

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér

Debrecen
2013

**DEBRECENI EGYETEM
MARTON GÉZA ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI
DOKTORI ISKOLA**

A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése

Készítette:

dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér

Témavezető:

Prof. Dr. Blaskó Béla
egyetemi tanár

A doktori program címe: Az állam és a jog változásai Közép- és Kelet-
Európában

A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Szabó Béla egyetemi tanár

A kézirat lezárva: 2013. 06. 20.

**DEBRECEN
2013**

NYILATKOZAT

Alulírott, dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskolában a doktori fokozat megszerzése céljából benyújtott, A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése című értekezésem saját, önálló munkám.

Debrecen, 2013. 06. 20.

aláírás

Témavezetői ajánlás

A szerző választott témája, a kényszergyógykezelés számos pszichiátriai munkát termelt az elmúlt évtizedben, azonban a jogi szakirodalom területén csupán az intézkedésekről születtek átfogó művek, amelyek azonban nem tartalmazzák a legfrissebb tendenciákat és eredményeket.

A téma feldolgozása tehát rendkívül aktuális, amelyet jelez a kodifikációs munkálatok során kialakult élénk vita.

A benyújtott dolgozat többéves intenzív gyűjtő és kutatómunka eredménye. A szerző a kényszergyógykezelés jogintézményét leíró, elemző, történeti és összehasonlító módszerek alkalmazásával dolgozta fel, amelynek során mintegy kétszáz forrásra támaszkodott.

A dolgozatban a pályázó gondos kutatómunka alapján adott komplex képet választott témájáról, a teljesség igényével törekszik elemezni a kényszergyógykezelés ismeretanyagát. Az értekezés feldolgozza a legújabb külföldi szabályozást és gyakorlatot, emellett figyelmet fordít a téma alapjogi vonatkozásaira is, különösen az Európai Emberi Jogi Bíróság ítéleteire.

Az aktuális témaválasztás, a kritikai szemlélet, a tárgykör átfogó feldolgozása alkalmassá teszi az értekezést arra, hogy újat adjon az érintett tudományterület számára.

A dolgozat hiteles adatokat tartalmaz, az abban foglalt eredmények a pályázó kutatási eredményei. A dolgozat a formai követelményeknek teljes mértékben megfelel.

A fentiek alapján javaslom a dolgozat műhelyvitára bocsátását.

Budapest, 2013. 03. 09.

Prof. Dr. Blaskó Béla

Egyetemi tanár

Köszönetnyilvánítás

A téma tanulmányozásában felbecsülhetetlen segítséget nyújtott konzulensem, egyben egykori tanárom, Prof. Dr. Blaskó Béla, a Nemzeti Közsolgálati Egyetem Rendészettudományi Karának intézetvezető egyetemi tanára, valamint a DE-ÁJK egyetemi tanára, akinek e helyen is szeretnék köszönetet mondani.

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	5
1. Fejezet: Bevezető gondolatok.....	8
1.1. A dolgozat tárgya és célja.....	8
1.2. A témaválasztás indoka.....	8
1.3. Az alkalmazott kutatási módszerek.....	9
2. Fejezet: Alapvető megjegyzések.....	11
2.1. Alapvetés.....	11
2.2. Beszámítási képesség.....	16
2.3. A büntetőjogi intézkedések fejlődési irányai.....	19
2.3.1. Az intézkedések gyökereiről.....	19
2.3.2. Az új kriminológiai elméletek tanai.....	22
2.3.4. A közvetítő irányzat hazai képviselői.....	25
2.3.5. A magyar büntetőjogi szankciórendszer átalakulása.....	28
2.4. Az intézkedések alkalmazásának indokoltsága.....	29
2.5. Az intézkedések fogalmi kérdései.....	31
2.6. A kényszergyógykezelés helye a büntetőjog szankciórendszerében.....	35
2.7. Összegzés.....	42
3. Fejezet: A beszámíthatatlan elkövetőkkel szembeni büntetőjogi jogkövetkezmények alakulása a magyar jogtörténetben.....	44
3.1. A kóros elmeállapot megítélése a magyar jogtörténetben.....	44
3.1.1. Előzmények.....	44
3.1.2. A kóros elmeállapot fogalmának megjelenése.....	45
3.1.2. A korlátozott beszámítási képesség.....	47
3.2. A kóros elmeállapot büntetőjogi jogkövetkezményei.....	53
3.2. Előzmények.....	53
3.2. A Csemegi-kódex és az elmetehetség megzavarodása.....	54
3.3. A Csemegi-kódex III. novellája.....	58
3.4. A szocialista jogalkotás eredményei.....	59

3.5. Összegzés.....	62
4. Fejezet: Nemzetközi elvárások.....	63
4.1. Elvárások a nemzetközi dokumentumok tükrében.....	63
4.2. Gondolatok az Európai Emberi Jogi Bíróság kényszergyógykezeléssel kapcsolatos elvárásairól.....	70
4.2. 1. Winterwerp kritériumok.....	71
4.2.2. A szabadsághoz való jog sérelme.....	71
4.2.3. Kínzás tilalma.....	76
4.2.4. Egyéb kérdések.....	78
4.2.5. Összegzés.....	79
5. Fejezet: Más államok szabályozásának vizsgálata	81
5.1. Elterelési lehetőségek a beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben az angol büntetőjogban	81
5.1.1 A rendőrség jogosítványai	81
5.1.2. Elterelési lehetőségek a vádemelést követően	85
5.1.3. Diverzió az ítélet meghozatala után.....	86
5.1.4. Újító törekvések	90
5.2. A beszámíthatatlan elkövetők megítélése az Egyesült Államokban.....	91
5.2.1. A speciális bíróságok megjelenése.....	91
5.2.2. A speciális bíróságok jellemzői.....	91
5.2.3. Az eljárási szereplők feladata.....	95
5.2.4. A jogintézmény hátrányai.....	96
5.2.5. Bírósági pszichiátriai klinika.....	98
5.3. Kényszergyógykezelés Ausztriában	98
5.4. Kényszergyógykezelés Németországban.....	103
5.5. Összegzés.....	105
6. Fejezet: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése hazánkban.....	106
6.1. Az intézkedés alkalmazásának feltételei.....	106
6.1.1. A kóros elmeállapot.....	106
6.1.2. További feltételek.....	128
6.2. A kényszergyógykezelés időtartama.....	130

6.3. A kényszergyógykezelés végrehajtása.....	132
6.4. Kérdések a felülvizsgálattal kapcsolatban.....	142
6.5. Az ideiglenes kényszergyógykezelés.....	147
6.6. A cselekvőképesség – a kényszergyógykezelés polgári jogi vonatkozása	154
6.6.1. A cselekvőképesség történeti áttekintése	154
6.6.2. A cselekvőképesség a hatályos polgári jogban.....	158
6.6.3. Az új Ptk. koncepciója a cselekvőképesség vonatkozásában.....	160
6.6.4. A kényszergyógykezelés és a cselekvőképesség összefüggései.....	161
6.7. Betegjogok.....	162
6.8. Összegzés.....	173
7. Fejezet: Záró gondolatok.....	174
Mellékletek.....	181
Irodalomjegyzék.....	183
Summary.....	195

1. fejezet: Bevezető gondolatok

1.1. A dolgozat tárgya és célja

A doktori képzés megkezdésekor kutatási témámnak a büntetőjogi intézkedések fejlődési irányait választottam, amely azonban szűkítésre került a kényszergyógykezelés számos vitával és ellentmondással terhelt jogintézményére.

A dolgozat összefoglaló mű, amelynek témájában – tudomásom szerint – még nem született magyar nyelvű monográfia. Az intézkedések tárgykörében születettek összefoglaló munkák, amelyek azonban évtizedekkel ezelőtt íródtak, ennél fogva nem tartalmazhatják a legújabb változásokat és az aktuális problémákat sem.

Dolgozatom célja a kényszergyógykezelés történetének, jelenlegi alkalmazásának, nemzetközi összefüggéseinek bemutatása, ahol az elméleti fejtegetések mellett hasznos következtetések is szerephez jutnak. Munka új tudományos eredmények hordozójává válhat azáltal, hogy egységes rendszerbe foglalja a kényszergyógykezelés jogintézményével kapcsolatos ismeretanyagot.

1.2. A témaválasztás indoka

Többféle indok vezetett a kényszergyógykezelés jogintézményének kiválasztása során. Elsősorban az a tény, hogy a beszámíthatatlan elkövetők jogi, különösen büntetőjogi helyzete erősen vitatott. A jogintézmény alapvető problematikája, hogyan kerül egy nem büntethető személy a büntetés–végrehajtás szervezetébe? Felmerül, biztosítható-e így az elkövető kezelése, hiszen más a börtön és a kórház funkciója. Míg az előbbi nem egyetemes intézmény, általában önkéntes alapon kerülnek be az egyének, és „szándékában jóindulatú intézmény”, az utóbbi egyetemes intézmény, megköveteli, hogy az élet összes aspektusa egy helyen, meghatározott módon történjen¹.

A probléma vizsgálatot érdemel más államok esetén is. A beszámíthatatlanok cselekményeire vonatkozó jogkövetkezmények vonatkozásában két csoportot lehet

¹ KALAPOS Miklós Péter, *Társadalmi dilemma: Elmebeteg a börtönben? – A jelen helyzet és a jövő kihívásai*, Börtönügyi Szemle, 2008/2., 80.

megkülönböztetni. Az angolszász államok és Franciaország nem ismeri a kényszergyógykezelés jogintézményét, az elkövetőkkel szemben számos, az egészségügyi törvényekben szabályozott jogkövetkezmény alkalmazására kerülhet sor. Bár alapjaiban tér el a magyar sajátosságoktól, úgy vélem, elemzésül mégsem hiábavaló. Ennek oka, hogy számos kritika éri a hazai szabályozási rendszert, hasznos tehát - többek között - a gyakran javasolt pszichiátriai próbára bocsátás értékelése. Alkalmazhatóak ezek a jogintézmények egyáltalán a magyar szabályozás elemei közé illesztve?

A többi kontinentális állam viszont ismeri a kényszergyógykezelést – ezek közül a német és osztrák rendszereket vizsgálom meg. Ezen országok rendelkezéseinek megismerése, összevetése a hazai sajátosságokkal – a hasonló jogi hagyományok miatt – szintén hasznos, éppen jogrendszerek hasonlósága miatt az eltérő szabályozási elemek esetleges átvétele is nagyobb eredménnyel kecsegtet.

A téma mindezek mellett rendkívül időszerű is, hiszen a 2013 nyarán hatályba lépő Büntető Törvénykönyv a jelenlegitől eltérően szabályozza mind a kényszergyógykezelést, mind az annak elrendelését megalapozó kóros elmeállapot fogalmát. Kutatásaim kezdete óta ráadásul nem ez az első változtatás, hiszen csupán 2009-ben került bevezetésre a határozott időtartam az intézkedés alkalmazása során. Az új Btk. éppen a jogintézménynek ezt az elemét érinti.

1.3. Az alkalmazott kutatási módszerek

A kutatás módszere elsősorban leíró, elemző, történeti jellegű, melynek során az elméleti fejtegetés mellett a kialakult joggyakorlatot is igyekeztem bemutatni. A kutatás szükségszerűen vezetett el bizonyos összehasonlító megállapításokhoz is.

Dolgozatomban néhány alapvető megfontolás után a jogintézmény történetével foglalkozok. Ezt követően kerül sor a közelmúltban többször is módosított kényszergyógykezelés feltételeinek, alkalmazásának, továbbá végrehajtásának elemzésére, nemcsak büntetőjogi, hanem alapjogi szempontból is. A témához közvetlenül kapcsolódik a cselekvőképesség kérdése is, így azt is górcső alá vetem. A nemzetközi kitekintés két részre osztható. Elsőként a vonatkozó nemzetközi dokumentumokat elemzem, de a munkából nem maradhattak ki az Európai Emberi Jogi Bíróság nagy jelentőségű ítéletei sem. A nemzetközi kitekintés második részét egyéb államok beszámíthatatlan elkövetőkkel kapcsolatos szabályozási rendszere képezi.

Kutatásaim során számos magyar és idegen nyelvű könyvet, cikket tanulmányoztam, amelyekből igyekeztem a legfontosabb következtetéseket levonni és azok tapasztalatait hasznosítani. Mindezek mellett szakmai konzultációkat folytattam a kérdést alaposan ismerő gyakorlati szakemberekkel.

2. fejezet: Alapvető megjegyzések

2.1. Alapvetés

Az utóbbi évtizedekben nőtt a pszichiátriai megbetegedések száma, amely mögött számos tény húzódik meg. Ezek közé tartozik, hogy nőtt az átlagéletkor és így növekedett az idős korral együtt járó megbetegedések száma is. Gyarapodott az ipari és technikai tevékenységgel összefüggő idegrendszeri sérülések száma, hasonlóképpen nőtt az élet modernizálódásával együtt járó idegrendszeri stressz hatások szerepe. A gyorsan változó élethelyzetek fokozták a pszichológiai ártalmakat, csak úgy, mint az alkohol és drogfogyasztás a személyiségkárosodás valószínűségét. Ezzel párhuzamosan gyarapodnak ismereteink ezekről a betegekről. Az ellátás hatékonyságát jelzi, hogy egyre több az elbocsátott beteg, az átlagos ápolási idő viszont lerövidül. Milyen körülmények okozhatják az idegrendszeri megbetegedések számának megugrását? Az átlagéletkor növekedésével együtt jár az időskori szellemi leépülés valószínűsége. Emellett az egyre fejlődő ipari és technikai tevékenység összefüggésben áll az idegrendszeri sérülések számával, a hétköznapi élet felgyorsulása pedig magával hozza az idegrendszeri stressz hatásokat és a pszichogén ártalmakat.

Az ellátandók mellett nőtt az intézményes gondoskodás szerepe is, hiszen gyarapodott a pszichiátriai intézetek száma, de emellett növekedett az egészségügyi információ fontossága is².

Az elmebeli rendellenességek megítélése mellett azok fogalma is változott a történelem folyamán. Leszögezhető, hogy az egészséges elmeállapot nem azonos a normális elmeállapot statisztikai arányával, de nem fedi le a viselkedési rendellenességek klinikai hiányát sem. Bizonyos elemek - mint az érzékcsalódás vagy a félelem – mértéke tekintetében lehetnek eltérések, ami bizonyos esetekben már minőségi eltérést jelent a normális elme fogalmától³.

²SZABÓ András, *Az elmebetegek helyzete a magyar büntetőjogban*, Jogtudományi Közlöny, 1985/9., 521.

³FEHÉR Lenke, *A kóros elmeállapotok szociológiai, pszichiátriai és büntetőjogi megközelítésének néhány aspektusáról*, Jogtudományi Közlöny, 1982/10., 791.

Akárcsak más betegségek, az elmebeli rendellenességek különböző típusai is társadalmi vonatkozású betegségek, hiszen az egyén társadalmi környezetében jelenik meg. A betegség tartalma is társadalmi vonatkozású, hiszen a közösség éppen a beteg szociális viselkedésének módosulására figyel fel. Ennek oka, hogy az egyén magatartása a rendellenesség következtében eltér az elvárt viselkedésmodelltől. A viselkedés megváltozása a társadalom szemében indokolatlannak tűnik. Eddig a pontig a társadalom ugyanolyan devianciaként tartja számon az egyén állapotát, mint bármilyen más deviáns magatartásformát. A betegség észlelését követően a környezet már nem egyszerűen társadalmi tényként kezeli a személy megváltozott viselkedését. Az elmebetegség éppen abban tér el a többi szociális devianciától, hogy megállapítása nem szociális szférában történik (mint pl. az alkoholizmus esetén), hanem az egyén és személyisége saját tartományában. Ebben az esetben aktív társadalmi kontroll lép be, ennek megfelelően az egészségügyi szervezeti rendszer állapítja meg a betegség fennállását, majd pedig ez a rendszer látja el annak kezelését. A gyógykezelésnek több függvénye is van, így befolyással van rá a közösségi és a személyes tolerancia, a kezelési lehetőségek és az egészségügyi intézményhálózat is. Függetlenül azonban ezektől a tényezőktől a beteggé nyilvánítás és a kezelésbe vétel mindig jogilag szabályozott eljárás keretében történik⁴. Ez a jogilag szabályozott eljárás nem csupán a legkirívóbb esetekben alkalmazott kényszergyógykezelés vizsgálata során érhető tetten, hanem a polgári eljárásjog körében rendezésre került kötelező, intézeti, önkéntes gyógykezelések jogintézményeinél is.

A jogi, erkölcsi, együttélési szabályok be nem tartása miatt minősíthető egy személy deviánsnak. A minősítés társadalmi kontroll következménye; a beszámíthatatlan elkövetők esetén a közbiztonsággal kapcsolatos szabályok be nem tartását kell kiemelni. A társadalmi kontroll azt is jelenti, hogy a deviáns egyént a megbélyegzésen túl azzal is súlyt a társadalom, hogy az életébe is beavatkozik, és mindezt legitim módon teszi. Mivel a deviáns csoportok társadalmi értéke csökken, pozíciójuk leértékelődik, az életükbe való beavatkozás a hatalom, a fölény pozíciójából történik. Mindezek ellenére is elmondható, hogy az elmúlt évtizedekben a lakosság egyre kevésbé kirekesztő az elmebetegekkel szemben⁵.

⁴ SZABÓ, *Az elmebetegek ...,i.m., 522-523.*

⁵ SZABÓ, *Az elmebetegek ..., i.m., 222.*

A kényszergyógykezelés *elméleti indokai* közül négyet lehet kiemelni. Elsőként azt a tényt, hogy az elmebeteg jogilag jelentőséggel bíró cselekménye az elmebeli rendellenesség következménye, míg más egyéneknél a szabad választás eredménye. Megfigyelhető, hogy őket addig, amíg nem követnek el bűncselekményt, bármilyen veszélyesnek minősíthetők is, a társadalom nem ítéli el. Ezzel szemben az elmebetegeket megelőzésre és a társadalom védelmére való hivatkozással jellemzően kórházi kezelés alá vetik. Ezek alapján úgy tűnik, hogy az elmebetegség és veszélyesség fogalma összekapcsolódott annak ellenére, hogy ez a társadalmi csoport is képes lehet magatartását kontrollálni.

Az elmebeli rendellenességgel bírót nemcsak veszélyesnek, hanem agresszivitásra hajlamosnak is tekintik, annak ellenére, hogy számos elmebeteg nem veszélyes. Ezért a társadalom védelmét sem elsősorban elszigetelésükkel kell megoldani.

A kényszergyógykezelés harmadik indoka az arra való hivatkozás, hogy az elmebetegek képtelenek érdekeiknek megfelelő racionális döntés meghozatalára. Ez azonban csak a döntési folyamatra vonatkozik, annak eredményére nem. Így nem lehet feltételezni összefüggést a betegség és a racionális döntésre való képtelenség között.

