

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

Ph.D. téziszfüzet
Dr. Fekete Szabolcs

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gazdag Gábor, címzetes egyetemi tanár

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

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Purebl György, egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Tölgyes Tamás, egyetemi
docens
Dr. Hidasi Zoltán, egyetemi docens

Budapest
2026

1. Bevezetés

A kényszergyógykezelés a büntetőjog és az igazságügyi pszichiátria határterületén elhelyezkedő speciális jogintézmény, amely egyszerre szolgál közbiztonsági és egészségügyi célokat. Magyarországon történeti alapjai az 1878. évi V. törvénycikkhez, a Csemegi-kódex megalkotásához köthetők, amely elsőként ismerte el a beszámíthatóság hiányának büntetőjogi relevanciáját. A jelenleg hatályos szabályozást a 2012. évi C. törvény tartalmazza, amely szerint kényszergyógykezelést kell elrendelni azzal szemben, aki kóros elmeállapota miatt nem büntethető, személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó bűncselekményt követett el, és fennáll a bűnismétlés veszélye. Az intézkedés határozatlan tartamú, és kizárólag szükségességének megszűnése esetén szüntethető meg.

A végrehajtás kereteit a 2013. évi CCXL. törvény rögzíti; a kényszergyógykezelés kizárólag az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) keretei között történhet. Az intézmény országos hatáskörrel működő, kettős – egészségügyi és büntetés-végrehajtási – struktúrában szervezett forenzikus pszichiátriai centrum.

Nemzetközi vizsgálatok szerint az igazságügyi pszichiátriai intézeti tartózkodás időtartama több országban növekvő tendenciát mutat, és egyes esetekben meghaladhatja az adott bűncselekményért kiszabható szabadságvesztés tartamát. Ez arányossági és alapjogi kérdéseket vet fel. A szakirodalom a kezelési időt befolyásoló tényezőket szociodemográfiai, kriminológiai, klinikai és intézményi változók mentén vizsgálja, azonban az eredmények heterogének, és a magyarországi adatok korlátozottak.

2. Célkitűzések

A disszertáció célja a kényszergyógykezelés időtartamát, valamint az ismételt kényszergyógykezelés prediktorait komplex, multidimenzionális megközelítésben elemezni országos intézményi adatok alapján, hozzájárulva a kockázatértékelési gyakorlat és a jogalkalmazás megalapozottságához.

3. Módszerek

3.1. Intézményi háttér és vizsgálati populáció

A vizsgálat helyszíne a Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI), amely Magyarország egyetlen, országos hatáskörű igazságügyi pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó intézménye. Az IMEI a Büntetés-végrehajtási Szervezet részeként, a Belügyminisztérium irányítása alatt működik, és kizárólagosan itt történik a kényszergyógykezelés végrehajtása. Az intézményi struktúra lehetővé teszi országos, reprezentatív betegminta vizsgálatát.

A retrospektív vizsgálatba azon betegek kerültek bevonásra ($n = 301$), akiket kóros elmeállapot miatt kényszergyógykezelésre ítélték, és akiket 2000. január 1. és 2015. december 31. között bocsátottak el az intézetből.

3.2. Adatgyűjtés és vizsgálati változók

Az adatgyűjtés teljes körű kórtörténeti áttekintésen alapult. A klinikai adatokat az orvosi dokumentáció, a szakértői vélemények és a pszichiátriai státuszleírások, míg a kriminológiai adatokat a nyomozati iratok és bírósági dokumentumok alapján rögzítettük.

A vizsgált változók három fő csoportba sorolhatók:

Szociodemográfiai változók: életkor a felvételnél, nem, lakóhely típusa, családi állapot, iskolai végzettség, foglalkoztatottság, gyermekek száma, gondnokság alá helyezés.

