház területén 30 ágyas, őrzött intézmény épülhet az „elmebeteg gyilkosok” visszaesésének megelőzésére, valamint bevezetésre kerül a kötelező, ambuláns gyógykezelés. Leszögezték, hogy ez az intézmény funkcióját és működését tekintve is eltér majd az IMEI működésétől. A kialakítani tervezett intézménynek a tervek szerint két alappillére lenne, egyrészt az IMEI-ből elbocsátott, valamint az egyébként magas kockázatú pszichiátriai betegek bűnelkövetésének, bűnisméltlésének megakadályozása, illetve az IMEI-ből elbocsátott betegek társadalomba történő visszailleszkedésének elősegítése.⁷³

2023-ban áttörés történt a hazai pszichiátriai ellátásban: az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézetben létrehozták az Emelt Biztonságú Pszichiátriai Egységet (a továbbiakban: EBPE), mely ön- és közveszélyes betegek személyre szabott kezelését biztosítja, ahol a betegek egyágyas, szökés- és rongálásbiztos kórtermekben kerülnek elhelyezésre. Az egység elsősorban gyógyszeres kezelést biztosít, de fizio-, művészet- és szocioterápiára is lehetőség van, valamint látogatósobák, étkező és sportterület is kialakításra kerültek.⁷⁴ Ezen felül kiemelt szerepe van a rizikósűrésnek és becslésnek.

A személyzet tekintetében alapfeltétel a pszichiátriai szakápolói végzettség, illetve a megfelelő önvédelmi és kommunikációs készségek megléte.⁷⁵ A szakmai team állandó tagjai orvosok, ápolók, terapeuták és a biztonsági személyzet, akiknek képzése során a Terrorrelhárítási Központ az agressziókezelés és verbális deeszkaláció⁷⁶ terén adott át speciális tudást.⁷⁷

A 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 3. § (1) alapján „Ha a beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos intézkedik pszichiátriai intézetbe szállításáról...”⁷⁸ Ugyanezen rendelet 3. § (1a) szerint: „Ha a beteg emelt biztonságú pszichiátriai osztályra történő beutalásának orvos-szakmai feltételei fennállnak, ... a befogadó intézménnyel történt előzetes konzultáció alapján – intézkedik a beteg emelt biztonságú pszichiátriai osztályra működési engedéllyel rendelkező pszichiátriai intézetbe szállításáról.” Tehát ebben az esetben már kialakult, akut pszichotikus állapot, és az annak következményeként fellépő közveszélyes magatartás a feltétel.

73 <https://magyarnemzet.hu/belfold/2019/10/zart-osztaly-az-elmebeteg-gyilkosoknak>