A negyedik indok az elmebetegség kezelhetősége. Csak azokat kell akaratuk ellenére gyógykezelésnek alávetni, akiknek a hétköznapi életfelfogás szerint hiányzik az önkontrolljuk és a racionalitásuk, ami viszont csak cselekményeik alapján állapítható meg. Ezt a réteget viszont zárt intézetben kell kezelni. Egyéb esetekben célszerű lehet a megbélyegzéssel nem járó ambuláns kezelés, zárt intézeti kezelésnél ugyanis a hosszú tartam, hasonló problémákat vet fel, mint a hosszú tartamú szabadságvesztés büntetés esetén⁶.

A beszámíthatatlan elkövetőkről és a velük szemben alkalmazható jogkövetkezményekről többféle álláspont látott napvilágot. A liberális szemlélet szerint az elmezavarban szenvedők megítélése teljes mértékben jogi és nem orvosi kérdés. Gyógykezelésük során nem csupán célszerűségi szempontokat kell figyelembe venni, hanem a jogvédelem követelményeinek is messzemenően eleget kell tenni. A gyógyítást előtérbe helyező szemlélet szerint a jognak semmi keresni valója nincs a mentális

⁶. MORSE Stephen J, *A Preference for Liberty: The Case Against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered*. California Law Review, 1982/1., 97.

zavarok megítélésében, ezt a feladatot csak a szakértelemmel rendelkező orvosok láthatják el⁷.

Kérdésként merül fel az is, hogy az elmezavarban szenvedő elkövetők nagyobb veszélyt jelentenek-e a társadalomra, mint a bűnözők többi csoportja? Néhány évtizeddel ezelőtt – 1922 és 1955 között – a kutatások még arra a következtetésre jutottak, hogy a mentálisan sérült elkövetők kevésbé veszélyesek a társadalomra, mint más bűnözői rétegek. Ezt az eredményt támasztották alá a letartóztatási statisztikák is. 1965 után azonban kezdett egyre inkább elterjedni az a nézet, hogy beszámíthatatlan elkövetők különösen veszélyesek a társadalomra és magasabb letartóztatási arányszámokat is produkálnak minden bűncselekményi kategóriában⁸.

Felmerül azonban a kérdés, hogy kik is tartoznak a beszámíthatatlan elkövetők közé. A hazai Btk. a bűnösséget kizáró okok között szabályozza ezt a kérdést⁹ és bizonyos feltételek fennállta esetén kényszergyógykezelés alkalmazását írja elő¹⁰. A kényszergyógykezelések száma évente 150-160 beutalás körül mozog¹¹. A szankció alkalmazására első sorban elmebetegségek esetén kerül sor, ezek közül is kiemelt helyet foglal el a skizofrénia. Ennek oka, hogy ha a beteg büntetendő cselekményt követ el, akkor azt igen erőszakos és kegyetlen módon teszi; gyakoriak a szülő és a testvérgyilkosságok. Nem elhanyagolható a mániás depresszió jelentősége sem, első sorban annak depressziós fázisa, hiszen ekkor öngyilkosságra és annak kapcsán emberölésre is sor kerülhet. A kényszergyógykezelés megítélése szempontjából a mániás időszak nem jut szerephez, hiszen a megemelkedett hangulatban, a fokozott vállalkozási készség hatására elsősorban gazdasági természetű bűncselekmények jöhetnek szóba. Hiányzik tehát a kényszergyógykezelés egyik feltétele, a személy elleni, vagy erőszakos bűncselekmény¹². Ha a kényszergyógykezelés feltételei nem állnak fenn, kötelező intézeti gyógykezelést kell elrendelni.

A kényszergyógykezelés elrendelését megalapozó bűncselekmények jellemzői közé sorolhatjuk, hogy a bűncselekmény kimenetele különösen brutális, és gyakran több személy ellen irányul. Megfigyelhető a motiváció hiánya, vagy kóros motiváció

⁷ LAING, Judith M., *Care or custody?: mentally disordered offenders in the criminal justice system*, Oxford University Press Inc., New York, 1999., 27-29.

⁸ HWANG, Sung-Dong – SEGAL, Steven P., *Criminality of the Mentally Ill in Sheltered Care: Are They More Dangerous?*, International Journal of Law and Psychiatry, 1996/1., 93.

⁹ 1978. évi IV. tv. 24. § (1)

¹⁰ 1978. évi IV. tv. 73. § (1)

¹¹ NAGY, A *magyar büntetőjog...*, 205.

¹² KÁDÁR, A *magyar büntetőjog általános ...i.m.*, 370-372.

jelenléte. Az elkövető rendszerint a megbánás teljes hiányával, hidegen adja elő a történeteket. A probléma kezelését tovább nehezíti, hogy az elkövetők rendszerint még soha nem álltak gyógykezelés alatt. Inicialis delictumról, bevezető cselekményről van tehát szó ebben az esetben, hiszen a betegségre az elmeorvos szakértő hívja fel a figyelmet¹³.

Vajon milyen cselekményeket követnek el tipikusan a beszámíthatatlan személyek? Hazai adatok nem állnak rendelkezésre, ezért külföldi, főleg angolszász irodalomra támaszkodhatom. Előjáróban leszögezhetjük, hogy a letartóztatási statisztikák szerint számuk meglehetősen alacsony, azonban, ha alaposabban megvizsgáljuk ezeket, a kép már árnyaltabbnak tűnik. Különbséget kell tenni bűncselekmények, valamint szabálysértések esetén elrendelt letartóztatás között. Az utóbbiak száma lényegesen nagyobb, hiszen közel 80 %-ot tesz ki. A legtöbb fogva tartást a tulajdon elleni¹⁴, valamint az erőszakos cselekmények¹⁵ indokolják. Ezek a jellemzők igazak a beszámíthatatlan elkövetőkre és a társadalom többi csoportjára egyaránt. A beszámíthatatlan elkövetők által elkövetett bűncselekmények száma összességében kisebb, mint a társadalom többi tagjáé. Bűncselekmények esetén viszonylag kisebb a különbség, szabálysértések esetén azonban a duplája. Ebből mégsem vonhatjuk le azt a következtetést, hogy kevésbé lennének veszélyesek. Az igazi különbségek az erőszakos bűncselekmények terén mutatkoznak meg, ugyanis itt az arányuk lényegesen magasabb (több, mint a duplája), mint más bűncselekményi kategóriákban¹⁶. Mi lehet ennek az oka? Mint már korábban kifejtettem erre az elkövetői csoportra elsősorban a kegyetlen, brutális magatartások jellemzőek, tehát erőszakos büntetendő cselekmények elkövetése. Ezzel is indokolható a szabálysértések csekély száma – hiszen ha agresszív magatartásra kerül sor az általában súlyos formában a bűncselekmény fokát elérő szinten történik. Ennél a bűncselekményi kategóriánál a látencia nagyon ritka, míg – különösen a kisebb – tulajdon elleni cselekményeknél igen jelentősnek mondható.

Az elkövetett erőszakos bűncselekmények az alábbiak szerint osztályozhatók: egy tizedük emberölés, egy tizedük rablás és nyolctizedük súlyos testi sértés¹⁷.

¹³ Interjú Dr. Módis Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30.)

¹⁴ Ide tartozik a betöréses lopás, a lopás, a motorbicikli lopás, a hamisítás, a csekkekhez és hitelkártyákhoz kapcsolódó bűncselekmények és a gyűjtogatás.

¹⁵ Ide soroljuk az emberölést, a rablást, az emberrablást és a súlyos testi sértést.

¹⁶ Interjú Dr. Módis Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30.)

¹⁷ HWANG, *i.m.*, 93.

2.2. Beszámítási képesség

Az erkölcsi és jogi felelősségnek az az alapja, hogy az ember felelősséggel bíró lény, mert képes cselekedeteit irányítani, és a lehetőségek között választani. „Az elhatározásnak ez a szabadsága a beszámítás általános feltétele”¹⁸. A szabad elhatározás azonban különböző okok miatt csorbát szenvedhet. Ezek lehetnek külső okok, mint a kényszer és a fenyegetés, vagy belső tényező, mint a mentális rendellenesség.

A bűncselekmény elkövetése számos elmélet szerint nem csupán egy választást tükröz, hanem számos egyéb tényezője is van. Az egyik elmélet szerint a bűncselekmény elkövetésének okai között az egyik oldalon a bűnözési tendenciák és hajlamok, valamint a környezeti és pszichikai tényezők állnak. Ezzel szemben erőt képvisel az egyén érzelmi és szellemi ellenállása a kísértéssel szemben. Ez az ellenállási képesség a beszámítási képességgel nem rendelkezők esetében teljesen hiányzik vagy alig jelenik meg¹⁹.

Mindezeknek fényében merül fel a kérdés, hogy miként lehet megfogalmazni a beszámítási képességet és a beszámíthatatlanságot. *Angyal Pál* az alábbiak szerint határozta meg a beszámítási képesség fogalmát: „a szellem – erkölcsileg kifejlett embernek az a képessége, amely anélkül, hogy elmebetegség, tudatzavar vagy értelmi gyengeség által befolyásolva lenne, annak lehetőségét biztosítja, hogy a cselekvő a cselekvéskor cselekményének tényleges következményeit, szociáletikai értékét felismerje és az e felismerésből eredő motívumokat mérlegelje”²⁰. A fogalom alapvető elemei máig nem változtak.

A beszámítási képesség jellemzője, hogy az egyén rendelkezik az akarati és a felismerési képességgel. Amint azt *Blaskó Béla* megfogalmazza: „beszámítási képességgel rendelkezik, aki képes arra, hogy a felismeréshez viszonyítva akaratának megfelelő magatartást tanúsítson. Az elkövető több más feltétel megléte esetén is csak akkor büntethető, ha legalább korlátozott beszámítási képességgel rendelkezett az elkövetési magatartás tanúsításakor”²¹.

¹⁸EDVI Illés Károly – GYOMAI Zsigmond (szerk.), *Csemegi Károly művei*, II. kötet, Franklin Kiadó, Budapest, 1904., 215.

¹⁹ABRAHAMSEN David, *Psychology of Crime*, Columbia University Press, Columbia, 1960., 37.

²⁰ANGYAL, *i.m.*, 362.

²¹BLASKÓ Béla, *Magyar Büntetőjog – Általános Rész*, Rejtjel Kiadó, Budapest, 2010., 176.

A beszámítási képességet vélelmezzük, csak akkor vizsgáljuk, ha kétség merül fel meglétével kapcsolatban²².

A beszámítási képesség vizsgálatánál egyrészt figyelemmel kell lenni a társadalomra veszélyesség elismerésére. Ez a tudati, gondolkodás-, mérlegelésbeli, valamint az egyén vágyai, érdekei, továbbá a társadalmi szabályrendszerek összevetésének képessége. Másrészt, vizsgálandó az akarati tengely működése, amelynek eredményeként az elkövető képessé válik a bűncselekmény elkövetésére. Az érzelmi-indulati tényezők akkor fontosak, ha azok extrém módon jelennek meg a külvilágban. Az orvos szakértői tevékenység során az akarati és a felismerési képesség együttes és azonos véleményezéséről van szó. Ebbe a rendszerbe beilleszthető a jelenleg hatályos Btk-ban meghatározott kóros elmeállapotok többsége, kivéve a személyiségzavart. Ebben az esetben ugyanis nem a felismerési képesség gondolkodásbeli eleme vész el, hanem a felismerési folyamat értékelési komponense sorvad el. Itt nem vizsgálandó a cselekmény társadalomra való veszélyességének felismerése, inkább a felismerés értékrendi rétege jut jelentőséghez, amelyre azonban az orvos szakértői vizsgálat nem terjed ki. Ennek indoka, hogy erkölcsi-életvezetési ideológiáról van szó, amely teljes mértékben kívül esik a büntetőjog hatósugarán²³.

A beszámíthatóság rendszerét úgy is megfogalmazhatjuk, hogy a szabályozás vegyes rendszerű, így a „biológiai kór okok” (amelyek nem taxatív felsorolásban szerepelnek a dolgozat lezárása idején hatályos Btk-ban) pusztán nem elegendőek a beszámíthatatlanság megállapításához, mert ezen okok pszichés következményeit is fel kell tárni. Ezeket a tényezőket együtt és azonosan kell véleményezni, amelyből az következhet, hogy egy adott kórkép az egyik esetben kizárhatja a beszámítási képességet, egy másik esetben azonban csak korlátozhatja azt. Ráadásul még betegség hiányában is pl. súlyosan fáradt állapotban kialakulhat olyan tudatzavar amely, a beszámítási képességet érinti. Ebből az következik, hogy a szakértői véleményt mindig egy adott bűncselekményre vonatkozóan lehet adni²⁴.

A beszámíthatatlanná történő minősítés mindig objektív kritériumok alapján történik. Az a kérdés, hogy a problémás viselkedés által a mindennapi életben okozott zavar

²²Ez alól kivételt képeznek a gyermekkorúak, hiszen esetükben a Btk. tartalmazza, hogy nem büntethetőek.

²³ FÜLÖP Ágnes (szerk.), *A kóros elmeállapot szakértői és jogi kérdései – II. rész*, Ügyészek Lapja, 2004/6, 58-59.

²⁴ HUSZÁR Ilona – KUNCZ Elemér, *Igazságügyi pszichiátria*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1998., 32.

mennyire súlyos, az mellékes, hogy a beteg ezt hogyan éli meg. A minősítés következménye az orvosi segítségért való folyamodás. A felelősség és a felmentés orvosi és jogi modellje azonban nagyban eltérnek egymástól. Ennek oka, hogy a betegség és a bűnözés, mint jelenség eltérőek, ezért a rájuk adott válasz sem lehet azonos. Az orvos a betegség megállapításával megvédi a beteget a társadalom elmarasztaló véleményétől, valamint egyes kötelezettségek teljesítésétől.

Angliában a beszámítási képességet először 1843-ban a M’Naghten Rule szabályozta, amely szerint nem lehetett felelősségre vonni azt, aki a cselekményt olyan elmebeli rendellenességben követte el, amely képtelenné tette arra, hogy cselekménye természetét vagy jellegét felismerje, ha pedig azt mégis felismerte, akkor sem tudta eldönteni, hogy jót vagy rosszat cselekedett-e. Ez a szabály már az elfogadása korában sem felelt meg a tudományos követelményeknek, ennek ellenére egészen 1934-ig alkalmazták, sőt hasznosította az USA és Ausztrália is.

Németországban a gyermekek és a lelki zavarokban szenvedők a bűnösségre képtelenek kategóriájába tartoznak. E szerint bűnösség hiányában cselekszik az, aki a cselekmény elkövetésekor betegségből származó lelki zavar, mélyreható tudatzavar, gyengeelméjűség, vagy más súlyos lelki rendellenesség folytán képtelen a cselekmény jogellenességének belátására, vagy e belátásnak megfelelő cselekvésre. Emellett létezik a korlátolt bűnösségi képesség, amely szerint a tettesnek az előzőekben meghatározott okokból jelentősen csökkent az a képessége, hogy cselekménye jogellenességét belássa, vagy annak megfelelően cselekedjen²⁵. Ez lényegesen különbözik a magyar szabályozástól, hiszen hazánkban a még hatályos Btk. az elmebetegség fogalmát is használja, ráadásul alkalmazza a szellemi lépülés mellett a gyakran vitatott személyiségzavar kategóriáját is. Az új Btk. egyáltalán nem tartalmaz majd felsorolást a kóros elmeállapotok formáira.

A német Btk. személyiség zavar helyett a semlegesebb lelki rendellenesség fogalmát használja, de ez is csak akkor alapozza meg a bűnösségi képesség hiányát, ha a rendellenesség folytán az elkövető képtelen a cselekmény jogellenességének belátására vagy arra, hogy e belátásnak megfelelően cselekedjen. A felsorolt állapotok az összes

²⁵ StGB. 20-21. §

pszichés zavarral számolnak, amelynek következménye, hogy az orvos szakértői véleményben nem a diagnózis kap nagy hangsúlyt, hanem inkább a lelki zavar intenzitása és a cselekményre gyakorolt hatása.

Elmondható tehát, hogy a beszámítási képesség fogalmát felváltotta a bűnösségre képtelenség kategóriája, amelynek következtében az első fogalom veszített is jelentőségéből. A bűnösségre képesség a bűnösség mellett²⁶ a felróhatóság egyik ismérvének is tekinthető²⁷. A beszámítási képesség egyébként csak a bűnösség körében bír jelentőséggel, hiszen a tényállás megvalósulása nem függ ettől a képességtől. Az elmebeteg elkövetők cselekményeinél éppen ez jelenik meg. Itt arról van szó, hogy az elkövető a norma alkalmas címzettje volt-e. Ezzel ellentétben áll a cselekvési képesség, amely pusztán azt jelenti, hogy az elkövető akaratlagos testi magatartás kifejtésére képes. Ebben az értelemben cselekvési képességgel rendelkezhet egy elmebeteg is.

A német Btk. nem határozza meg a bűnösségre való képesség fogalmát, hanem csak a büntethetőséget kizáró okokat sorolja fel, amelyek között megtalálható a felnőttek betegségsszituációja²⁸.

Az osztrák Btk. szerint nem büntethető annak a személynek a magatartása, aki a bűncselekményt annak elkövetése idején fenn álló elmebetegsége, gyengeelméjűsége, vagy súlyos tudatzavara, illetve más súlyos pszichikai zavara miatt nem volt azon képessége birtokában, hogy magatartásának veszélyes voltát felismerje, vagy a felismerésnek megfelelő magatartást tanúsítson²⁹.

2.3. A büntetőjogi intézkedések fejlődési irányai

2.3.1. Az intézkedések gyökereiről

Az intézkedések a büntetőjogi szankciórendszer rövidebb múltra visszatekintő intézményei közé tartoznak, hiszen az első szabályozási kísérletek a XIX. század végére tehetőek. E szankciónem gyökerei természetesen korábbi évszázadokra nyúlnak vissza; bizonyos elkövetői csoportokkal - így munkakerülőkkel, visszaesőkkel, elmebetegekkel

²⁶ JESCHEK, Hans-Heinrich, *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil*. Berlin, 1978. 349.

²⁷ WELZEL, Hans: *Das Deutsche Strafrecht*. Berlin, 1969.

²⁸ NAGY Ferenc, *Bűnösségre képesség a német büntetőjogban*, Kézirat.

²⁹ StGB. 11. §

- szemben a középkorban és az ókorban is szükség volt megelőző, biztonsági intézkedésekre. A következőkben e jogintézmény fejlődési vonalait kísérelm meg bemutatni, elsősorban a magyar szabályozás jellegzetességein keresztül.

Írásom ezen soraiban három témával foglalkozom: az intézkedések történeti gyökereivel, a XIX. század végi büntetési elméletekkel, valamint ezen új elméletek nyomán megalkotásra kerülő magyar jogalkotási eredményekkel.