Kriminológiai változók: az elkövetett bűncselekmény típusa és súlyossága, elkövetési mód, áldozattal való kapcsolat, szerhatás alatti elkövetés, korábbi erőszakos cselekmények, büntetőjogi visszaesés, ismételt kényszergyógykezelés. A kis elemszámú ($n = 10$) szexuális bűncselekményt elkövető alcsoport statisztikai okokból összevonásra került a testi sértés csoporttal.

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.

3.3. Etikai engedély

A kutatás az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével (51124-1/2016/EKU) valósult meg. A vizsgálat megfelelt az Orvosi Világszövetség Helsinki Nyilatkozatában rögzített etikai elveknek.

3.4. Statisztikai elemzés

Az elemzések az IBM SPSS Statistics programmal készültek; a hatásérősség számításához R környezetben futtatott ROPstat került alkalmazásra. A normalitásvizsgálatot követően (Kolmogorov–Lilliefors teszt) a nem normális eloszlás miatt nem paraméteres próbákat alkalmaztunk (Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis, Spearman-korreláció).

Az első vizsgálatban többváltozós regressziós modellt építettünk, Forward és Backward szelekciót követően Enter módszerrel véglegesítve. A becslések stabilitásának növelése érdekében 999 mintás, BCa bootstrap eljárást alkalmaztunk.

A második vizsgálatban személyorientált konfigurációelemzést végeztünk négy változó mentén (cselekmény jellege, elkövetési mód, áldozattal való kapcsolat, elsődleges diagnózis). A 73 azonosított konfiguráció közül öt esetben találtunk szignifikáns eltérést a várt és a megfigyelt gyakoriság között ($p < 0,05$).

4. Eredmények

A vizsgálati minta 301, kényszergyógykezelés alatt álló betegből állt, akik a Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet intézetéből 2000–2015 között kerültek elbocsátásra.

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

4.1 A kényszergyógykezelés időtartamát befolyásoló tényezők

4.1.1. Szociodemográfiai tényezők

A minta 84%-a férfi volt, az átlagéletkor az elkövetés idején 40,2 év. Az iskolai végzettség jellemzően alacsony-középfokú szintű volt; felsőfokú végzettséggel csupán 7,3% rendelkezett. A betegek közel fele rokkantsági ellátásban részesült, 25,9%-uk munkanélküli volt. A minta több mint fele egyedülálló és gyermektelen volt.

Szignifikáns összefüggések a kezelési idővel:

Férfi nem → hosszabb kezelés (kis–közepes hatásméret).

Foglalkoztatási státusz → rokkantsági ellátás és munkanélküliség hosszabb kezeléssel társult.

Családi állapot → az egyedülállók hosszabb ideig maradtak kezelésben.

Gyermeكتelenség → hosszabb kezelési idő.

Elhelyezés a kezelés megszüntetése után → a legerősebb hatás; a szociális otthonba kerülők medián kezelési ideje 79,5 hónap volt ($\eta^2 = 0,190$).

Nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a lakóhely típusa és a gondnokság ténye.

4.1.2. Kriminológiai tényezők

A kényszergyógykezelést megalapozó cselekmények 48%-a emberölés vagy annak kísérlete volt. Az elkövetők 73%-a fegyvert vagy eszközt használt. Az esetek 45,5%-ában az áldozat közeli hozzátartozó volt.

Szignifikáns prediktorok:

Emberölés/kísérlete → hosszabb kezelési idő ($\eta^2 = 0,041$).

Fegyver/eszközhasználat → hosszabb kezelés (kis hatásméret).

Nem mutatott szignifikáns kapcsolatot:

az áldozattal való kapcsolat, az alkoholos befolyásoltság, a büntetett előélet, a korábbi erőszakos előzmény.

4.1.3. Klinikai tényezők

A diagnózisok túlnyomó többségét (77,1%) a schizophrenia spectrum disorders (BNO-10 F20–F29) kategória alkotta.

A felvételkori diagnózis önmagában nem mutatott szignifikáns összefüggést a kezelési idővel.