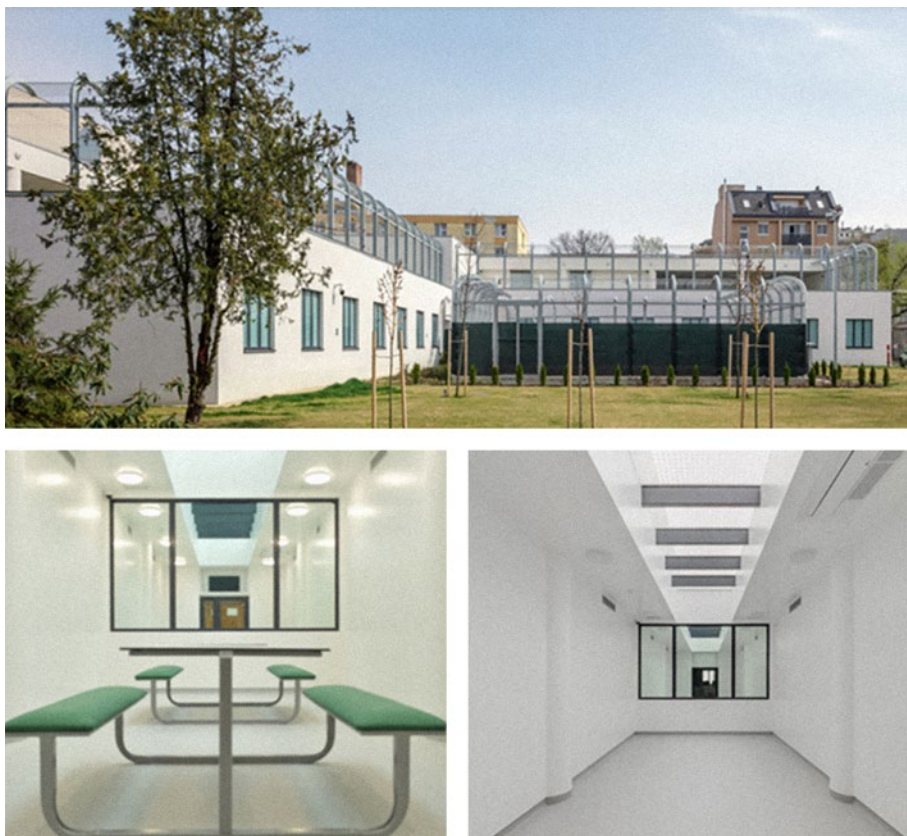
74 https://medicalonline.hu/cikk/emelt_biztonsagi_fokozatu_pszichiatrai_reszleg_epul

75 <https://www.youtube.com/watch?v=8U6ZEagEYEO>

76 A deeszkaláció a feszültség, konfliktus szintjének csökkentésére irányuló tudatos beavatkozás.

77 <https://www.economx.hu/belfold/magyarorszag-on-pszichiatra-ellatas-efop-europai-unio.782150.html>

78 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól 3. § (1)



1. kép: Az Emelt Biztonságú Pszichiátriai Egység végleges formája⁷⁹

Visszaesés és rizikófaktorok

A polgári pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás adatai szerint a kezelés megszakításakor a betegek 90%-ánál a mentális állapot tekintetében visszaesés következik be. Ez nemcsak a környezetre, hanem a betegre is veszélyt jelent, mivel nő az autoagresszió⁸⁰ kockázata. Dr. Vizi János igazságügyi pszichiáter szakértő szerint a visszaesés elkerülése azért is kiemelten fontos, mert recesszió esetén a mentális zavar egyre súlyosabbá válik, egyre több lesz a maradványtünet, melyeket gyógyszeres kezelés révén sem tudnak a szakemberek a későbbiekben megszüntetni.⁸¹

⁷⁹ Forrás: az Országos Kórházi Főigazgatóság eredménykommunikációs kiadványa

⁸⁰ Az autoagresszió saját testre irányuló agresszió, amely magában foglalhat olyan viselkedésformákat, mint az öncsonkítás, a körömrágás, a hajtépkedés, az ajakharapdálás, vagy akár legsúlyosabb formájában, öngyilkossági kísérletben is megmutatkozhat.

⁸¹ <https://miszk.hu/index.php/413-azonnal-fekete-feher-dontest-kell-hozni>

A visszaesés kockázatának csökkentése érdekében kiemelt figyelmet kell fordítani az IMEI-ből kikerülő betegek szociális, pszichés és készségfejlesztésére. Ha a család bevonható, a kapcsolatok korai újraépítése elősegíti a későbbi reszocializációt, különösen a hosszú ideig elszigetelten kezelt betegek esetében.⁸² A biopszichoszociális megközelítés⁸³ szerint a farmakoterápiát⁸⁴ pszichoedukációval, személyiségfejlesztéssel, a konfliktuskezelés fejlesztésével, célkitűzéssel, a munkavégzés támogatásával, a család bevonásával és a sérült szociális háló helyreállításával kell kiegészíteni, mely megakadályozza azt, hogy az egyén ki-be járjon a kórház, vagy igazságszolgáltatás rendszerében.⁸⁵

Jelenleg problémát jelent, hogy az IMEI-ben kezelt betegek jogi értelemben munkaképtelennek minősülnek, így az ápoltak csak eseti jelleggel, alacsony létszámban vehetnek részt uniós támogatásból megvalósuló szakképzésben. A közelmúltban ilyen képzések voltak például az „ajándéktárgy-készítő”, illetve kertész végzettséget adó képzések az intézetben.