E szankciónem egyik előzményének a biztonsági, preventív jellegű intézkedések tekinthetők, amelyeket az ókortól kezdve sűrűn alkalmaztak. Így intézkedésnek egyik legősibb előképének a száműzetés tekinthető, amely az elkövető - esetenként a politikai ellenfél - ártalmatlanná tételét teljes mértékben megvalósította³⁰. A sort az ókori görög demokrácia jellegzetes intézménye, a cserépszavazás³¹ nyitotta meg. E szankció igen hosszú életűnek bizonyult, sőt, az újkori gyarmatosítással újból erőre kapott, így deportáció formájában egészen a XX. századig alkalmazták. Annak ellenére tekintem az intézkedések előképének a száműzetést, hogy itt hiányzott a nevelés gondolata, a középpontban az ártalmatlanná tétel állt.

Véleményem szerint a középkorban más formában is megvalósulhatott az - elsősorban politikai - ellenfél félreállítása. Nyugat-Európában a középkor korai századaiban, de Oroszországban még az újkorban is igen népszerű volt a politikai rivális kolostorba záratása. Ez a megoldás nemcsak az ártalmatlanná tételt biztosította, esetenként valódi (át)nevelő hatást is elérhetett.

A mai vagyonelkobzás előképének tekinthető a korábbi századok jószágvesztésnek nevezett szankciója. Ezt a jogkövetkezményt a legsúlyosabb bűncselekmények - pl. a hűtlenség - elkövetése esetén, többnyire fejvesztéssel együtt szabhatták ki³².

Az első, valóban az elkövető veszélyességén alapuló biztonsági szankció V. Károly 1532. évi Conctitutio Criminalis Carolina nevű jogszabályából származik. A CCC így fogalmaz: azokat, akiktől „*bizonyított tényköriülményekből kifolyólag gonosztetteket vagy bűncselekményeket lehet várni*” és megfelelő biztosítékot nem tudnak nyújtani, bizonyos időre biztonsági őrizetbe kell venni³³. Nevelő és biztonsági funkciója miatt a

³⁰ NAGY Ferenc, *Intézkedések a büntetőjog...i.m.*, 9.

³¹ Az intézmény lényege, hogy aki az athéni polgárok által leadott szavazatok közül a legtöbbet kapja, annak tíz évre el kell hagynia a várost. NÉMETH György, *A demokrácia két arca - Periklész és Alkibiadész*, Rubicon, 2009/6., 63.

³² CSIZMADIA Andor – KOVÁCS Tibor – ASZTALOS László: *Magyar állam-, és jogtörténet*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest., 1998., 248.

³³ Constitutio Criminalis Carolina, 176. cikk

legnagyobb jelentőségű előzménynek a dologház tekinthető. Ezen intézmény létrejötte összefügg az újkor hajnalán a bekerítések következtében nagyszámú csavargó megjelenésével.

Az első, a rászorulókat támogatására létrehozott intézet a Bridewell Place volt, amely azonban nemcsak javítást - nevelést végző dologházként funkcionált, hanem egyszerre jelentett ezen kívül kórházat és börtönt. Lakói közé nemcsak csavargókat, hanem betegeket, rokkantakat, segítségre szoruló fiatalokat és munkakerülőket is felvett. Itt még nincs szó az intézetbe kerültek megbüntetéséről, annál inkább a munkás életre nevelésről. Ha kerültek is be bűnöző elemek az intézetbe, az nem bírói döntés alapján történt, mert a beutalás ekkor is rendészeti jogkörben maradt. A változás a XVII. században következett be, amikor a javítóházba utalás békebírói hatáskörbe került. A békebíró alá rendelt börtönök csekély száma miatt hamarosan elmosódott a határ a dologház és a börtön között. A kontinensen Amszterdamban jött létre az első javítóház, és német közvetítéssel terjedt el más országokban. A kálvini munkaerkölcs nevében itt a lelki gondozás együtt járt a fegyelmezett munkára neveléssel³⁴. A XVIII. században elvélve bár, de létrehoztak még néhány javítóintézetet. Ezek közül ki kell emelni az 1703-ban, fiatakorúak számára alapított római San Michele javítóintézetet, ahol a beutaltakat éjszaka elkülönítették egymástól, de nappal együtt dolgoztak és tanultak³⁵. Kétségtelenül a legismertebb ilyen intézmény a bridewell-i javítóintézet, de hazánkban is alapítottak dologházakat: Mária Terézia uralkodása alatt Szempcen létesült intézet e célból, igaz, Tallósra, majd Szegedre költöztetése után 1823-ban megszűnt³⁶. A XIX. század folyamán lehetünk tanúi a dologházak másodvirágzásának, bár ekkor már rabdolgoztató házként funkcionál a városi, vármegyei börtönök mellett. Az 1843. évi javaslat is tartalmazott rendelkezéseket e kérdéssel kapcsolatban. Csavargóknak, munkakerülőknak dolgozó gyarmatok, puszták felállítását tervezte. Meg kell jegyezni, hogy a javaslat a fiatakorúak számára is új szabályokat állított fel: 16 éven aluli bűnösöknek javító iskola létrehozását ajánlotta, amelyeket a kerületi börtönökhöz vagy a törvényhatósági fogházakhoz csatoltak volna³⁷. A dologházi törvény³⁸ is rendelkezik e szankciónemről, határozatlan idejű szabadságvesztés büntetés formájában.

³⁴ MEZEY Barna, *A Bridewell – jelenség*, Jogtörténeti Szemle, 2003/4., 23-25.

³⁵ NAGY Ferenc, *Büntetőjog általános rész*, Korona Kiadó, Szeged, 2004., 366.

³⁶ NAGY, *Büntetőjog*, i.m., 367.

³⁷ MEZEY Barna: *Realitás és illúzió – az 1843. évi börtönügyi törvényjavaslat vitái*, Jogtörténeti Szemle, 1992/4., 40.

³⁸ 1913. évi XXXI. tv. a közveszélyes munkakerülőkről

A büntetőjogi intézkedések előzményeinek másik fő vonalát a rendőri, közigazgatási rendszabályok alkotják. Itt elsősorban a közveszélyes elmebetegekkel és az alkoholistákkal szembeni fellépés eszközeire kell gondolni. Az elembeteg elkövetők gyógyintézetben való elhelyezésére csak az újkortól, a XVIII. századtól nyílt lehetőség – a megelőző századokban a rendes elmeállapotúakkal együtt börtönbüntetésre számíthattak. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek az intézetek inkább a felügyelet, mint a terápia feladatát látták el a XIX. századig³⁹. A gyógyintézetbe való beutalás kérdésében való döntés azonban nem került a bíró kezébe, az közigazgatási szférában maradt⁴⁰. Hazánkban erre lehet példa az 1976. évi XIV. tc. a közegészségügy rendezéséről.

2.3.1. Az új kriminológiai elméletek tanai – a pozitivista iskola és a közvetítő iskola álláspontja a büntetőjogi szankciórendszerről

A klasszikus iskola eszmerendszerének hátrányai az 1800-as évek derekán mutatkoztak meg. A merev tettebüntetőjogi felfogás nem kedvezett az egyéniesítésnek, pedig a kortársaknak be kellett látni, hogy bizonyos elkövetői csoportokkal – pl. visszaesők, elmebetegek, munkakerülők – szemben hatástalan a fennálló büntetőjogi szabályozás. Ezekre a problémákra az olasz pozitivista iskola adott sajátos választ. Képviselői⁴¹ szerint a bűnözés a társadalmi-szociológiai környezet által determinált, tehát a tettes nem szabad akaratát követve válik bűncselekmények elkövetőjévé. Felelősségét így közveszélyes állapota alapozza meg, a társadalom pedig csak biztonsági intézkedésekkel védekezhet ellene. Egyes szélsőséges képviselők szerint ezen intézkedésekre akkor is szükség lehet, ha egy személynek csak az életmódja vagy elmeállapota alapozza meg majdani bűncselekmények elkövetését⁴². A pozitivista iskolának két irányzata alakult ki: az antropológiai és a szociológiai iskola. Az antropológiai iskola megteremtője *Cesare Lombroso* volt, aki vizsgálódásai közepette szoros kapcsolatot fedezett fel az emberi külső és az egyes bűncselekmények között.

³⁹ LAFFERTON Emese: *A magyar pszichiátria történetének vázlata európai kontextusban 1850-1908*, Recepció és kreativitás – Nyitott magyar kultúra, zeus.phil-inst.hu (letöltés időpontja: 2009. 10. 06)

⁴⁰ NAGY Ferenc, *Intézkedések a büntetőjog... i.m.*, 12.

⁴¹ A legjelentősebb képviselői: C. Lombroso, R. Garofalo, E. Ferri.

⁴² Helyesen látta Fayer László ezen felfogás veszélyességét a politikai bűncselekmények tekintetében. E témáról bővebben lásd: FAYER László, *Az új irányok*, in: Horváth Tibor – Szük László. Büntetőjogi szakirodalom - gyűjtemény 1. kötet., Tankönyvkiadó, Budapest, 1987., 98-109.

Ennek hatására alkotta meg - A bűnöző ember című munkájában - a született büntettes kategóriáját, aki szerinte a fejlődésében visszamaradt, pusztán ösztöneinek engedelmeskedő lény⁴³. Elméletét már a kortársak is élesen bírálták, így álláspontját megváltoztatva már három bűnözői csoportot látott. Fenntartotta a született bűnöző kategóriáját, aki ellen ártalmatlanná tétellel védekezhet a társadalom, tehát halálbüntetéssel vagy életfogytig tartó fegyházbüntetéssel. Megkülönböztette még az elmebeteg bűnözőket és a bűnözésre hajlamosakat, velük szemben megelőző intézkedések sorát javasolja⁴⁴. A kriminálszociológiai irányzat megteremtése *Gabriel Tarde* nevéhez fűződik, aki követőivel együtt a környezet determináló hatását emelte ki⁴⁵.

A fentiek alapján látható, hogy a pozitivista iskola szerint büntetőjogi szankciórendszer is átalakításra szorult: határozatlan tartamú átnevelésre és elszigetelésre, deportációra (egyes képviselők szerint halálbüntetés gyakori alkalmazására) van szükség⁴⁶, és lehetőség szerint meg kell akadályozni, hogy a született büntettes biológiai tulajdonságai átszálljanak az utódokra⁴⁷. Az „új irányok”, ahogy Fayer László fogalmazott, nem arattak osztatlan sikert a büntetőjog tudományt művelők körében. A pozitivista elméletek tiszta formájukban nem jutottak érvényre egy államban sem. A századfordulón a klasszikus iskola és a pozitivista elméletek közötti kompromisszum jeleként jött létre a közvetítő iskola. Vizsgálódásuk középpontjában a „tettes tette” át. Véleményük szerint az egyénen kívüli és az egyén természetében rejlő okok együttesen vezetnek bűncselekmény elkövetéséhez. Az elmélet képviselői fontosnak tartották a büntetőjogi garanciák fenntartását, de teret engedtek a hagyományos büntetőjogi büntetések mellett a veszélyes állapotban alapuló biztonsági intézkedéseknek is⁴⁸.

Itt elsősorban *Franz von Liszt* elméletét kell kiemelni. Az ő nevéhez fűződik a célbüntetés fogalma, amely azt az elképzelést foglalja magában, hogy a különböző elkövetői típusoknál más-más a büntetés értelme. Az alkalmi büntettest elegendő

⁴³ LOMBROSO, Cesare, *L'oumo delinquente*, Torino, 1876, 421.

⁴⁴ LOMBROSO, Cesare, *Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens*, Berlin, 1902., 47.

⁴⁵ SOÓS Ildikó: *A pozitivista kriminológia hatása a magyar törvényhozásra a XX. század első felében az 1908. évi I. büntető novella tükrében*, in: Tanulmányok Horváth Tibor professor emeritus 75. születésnapjára, Bűnügyi Tudományi Közlemények, Bíbor Kiadó, Miskolc, 2002., 156-158.

⁴⁶ HORVÁTH Tibor: *A büntetési elméletek fejlődésének vázlatja*, Akadémiai kiadó, Budapest., 1981., 86-87.

⁴⁷ A pozitivisták ezen tétele nem marad csupán az elmélet szintjén. A XX. században egészen szélsőséges formában igyekeztek meggátolni a hibásnak vélt gének átörökítését. Erről a témáról részletesen lásd: IRK Albert: *A büntettes hajlamok átöröklésének orvosi beavatkozás útján történő megakadályozása Észak-Amerikában (castratio, sterilisatio)*, in: Irk Albert emlékkötet (szerk.: Irk Ferenc), Magyar Kriminológiai Társaság, Budapest, 1991.

⁴⁸ SOÓS, i. m., 159.

elrettenteni, a még javítható bűnözőt kötelessége az államnak megjavítani, a javíthatatlant pedig ártalmatlanná tenni. A célbüntetés meghatározásánál tekintettel kell lenni mind a bűncselekmény eredményére, mind pedig a tettes lelkivilágára. Liszt a következőképpen okoskodott: mivel az elkövető antiszociális beállítottsága bizonyos büntettes típusoknál nem ítéhető meg teljesen, szükséges a határozatlan tartamú jogkövetkezmények bevezetése. Nem fogadta el azonban a pozitivisták ama elméletét, hogy a közveszélyes egyént még a bűncselekmény elkövetése előtt ártalmatlanítani kell, hiszen ez utat nyitna a visszaélések előtt és súlyosan sértené az egyéni szabadságot⁴⁹.

Addig, amíg Liszt csak „büntetésekben gondolkodott”, *Carl Stoss* fontosnak tartotta az intézkedések elismerését is a büntetések mellett. Büntetést csak azokkal az elkövetőkkel szemben van értelme alkalmazni, akik annak pszichés hatását megfelelően érzékelni tudják, tehát befolyásolhatók általa. Több elkövetői csoport van, ahol ez a képesség hiányzik. Ide tartoznak a fiatalkorúak, akik éretlenségük miatt képtelenek felmérni a büntetés szerepét. Hasonló a helyzet a szellemileg rendellenes és alkoholisták elkövetők, valamint a visszaesők terén is. Ezen csoportokkal szembeni fellépés eszközüül ajánlotta Stoss a biztonsági intézkedéseket, amelyeket a közigazgatási jog már régóta ismert. Meg kell azonban jegyezni, hogy a visszaeső bűnözők tekintetében ez a megoldás teljesen újnak számított. Az elmélet újdonságereje abban állt, hogy közigazgatási jogintézményt emelt át a büntetőjogba. Elméletének megfelelően tehát a bíróság nem csak büntetést, hanem intézkedést is elrendelhetne. Ennek előnye elsősorban a jogállami megfontolásokban rejlik, hiszen az elkövető személyes szabadságát nagy fokban korlátozó intézkedéseknél a bírói eljárás garanciális fontosságú⁵⁰.

2.3.2. A közvetítő irányzat hazai képviselői

Magyarországon a jogtudósok többsége⁵¹ a közvetítő irányzatot fogadta el: „*a pozitivisták irányzatnál jóval megfontoltabb... bizonyítja ezt, hogy a kultúr államok*

⁴⁹ LISZT, Franz von, *Der Zweckgedanke im Strafrecht*, in: *Strafrechtliche Aufsätze und Vorträge*, Berlin, 1905., 163-179.

⁵⁰ STOSS, Carl, *Strafe und sichernde Massnahme*, ZStrR 1905., 35.

⁵¹ A legismertebb kivétel talán Fayer László, aki töretlenül kiállt a klasszikus felfogás mellett. Véleménye szerint az intézkedések alapjaiban kérdőjelezi meg a bűnösségi elvet, ráadásul a bíróság közjogi funkciója is elveszítené a jelentőségét. A határozatlan tartamú büntetéseket teljes mértékben elítélte, és hiába ismerte fel, hogy az alkoholizmus kora egyik fő kriminalitási tényezője, az intézkedéseket itt nem tudta elfogadni. A korlátozott beszámítási képességgel kapcsolatban még jogalkotási lépéseket sem tartott

törvényhozásai... felvették jogintézményeik közé... a biztonsági rendszabályokat, anélkül, hogy... a büntetéseket elejtették volna. Hazai büntetőjog tudományunk jelenkori képviselői... is nagyrészt ennek az irányzatnak a hívei⁵². Heller Erik, a fenti sorok írója a következőképpen gondolkodott a büntetés szerepével kapcsolatban: a megtorlás a büntetés természetében rejlik, azonban ez a büntetés alkalmas az ártalmatlanná tétel és a javítás feladatainak betöltésére is. Még a határozatlan tartamú szankció is összeegyeztethető a megtorlással, hiszen a javító-nevelő hatásánál fogva ellensúlyozza a megtorlás mértékét meghaladó rosszat. A pusztán egyéni megelőzés céljából alkalmazott rendszabály is megtorlásként hat véleménye szerint. Hasonlóan a javító intézetbe utalt fiatalok is megtorlásként értékeli a rá mért joghátrányt annak ellenére, hogy a cél ekkor a javítás és a nevelés. A jogtudós fontosnak tartotta a társadalom védelmének szempontját, és ezzel összefüggésben javasolta a már Lisztnél megismert hármas elkövetői kategorizálást. Mélyen elítélte azonban a pozitivisták azon felfogását, hogy a szankciók alkalmazása során bűnösség helyett a veszélyességet veszik alapul⁵³. A közvetítő elmélet egyik legismertebb magyar képviselője Angyal Pál volt. Álláspontja szerint a büntetés alapja a megtorlás, amelynek a célgondolat ad új irányt, hiszen a büntetés mellett kialakulnak olyan eszközök, amelyek egy sajátos célt, a megelőzés célját szolgálják. Megkülönböztet javító, gyógyító és biztonsági rendszabályokat. Hangsúlyozta, hogy a szankció kiszabásakor a bűncselekmény mellett más körülményeket is figyelembe kell venni. Ha ezek együttesen arra engednek következtetni, hogy az elkövető antiszociális jellem, büntetés mellett vagy anélkül védelmi intézkedésnek is helye van. Ezen intézkedés olyan esetekben is helyén való, amikor az antiszociális egyéniség bűncselekmény elkövetése nélkül is bizonyítást nyer⁵⁴. Látható, hogy Angyal megtorló büntetéseket és védelmi intézkedéseket különböztetett meg. A két szankció közé ékelődik be a védelmi büntetés kategóriája, amely a bűncselekményt nemcsak egyfajta „rosszal” viszonyozza, de egyben fékezi is az elkövetőt. Ez a kevésbé elfogadható elmélet meglehetősen különbözik Heller

szükségesnek. FAYER László, *A büntetési rendszerünk reformja*, Franklin kiadó, Budapest., 1889., 78-87. Fayer viszonylagos érzéketlensége kora új bűnözési tendenciái iránt véleményem szerint annak is betudható, hogy „az új tanok” elterjedésekor pályája legvégén járt. A közvetítő iskola érvényre jutása a jogalkotásban csak halála (1906) után következett be. A klasszikus tanokat valló többi jogtudós munkásságáról részletesen lásd: NAGY Ferenc, *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986., 53-56.