Szignifikáns kapcsolat kizárólag a pszichiátriai előzmény diagnózisának típusa esetében volt kimutatható ($\eta^2 = 0,072$):

Organikus zavarok előzménye → kiemelkedően hosszú kezelés (medián 105 hónap).

Szkizofrénia előzménye → 61 hónap.

Mentális retardáció előzménye → rövidebb kezelés (36 hónap).

A családi pszichiátriai anamnézis nem bizonyult meghatározónak.

4.1.4. Többszörös lineáris regresszió

A nyolc szignifikáns változót tartalmazó modell a kezelési idő varianciájának 34,1%-át magyarázta.

Legerősebb prediktorok:

Kezelést követő intézményi elhelyezés (pozitív irány).

Emberölés/kísérlete.

Életkor (negatív irány – fiatalabb életkor hosszabb kezeléssel járt).

Férfi nem.

Mentális retardáció (felvételtörési diagnózis – pozitív kapcsolat).

Testi erő alkalmazása (negatív irány).

Az eredmények arra utalnak, hogy a kezelési időt komplex, többdimenziós tényezőrendszer befolyásolja, amelyben a társadalmi reintegráció lehetősége kulcsszerepet játszik.

4.2 Ismételt kényszergyógykezelés

A mintában 16 fő (5,3%) részesült ismételt kényszergyógykezelésben. A visszaesők idősebbek voltak, de a kezelési idő hossza nem különbözött szignifikánsan.

4.2.1. Szociodemográfiai sajátosságok

A visszaesők kizárólag férfiak voltak. Gyakoribb volt körükben: rokkantsági ellátás, szociális otthonban élés, egyedülálló státusz.

4.2.2. Kriminológiai mintázatok

A visszaesők körében gyakoribb volt a hivatalos személy elleni erőszak (OR = 7,166), ritkább az emberölés, gyakoribb az ismeretlen áldozat, magasabb az alkoholos/szerhasználati arány, rendkívül magas a korábbi büntetett előélet aránya (93,8%; OR = 29,375 – legerősebb prediktor).

4.2.3. Klinikai jellemzők

A visszaesők 87,5%-a F20–F29 diagnózissal rendelkezett, és 100%-uknak volt pszichiátriai előzménye.

Szignifikáns rizikófaktorok:

F20.0 – paranoid szkizofrénia (OR = 6,125), F20–F29 diagnózis pszichiátriai kezelés során (OR = 18,673), alkoholos befolyásoltság, ismeretlen áldozat, szociális otthonban élés.

Eredmények összegzése

A kényszergyógykezelés időtartamát elsősorban a reintegrációs lehetőségek, a bűncselekmény súlyossága, a nem, az életkor, valamint bizonyos pszichiátriai előzmények befolyásolják.

Az ismételt kényszergyógykezelés legerősebb prediktora a korábbi bűnelkövetés, valamint a paranoid szkizofrénia diagnózisa.

5. Következtetések

5.1 A kényszergyógykezelés hosszát befolyásoló tényezők

Az első hazai, országos mintán végzett vizsgálat eredményei megerősítik, hogy a kényszergyógykezelés időtartama komplex, többdimenziós tényezőrendszer eredője. A regressziós modell a kezelési idő varianciájának 34,1%-át magyarázta, ami azt jelzi, hogy a döntéshozatal jelentős részben nem mérhető, implicit vagy strukturális tényezők is befolyásolják.

A hosszabb intézeti tartózkodás szignifikáns prediktorai közé tartozott a férfi nem, a magasabb életkor, a súlyos – különösen emberölés vagy annak kísérlete – bűncselekmény, az elkövetés során alkalmazott fegyver vagy eszközhasználat, valamint a kezelés megszüntetését követő szakosított szociális intézménybe történő elhelyezés.

A férfi nemhez társuló hosszabb kezelési idő felveti annak lehetőségét, hogy a veszélyesség megítélése részben társadalmi percepciókon alapul. Az életkor szerepe a komplexebb kórtörténettel, a hosszabb klinikai megfigyelési igénnyel és a reintegráció nehézségeivel magyarázható.