A korábbi, az IMEI működését szabályozó IM rendeletben még megjelent a fokozatos visszavezetésre törekvés: „A betegek gyógyulásuk érdekében, orvosilag indokolt esetben, egészségügyi szakkíséret és biztonsági felügyelet mellett a főigazgató főorvos engedélyével az intézetet elhagyhatják (pl. külső munkáltatás, kirándulás)”⁸⁶. Ez a lehetőség kikerült a hatályos rendelkezésekből, tehát az adaptációs szabadság kivételével a betegek jelenleg csak a szociális intézmények előgondozásának keretei között hagyhatják el az intézet zárt falait. Kutatásunk során az intézet vezető reintegrációs tisztje elmondta, hogy azoknak a hosszú ideje elzárt betegeknek, akiknek elbocsátása predesztinálható, olyan szabadulásra felkészítő programot szerveztek, melyek során praktikus tudást adtak át részükre, tekintettel arra, hogy a külvilágról korlátozott információval rendelkeznek, és sokak számára még az aktuálisan forgalomban lévő bankjegyek, illetve érmék látványa is az újdonság erejével hat. Így a mindennapi élet feladatait modellező program keretei között tanították a betegeket arra, hogy hogyan kell telefonálni, milyen szófordulatokat kell alkalmazni egy hivatalos ügy intézése során, vagy egy bolti vásárlást játszottak el.

A betegek körüli szociális háló fenntartását (mely, mint láttuk, nők esetében a bűnismétlés tekintetében kritikus szempont) megnehezíti az, hogy az IMEI kizárólagos helyszín

82 Dülk T. (2022)

83 A biopszichoszociális megközelítés olyan integratív szemlélet, amely az emberi egészséget és betegséget biológiai, pszichológiai és szociális tényezők kölcsönhatásában vizsgálja és kezeli.

84 Jelentése: gyógyszeres kezelés.

85 Bacsák D., Krámer L. (2020)

86 36/2003. (X. 3.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről

az országban a kényszergyógykezelés végrehajtása tekintetében, ezért a Budapesttől távolabb élő hozzátartozókkal, barátokkal a személyes kapcsolat fenntartása akadályokba ütközhet, mely végül növeli annak az esélyét, hogy az adaptációs szabadság ne legyen alkalmazható a beteg felügyeletét vállaló hozzátartozó hiányában.

A bűnisméltés megelőzésében központi kérdés a betegségtudat kialakítása, mely sokszor évekbe telik. A betegségbelátás akkor alakul ki, ha a kezelt elfogadja, hogy az életét a pszichiátriai betegsége határozza meg, s ez a mindennapi funkcionálásában is meghatározó szereppel bír. Az intézet pszichológusa szerint a betegek sok esetben nem is tudják, hogy betegek, ameddig el nem követik az adott bűncselekményt, és be nem kerülnek az IMEI-be. Paradox és egyben tragikus módon, néhány beteg „szerencséje” az, hogy bekerül az intézetbe, hiszen más úton lehet, hogy sohasem jutna pszichiátriai ellátáshoz.

Összegzés

Összességében leszögezhető, hogy a női agresszió a férfiakéhoz viszonyítva reaktívabb⁸⁷, közvetettebb, s gyakrabban fordul elő társas kapcsolatokon belül. Ezek mellett ritkábban kerül sor az agresszió eszközként történő alkalmazására, ritkábban szexuális jellegű vagy okoz súlyos sérüléseket. Motivációi gyakran önvédelemből vagy féltékenységből fakadnak, míg férfiaknál inkább az ego-vezérelt, antiszociális indítékok jellemzők.⁸⁸ A nők nagyobb arányban ismerik áldozataikat, különösen emberölések esetén.