⁵² HELLER Erik, *A magyar büntetőjog általános tanai*, a Szent István Társulat Rt. Szegedi Fiókja, Szeged 1937., 16.

⁵³ HELLER, *A magyar ...*, i.m., 18-19.

⁵⁴ ANGYAL Pál, *A magyar büntetőjog tankönyve*, Atheneum, Budapest., 1920., 42-49.

felfogásától, hiszen lehetővé tette büntetőjogi szankció kiszabását bűncselekmény elkövetése nélkül, pusztán a veszélyességre alapozva.

Bernolák Nándor szerint elérkezett a büntetőjog átalakulásának, egy új kódex megalkotásának az ideje. A kodifikációs munkába nem csak a jogászokat, hanem a társadalomtudósokat és pszichiátereket is be kell vonni. Az új törvénykönyvre már a "büntető" szót sem lehetne használni, hiszen a szankciókat két csoportra kell osztani. A „normális”⁵⁵ büntetésekkel szemben továbbra is büntetéseket kell alkalmazni. Az elkövetők másik csoportjával szemben azonban háttérbe kell szorítani a bűnösségi elvet és a veszélyességen alapuló biztonsági rendszabályt kell alkalmazni. Itt a társadalom védelme a fő cél, ezért a jogtudós felfogása szerint még néhány alapvető fontosságú szabály is veszít a fontosságából. A klasszikus törvénykönyvekben töretlenül érvényesült az a nézet, hogy az előkészület csak kivételes esetben büntethető. A jogtudós szerint ez az elmélet elvetendő, ha a tettes egyéniségében rejlő veszélyekkel számolunk, tehát ő az előkészület általános büntethetősége mellett szállt síkra (legalábbis egyes elkövetői csoportok tekintetében)⁵⁶. Ez a felfogás véleményem szerint helytelen, hiszen a társadalom védelmét megfelelően szolgálja, ha az előkészületet csak a legsúlyosabb bűncselekmények esetén szankcionáljuk, ráadásul az előkészület általános büntethetősége az önkénynek is tág teret adhat.

Külön kell választani a fiatakorúakat és a korlátozott beszámítási képességű elkövetőket a „normális” büntetésektől. Az egyénesítés rendkívüli fontosságra tesz szert, a bűncselekmény háttérbe szorul az elkövető mellett. *Bernolák* azonban hangsúlyozza azt is, hogy „nem szabad feláldozni a jogrendszer alapvető elveiből és intézményeiből semmit, ami a kriminalitás ellen folytatott küzdelemben reális értéket képvisel”⁵⁷.

Finkey Ferenc szintén a közvetítő iskola tanait képviselte. Fontosnak tartotta a személyre szabott szankció alkalmazását, hiszen a közveszélyes elkövetők ellen így tud védekezni a társadalom. E szankciók egyik csoportját alkották a biztonsági rendszabályok. Ez a kategória felöleli az elmebeteg és az alkoholista elkövetők ártalmatlanná tételére és gyógyítására szolgáló intézményeket, valamint a társadalom védelmét szolgáló munkatelepeket, menedékházakat. Úgy vélte, a védekezés korábban is a büntetőjog alapelve volt a megtorlás elve mellett. Az intézkedéseket élesen

⁵⁵ Bernolák ezt a szót a korlátozott beszámítási képesség (csökkent szellemi érték) ellentétéként használja.

⁵⁶ BERNOLÁK Nándor, *Újabb teendőink a bűncselekmények ellen folytatott küzdelemben*, Wessely és Horváth Könyvnyomda, Pécs, 1914., 10-15.

⁵⁷ BERNOLÁK, *i.m.*, 10-15.

elválasztotta a büntetésektől, hiszen ezeket nem lehetett a büntetés fogalomrendszerébe besorolni⁵⁸. Finkey elmélete véleményem szerint teljes mértékben elfogadható. Egyetértek azzal a gondolattal is, hogy a védekezés korábban is megjelent „másodlagos” alapelveként, hiszen a büntetések – bár elsődlegesen az elrettentést szolgálták -, természetesen védelmet is nyújtottak.

Friedmann Ernőt rámutatott arra, hogy nem fogadható el a büntetés fogalmának a biztonsági intézkedésekkel való kitágítása. Ennek oka, hogy e két szankció alapja és célja merőben eltér, de lépéseket kell tenni a közelítésükre. A büntetés célja a jogrendben előidézett káros hatások ellensúlyozása és a megtorlás eszménye. A biztonsági rendszabályok rendeltetése azonban az, hogy az elkövetőt ártalmatlanná tegyék. Fontos fogalom itt a közveszélyesség, ami az intézkedés kiszabásánál játszik szerepet. A megoldást Friedmann a határozatlan tartamú ítéletekben látta⁵⁹.

Elfogadható *Wlassics Gyula* álláspontja is, aki teljes mértékben elítélte azt a felfogást, hogy a bűnösség és a megtorlási elv helyét átvegye a veszélyessége eszméje. Fontosnak tartotta a társadalom védelmét, de az kizárólagos alapelveként nem funkcionálhat. Egyes bűnelkövető csoportokkal - fiatalkorúakkal, munkakerülőkkel, elmebetegekkel - szemben, megfelelő biztosítékokkal ellátva elképzelhetőnek tartotta a határozatlan idejű intézkedések alkalmazását is⁶⁰.

2.3.3. A magyar büntetőjogi szankciórendszer átalakulása – az intézkedések első törvényi szabályozásai

Elsőként arra a kérdésre kell választ keresni, hogy a kriminológiai elméletek mennyiben gyakorolnak hatást, egyáltalán hatnak-e a büntetőjogi szabályozásra? *Szabó András* szerint a büntetőjog különösen ki van téve a kívülről jövő befolyásnak. Ez az idegen logika gyakran megtermékenyítő hatással van a büntetőjogra; erre a befolyásra különösen a kriminológia lehet jó példa, amely a bűnözés jelenségével foglalkozva a

⁵⁸ FINKEY Ferenc, *A magyar büntetőjog tankönyve*, Grill Könyvkereskedés, Budapest. 1914., 56-58.

⁵⁹ FRIEDMANN Ernő, *A határozatlan tartamú ítéletek*, Athaneanum, Budapest, 1910., 23.

⁶⁰ WLASSICS Gyula, *Hazánk és a büntetőjog fejlődése*, Jogállam, 1905/4., 13-34.

büntetőjog által megoldandó problémák sokaságát gyűjtötte össze⁶¹. Szabó András álláspontja véleményem szerint elfogadható. Felmerül azonban a kérdés, hogy a XIX.-XX. század fordulóján érvényesülő kriminológiai irányzatok közül melyik tudott gyökeret verni a magyar jogalkotásban. Amint azt már kifejtettem, a jogtudósok többsége a közvetítő iskola alapelveit fogadta el. Abban is egyetértettek, hogy a Csemegi-kódex az életviszonyok megváltozása folytán modernizációra szorul. A század első évtizedeinek kodifikációs munkálataiban részt vevő jogtudósok – itt elsősorban Balogh Jenő és Finkey Ferenc nevét kell kiemelni – a közvetítő elméletek alapján álltak, így a büntetőjogi szankciórendszerrel kapcsolatos álláspontjuk a törvénytervezetekben is megmutatkozott. Az alábbiakban kifejtésre kerülő új jogszabályok és jogintézmények a közvetítő iskola erős hatását tükrözik. Véleményem szerint a pozitivisták elméletek nem csak a jogirodalom, hanem a jogalkotás terén sem nyertek teret. Úgy gondolom, mindezek ellenére a klasszikus iskola hatása továbbra is érvényesült. Hiába kerültek megalkotásra a haladó szellemű törvények, az I. Büntetőnovella kivételével kevés szerepet kaptak a gyakorlatban. A jogalkalmazók többsége a merev, tett büntetőjogi ismérvvvel bíró klasszikus iskola nézeteit vallotta, ezért sem a dologház⁶², sem a szigorított dologház⁶³ jogintézménye nem tudott meghonosodni a bírói gyakorlatban. Ezekről eltérően azonban a Csemegi - kódex III. novellája – amely igaz, évtizedekkel később született – jelentős feladatot kapott a későbbi jogfejlődésben.

2.4. Az intézkedések alkalmazásának indokoltsága

Az intézkedések jogalapjáról a szankciónem megjelenése óta élénk vita folyik. A XIX. században úgy vélték, hogy a büntetés elleni harc indokolja az új típusú jogkövetkezmény alkalmazását. Mivel az intézkedés elrendelése egyben a személyes szabadság veszélyeztetését is magával hozta, felmerült a kérdés, hogy hogyan történjen a cselekmények elbírálása. *Stoss* felismerte, hogy a megfelelő védelmet a független bírói eljárás jelentheti⁶⁴. Az intézkedések azonban nem tekinthetők értéksemleges

⁶¹ SZABÓ András, *A büntett és büntetése*, Gondolat Kiadó, Budapest., 1979., 86.

⁶² Bevezette az 1913. évi XXXI. tv.

⁶³ Bevezette az 1928. évi X. tv.

⁶⁴ STOOSS, Carl, *Strafe und sichernde Massnahme*, Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 1905., 35.

jogkövetkezményeknek, mert előfordulhat, hogy az egyén számára nagyobb megterhelést jelentenek, mint a büntetés. Mivel a szankciónem célja az egyéni megelőzés, az nem csak az elkövetett cselekményt veszi figyelembe, hanem inkább az elkövető személyiségét, főként a veszélyességét. A veszélyesség megléte legalább olyan súlyú helytelenítést eredményez, mint a bűnösség esetén tapasztalható társadalmi rosszallás. Ez különösen érvényesül akkor, ha az elkövetőt „*pszichésen abnormálisnak, vagy javíthatatlan, szokásszerű bűnözőnek minősítik*”⁶⁵. Az intézkedések igazolására felhozott teóriák két csoportra oszthatók: a szociáletikai megalapozású elméletekre és a közérdek túlsúlyának elvére.

A szociáletikai elmélet szerint az intézkedés hasznosságából nem adódik a büntetőjogi beavatkozás indokoltsága. Az ilyen beavatkozást lehet célszerűnek és hatékornak tekinteni, de hogy ez jogszerű-e, az az adott személlyel szembeni erkölcsi megengedhetőség kérdése. Ennek megfelelően az intézkedés elrendelését személyenként külön-külön kell megvizsgálni. *Welzel* szerint a közösségi életben csak azok vehetnek teljes mértékben részt, akik az elfogadott normáknak megfelelően képesek élni. Aki nem képes saját erkölcsi meghatározása által irányított szabadságra, az nem igényelhet teljes részvételt a társadalom életében. Ebbe a fogalomkörbe tartoznak többek között az elmebetegek vagy a kábítószer élvezők. Ennek kapcsán felmerül az a kérdés is, hogy az államnak van-e joga és kötelessége ezt a réteget gyógyítani vagy nevelni. Az elmélet szerint az államnak joga van a beavatkozáshoz, de az erkölcsi megengedhetőséget itt is minden esetben vizsgálni kell⁶⁶. Ezzel a nézettel szemben azonban kritikaként felhozható, hogy csak akkor jelent megoldást, ha az elkövetőnek hiányzik az a képessége, hogy erkölcsi szabadságát helyesen használja. Ez azonban nem áll fenn, ha az elkövető beszámítható. Ráadásul bizonyos jogok minden embert megilletnek, függetlenül attól, hogy belső szabadságukkal helyesen élnek-e, egyáltalán képesek-e erre.

Az ellentétes álláspont szerint az intézkedések jogalapját a közérdek túlsúlya jelenti. Ebben az esetben a mérleg egyik oldalán a társadalom védelme, a másik oldalon pedig az egyén szabadságjogai állnak. Ha érvényesül a hatalom túlsúlya, ez mégsem jelentheti az emberi méltóság elvesztését, hiszen ez az a korlát, amely egyfajta mértéket jelent

⁶⁵ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog ...i.m.*, 180.

⁶⁶ WELZEL, Hans, *Das Deutsche Strafrecht*, Berlin, 1969., 244-246.

jogalkotónak és jogalkalmazónak egyaránt⁶⁷. Az intézkedések jellemzői közé tartozik, hogy a személyes szabadságot legalább annyira korlátozzák, mint a büntetések, a jogállami garanciák azonban nem érik el a másik szankciónem esetén alkalmazott korlátokat. A közérdek túlsúlyának megállapításakor vizsgálni kell, hogy ez az érdek valóban erősebb-e, mint az egyén személyiségi és szabadságjogai. Ennek megállapítása során tekintettel kell lenni az adott értékek egymáshoz való viszonyára: az egyén szabadsága nagyobb érdek-e, mint a társadalom védelme. Értékelni kell, hogy milyen súlyú az egyén magatartása, amelytől meg kell óvni a közösséget⁶⁸. A közérdek túlsúlyánál vizsgálni kell a bűnismétlés valószínűségét (különösen a cselekmény súlyát), a büntető jogi beavatkozás milyenségét⁶⁹, végrehajtási formáját, és a végrehajtás részletszabályait. Beszámíthatatlan elkövetők esetén különösen fontos kérdés a végrehajtás formája és a szankció időtartama⁷⁰. Egy másik elképzelés szerint a szankció célszerűsége nem áll összefüggésben annak igazoltságával. Ha egy jogkövetkezmény nem a bűnösségen alapul, azt csak szükségesség igazolhatja. Ez a fogalom azonban nem a kezelést, vagy a nevelést jelenti, hiszen ez nem lehet a büntetőjog feladata. Ebben az esetben inkább a jogi javak védelméről van szó. Az intézkedések esetén alapkövetelmény a veszélyes állapot, annak felderítése, hogy ez az állapot elviselhető-e más társadalomra veszélyes magatartásokkal összevetve. Ebben a megfogalmazásban a közérdek túlsúlya egyfajta szükséges arányosságot jelent a társadalomra veszélyesség és a közösség beavatkozása között. Ennek megállapítása a társadalomra veszélyesség fokától, azaz a várható bűnismétlés súlyától függ⁷¹.

A közérdek túlsúlyának elvével kapcsolatban is felhozhatók ellenérvek. Előfordulhat, hogy a közérdek az intézkedés mellőzése mellett szól, hiszen nem csak az egyén, hanem a közösség érdeke is, hogy aránytalan szabadságelvonást senki ne szenvedjen el. A társadalomba történő visszavezetést szolgáló jogkövetkezmény sem csak a közösség

⁶⁷ NOWAKOWSKI, Fritz, *Die Massnahmenkomponente im StGB. In: Festschrift für Cristian Broda*, Wien, 1976., 176.

⁶⁸ Ez a felfogás jelenik meg a kényszergyógykezelés hatályos feltételrendszerében, amikor a törvény kimondja, hogy az csak személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó cselekmények esetén rendelhető el, ha a büntetési tétel az egy évet meghaladja. Ebből következik, hogy ha más büntetendő cselekményt követ el az egyén, az már nem alapozza meg a büntető eljárást. Árnyalja azonban a képet, hogy sor kerülhet kötelező gyógykezelésre, tehát ennek kapcsán ismételt felmerül az egyéni szabadságjogok összemérése a közérdekkel.

⁶⁹ Itt főként az intézkedés határozatlan voltára kell utalni.

⁷⁰ STRATENWERTH, G., *Zur Rechtsstaatlichkeit der freiheitsentziehenden Massnahmen im Strafrecht*, Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 1966., 337-384.

⁷¹ GRAVEN, Philip, *Die Zukunft des Freiheitsentzuges im schweizerischen und deutschen Strafrecht*, ZStW, 1968., 199-228.

érdekét szolgálja, hanem az elkövetőjét is. Ráadásul az intézkedés elrendeléséről szóló döntés az elkövető veszélyességének megállapításától függ, amely prognózisdöntést igényel. Ezekhez az előrejelzésekhez azonban számos bizonytalanság tapad, ami megkérdőjelezi, hogy valóban indokolt-e a büntetőjog beavatkozása. A prognózisok nem csupán azzal járhatnak együtt, hogy az egyén személyes szabadsága indokolatlanul sérül, hanem azzal is, hogy egyes veszélyes egyénektől – éppen az előrejelzés bizonytalansága miatt – nem sikerül megvédeni a társadalmat. Nem változtat ezen a problémán a szakértői vélemények beszerzésének kötelezettsége sem⁷², hiszen a szakvélemények sem könnyítik meg a veszélyes elkövetők tárgyilagos szempontok alapján történő kiválasztását⁷³.

2.5. Az intézkedések fogalmi kérdései

Az intézkedések fogalmának számos meghatározása ismert. Elsőként *Angyal Pál* igyekezett megalkotni a védelmi intézkedés definícióját. Véleménye szerint itt általában olyan kényszereszközökről van szó, amelyeket az állam, vagy a társadalom a bűncselekmények elkövetésének megelőzése céljából a bűnözés veszélyét magukban hordozó személyek ellen alkalmaz. Az intézkedés ebben a felfogásban egyfajta biztosíték, amely fékezi vagy átalakítja az elkövetőt⁷⁴. Ez a fogalom meghatározás még meglehetősen kezdetleges, a pontatlanságra utal az „általában” kifejezés is. *Heller Erik* tömörebben, ám meglehetősen kevés fogalmi elemet, illetve feltételt alkalmazva határozta meg az általa biztonsági rendszabálynak nevezett szankció típus definícióját: „az állam által bűncselekményi tényálladéku cselekmények megelőzése végett személy ellen alkalmazott kényszer”⁷⁵.

Györgyi Kálmán szerint a definíció megalkotása a Btk. alapján nem oldható meg. Ez a szankció a büntetőjogi jogkövetkezmények egyik típusa, így a társadalom védelmének eszközeként fogható fel. Ezt a jogkövetkezményt a bíróság vagy kivételesen az állam feljogosított más szerve alkalmazhatja a törvény által előre megállapított feltételek

⁷² Ez az aggrágy merül fel a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során hozott döntés esetén.

⁷³ ALBRECHT, P., *Die allgemeinen Voraussetzungen zur Anordnung freiheitsentziehender Massnahmen gegenüber erwachsenen Delinquenten*, Basel u. Frankfurt/a. M., 1981., 13-26.

⁷⁴ ANGYAL, *i.m.*, 144.

⁷⁵ HELLER, *A magyar büntetőjog... i.m.*, 259.

fennállta esetén. Szükséges továbbá, hogy büntetéssel fenyegetett jogellenes cselekményről legyen szó, és az elkövető specifikus sajátosságai miatt büntetés helyett vagy amellett kell elrendelni nevelési, gyógyítási, vagy elszigetelési céllal, annak érdekében, hogy megakadályozzák az elkövetőt az újabb bűncselekmény elkövetésében. Mivel az intézkedések általános fogalma nem alakítható ki, célszerű azok csoportosítása. Györgyi ez alapján különböztet meg nevelő, gyógyító és biztonsági intézkedéseket. A rendszertani megkülönböztetés ellenére mégis elmondható, hogy a két szankciónem nem határolható el élesen egymástól. Erre utal, hogy a joghátrány valamennyi intézkedés velejárója, és a büntetések, valamint az intézkedések is tartalmaznak olyan elemeket, amelyek a másik jogkövetkezmény típus velejárói⁷⁶.