A bűncselekmény súlyossága és az eszközhasználat a társadalmi veszélyesség magasabb fokát jelzi, ami a kockázatminimalizálás irányába ható döntéshozatali mechanizmusokat aktiválhat. A kezelési idő meghosszabbodása ilyen esetekben nem kizárólag klinikai, hanem jogi-biztonsági megfontolások eredménye is lehet.

Kiemelkedő jelentőségű tényező volt a szakosított szociális intézménybe történő elhelyezés. A közösségi férőhelyek hiánya strukturális késleltető tényezőként működik, amely a Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet intézményében indokolatlanul hosszabb bennmaradást eredményezhet. Ez etikai kérdéseket vet fel, mivel a tartózkodás

időtartama nem minden esetben kizárólag terápiás szükségleteken alapul.

A pszichiátriai diagnózisok közül a pszichotikus zavarok (BNO-10: F20–F29) gyakoriak voltak, azonban önmagukban nem prediktálták a kezelési időt. A mentális retardáció diagnózisának időzítése viszont eltérő irányú összefüggést mutatott, ami rávilágít a dokumentáció minőségének és a diagnosztikai pontosságnak a döntéshozatalban betöltött szerepére.

A kényszergyógykezelés fenntartása Magyarországon többlépcsős jogi-pszichiátriai döntési folyamat eredménye. A közösségi elhelyezés hiányosságai azonban gyakran akadályozzák a kezelés megszüntetését, ami rendszerszintű beavatkozást indokol.

Gyakorlati implikációk:

A szakosított szociális férőhelyek bővítése. Strukturált, egységes kockázatértékelési és dokumentációs rendszer bevezetése. Interdiszciplináris döntéshozatal megerősítése. A betegek és családtagok aktív bevonása a reintegrációs tervezésbe.

5.2 A visszaeső kényszergyógykezelés vizsgálatának következtetései

A visszaesés multifaktoriális jelenség, amelyben statikus és dinamikus tényezők egyaránt szerepet játszanak. A legerősebb prediktor a korábbi büntetett előélet volt, ami a kriminális pályafutás kontinuitásának jelentőségét hangsúlyozza.

A dinamikus, beavatkozással módosítható tényezők közül kiemelkedett az alkoholos befolyásoltság a cselekmény idején, amely háromszoros kockázatemelkedéssel járt, valamint a

paranoid szkizofrénia diagnózisa. Ezek az eredmények az addiktológiai intervenciók, a relapszus-prevenció és a célzott antipszichotikus kezelés kulcsszerepét emelik ki.

A szociális intézményekben élő betegek körében magasabb visszaesési arány volt megfigyelhető, ami a súlyosabb klinikai állapot és az intézményi környezetből fakadó kockázati tényezők összefüggésére utal. Ez fokozott monitorozást és strukturált prevenciós programokat tesz indokolttá.

A visszaesők magasabb átlagéletkora a hosszabb intézeti tartózkodással és a reintegráció késedelmével is összefügghet, ami a kezelés optimális időzítésének fontosságát hangsúlyozza.

Gyakorlati ajánlások:

Személyre szabott, dinamikus kockázati tényezőkre fókuszáló terápiás programok. A kezelés megszüntetését követő intenzív betegkövetés. Kötelező, strukturált járóbeteg-pszichiátriai utánkövetés bevezetése. Specifikus prevenciós programok a szociális intézményekben élő, magas kockázatú betegek számára.

Összességében a kényszergyógykezelés időtartamának és a visszaesésnek a csökkentése csak integrált, multidiszciplináris megközelítéssel érhető el, amely egyaránt figyelembe veszi a klinikai stabilitást, a társadalmi reintegráció lehetőségeit és a strukturális ellátórendszeri tényezőket.

6. 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

ΣIF: 7,2