A kényszergyógykezelés büntetés-végrehajtás rendszerén belül történő megvalósulásának előnye a betegek biztonságos őrzésének és szakellátásának biztosítása, s ennek eredményeképp a társadalom védelme, azonban hátrányokkal is jár ez a megközelítés részben a centralizáltság, részben pedig a szigorú elzárttság miatt.

A betegek helyhez kötöttsége nehezítheti a hozzátartozókkal való rendszeres személyes kapcsolattartást, mely anyagi terhekben is megmutatkozhat. A szigorú elzártság azért jelent problémát, mert végső soron a kényszergyógykezelés célja, valamint az ott szolgálatot teljesítők remek szakemberek élethivatása az, hogy a betegeket olyan állapotba hozzák, mely alkalmassá teszi őket a társadalomba történő visszailleszkedésre. Azok a betegek, akiket családi támogatás hiányában nem látogatnak, az adaptációs szabadság lehetőségétől is elesnek. Számukra gyakorlatilag kizárólag a későbbi elhelyezésüket biztosító szociális intézmény előgondozása nyújt alkalmat arra, hogy rövid időre elhagyhassák az IMEI-t, ám a hosszú várólisták miatt ez gyakran évekbe telik.

87 Érzelmi, ösztönös válasz egy provokációra vagy fenyegetésre, nem előre megfontolt vagy célzott cselekvés.

88 Kruttschnitt, C., Carbone-Lopez, K. (2006)

Mivel az átlagos kezelési idő 4–5 év, a betegek ez idő alatt csak korlátozottan érzékelik a külvilág változásait, mely a reintegráció sikerét veszélyeztetheti, kiváltképp egy átlagos kezelési időt meghaladó tartamban kényszergyógykezelt személy esetén. Bár az életvezetési edukációs foglalkozások hasznosak, zárt intézeti környezetben nem modellezhető minden élethelyzet, így a betegek valódi reakciói a külvilágban eltérhetnek az intézeti gyakorlat során tapasztaltaktól. Ennek értelmében, megfelelő felügyelet mellett a betegek számára előnyt jelenthetne, ha ismét lehetőség nyílna intézeten kívüli reszocializációs programokon való részvételre. Emellett a rendszeres hétvégi látogatófogadás jogszabályi formában történő rögzítése is jelentősen támogatná a szociális háló fenntartását, amennyiben a betegek hozzátartozói élnének ezzel a lehetőséggel.

A szociális intézmények kapacitáshiánya miatt sürgető, hogy megoldást kell találni azoknak a betegeknek az elhelyezésére, akik esetében a kényszergyógykezelés már nem indokolt, de megfelelő befogadó környezet hiányában továbbra is az IMEI-ben tartózkodnak. Tapasztalatok szerint a betegek háromnegyede szociális intézménybe kerül elbocsátáskor, ezért az állam kiemelt feladata a befogadó intézményrendszer fejlesztése.

Vitathatatlan, hogy az EBPE létrehozása óriási előrelépés volt a pszichiátriai ellátás területén, mely a jövőben forradalmasíthatja az agresszív, közveszélyes magatartást tanúsító pszichiátriai betegek gyógyítását speciális tárgyi és személyi feltételei révén. Meg kell jegyezni azonban, hogy az Egység működését nem a korábban említett preventív, hanem intervenció-központú szemlélet jellemzi. Az utánkövetés kodifikációja mellett szól az a 2024-ben megjelent tanulmány is, mely szerint az EBPE-re beutalt betegek 35%-a rendelkezik bűnelkövetői múlttal.⁸⁹