Földvári József szerint az intézkedések lényege a büntetéstől elhatároló ismérvek egy részének vagy azok összességének felsorolása. Ez a meghatározás alkalmat adott Földvárinak arra, hogy kiemelje az intézkedések büntetésekkel egyező, valamint a büntetésektől különböző tulajdonságait. Álláspontja szerint az intézkedések pozitív ismérvei, hogy azokat a büntetőjogilag releváns magatartás tanúsítójával szemben lehet alkalmazni. Ezeket a jogkövetkezményeket csak az állam arra feljogosított szervei szabhatják ki a törvényben meghatározott feltételek fennállta esetén. Az intézkedések kikényszeríthetők, kivéve, ha azok fajtájából más nem következik. Céljuk a bűnözés csökkentése, újabb bűncselekmény elkövetésének megelőzése.

A negatív ismérvek az alábbiak szerint foglalhatók össze: bűncselekmény elkövetése nem szükséges a szankció alkalmazásához. Az intézkedés hatást gyakorolhat nem csak az elkövetőre, hanem a cselekmény tanúsítóján kívül álló személyre is. Sajátosság továbbá, hogy az intézkedés az elkövetett magatartás értékítéletét jelenti, nem feltétlenül a cselekmény elkövetőjét⁷⁷. További elhatárolási szempontok, hogy céljuk eltérhet a neveléstől és alkalmazásuk nem mindig jár joghátránnyal⁷⁸.

Lázár Miklós szerint a büntetések és az intézkedések között több rokon vonás is van. Megkülönböztető ismérveket is meghatározott, mint az alkalmazás feltétele, a hátrány, az erkölcsi rosszallás, a tartam, és a szankció súlya⁷⁹. Ez az elhatárolás nem minden esetben állja meg a helyét a gyakorlatban, hiszen az intézkedéseknek is jellemzője a hátrány és a jogkövetkezménnyel együtt járó társadalmi rosszallás. Ráadásul egyes

⁷⁶ GYÖRGYI, *i.m.*, 170-171.

⁷⁷ FÖLDVÁRI József, *A büntetés tana*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1970., 96.

⁷⁸ FÖLDVÁRI, *i.m.*, 174.

⁷⁹ LÁZÁR Miklós, *Intézkedések a szocialista büntetőjogban*, Állam- és Jogtudomány, 1974/4, 545-561.

intézkedések hasonló súlyú korlátozásokat tartalmaznak, mint a szabadságvesztés büntetés. A kényszergyógykezelés tipikusan ilyen jogintézmény, de a tanulmány megszületésének idején ez a sajátosság fokozottan érvényesült a szigorított őrizet kapcsán is.

Horváth Tibor azt írja, hogy a két szankciónem kiegészíti, nem pedig kizárja egymást. Feladatuk közös, hiszen mindkettő a büntetőjog célját szolgálja. Álláspontja szerint a büntetések és az intézkedések közötti határok egyre inkább elmosódnak, hiszen előfeltételei lényegében azonosak, erkölcsi rosszallást tartalmaznak. A határok annyira halványulnak a két szankciónem között, hogy az intézkedések önállóságáról nem is lehet beszélni⁸⁰.

Az intézkedések témájával *Nagy Ferenc* is behatóan foglalkozott. Véleménye szerint a büntetéseknek és az intézkedéseknek számos rokon vonása van, ugyanakkor felfedezhetőek közöttük relativizáló és elhatároló különbségek is.

A rokon vonások közé tartozik, hogy mindkét szankciónem a büntetőjogilag értékelhető magatartás tanúsítójával szemben alkalmazható negatív jogkövetkezményt jelent. Elmondható tehát, hogy mindenféle büntetőjogi jogkövetkezmény velejárója a joghátrány⁸¹. Ebben a tekintetben különbözik a felfogása Földváriétól, aki szerint az intézkedés alkalmazása nem feltétlenül jelent joghátrányt. Osztom Nagy Ferenc álláspontját, hiszen az intézkedés alkalmazása is, mint bármely büntetőjogi jogkövetkezmény, még ha az nem is jár a személyes szabadság korlátozásával, ténylegesen joghátrány kapcsolódik hozzá.

A törvényi tényállás kimerítése, illetve büntetendő cselekmény elkövetése is feltétele az intézkedés alkalmazásának. A magatartás tanúsítása nélkül a büntetőjogi szankció alkalmazásáról szó sem lehet. Mind az intézkedések, mind pedig a büntetések a társadalom védelmét szolgálják, közös cél továbbá a bűncselekmények megelőzése. A szankciók kiszabására csak akkor kerülhet sor, ha azt a cselekmény elkövetése előtt a büntető törvény előírta, és az ott meghatározott feltételek is teljesültek. Közös vonás továbbá, hogy a büntetőjogi jogkövetkezmények nemei között a társadalom tagjai általában nem tesznek különbséget. Nagy Ferenc azonosságként említi továbbá, hogy intézkedést is csupán bíróság alkalmaz, és ezt nem érinti a tény, hogy a megrovásról az

⁸⁰ HORVÁTH Tibor, *Büntetés végrehajtási jog I.*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1975., 84-90.

⁸¹ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog...i.m.*, 215.

ügyészség is rendelkezhet⁸². Álláspontom szerint azonban éppen ez a tény alapozza meg az egyik különbséget a büntetőjogi jogkövetkezmények két neme között.

A két szankciónem között meghatározható néhány relativizáló különbség, amelyeknek jellemzője, hogy a differencia elhalványul. Az egyik különbség a szankciófajták jogi természete és tartalma közötti eltérés. A büntetés tetтарыыos, megtorló jogkövetkezmény, amelynek szükséges eleve a bűnösség megléte, az elkövető személyisége csupán másodlagos. Ezzel ellentétben az intézkedés inkább védelmi reakció, ahol az egyén személyisége áll előtérben. A különbségek közé tartozik a tartam is, hiszen a büntetések esetén mindig meghatározott időtartamról van szó, az intézkedésekről azonban ez nem mondható el. Főleg a gyógyító intézkedéseknél jut szerephez ez a jellegzetesség, hiszen ezekben az esetekben nem látható előre, hogy mennyi idő szükséges az elkövető veszélyes állapotának megszűnéséhez. A szankciók alkalmazásának alapja az, hogy a büntetés csupán beszámítható és bűnös elkövetővel szemben rendelhető el, az intézkedés pedig a beszámíthatatlan, és nem bűnös egyénnel szemben is. Ez a különbség azonban elhalványult, hiszen az intézkedések terén is kivételesnek tekinthető a beszámíthatatlanság feltétele. Másfelől, az önhibából eredő ittas vagy bódult állapotban elkövetett bűncselekmény tanúsítójával szemben büntetést kell elrendelni. Mutatkoznak különbségek továbbá a végrehajtás területén, azonban ezek egyre inkább csökkennek. A különbségek elhalványulását leginkább az jelzi, hogy hasonló tartalmú jogintézményt egyes országok büntetésként, mások pedig intézkedésként szabályoznak.

A büntető jogkövetkezmények két neme közötti elhatároló különbségek a lényegi megkülönböztető elemeket foglalják magukba. Az egyik ilyen differencia az egyes szankciók célja. A büntetés elrettentést fogalmaz meg, amellyel egyaránt szolgálja az egyéni és az általános megelőzést. Az intézkedés azonban inkább a speciális prevenciót szolgálja. Mindemellett az intézkedésnek is lehet általános megelőző hatása, ha elfogadjuk azt, hogy az érintettre tényleges joghátrányt jelent. Az elhatároló különbségek közé tartozik a bűnösség szerepe. Büntetések esetén behatárolja a büntetés nagyságát, az intézkedések kiszabásának azonban nem behatároló ismérve, hanem egyes esetekben csupán feltétele. A két szankciónem között lényegi különbséget jelent,

⁸² NAGY, *Intézkedések a büntetőjog...i.m.*, 215-216.

hogya a büntetéshez a büntetett előélet hátrányai is kapcsolódnak, az intézkedés azonban nem eredményez büntetett előéletet⁸³.

2.6. A kényszergyógykezelés helye a büntetőjog szankciórendszerében

Időről-időre felmerül a kérdés, hogy a kényszergyógykezelést a büntetőjogi szankciókon belül kell-e szabályozni. Ennek oka, hogy büntetőjogi felelősségről nem beszélhetünk ezen elkövetői csoport vonatkozásában. Ezzel összefüggésben az a kérdés is megválaszolásra vár, hogy a büntetőjog szerepe hogyan definiálható. A megtorló büntetőjognak kell-e megjelennie, vagy létjogosultsága van a kezelő büntetőjognak? A kezelő büntetőjogban, a treatment ideológiákban a büntetőjogi szigor helyett nagyobb feladat jut a kezelésnek, a javítás, a nevelés céljainak. A büntetőjog garanciarendszerét annak megfelelően építette ki, hogy a jogágnak alapvető jellemzője a kényszer, ezzel összefüggésben az állami megtorlás. A büntetőjogi garanciákat azonban nem lehet alkalmazni az orvosi, kezelő elemekkel bővített szankciókra. Ez a felfogás megbontja a büntetőjog egységét és garanciarendszerét, amely veszélyezteti az állampolgári szabadságjogokat⁸⁴.

A büntetőjognak nem feladata a beteg egyének gyógyítása, arra szolgál az egészségügyi rendszer. Ez a jogág az elméleti rendellenességekkel a büntetendő cselekmények elkövetése kapcsán találkozhat, ennek megfelelően a társadalom védelmét előtérbe helyezve kezeli ezt a kérdést. Beszámíthatóság híján a büntetés kiszabása nem jöhet szóba, marad az elmeorvosintézetbe utalás⁸⁵. Ennek ellenére ez a jogkövetkezmény is magával hordozza a morális elítélést, a stigmatizációt⁸⁶.

A büntetőjog a bűncselekmény elkövetésére hátránnyal járó szankciók alkalmazásával reagál. Ezek főként a büntetésekre, de kisebb mértékben az intézkedésekre is jellemzők⁸⁷. A kényszergyógykezelés célja elsődlegesen az elkövetők gyógyítását

⁸³ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog...i.m.*, 217-222.

⁸⁴ SAJÓ András, *Jogfilozófiai megjegyzések az államnak a büntetésre formált jogához*, Jogtudományi Közlöny, 1985/8., 459-463.

⁸⁵ Ez nem minden országban a kényszergyógykezelést jelenti, mint büntetőjogi intézkedés alkalmazását. Az angolszász államokban ez a jogintézmény nem létezik, az egészségügyi törvény rendelkezik a büntetendő cselekményt elkövető mentálisan sérültek megítéléséről.

⁸⁶ ANDRENAES, Johannes, *Punishment and deterrence*, University and Michigan Press, Michigan, 1974., 167.

⁸⁷ Ennek oka, hogy az intézkedések egyéb célokkal is bírnak, mint a társadalmi rosszallás kifejezése, a kontrollálás, vagy a kezelés.

szolgálja, azt az egyén mégis hátrányként, pontosabban kényszerként éli meg⁸⁸. Ez azonban nem csak a kényszergyógykezelésnek a jellemzője, ugyanúgy a sajátja a sürgősségi és a kötelező intézeti gyógykezeléseknek is.

Vannak olyan vélemények - amelyek közül elsősorban *Fehér Lenke* nevét kell kiemelni -, amelyek szerint, ha az elkövető nem büntethető kóros elmeállapot miatt, az ügy a továbbiakban nem tartozik büntetőjogi útra. Ennek oka, hogy elsődlegesen orvosi kérdéssről van szó. A kényszergyógykezelés tartalmát tulajdonképpen egészségügyi jellegű kérdések töltik ki, ezért indokolatlan az intézkedés elhelyezése a büntetés végrehajtás szférájában. Ebben a felfogásban további problémát jelent, hogy a Btk. indokolatlanul különbséget tesz az elkövetők között, hiszen csak a legveszélyesebbeket emeli ki, és alkalmaz velük szemben büntetőjogi szankciót⁸⁹. Véleményem szerint az elkövetők közötti különbségtétel igenis indokolt, hiszen ha büntetőjogi szankciót alkalmazunk - legyen az akár intézkedés - figyelembe kell venni a büntetőjog ultima ratio jellegét. Ez alapján pedig csak a súlyosabb esetekben alkalmazható a kényszergyógykezelés.

Fehér Lenke szerint a kényszergyógykezelés is egyfajta társadalmi válasz, hiszen elrendelésével a büntetőjog reagált a cselekmény elkövetésére. A gyógykezelés tartalmi kérdései azonban már az egészségügy hatáskörébe tartoznak, a beutalt és az orvos közötti viszonyt nem befolyásolhatja a beutalás kényszerű jellege. A kezelés felülvizsgálata során jut ismét szerephez a jog. Annak, hogy büntetőjogi intézkedésként szerepel, elsődleges oka a társadalom védelme, és az újabb bűncselekmények megelőzése. Másodlagos oka az egyén kezelési szükséglete és a kettős eljárás – a büntető eljárás és a Polgári Perrendtartásban meghatározott eljárások – elkerülésének megvalósítása. A kezelési szükséglet objektív, mert az egyén nagy valószínűséggel nem ismeri fel a kezelés indokoltságát, sőt valószínűleg negatív módon viszonyul ahhoz⁹⁰. Véleményem szerint a büntetőjogi úton történő elrendelés oka a társadalom védelme, és az elkövetett cselekmény súlya, hiszen az objektív kezelési szükséglet nem különbözteti meg a kényszergyógykezelést a Polgári Perrendtartásban meghatározott eljárásoktól.

⁸⁸ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, i.m., 149.

⁸⁹ FEHÉR Lenke, *Kényszergyógykezelés: a patológia terápiája, avagy a terápia patológiája?*, Jogtudományi Közlöny, 1989/12., 633.

⁹⁰ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, i.m., 149-150.

Itt érdemes megemlíteni *Szabó András* nevét. Álláspontja szerint felmerül a kérdés, hogy igazságosan, vagy okosan büntessünk-e? Ha a jogalkotó okosan akar büntetni, orvosi, pedagógiai, pszichológiai megfontolásokat követ, ha pedig igazságosan, a jogegyenlőség elvárását tartja szem előtt. „*A hatékonyság és a célszerűség így szembekerül az igazságosság eszményével ... az egyéni szabadság és az egyéni autonómia áldozatául esett a gondoskodó állami intervencionizmusnak*”. Ebben az esetben a hatalom korlátlan, a közérdekekkel indokolt beavatkozás azonosul az államérdekekkel. A társadalmi legitímálás elmélete a jogellenesség tételévé alakul, vagyis a konszenzussal büntetendőnek ítélt cselekmény helyébe a közhatalmilag jogszerűtlenné nyilvánított magatartás elmélete lép. Ebben az esetben a büntető beavatkozás a nem megtorló beavatkozás formájában is megjelenhet, így jönnek létre a nevelő – pedagógiai, gyógyító - pszichiátriai, gyógyító - pszichológiai büntető szankciók. Ebben a rendszerben a megtorlás fogalma az antihumánus bosszú fogalmával azonosul, az igazságosság helyett pedig a célszerű gyógyítás, a célszerű nevelés, valamint a hatékony kezelés kerül a középpontba. Az igazságos megtorló büntetés helyét a legális kezelés veszi át, aminek azonban csak szakmai és célszerűségi korlátai vannak. Ezzel megvalósul a büntetőjog társadalmi szerepváltása is: többé már nem a bűn büntetésére, hanem az egyén kezelésére hivatott. A büntetőjognak nem feladata a társadalmi folyamatok irányítása, a jogi eszköztárban csupán ultima ratioként kell szerepelnie⁹¹.

A liberális és a jogállamiság irányába mutató rendszer az állami beavatkozás korlátlanágával szemben jogi akadályokat teremt, az egyént pedig állampolgárnak és nem alattvalónak tekinti. Az egyénről való gondoskodás eszméje fennmarad, de nem a büntetőjog, hanem az önálló szociális ellátórendszer keretein belül.

A büntetőjogi megtorlás azért felel meg a jogállamiság eszméjének, mert eleve kizárja a korlátlanágot. A megtorlás a bűn viszonzásaként annak nagyságához igazodik, korlátja így maga a tett. Ezzel szemben a kezelő büntetőjog a beavatkozást korlátlaná teheti, mert nincs olyan eleme, amely alkalmas volna a korlátozásra. Hiszen bűnné lehet nyilvánítani mindent, ami kezelhető, de megtorolni csak bünt lehet.

A megtorló büntetőjog a megtorlás kifejezés pejoratív köznapi értelmével szemben tehát nem védtelen bosszú. Természetesen, ha a bűn jóvátehetetlen, a büntetésnek is ehhez kell igazodnia.

⁹¹ SZABÓ András, *A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga*, Jogtudományi Közlöny, 1988/8., 459-462.

A kezelő büntetőjog az egyéni szabadság korlátozására azért alkalmasabb a megtorlási elméletnél, mert előzménye nem feltétlenül bűncselekmény, hanem neveltlenség, veszélyes állapot, beteges szenvedély. Ebben az esetben a szankciók intézményrendszerét nem a megtorlásra, hanem a kényszerrel történő kezelésre teszik alkalmassá. Ezért válhat a büntetés célja önálló értékelési kritériummá. Az ilyen szankciórendszer a büntetőjogot társadalmi szerepcserére kényszeríti. A biztonsági intézkedések valójában nem fejlesztik tovább a büntetőjogot, hanem csak társadalmi pótszerek. A társadalom akkor fordul hozzájuk, amikor a büntetőjogon kívül nincs megfelelő intézmény a probléma kezelésére. Szabó András szerint itt hibás gondolatmenetet fedezhetünk fel. A kiindulópont szerint a büntetőjog problémája, a bűnözés társadalmi probléma. Ebből azonban nem vezethető le, hogy a büntetőjognak minden társadalmi problémára reagálni kellene⁹².

Az igazságos büntetés egyik jellemzője a büntetés mértékének tethöz kötöttsége. Ebből következik, hogy a büntetésnek nem csak előfeltétele, hanem korlátja is a tett. Mindezekből levezethető az az igazságosságra vonatkozó szabály, amely szerint a büntetésnek a tett súlyával kell arányosnak lennie. Ez a követelmény nemcsak az állampolgári szabadság egyik garanciája, hanem a büntetés kiszabást szabályozó segédelvek meghatározó céljává vált. Erre lehet példa a büntetések rangsora, a súlyosbító és enyhítő körülmények, a bűnösség mértéke, az egyik büntetésről a másikra való átmenet lehetősége. Az az alapelv, hogy az enyhe bűncselekmény enyhe büntetést, a súlyos viszont súlyosabb büntetést érdemel, a büntetési tételekben jut kifejezésre.

E szerint a tetterányos büntetés a megtorlás logikáját követi, nem pedig pedagógiai indokoltsághoz igazodik. Amikor egy büntetőjogi elmélet fellép a megtorlás ellen, akkor nem is a megtorlás, mint viszonzás ellen küzd, hanem a megtorlás embert megalázó és sanyargató formái ellen. A megtorlás azonban, mint arányos és hátrányt okozó viszonzás a büntetőjog büntető jellegének lényege⁹³. Ennek oka, hogy a bűnről mindenki ösztönösen elítélően vélekedik. Az ehhez kapcsolódó első reakció a megbüntetés, tehát a bosszú. A bosszúban tudjuk kiélni felháborodásunkat és megvetésünket. Ebben semmi célkövetés vagy tételezettség nincsen, a bosszú egyszerűen a bűn viszonzása. „*Bármilyen emelkedett erkölcsi, vagy jogászai álláspontot*

⁹² SZABÓ András, *Jogállami forradalom és a büntetőjog alkotmányos legitimitása*, Belügyi Szemle, 1999/10., 11-12.

⁹³ SZABÓ András, *A büntett és büntetése*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1979., 88-89.

foglaljunk is el, a bosszú megszüntethetetlenül ott lappang a bűnre való egyéni és társadalmi reakcióinkban”. A bosszú a legfejlettebb büntetőjogi rendszerben is megtalálható, mint társadalmi motivációs bázis, habár természetesen a vérbosszúban és a tálió elvével szemléltethető legjobban, de végighúzódik a büntetőjog egész történetén. A büntetőjog fejlődése arról szól, hogy a bosszú általánosan kiélhető legyen és intézményesüljön. Így az fokozatosan megtorlássá szelídült, ami már reflektált választ jelentett a bűnre és egyetemesebb válasz lehetett a sérelemre. A konkrét bűnre szabott és annak természetét utánzó büntetés helyett a megtorlás általánosan alkalmazható büntetéseket intézményesített. Ebben is megmaradt azonban a bűn viszonzásának gondolata, de ezt már a bűn súlyához igazodó szankcióval éri el. A megtorlás mellett megjelenik az arányosság elve, amely egyben a büntetőjogi humánus alapelve is⁹⁴. Ha a közhatalom egy cselekményt jogsértésnek minősít, azt indokolnia kell, az indoklás azonban értékelést tartalmaz. Ez az értékelés megelőzi a tiltó szabályt, és büntetőjogon kívüli értékszempontot jelent. A büntetőjog ezek szerint kitüntetett értékek védelmét jelenti⁹⁵.

A liberális felfogás szerint a büntetőjognak nemcsak legálisnak kell lennie, hanem legitimálnak is, tehát a népakaratot kifejezésre juttató törvényhozást korlátozhatja a cselekvés szabadságát büntetőjogi előírásokkal. E látásmód szerint mindent szabad, amit a törvény nem tilt. Ehhez kapcsolódik a jogegyenlőség eszméje a tilalmak és a szankciók körében. Ez a magyarázata annak, hogy egyenlő súlyú büntetért egyenlő súlyú büntetés szabható ki. Az arányos büntetés elve korlátot szab a jogalkotónak. Ez a rendszer érzéketlen az elkövető személye és társadalmi helyzete iránt. Eszerint a büntetés a megtorlás kifejezője, mert a kiszabott büntetésnek nem kell számot vetnie azokkal a körülményekkel, amelyek a jogkövetés társadalmi esélyeiben megtalálhatóak. A büntetőjogi beavatkozás ezek szerint az állami beavatkozás ultima ratioja. *„A büntetés igazságos-arányos megtorlás, olyan kényszerintézkedés, amelynek alapja kizárólag a tett, és nincs összefüggésben az elkövető társadalmi helyzetével, egyéni szükségleteivel, személyi adottságaival”*⁹⁶.

Ebben a rendszerben az egyéniesítés hiányának megfelelő ellensúly a büntetőjogi beavatkozás kivételessége, a társadalmi problémaérzékenység hiányát pedig korrigálja a mindenkire kiterjedő egyenlő és igazságos elbírálás, az arányos megtorlás. A büntetőjog

⁹⁴ SZABÓ András, *Alkotmány és büntetőjog*, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest., 2000., 1-2.

⁹⁵ SZABÓ *Alkotmány és... i.m.*, 4.

⁹⁶ SZABÓ, *A büntetőjog reformja...i.m.*, 450.

legitimálásának alapját az igazságos megtorlás, a jogépségi büntetés adja. Ez az álláspont teljes mértékben elveti az eredményre vagy hatékonyságra épülő célbüntetést. A szociális, valamint a jóléti-szociális állam kétségbe vonta a megtorló büntetés létjogosultságát, így elvetette a büntetés kivételességének elvét is. Kritizálta a jogegyenlőség eszméjét, ehelyett az egyenlő esélyek fogalmát állította középpontba. A tetterányos büntetés eszméjét az egyén szükségleteire alapozott büntetés váltotta fel. Az elkövető társadalmi helyzetének figyelembe vétele azonban csak az egyén szabadságának korlátlan korlátozása révén nyerhetett teret⁹⁷.

„A jogépségi büntetésnek szimbolikus funkciója van: a büntetőjogi parancsokat nem lehet büntetlenül megsérteni sem akkor, ha okunk van rá, sem akkor, ha a büntetés nem ér el semmilyen célt, vagy alkalmatlan meghatározott cél elérésére. A büntetés célja önmagában van: a jogépség nyilvános deklarálásában, a célra nem tekintő megtorlásban”⁹⁸. Ez a szimbolikus jogépségi büntetés szoros kapcsolatban áll az arányosság elvével. Ennek oka, hogy az arányos büntetés kizárja a célbüntetést, mert ez utóbbi nem a tett súlyához való arányítást, hanem a célhoz mért viszonyítást teszi lehetővé. Ebben az esetben lehet mérce többek között a neveltlenség, vagy a gyógyíthatóság, de a jogállamban a tettes személyiségállapota nem lehet a büntetés alapja⁹⁹.

Az arányos büntetés azért is az egyetlen megoldási lehetőség a jogállamban, mert a nevelés vagy a gyógyítás célja nem teszi lehetővé a mérték meghatározását, csupán azt, hogy a végrehajtás során mérjük az eredményességet, és ha elértük a célt, fejezzük be a kezelést. Ez ellentmond a jogbiztonság elvének, és prognosztikus ítélethez vezetne. Az emberi méltóság alapjoga nem engedi meg, hogy az elkövetőt tárgyként kezeljék, és kényszerrel formálják személyiségét a közhatalom tetszése szerint. Az állam nem mondhat ítéletet az egyén erkölcsisége, vagy véleménye fölött, csupán a tetteit ítélheti el. *„Az agyomosás azonban a jogállamban megengedhetetlen”¹⁰⁰.*

Mindezek mellett azonban leszögezi, hogy a beszámíthatatlan elkövetők helyzetét a büntetőjogon belül kell rendezni, a kényszergyógykezelés pedig intézkedésként a követelményeknek teljes mértékben megfelel¹⁰¹.

⁹⁷ SZABÓ, *Jogállami forradalom...i.m.*, 450-451.

⁹⁸ 23/1990. (X. 31.) AB határozat

⁹⁹ 23/1990. (X. 31.) AB határozat

¹⁰⁰ SZABÓ, *Jogállami forradalom...i.m.*, 11-12.

¹⁰¹ SZABÓ András, *A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelése*, Magyar Jog, 1976/2., 179.

Horváth Tibor megkérdőjelezte a kényszergyógykezelés helyét a büntetőjogi jogkövetkezmények között éppen azért, mert nem felelősségi alapú szankcióról van szó. Ebből következik, hogy ez a jogkövetkezmény rendszeridegen a büntetőjogi szankciórendszerünkben, hiszen egyfajta államigazgatási intézkedés, amelyet büntető eljárás keretében folytatnak le¹⁰².

Véleményét nem osztom, ellenben elfogadhatónak tartom *Nagy Ferenc* álláspontját, aki szerint ebből az érvelésből nem vezethető le, hogy a kényszergyógykezelésnek nincs is helye az intézkedések tárházában. Célszerűségi szempontok is szólnak amellet, hogy a büntetendő cselekményt elkövető beszámíthatatlanok is valamilyen büntetőjogi jogkövetkezményben részesüljenek, de nem kevésbé fontosak a garanciális indokok sem¹⁰³.

Mivel a személyi szabadságot nagymértékben korlátozó jogintézményről van szó, indokolt, hogy az arról való döntés ne csupán közigazgatási keretek között történjen meg. Ugyanakkor összefér a büntetőjog ultima ratio elvével, hogy a kényszergyógykezelés lehetséges alkalmazását csupán a legsúlyosabb esetekre szűkíti. Mindezekkel együtt a beteg kötelezettségévé teszi a gyógyulási folyamat aktív elősegítését. Összességében tehát elmondható, hogy a beteggé minősítés az egyén érdekeit szolgálja. Ha azonban valaki bűncselekményt követett el, akkor fő cél a társadalom megvédése. Ha a betegnek minősítés büntetőeljárás keretében történt, akkor a minősítés célja nem az elkövető elmarasztalása, hanem éppen a védelme. A jogi értelemben történő felmentés viszont mindig a bíró feladata, ennek az orvosi szakvélemény csak a kiinduló pontja lehet. A szakértőnek meg kell őrizni hagyományos orvosi szerepeit és csupán a mentális rendellenességekkel kell foglalkoznia.

Ebből következik az is, hogy az egészségügyi és a jogi rendszer szerepeit élesen külön kell választani. Ez azonban hazánkban még nem történt meg, hiszen a kényszergyógykezelés végrehajtása külön intézményben történik. Ennek indoka, hogy az egészségügyi rendszer visszautasítja az elkövető kezelését, hiszen a szükséges biztonsági rendszer hiányzik ahhoz, hogy őket megfelelően és a többi beteg érdekeit is védve elláthassák. Mindemellet a kórházból való elbocsátásnál is ellenőrzési jogot gyakorolna az igazságügyi rendszer. *Fehér Lenke* kiemeli azt is, hogy ez a megoldás

¹⁰² HORVÁTH Tibor, *A büntetési elméletek fejlődése*, Budapest, 1980., 123.

¹⁰³ NAGY Ferenc, *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986., 154.

több előnnyel járna, így a pszichiátriai kezelés és a büntetőjogi büntetés fogalma nem mosódna össze, és az orvosok is nagyobb klinikai szabadságot élveznének. Ehhez járulna még a részlegek közötti fokozottabb információ-áramlás és az önkéntes segítő szervezetek esetleges igénybevétele¹⁰⁴. Az igazságügyi és pszichiáter szakemberek „harca” rendre megfigyelhető, a kényszergyógykezelés szabályozásának módosulásánál. A jelenleg hatályos határozott időtartamú intézkedést az új Btk. hatálybalépésével ismételten felváltja a határozatlan időtartam. Ezzel megszűnik a lehetősége annak, hogy határozott időtartam után, ha a kényszergyógykezelést további kezelése szükséges, a gyógyítás polgári pszichiátriai intézetben történjen. Így az egészségügyi gondozó rendszer a jövőben sem veszi át a problematikus elkövetők kezelését.

2.7. Összegzés

Dolgozatom ezen részében vizsgáltam a beszámítási képesség kérdését és a kényszergyógykezelés helyét a büntetőjogi szankciórendszerben. Időről – időre felmerül a kérdés, vajon a büntetőjog tárházában van-e helye egy nem felelősség alapú szankciónak? Véleményem szerint a személyes szabadság korlátozása indokolja a büntetőjogi fellépést.

Továbbá megkíséreltem keresztmetszetet adni a büntetőjogi intézkedések történeti fejlődéséről. Bemutattam e jogintézmény gyökereit, a szankciónem kialakulására ható szellemi vonulatokat, és a XX. század első felének törvényhozási eredményeit. Summázként elmondható, hogy a század első évtizedében ígéretes és európai színvonalú jogalkotási törekvéseknek lehetünk tanúi. Ez a lendület a későbbi években megtörni látszott, ráadásul a jogalkalmazók körében sem arattak osztatlan sikert a határozatlan tartamú elítélést bevezető új jogintézmények. A Csemegi – kódex III. novellája már az adott korban újnak mondható tudományos eredményeket is nélkülözte. A XX. század első évtizedeinek új jogintézményei a negatívumok ellenére is nagy hatást gyakoroltak a későbbi jogalkotásra és jogalkalmazásra egyaránt.

¹⁰⁴ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, i.m., 150-153.

Az intézkedések fogalmi kérdéseinek kapcsán elmondható, hogy a fő problémát a büntetések és intézkedések elhatárolása mellett az utóbbiak jogalapjának igazolása jelenti. Véleményem szerint - habár a szankciónemek közötti határvonalak egyre inkább elmosódnak - éppen a kényszergyógykezelés tekinthető a legtipikusabb intézkedésnek, ez hordozza e jogkövetkezmény típus megkülönböztető jegyeinek jelentős részét. Ennek ellenére nem osztom azt a nézetet, mely szerint nem jelent hátrányt és nem velejárója az erkölcsi rosszallás. A társadalmi megbélyegzés álláspontom szerint legalább akkora, mint a szabadságvesztés büntetés esetén.

3. fejezet: A beszámíthatatlan elkövetőkkel szembeni büntetőjogi jogkövetkezmények alakulása a magyar jogtörténetben

3.1. A kóros elmeállapot megítélése a magyar jogtörténetben

Ebben a részben kóros elmeállapot hazai büntetőjogi megítélésének történeti változásait foglalkozok. Bár a szabályozás gyökerei meglehetősen hosszú múltra tekintenek vissza, a nem rendes elmeállapotúakkal kapcsolatos büntetőjogi törvényhozás első kísérletei a XIX. században jelennek meg. A velük szembeni fellépés eszközének, a kényszergyógykezelésnek, illetve a biztonsági őrizetnek a megjelenése a XX. század közepére tehető. Az elmebetegekkel foglalkozó a büntetőjog tudomány elválaszthatatlan az ütemesen fejlődő elmekutatások eredményeitől. Sajnálatos módon azonban a legfrissebb kutatási eredményeket és a nyugat – európai jogalkotási megoldásokat figyelemmel kísérő jogtudósok állásfoglalásait a jogalkotás csak évtizedes késéssel vagy egyáltalán nem vette figyelembe.

3.1.1. Előzmények

A római jog szabályai már rendelkeztek arról, hogy az elmebetegek nem büntethetőek, mert nem tudnak számot adni a cselekedeteikről. „Delictumai” nem károkozásnak, hanem balesetnek tekinthetőek¹⁰⁵. Ezzel a modernnek nevezhető szellemiséggel ellentétben a középkorban a jogfejlődésnek egészen más irányával találkozhattunk. Az e századokban alkotott büntetőjogi jogszabályok a tálió elvét jutatták érvényre. Ez alapján bárkit érhetett megtorlás, aki a közösség tagja volt, hiszen ekkor az egyén a sérelmet egy közösség tagjaként okozta. A kánonjog sem jelentett előrelépést az elmebetegek vonatkozásában, hiszen úgy tartotta, hogy e betegség valójában büntetés az elkövetett bűnökért¹⁰⁶.

Az első nagy változást a felvilágosodás kora eredményezte, ekkor jöttek rá, hogy az elmebetegeket nem büntetni, hanem gyógyítani kell. Megjelent az igazságügyi orvostan

¹⁰⁵ FÖLDI András – HAMZA Gábor, *A római jog története és intézményei*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest., 1996., 560.

¹⁰⁶ DOMOKOS Andrea, *A büntető elmebetegségről*, *Jogtörténeti Szemle*, 2005/3., 1.

tudománya is. Máig ható Pinel jelmondata, aki szerint az elmebetegekről le kell venni a láncokat és emberhez méltóan kell bánni velük¹⁰⁷.

3.1.2. A kóros elmeállapot fogalmának megjelenése

Az elmebetegekre vonatkozó első töredékeket Werbőczy Tripartitumában találhatjuk, aki különleges bánásmódot írt elő a dühöngőkre és esztelenekre. Nem speciális büntetőjogi szabályokra kell gondolni; a Hármaskönyv azt a gyakorlatot tartalmazza, hogy a bárgyú, dühöngő fiúk az apai hatalom alól nem szabadulnak fel. A szülők minden tisztességes jogügyletre kötelezhetik gyermeküket, szükség esetén jószágait is elidegeníthetik. Atyjuk halála után pedig az ép elméjű fivérek kötelesek beteg testvérüknek gondját viselni¹⁰⁸.

A fogalom kialakulásának következő fontos állomása az 1843. évi javaslat, amely a következő rendelkezéseket tartalmazza: „*Minden beszámítástól és büntetéstől menten maradnak: a) az örültek, azon tettekre nézve, miket örültségük ideje alatt elkövetnek; b) azok, kik betegség miatt ideiglenesen olyan állapotban vannak, hogy tetteik büntethetőségének felfogására szükséges eszmélettel nem bírnak*”¹⁰⁹.

Az 1878. évi V. törvény, a Csemegi-kódex, a beszámíthatóságot kizáró és enyhítő okok között szabályozza az elmetehetség zavartságát: „*Nem számítható be a cselekménye annak... kinek elmetehetsége meg volt zavarva és emiatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt*”¹¹⁰.

Fayer László hangsúlyozza, hogy a Csemegi-kódex e tekintetben a korabeli Európa legliberálisabb szabályozását valósította meg. Az elkövető felmentéséhez csak annak megállapítását követeli, hogy az elmetehetség megzavarodása olyan erős legyen, hogy az illető máshogyan ne tudjon cselekedni, tehát akaratának szabad elhatározása hiányozzon¹¹¹. Nagyon fontos körülmény, hogy nem a pusztán betegség zárja ki a beszámíthatóságot, hanem az a körülmény, hogy a büntetett nem bírt akaratának szabad elhatározásával betegsége következtében¹¹².

¹⁰⁷ FEHÉR Lenke, *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest., 1993., 27-28.

¹⁰⁸ Tripartitum, első rész, 55. cím, 1-2. §

¹⁰⁹ 1843. évi büntetőjogi törvényjavaslat, 73. §.

¹¹⁰ 1875. évi V. tv. 76. §. (Téka, Budapest, 1990., 56.)

¹¹¹ FAYER László, *A magyar büntetőjog kézikönyve, I. kötet*, Franklin Társulat, Budapest., 1905., 324.

¹¹² HELLER, *A magyar büntetőjog...*, 107.