Az ambuláns kötelező gyógykezelés még mindig nem megoldott, s ez a jelenség több területen is érzékelteti negatív hatásait. Egyrészt gátat szab a közbiztonság javításának, másrészt pedig a „forgóajtó-pszichiátria”⁹⁰ jelenség fennállása miatt az állami költségvetésnek hatalmas terhet jelent az alacsony hatékonyságú rendszer fenntartása. Fontos felhívni a figyelmet a mentális zavarok indirekt költségeire is.⁹¹ Ahogy korábban említésre került, a beteg állapotának romlása a civil életben a munkavégzésből való kiesést vonhatja maga után, ami egyidejűleg növeli a család anyagi terheit. Ezen túlmenően

⁸⁹ Gáspár L. et al. (2024)

⁹⁰ A pszichiátriai betegségeket jelölő BNO kódokra vonatkoztatva – az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szerint – különböző kórházi kezelési időtartamok vannak meghatározva, amíg az ellátást a társadalombiztosítás fedezi. A meghatározott időtartam leteltével nincs megfelelő anyagi forrás a betegek további kezelésére, így akkor is elbocsátásra kerülnek, ha állapotuk továbbra is indokolja a pszichiátriai kezelést, s csak elenyésző részük vesz részt a továbbiakban is önkéntes alapon ambuláns kezelésen. Ennek az a következménye, hogy a betegek jelentős része egy éven belül felhagy a gyógyszerek szedésével, s mivel nincs efölött kontroll, újra és újra ki-be kerülnek a fekvőbeteg ellátásból.

⁹¹ <https://miszk.hu/index.php/413-azonnal-fekete-feher-dontest-kell-hozni>

az esetleges bűnelkövetés további költségekkal járhat, legyen szó anyagi károkozásról, vagy a sértett egészségügyi ellátásáról, melyek közül az utóbbi megelőzhető pénzügyi terhet jelent az eleve forráshiánnyal küzdő egészségügyi és igazságszolgáltatási rendszer számára.

Számos külföldi példa áll a döntéshozók előtt a forenzikus pszichiátria területén, melyek révén ötletmerítésre van lehetőség az ellátórendszer továbbfejlesztése céljából. Természetesen a változáshoz Montecuccoli szavaival élve három dolog szükséges: pénz, pénz és pénz. Bár a reform nem jelentene azonnali „anyagi megtérülést”, az állam szempontjából hosszú távon minden bizonnyal hatékonyabbá tenné a rendszer működését, stabilabbá a közbiztonságot, s kiszámíthatóbbá a társadalom peremére sodródott pszichiátriai betegek jövőjét.