Meg kell vizsgálni, hogy az elmetehetség megzavarodása milyen állapotokat foglal magába. *Heller Erik* szerint ide tartoznak a lelki betegségek, tekintet nélkül arra, hogy értelmi, kedély vagy akarat tevékenység terén mutatkoznak meg. Ezeket elmezavarnak vagy elmebetegségnek nevezte a korabeli orvostudomány. Fontos megemlíteni, hogy csak a pathologikus eredetű állandó állapot tartozik ebbe a kategóriába, az ideiglenes elmezavar nem¹¹³. Ebben a korban az elmebetegségek között tartották számon a „szervi processusokat”¹¹⁴, valamint a normális lelkivilág beteges elváltozásait. Amíg az első esetben a kóros állapot az agy megbetegedésére vezethető vissza – tehát nem veleszületett elváltozásról van szó – addig a második esetben veleszületett és maradandó betegségekkel találkozhatunk. A normális lélektípus kóros elváltozásai között tartották számon az erkölcsi tébolyt és a mániákat. Az erkölcsi téboly az emberi együttélés legalapvetőbb normái iránti érzéketlenséget jelentette. A mániák olyan hajlamokat jelentettek, amelyek nem egy elmebetegség kísérőjeleként jelentkeztek, hanem egy lelkileg ép egyén elszigetelt kóros lelki megnyilvánulásaként. Ide sorolták a gyilkolási, a gyújtogatási és a lopási mániákat.

A kóros elmeállapot fent részletezett típusai alapján látható, hogy azok megítélése igazságügyi elmekórtani ismereteket is megkívánt. Ez a tény elmeorvos szakértő fellépését követelte meg az eljárásban. Annak ellenére, hogy az elmeorvosi vélemény már ekkor sem kötötte a bíróságot, a bírói és az orvosi tevékenység ellentmondásairól a XIX. század végén élénk viták folytak. *Salgó Jakab* 1890-ben így írt erről a kérdéskörrel: „*A törvényszéki gyakorlat ... elismeri ebben is azt, hogy valamely egyénnek elmebeli állapotát elbírálni, megítélni nem tudja, segítségül hívja ... akitől felvilágosítást vár ..., de az orvosi véleményt csupán becses anyagnak tekinti és az orvosi vélemény értékét meghatározni, annak felülvéleményezését magának fenntartja. Hogy az ilyen eljárásban mily nagy az ellentmondás, az elég világos. Mert egyrészt szakember véleményét kéri azzal, hogy az elmebeli állapot megítélésére a jogtudomány nem vezet, másrészt meg nemcsak hogy az elmeállapotot megítéli, de azon felül arra is*

¹¹³Láthatjuk, hogy a Csemegi-kódex szabályozása és a kialakuló joggyakorlat ebben a vonatkozásban eltér az 1843. évi javaslat megoldásától, amely az ideiglenes elmezavar esetét is elismerte beszámíthatóságot kizáró okként.

¹¹⁴Ide tartozott többek között:

- a paralysis progressiva, bénulásos elmezavar, a központi idegrendszer szifilisz okozta megbetegedése,
- a paranoia, ahol – bár az öntudat megvan – téveszmék és hallucinációk vezetnek rá a beteget az erőszakos cselekményekre, és
- a dementia praecox.

FINKEY Ferenc, *A magyar büntetőjog tankönyve*, Grill Könyvkereskedés, Budapest., 1909.,160-161.

érez hivatást és elég gyakorlatiasságot, hogy az orvosi véleményt felülbírálja, azt meg is korrigálja”¹¹⁵.

Tehát az elmeorvos feladata, hogy a betegség tüneteiről felvilágosítást adjon a bírónak, azonban az már a jogalkalmazó feladata, hogy eldöntse: az elmebetegség kizárta-e az elkövető beszámítási képességét. A XX. század első évtizedeiben rohamléptekben fejlődött az elmekórtan. A szaporodó ismeretek nem csak az orvosok, hanem a jogászok ilyen irányú képzését is szükségessé tette. *Hacker Ervin* egyik munkájában¹¹⁶ kifejtette, hogy az igazságszolgáltatásban dolgozó személyeknél kiemelkedő jelentőségű, hogy elmekórtani ismeretekkel bírjanak. Természetesen ezen ismeretek nem tették feleslegessé elmeszakértő bevonását az eljárásba. Fontossága abban áll, hogy a bíró így képes felismerni, hogy mikor van egyáltalán szüksége szakértő segítségére. Hacker nem pusztán a bírók képzését látta szükségesnek, elengedhetetlennek tartotta - német példa nyomán -, hogy már a joghallgatóknak is oktassanak elmekórtani ismereteket. Megfelelő megoldásnak látta törvényszéki orvostani előadások tartását, valamint kórházak elmeosztályainak látogatását¹¹⁷. Elképzeléseit a miskolci jogi karon valósította meg¹¹⁸. Megjegyzendő, hogy napjainkban még mindig hiányzik a joghallgatók ilyen irányú képzése, pedig hasznos ismereteket nyújtana az igazságszolgáltatás bármely területén elhelyezkedő és a kórházakban dolgozó jogászok számára egyaránt.

A gyakorlatban a beszámítási képesség hiányát – az elmezavar, mint átmeneti állapot fogalmából kiindulva - megalapozhatta akár a féltékenység, akár a szülő nő különleges lelkiállapota, még abban az esetben is, ha csupán „nem kizárt, hogy a nő elmetehetsége megzavarodott”¹¹⁹.

3.1.3. A korlátozott beszámítási képesség

Mivel a Csemegi-kódex a klasszikus iskola alapján állt, csupán a beszámítási képesség meglétét és annak teljes hiányát ismerte el. Amíg a Btk. nem tartalmazott rendelkezéseket a korlátozott beszámítási képességről, az eljárásjogi törvény¹²⁰ ismerte

¹¹⁵ SALGÓ Jakab, *Kétes elmeállapotok a törvényszék előtt*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, Franklin Kiadó, Budapest., 1892., 5.

¹¹⁶ HACKER Ervin, *Pszichiatría és büntetőjog*, Ludvig István Könyvnyomdája, Miskolc, 1943.

¹¹⁷ Erről a témáról részletesen lásd: VAS Pál, *Látogatás az Erzsébet kórház elmeosztályán*, Ludvig István Könyvnyomdája, Miskolc, 1932.

¹¹⁸ HACKER, *Pszichiatría és ...*, i.m., 6-7.

¹¹⁹ FAYER, *A magyar büntetőjog kézikönyve ...*, i.m., 325-326.

¹²⁰ 1896. évi XXXIII. törvény a bünvádi perrendtartásról

ezt a fogalmat, hiszen az elmeorvos szakértőnek véleményében részleteznie kellett a vádlott akarat elhatározásának szabadságát korlátozó állapotokat is¹²¹. A bíróság enyhítő körülményként vehette azokat figyelembe. Ez az álláspont a századfordulón általánosan elterjedt a jogirodalomban és a jogalkalmazásban. Ezen elkövetői csoporttal foglalkozó kódexek általában kizárták a halálbüntetés és az életfogytig tartó szabadságvesztés alkalmazását¹²².

A büntetőjogi szankciók monizmusának elméletét a kódex indoklása a következőképpen támasztja alá: „*a szenvedély, az indulat elhomályosítja ugyan az értelmet, s akadályozza a tisztán felismerést, de nem szünteti meg a szabad akaratot; igenis nehezíti a választást, amennyiben erősmotívumául szolgál a büntett elkövetésének, de a választási képesség és így a szabad elhatározás ez által nincs kizárva*”¹²³.

A kódex ebben a tekintetben követte a német büntető törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseit. Az érvelés *Berner* tanain nyugszik, aki szerint „*a korlátozott beszámíthatóság fogalma természetileg tarthatatlan*”. Akik ennek a kategóriának az elismerését kívánják, tulajdonképpen a leendő elmebetegeket tartják szem előtt. Velük szemben még az enyhítés sem lehetne indokolt, csupán a felmentő ítélet meghozatala. Véleménye szerint, ha a bűnösséget mérjük, csupán a beszámítási képesség meglétéről foglalunk állást, határozott igennel vagy nemmel.

A hasonló szemléletű Csemegi - kódex szerint a bíróságnak nem csupán azt kell figyelembe venni, megállapítható-e az „elme-tehetség megzavarása”, hanem azt is, hogy az elkövető bírt-e akaratának szabad elhatározási képességével. A bűnösségnek ezek szerint nem léteznek fokai, csak csökkent bűnösségről beszélhetünk.¹²⁴

Azt azonban már a vizsgált korszakban is kutatások sora bizonyította, hogy nemcsak az elmebetegekkel szemben van szükség „büntető rendszabályok” alkalmazására. *Hacker Ervin* már hivatkozott értekezésében¹²⁵ a következőket írja erről a kérdéskörrel: „*taxatív felsorolásuk lehetetlen... élettani öregedési (aggsági) állapotok... abnormálisan élénk érzelmi meglehetősen hullámzásokban szenvedő egyének... alkati idegyöngék, krónikus alkoholisták, morfinisták és bódító szerek szokványos élvezői...*

¹²¹ 1896. évi XXXIII. tv. 246. §

¹²² BALOGH, *Az elmebetegség és az elmeengesség... i.m.*, 296.

¹²³ LÖW Tóbiás, *A magyar büntető törvénykönyv a büntettekről és a vétségekről és teljes anyaggyűjtemény*, Pesti Könyvnyomda, Budapest, 1880., 222.

¹²⁴ BALOGH Jenő, *Az elmebetegség és az elmeengesség jelentősége a büntetőjogi beszámíthatóság szempontjából*, Jogtudományi Közlöny, 1905/36., 295.

¹²⁵ HACKER Ervin, *Pszichiatria és büntetőjog*, Ludvig István Könyvnyomdája, Miskolc, 1943.

epileptikusok, hisztériások, agybetegségekben és neurózisban szenvedők, koponyasérülések némely esetei”¹²⁶.

Lássunk erre egy példát! A vizsgált ügyben az elmezavar fennforgását a védelem annak alapján véli megállapíthatónak, hogy akit a morfiumra való vágy gyötör, ha morfiumadagját nem kapja meg, az elmezavarig menő betegségbe esik, és beszámíthatatlanul cselekszik. Erre a tényre vonatkozóan azonban az alsó bíróságok nem fogadtak el bizonyítékokat. A szakértői véleményből és a tanúvallomásokból kiderült, hogy a terhelt „öröklésileg súlyosan elfajult, csekélyebb szellemi értékű ugyan”, azonban nem szenved elmezavarban, így akaratának szabad elhatározási képességével bír, és a bűncselekmény elkövetésének idején sem szenvedett olyan mérvű morfiuméhségben, hogy ez elmezavart idézett volna elő. A tanúk kiemelték, hogy a vádlott rendkívül nyugodtnak mutatkozott, ami a morfiumot nélkülöző betegre nem jellemző. Ezek alapján egyetértve az alsó bíróságokkal, a Kúria arra az elhatározásra jutott, hogy az elmezavar ebben az esetben nem áll fenn¹²⁷.

Más jogtudósok is felismerték, hogy a korabeli büntetőjogi szabályozás túlhaladottá vált. *Angyal Pál* szerint tagadhatatlan, hogy a szellemileg egészséges egyének és az elmebetegek között húzódik egy meglehetősen vastag sáv, akikkel szemben a hatályos rendelkezések szerint csupán rövid tartamú szabadságvesztés büntetést lehet alkalmazni, amely azonban többnyire hatástalan marad¹²⁸.

Balogh Jenő szerint – bár Berner már ismertetett álláspontja logikailag helyes, mégis vannak olyan egyének, akik nem elmebetegek, de rendesnek sem mondható az elmeállapotuk. Velük szemben mind a beszámíthatóság kérdésében, mind a büntetés végrehajtása terén külön szabályok alkalmazása szükséges. Véleménye szerint helytelen volna a korlátozott beszámítási képességet megalapozó állapotok, betegségek kimerítő felsorolása törvénykönyvben vagy a jogirodalomban, hiszen az elmekórtani ismeretek mélyülése újabb és újabb módosításokat igényelne, amely nehézkessé tenné a jogalkalmazást. Inkább egy általános körülírás bevezetését tartja indokoltnak. Álláspontja szerint a korlátozott beszámítási képesség fennállása esetén rövid tartamú szabadságvesztés a lehető legrosszabb megoldás, hiszen a büntetés kiállása után az elkövető gyakran újból elköveti ugyanazt a büntetendő cselekményt. Mindezekből az

¹²⁶ HACKER, *i. m.*, 5-6.

¹²⁷ E. H. B. IV. 1865/919., in: TÉRFY Gyula: *Grill - féle Új döntvénytár*, XVII. kötet, Grill Károly Könyvkiadó vállalata, Budapest, 1927., 61.-62.

¹²⁸ ANGYAL, *A magyar büntetőjog ... i.m.*, 105.

következik, hogy az igazságszolgáltatás helytelenül jár el, mert egy beteget súlyt büntetéssel, ami a beszámíthatóság alaptételével ellenkezik. Ráadásul társadalmi védekezés szempontjából sem kielégítő ez a megoldás. Helyesebb lenne ezeket az egyéneket egy gyógyító-letartóztató intézetben elhelyezni. Természetesen a korlátozott beszámítási képesség elismerése még inkább növelné az orvos szakértő szerepét a büntető eljárásban. Mindezekre tekintettel Balogh Jenő az alábbiak szerint javasolta a Btk. 76. § - ának módosítását: „*ha a terhelt a büntettet, vagy vétséget beszámíthatóságát korlátozó elmebetegségben követte el, vagy ha a terheltnek értelmi fejlettsége fogyatékos, akkor gyógyítása, vagy nevelése iránt a bíróság az orvos szakértők meghallgatása után, a terhelt egyéniségének megfelelő módon intézkedik... az ilyen egyének elhelyezésére szolgáló intézet berendezését külön törvény szabályozza...Ha a terhelt elmebetegsége...a közbiztonságra veszélyes...a bíróság az ítéletben intézkedhetik az iránt, hogy a terhelt megfelelő ápolás végett tébolydában, vagy más intézetben helyeztessék el*”¹²⁹.

Vágó János logikátlannak tartotta a klasszikus iskola rendszerét, amely szerint a korlátozott beszámítási képességű elkövetők esetén csupán a büntetés enyhítésére van lehetőség. Minőségileg más jellegű szankcióra van szükség¹³⁰. Álláspontja szerint a korlátozott beszámítási képességet megalapozó kórformák közé azokat a kóros állapotokat kell felvenni, amelyek állandó jellegűek, és amelyek a büntetendő cselekmények elkövetését tiltó szabályok megértését, vagy a cselekménnyel szembeni ellenálló erőt csökkentik, hiányzik tehát az értelem vagy az akarat megfelelő reakciója¹³¹.

Pályatársaihoz hasonlóan Heller Erik is felismerte, hogy vannak olyan elmeállapotok, amelyek nem eredményezik az elkövető beszámíthatatlanságát, azonban az ilyen egyént nem lehet ép elméjűnek tartani. Mindezek ellenére azon a véleményen volt, hogy a korlátolt beszámíthatóság fogalmát el kell vetni, hiszen ez csak átmenetet képez két elmeállapot között. Úgy vélte, ekkor a bűnösség csekélyebb fokával áll szemben a jogalkotó és a jogalkalmazó, a bűnösség pedig a fokozást megtűri¹³².

Baumgartner Izidor úgy vélte, a korlátolt beszámítási képességűek esetén biztonsági intézkedéseket kell alkalmazni. Nem javasolta azonban az elmeegógyintézetbeli

¹²⁹ BALOGH, *Az elmebetegség és az elmebetegség...*, 295-297.

¹³⁰ VÁGÓ János, *Bűnösség és beszámíthatóság.*, Jogállam, 1913/2., 125-127.

¹³¹ VÁGÓ János, *Bűnösség és beszámíthatóság. A korlátozott beszámíthatóság a büntetőjogban III.*, Jogállam, 1913/4., 281-282.

¹³² HELLER, *Büntetőjogunk haladásának...*, i.m., 107-108.

elhelyezésüket és elítélte a „nem teljes értékűek” fegyházba utalását is. Helytelennek tartotta azt a gyakorlatot, amely korlátolt beszámítás esetén csupán rövid tartamú szabadságvesztést tett lehetővé, hiszen ezek az elkövetők igen veszélyesek a társadalomra. Álláspontját azzal indokolta, hogy a kutatások szerint a nem rendes elmeállapotúaknak tulajdonítható bűncselekmények többségét ez a csoport követi el¹³³. A korlátolt beszámíthatóság kérdésével nem csak a jogászok, hanem az elmeorvosok is foglalkoztak. *Barbaczi Schwartzter Ottó* szerint tapasztalati tény, hogy vannak olyan emberek, akik sem épelméjűnek, sem elmebetegnek nem mondhatók. Az ilyen hisztériás, gyengeelméjű, epilepsziás egyének esetén a fő kérdés nem a büntetés végrehajtásának hossza, időtartama, hanem annak milyensége. A normális bűnözőktől eltérő jogkövetkezmény alkalmazását azonban csak akkor látja indokoltnak, ha az elkövető elmeállapota közelít a beszámíthatatlanhoz, valamint ez az állapot tartós és patológikus¹³⁴.

Az egyik ügyben az elmezavar fennforgását a védelem annak alapján véli megállapíthatónak, hogy akit a morfiumra való vágy gyötör, ha morfiumadagját nem kapja meg, az elmezavarig menő betegségbe esik, és beszámíthatatlanul cselekszik. Erre a tényre vonatkozóan azonban az alsó bíróságok nem fogadtak el bizonyítékokat. A szakértői véleményből és a tanúvallomásokból kiderült, hogy a terhelt „öröklésileg súlyosan elfajult, csekélyebb szellemi értékű ugyan”, azonban nem szenved elmezavarban, így akaratának szabad elhatározási képességével bír, és a bűncselekmény elkövetésének idején sem szenvedett olyan mérvű morfiuméhségben, hogy ez elmezavart idézett volna elő. A tanúk kiemelték, hogy a vádlott rendkívül nyugodtnak mutatkozott, ami a morfiumot nélkülöző betegre nem jellemző. Ezek alapján egyetértve az alsó bíróságokkal, a Kúria arra az elhatározásra jutott, hogy az elmezavar ebben az esetben nem áll fenn¹³⁵.

Néhány szót kell még ejteni a részleges beszámíthatóság fogalmáról, amelyről sajnálatos módon a vizsgált korszakban nemhogy a büntetőjogi jogalkotás, hanem a tudomány művelői sem vettek tudomást. E fogalom első ismertetése *Zichentől* származik, aki ezzel a kérdéssel már 1899-ben foglalkozott. Megítélése szerint egy elmebetegségre – különösen a paranoiára – jellemző téveszmék csak akkor zárják ki a

¹³³ BAUMGARTNER Izidor, *Büntetőjogi tanulmányok, III. kötet*, Franklin Társulat, Budapest, 1906., 54.56.

¹³⁴ BARBACZI SCHWARTZER Ottó, *A korlátolt beszámíthatóság*, Athaneanon, Budapest, 1906., 24-27.

¹³⁵ B. I. 5146/921. sz. Bjt. LXXIV. 118

beszámíthatóságot, ha azoknak szerepük volt a bűncselekmény elkövetésében. Több elmebetegségre, így az epilepsziára is jellemző a nagyfokú brutalitás. Ebből következik, hogy az e kórból szenvedők nagy számban követnek el erőszakos bűncselekményeket. Ilyenkor a felmentésük indokolt, előfordulhat azonban az is, hogy a betegek olyan bűncselekményt követnek el, amely egyáltalán nem erőszakos jellegű, mint pl. az okirathamisítás. Ebben az esetben a felmentés és a gyógyintézetben való elhelyezés indokolatlan¹³⁶.