Felhasznált irodalom

- 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól
24. hu, Miért fordul saját csecsemője ellen egy anya? 2012. Online: <https://24.hu/belfold/2012/01/22/miert-fordul-sajat-csecsemoje-ellen-egy-anya/> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
30. BK vélemény a kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól
1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről
1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről
2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról
2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról
- A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2024. Online: <https://bv.gov.hu/hu/evkonyv> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
- A depresszió tünetei és kezelése. Online: <https://semmelweis.hu/pszichoterapiasozsaly/kiket-gyogytunk/a-depresszio-tunetei-es-kezelese/> (Letöltés ideje: 2025. október 26.)
- A Magyar Helsinki Bizottság jelentése az IMEI-ben 2013. 08. 07-09-én tett látogatásról
- A szkizofrénia tünetei és kezelése. Online: <https://semmelweis.hu/pszichiatria/betegellatas/a-szkizofrenia-tunetei-es-kezelese/> (Letöltés ideje: 2025. október 26.)
- Antiszcizális személyiségzavar tünetei és kezelése. Online: <https://egeszsegvonal.gov.hu/egeszseg-a-z/a-a/antisocialis-szemelyisegzavar.html> (Letöltés ideje: 2025. október 26.)
- Anumba, Natalie – Dematteo, David – Heilbrun, Kirk (2012): Social functioning, victimization, and mental health among female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1204–1218.
- Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosságának Jelentése az AJB-3536/2009. számú ügyben
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosságának közleménye az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása ügyében (OBH 2464/2007). Online: <https://www.ajbh.hu/-/az-opni-bezarasarol> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Bacsák Dániel – Krámer Lili (2020): „Büntetésterápia” – Kényszergyógykezelés alatt álló betegek pszichorehabilitációs lehetőségei Magyarországon. *Lege Artis Medicine (LAM)*, 30.
- Bohle, Anouk – de Vogel, Vivienne (2017): Gender differences in victimization and the relation to personality disorders in forensic psychiatry. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, Volume 26, Issue 4, 411–429.
- Cohen, Lee S. – Vanderkruik, Rachel – Arakelian, Miranda – Church, Taylor R. – Dunk, Madison M. – Freeman, Marlene P. (2023): Establishment of the MGH postpartum psychosis project: MGH-P3. *PLoS One*, 18(2), e0281133.
- Cole, Michael – Cole, Sheila R. (2003): Fejlődéslektan. *Osiris Kiadó*
- Covington, Stephanie S. – Bloom, Barbara E. (2014): Gender responsive treatment and services in correctional settings. In: *Inside and out*, pp. 9–33., Routledge
- Czenczer Orsolya (2014): Veszélyes fiatalok vagy fiatalok veszélyben? *NKE Szolgáltató Kft.*, p. 194.
- Czenczer Orsolya – Sztodola Tibor (2019): A büntetés-végrehajtási reintegrációs munka jogi és biztonsági vonatkozásai. *Dialóg Campus Kiadó*

- de Vogel, Vivienne – Nicholls, Tonia L. (2016): Gender matters: An Introduction to the Special Issues on Women and Girls. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 1–25.
- Dülk Tímea Zsuzsanna (2022): Büntetni vagy gyógyítani? A kényszergyógykezelés dilemmái. Online: <https://www.jogiforum.hu/publikacio/2022/08/23/buntetni-vagy-gyogytani-a-kenyszergyogykezeles-dilemmai/> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
- EconomX cikk az EBPE-ről (2023. 12. 19.). Online: <https://www.economx.hu/belfold/magyarorszag-on-pszichiatria-ellatas-efop-europai-unio.782150.html> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
- Egészségügyi Humán erőforrás Monitoring Rendszer: Beszámoló az egységes ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer adatai alapján az ágazati humán erőforrás 2018. évi helyzetéről. Online: <https://www.enkk.hu/hmr/index.php/hmr-beszamolok> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
- Egészségvonat, Bipoláris zavar (Mániás depresszió) . Online: <https://egeszsegvonat.gov.hu/egeszseg-a-z/b/bipolaris-zavar-manias-depresszio.html> (Letöltés ideje: 2025. október 26.)
- Egészségvonat, Poszttraumás stressz szindróma . Online: <https://egeszsegvonat.gov.hu/egeszseg-a-z/p-q/poszttraumas-stressz-szindroma.html> (Letöltés ideje: 2025. október 26.)
- Foucault, Michel – Murphy, Jonathan – Khalfa, Jean (2013): *History of madness*. Routledge
- Gáspár Luca – Srádi Péter – Gaszner Gábor (2024): A Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Emelt Biztonságú Pszichiátria Osztály bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 39(3).
- Giddens, Anthony (2008): *Szociológia*. Budapest, Osiris, p. 365.
- Itzin, Catherine (2006): *Tackling the Health and Mental Health Effects*
- Javdani, Shabnam – Sadeh, Naomi – Verona, Edelyn (2011): Gendered social forces: A review of the impact of institutionalized factors on women and girls' criminal justice trajectories. *Psychology, Public Policy, and Law*, 17(2), 161.
- Kendig, Susan – Keats, John P. – Hoffman, M. Camille – Kay, Lisa B. – Miller, Emily S. – Moore Simas, Tiffany A. – Frieder, Ariela – Hackley, Barbara – Indman, Pec – Raines, Christena – Semenuk, Kisha – Wisner, Katherine L. – Lemieux, Lauren A. (2017): Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(2), 272–281.
- Kruttschnitt, Candace – Carbone-Lopez, Kristin (2006): Moving beyond the stereotypes: Women's subjective accounts of their violent crime. *Criminology*, 44(2), 321–352.
- KSH statisztikák . Online: https://www.ksh.hu/stadat_files/egc/hu/egc0008.html; https://www.ksh.hu/stadat_files/egc/hu/egc0016.html (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Küey, Levent (2010): *Stigma, women, and mental health*. Oxford Textbook of Women And Mental Health, Oxford, UK, Oxford University Press, 1093.
- Leenaars, Ellie P. E. M. (2005): Differences between violent male and violent female forensic psychiatric outpatients: Consequences for treatment. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 445–455.
- Lehoczki Ágnes – Lukács-Miszler Katalin (2013): Major psychiatric disorders and filicide: a descriptive analysis of filicides perpetrated by women with psychotic mental illness. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság Tudományos Folyóirata*, 28(2), 145–158.
- Luty, Jason (2014): Psychiatry and the dark side: eugenics, Nazi and Soviet psychiatry. *Advances in psychiatric treatment*, 20(1), 52–60.
- Magyar Nemzet cikk az EBPE-ről, 2019. Online: <https://magyarnemzet.hu/belfold/2019/10/zart-osztaly-az-elmebeteg-gyilkosoknak> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Medical Online cikk az EBPE-ről (2022. január 20.). Online: https://medicalonline.hu/cikk/emelt_biztonsagi_fokozatu_pszichiatriai_reszleg_epul (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Országos Kórházi Főigazgatóság eredménykommunikációs kiadványa. Online: <https://okfo.gov.hu/egeszseguyi-fejlesztések/hazai-fejlesztések/2014-2020-fejlesztési-idoszak/lezarult-fejlesztések/efop-2-2-6-vekop-16-2016-00001-copy1> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Országos Kórházi Főigazgatóság, Youtube videó az EBPE-ről, 2019. Online: <https://www.youtube.com/watch?v=8U6ZEagEYEO> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- Pilgrim, David – Rogers, Anne (2005): The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 228–241.

- Pilgrim, David (2010): Mind the gender gap: mental health in a post-feminist context. *Oxford Textbook of Women and Mental Health*, 17–22.
- Raza, Sehar K. – Raza, Syed (2019): Postpartum psychosis
- Robbins, Pamela Clark – Monahan, John – Silver, Eric (2019): Mental disorder, violence, and gender. In: *Clinical Forensic Psychology and Law*, pp. 157–168.
- Rose, Diana – Thornicroft, Graham – Pinfold, Vanessa – Kassam, Aliya (2007): 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC health services research*, 7(1), 97.
- Smith, Eliot R. – Mackie, Diane M. – Claypool, Heather M. (2016): Szociálpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó
- Stuart, Heather – Sartorius, Norman (2005): Fighting stigma and discrimination because of mental disorders. *Advances in psychiatry*, 2, 79–86.
- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition, 2013), DSM-5, American Psychiatric Association
- Vizi János igazságügyi pszichiáter nyilatkozata, 2019. Online: <https://miszk.hu/index.php/413-azonnal-fekete-feher-dontest-kell-hozni> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 14.)
- WHO közlemény, 2022. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Letöltés ideje: 2025. szeptember 13.)
- Woods, Tania (2012): From female sexuality and hysteria to feminine psychology: The gender of insanity in literature. *Evergreen Energy Journal*, 1–46.
- Zirnsak, Tessa – Elwyn, Rosiel – McLoughlan, Grace – Le Couteur, Esther – Green, Chloe – Hill, Nicholas – Roberts, Russell – Maylea, Chris (2024): “I have to fight for them to investigate things”: a qualitative exploration of physical and mental healthcare for women diagnosed with mental illness. *Frontiers in Public Health*, 12, 1360561.