A korlátozott beszámíthatóság kérdésével a VII. Nemzetközi Börtönügyi Kongresszus is foglalkozott, amely 1905-ben Budapesten ült össze. Arra a megállapításra jutottak, hogy ezen elkövetői csoport számára külön letartóztató intézeteket kell felállítani, hiszen nem valók sem fogházba, sem elmeorvosintézetbe¹³⁷.

Ez a kérdés évtizedekkel később is aktuális maradt, hiszen még *Heller Erik* 1941-ben is arról ír, hogy a korlátozott beszámítási képességgel rendelkező elkövetőknek büntetésüket e célra rendelt büntető intézetben kell kitölteniük. A büntetés alkalmazása során figyelembe kell venni, hogy az egyén, ha korlátozott mértékben is, de felelős a tetteiért. Ez alapján a szankciót rendellenes állapotához mérve kell alkalmazni és a rendes elmeállapotú elkövetőktől el kell különíteni. Esetükben figyelemmel kell lenni arra, hogy az egyén milyen szabadságvesztés büntetést érdemel. E célból külön intézetekre, de legalább a büntetés-végrehajtási intézetek speciális osztályaira lenne szükség. Természetesen az elkövetőknek gyógykezelésre is szükségük van, ezért elképzelhetőnek tartja olyan gyógyintézetek alapítását is, ahová a korlátolt beszámíthatóságú elítéltek bírói határozat alapján, büntetésük letöltése után kerülnek. Erre azonban csak a cselekmény fokozott társadalomra veszélyessége esetén lehet szó. A gyógyintézeti őrizet részletes szabályait is – mivel szabadságelvonó szankcióról, biztonsági rendszabályról van szó – törvény határozná meg. Helyes *Heller* azon megállapítása, hogy a korlátozott beszámítási képesség okairól nem szükséges és nem is lehetséges kimerítő jogszabályi meghatározást adni, hiszen a folyton haladó orvostudomány új kategóriákat állíthat fel¹³⁸.

Sajnálatos módon a törvényhozás nem vette figyelembe a jogtudósok egyre aktuálisabbá váló követeléseit. A korlátozott beszámítási képesség fogalma elsőként az 1950. évi II. törvényben, a Btá-ban jelent meg.

¹³⁶ KÁDÁR Miklós, *A magyar büntetőjog általános tanai*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966. , 384.

¹³⁷ BALOGH, *Az elmebetegség és az elmeengesség.....i.m.*, 296.

¹³⁸ HELLER, *Büntetőjogunk haladásánaki.m.*, , 19-23.

3.2. A kóros elmeállapot büntetőjogi jogkövetkezmenyei

Ebben a részben beszámíthatatlan elkövetőkkel szembeni büntetőjogi jogkövetkezmenyek alakulásának történeti változásaival foglalkozok. A szabályozás gyökerei meglehetősen hosszú múltra tekintenek vissza, az elmebetegek büntetlenségét először Marcus Aurelianus törvényei mondták ki¹³⁹. Ennek ellenére a nem rendes elmeállapotúakkal kapcsolatos büntetőjogi törvényhozás első kísérletei a XIX. században jelennek meg. Mint már említettem, a velük szembeni fellépés eszközeinek, a kényszergyógykezelésnek, biztonsági őrizetnek a megjelenése a XX. század közepére tehető. Az elmebetegekkel foglalkozó a büntetőjog tudomány elválaszthatatlan az elmekutatások legfrissebb eredményeitől. Sajnálatos módon azonban akárcsak a kóros elmeállapot esetén a legfrissebb kutatási eredményeket és a nyugat – európai jogalkotási megoldásokat figyelemmel kísérő jogtudósok állásfoglalásait a hazai jogalkotás csak késve vagy egyáltalán nem vette figyelembe.

3.2.1. Előzmények

A beszámíthatatlanok jogi helyzetét, és ezen belül büntetőjogi megítélését általában befolyásolja az adott korszak mentalitása. Ennek megfelelően a cselekményeikhez történő viszonyulás széles skálán mozgott az évszázadok folyamán: egyszer babonás tisztelet övezte, máskor démoni lényeknek tartották őket¹⁴⁰.

Az elmebetegekre vonatkozó első magyarországi jogforrás III. István (1162-1172) korából származik; az ún. Gratiani-féle dekrétum 1151-ből¹⁴¹.

Az elmebetegek jogállását a Tripartitum is szabályozta, de mint említettem, annak csupán a polgári jogi vetületét ragadta meg, hiszen azt a gyakorlatot tartalmazta, hogy a bányász, dühöngő fiúk az apai hatalom alól nem szabadulnak fel¹⁴².

Az elmebeteg elkövetők gyógyintézetben való elhelyezésére csak az újkortól, a XVIII. századtól nyílt lehetőség – a megelőző századokban a rendes elmeállapotúakkal együtt börtönbüntetésre számíthattak. A helyzet megváltozását a tudományos világkép módosulása hozta magával, főleg *Pinel* francia pszichiáter munkássága, akinek

¹³⁹ VÓKÓ György, *Büntetés-végrehajtási jog*, Dialóg Campus, Pécs, 2005. 333.

¹⁴⁰ SZABÓ András, *Az elmebetegek helyzete....*, i.m., 521.

¹⁴¹ DÓSA Ágnes, *Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései*, Magyar Jog, 1985/6., 327.

¹⁴² Tripartitum, első rész, 55. cím, 1-2. § (Téka, Budapest, 1990., 56.)

meggyőződése volt, hogy az elmebetegekről „le kell venni a láncokat”, és betegként kell kezelni őket¹⁴³. Ennek a fontosságára *Szemere Bertalan* is felhívta a figyelmet. Kifejtette, hogy elmebetegség esetén tanácsosabb lenne a büntetés mellőzése, mivel „követtétvén el bűnök elmegyöngék által, minthogy itt orvos sem ismerheti mindig a valót, vagy néha megmenekszik a bűnös, vagy néha lakol az elmegyöngé”¹⁴⁴.

Hazánkban először Mária Terézia uralkodása alatt kezelte magyar jogszabály valóban betegségként az elmebajt. 1763. évi dekrétum alapján ha az elkövető cselekménye elmebetegségből származott, őt kórházba vagy elmeagyógyintézetbe kellett szállítani¹⁴⁵. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek az intézetek inkább a felügyelet, mint a terápia feladatát látták el a XIX. századig,¹⁴⁶ a valós cél inkább a társadalom védelme volt. Az elmeagyógyintézetben történő gyógykezelés ugyanolyan megbélyegzéssel járt, mint a (büntetőjogi) büntetés¹⁴⁷.

3.2.2. A Csemegi – kódex és az elmetehetség megzavarodása

A gyógyintézetbe való beutalás kérdésében való döntés mindazonáltal nem került a bíró kezébe, az közigazgatási szférában maradt¹⁴⁸. A Csemegi – kódex egyáltalán nem tartalmazott rendelkezéseket arra nézve, mi a teendője a bírónak azután, ha az elmetehetség megzavarodása miatt az elkövetőt felmentette¹⁴⁹.

A közveszélyes elmebetegek elhelyezéséről a közegészségügy rendezéséről 1876. évi XIV. törvényben található útbaigazítás. A törvény X. fejezete tartalmaz rendelkezéseket a „tébolydai ügyről”. „Mindazon gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegek, kik a közbiztonságra veszélyesek, gyógyítás, illetőleg eltartás végett elmeagyógyintézetbe helyezendők”¹⁵⁰ – írja a törvény. Témám szempontjából releváns rendelkezések itt be is fejeződnek, a további cikkek az intézeti elhelyezés folyamatáról szólnak. Fontos azonban kiemelni, hogy ezek a rendelkezések európai színvonalat

¹⁴³ FEHÉR, *A kóros elmeállapotok..... i.m.*, 794.

¹⁴⁴ SZEMERE Bertalan, *Büntetésekről, különösbbe a halálbüntetésről*, Halálbüntetést Ellenzők Ligája, Budapest, 1990., 167.

¹⁴⁵ DÓSA, *i.m.*, 327.

¹⁴⁶ LAFFERTON Emese, *A magyar pszichiátria történetének vázlata európai kontextusban 1850-1908*, Recepció és kreativitás – Nyitott magyar kultúra, <http://zeus.phil-inst.hu> (letöltés időpontja: 2009. 10. 06)

¹⁴⁷ DÓSA, *i.m.*, 327.

¹⁴⁸ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog... i.m.*, 12.

¹⁴⁹ Meg kell azonban jegyezni, hogy Bűnvádi Perrendtartás tartalmazott rendelkezéseket arra az esetre, ha az eljárás közben merül fel a lehetőség, hogy az elkövető kóros elmeállapotú. Lásd: 1896. évi XXXIII. tv. 246. §

¹⁵⁰ 1876. évi XIV. tv. 71. §

tükröznek. A betegeket először csak egy kísérleti időtartamra veszik fel, végleges elhelyezés pedig elmeállapotának gondos megfigyelése után várható. A felgyógyult betegeket azonnal el kell bocsátani¹⁵¹.

A beszámíthatatlanság miatt felmentett betegek kórházi elhelyezésről több miniszteri rendelet született, ezek alapján elmondható, hogy ezen elkövetők kórházba történő beutalásáról, majd elbocsátásáról bíró nem ítélezhetett, a döntés közigazgatási keretek között maradt¹⁵².

Mint látható, beszámíthatatlan tettekre szinte egyáltalán nem fordított figyelmet a törvényhozás annak ellenére, hogy a tudomány művelői folyamatosan szorgalmazták azt. *Finkey Ferenc* egy újonnan megalkotásra kerülő Btk. elvei közé sorolta a közveszélyes elkövetőkkel szemben az „erélyesebb és céltudatosabb harczt”, amely célt biztonsági intézkedések bevezetésével kívánt elérni. A beszámíthatatlan elkövetőket a „közveszélyes” büntettes kategóriáján belül fogta fel. Esetükben a fő cél az ártalmatlanná tétel volt, a szükséges megelőző intézkedést határozatlan időre kell elrendelni¹⁵³. Velük szemben tehát nem kerülhettek alkalmazásra a XX. század első évtizedeiben bevezetett biztonsági intézkedések, mint a dologház és a szigorított dologház intézménye. Megfigyelhető, hogy az elérendő célok között *Finkey* meg sem említi az elkövető gyógyítását. Hasonló az elméleti alapja a *Csemegi* – kódex III. novellájának, amely elsődlegesen szintén az ártalmatlanná tételre és a közveszélyes helyzet megszüntetésére fókuszál, bár megemlíti az elkövető gyógyítását is a célok között.

A kortársak – *Prins* követőjeként elsősorban *Finkey Ferenc* és *Angyal Pál* szerepét kell kiemelni - megoldásként gyógyletartóztató intézet létrehozását javasolták, ahol a gyógyítás mellett a büntetés is szerephez jutott volna¹⁵⁴.

Finkey álláspontja szerint azon beszámíthatatlan elkövetők esetén válna lehetővé a beutalás, akik több, hat hónapi szabadságvesztés büntetéssel büntetni rendelt büntetendő cselekményt követtek el, és veszélyesek környezetükre vagy a közbiztonságra. Az intézeti elbocsátással kapcsolatban azt tartotta helyesnek, ha a bíró a közigazgatási

¹⁵¹ 1876. évi XIV. tv. 73-76. §

¹⁵² NAGY, *Intézkedések a büntetőjog ... i.m.*, 112.

¹⁵³ FINKEY Ferenc, *Büntetőtörvénykönyvünk revíziójának irányelvei*, Jogállam, 1913/3., 183 - 194 .

¹⁵⁴ A kérdéssel a Nemzetközi Büntetőjogi Társaság is foglalkozott a közveszélyesség büntetőjogi értékeléséről szóló naggyűlésén. A gyűlésről és a magyar jogtudósok álláspontjáról részletesen lásd: KUTRUTZ Katalin, *A visszaesés és a közveszélyesség problémájának történeti megjelenése a magyar büntetőjogban*, in: HORVÁTH Tibor – SZÜK László, *Büntetőjogi szakirodalom - gyűjtemény I. kötet.*, Tankönyvkiadó, Budapest., 1987., 198-200.

hatóság javaslata alapján¹⁵⁵ dönt. Az intézkedés határozatlan ideig tart, a gyógyulásig vagy az elkövető veszélytelenné válásáig¹⁵⁶.

Sűrűn előfordult, hogy az elmebetegnek nyilvánított fegyencek és vizsgálati fogságban lévők nem kaptak elhelyezést az elmeegógyintézetekben. Ennek okai közé sorolták, hogy az intézetek túlszűfoltak, ráadásul idegenkednek is „*a feléjük áradó beteganyagtól*”, hiszen a fegyintézetekből érkezők gyakran az átlagostól is nehezebben kezelhetőek. Számos európai ország - elsőként Nagy – Britannia, majd többek között Franciaország valamint Belgium -, és az USA is, a XIX. század közepétől kezdve sorozatosan hoztak létre, ahogy a kortársak nevezték, gyógyletartóztató intézeteket.

Ez a változtatás hazánkban is igen sürgős volt, hiszen a vizsgálati foglyok elmeállapotának megfigyelése az alábbiak szerint zajlott: a vidéki törvényszékek központi tébolydába küldték el a terhelteket, a többi terhelteket a fogházakban vizsgálták, amely sok időt vett igénybe, ráadásul megfelelő szakképzett személyzet híján az eredménye is gyakran kétséges volt¹⁵⁷.

A várva várt intézet 1896-ban jött létre a Letartóztatottak és Elítéltek Országos Megfigyelő és Elmeegógyító Intézete néven a kőbányai gyűjtőfogház mellett¹⁵⁸. Az intézet első vezetője Moravcsik Ernő volt, akinek a helyét Németh Ödön vette át. Az intézmény vezetője szakmai tekintetben függetlenül működött, vezetője közvetlenül az igazságügy miniszternek volt alárendelve¹⁵⁹.

Laufenauer Károly a már idézett tanulmányában¹⁶⁰ kifejtette, hogy az ország elmeegógyintézeteiben 50 vizsgálati fogoly és elítélt került elhelyezésre, a többi gyógyításra szoruló elmebeteg a rabkórházakban kapott helyet. Figyelemmel ezekre a körülményekre, legalább 80-120 férőhelyes intézet kialakítását látta célszerűnek¹⁶¹,

¹⁵⁵ Ettől eltér Angyal Pál véleménye, aki a gyógyintézetmellé felállított felügyelő hatóságra bízta volna a döntést az elbocsátás kérdésében.

¹⁵⁶ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog... i.m.*, 112-113.

¹⁵⁷ LAUFENAUER Károly, *Az elmebeteg vizsgálati foglyok és fegyenczek elhelyezéséről*, Jogtudományi Közlöny, 1892/9., 80-81.

¹⁵⁸ 1906-ban az intézményt átszervezték és a neve Igazságügyi Országos Megfigyelő és Elmeegógyító Intézetre változott. KOVATSITS Gábor, *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól*, Ügyészek Lapja, 2001/3. 59-60.

¹⁵⁹ FINKEY Ferenc: *A magyar büntetőjog ... i.m.*, 451.

¹⁶⁰ LAUFENAUER Károly, *Az elmebeteg vizsgálati foglyok és fegyenczek elhelyezéséről*, Jogtudományi Közlöny, 1892/9.

¹⁶¹ LAUFENAUER, *i.m.*, 81.

azonban az új intézmény csupán 70 ágygal rendelkezett¹⁶², így az elmebeteg elkövetők többségének a helyzete továbbra sem rendeződött.

Heller Erik szerint a beszámíthatatlan elkövetőt fel kell menteni a vád alól, és a társadalomra veszélyessége esetén elmeegógyintézetben kell elhelyezni. Hangsúlyozandó, hogy az elhelyezésről való döntés minden esetben a bíróság feladata kell, hogy legyen. Helyes az az álláspont, mely szerint a gyógykezelés tartamának a közveszélyesség tartamától, és nem az elkövetett cselekmény súlyától kell függnie. Ebben az esetben ugyanis ez a jogkövetkezmény burkoltan büntetés jellegét öltene, amelynek azonban bűnösség hiányában nincs helye¹⁶³. Figyelmet érdemel, hogy hatályos jogukban a kényszergyógykezelés időtartama a cselekményre irányadó büntetés nagyságától¹⁶⁴ (közvetetten a cselekmény súlyától) függ. Ha az elkövetőnek a kényszergyógykezelés időtartamának letelte után további kezelésre van szüksége, azt pszichiátriai intézetben kell végrehajtani¹⁶⁵.

A megfelelő szabályozásnak Heller azt tartotta volna, hogy az elbocsátás kérdéséről a bíróság határoz, amennyiben az intézeti orvos, vagy az intézetet felügyelő bizottság erre javaslatot tesz, illetve az elkövető hozzátartozója kéri. Indokoltnak tartotta azonban annak kimondását, hogy egy bizonyos időtartam leforgása előtt ilyen javaslatnak nincs helye.

3.2.3. A Csemegi – kódex III. novellája

Egészen 1948-ig a közegészségügyről szóló XIV. törvény „*tébolydai ügyről*” szóló szegényes rendelkezései adhattak támpontot a jogalkalmazónak. A helyzet a Csemegi-kódex III. novellájának nevezett 1948. évi XLVIII. törvénnyel¹⁶⁶ változott meg¹⁶⁷,

¹⁶² KOVATSITS, *i.m.*, 60.

¹⁶³ HELLER Erik, *Büntetőjogunk haladásának útja*, Acta Universitatis Szegediensis, M. Kir. Ferenc József – Tudományegyetem Barátainak Egyesülete, Szeged, 1941., 20-22. o

¹⁶⁴ 1978. évi IV. tv. 73. §

¹⁶⁵ 1978. évi IV. tv. 73. §

¹⁶⁶ 1948. évi XLVIII. törvény a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról

¹⁶⁷ Nem hagyható figyelmen kívül a Jogász Szakszervezet tervezete, amely modernebb elveket fogalmazott meg a közveszélyes állapotú elkövetőkkel szembeni fellépéssel kapcsolatban, mint a később elfogadott törvény. Gyógyító őrizet bevezetését tartotta indokoltnak ezen elkövetői csoporttal szemben, ahol a beszámíthatatlan büntetettek mellett helyet kaptak volna a csökkent beszámítási képességűek is. A tervezet rendelkezett a feltételes szabadon bocsátás lehetőségéről. A még bűncselekményt el nem követett

amely bevezette a beszámíthatatlan¹⁶⁸ elmebeteg büntetésekkel szemben a biztonsági őrizet jogintézményét. A novellát csak átmeneti megoldásnak szánták addig, amíg el nem készül az új büntető kódex¹⁶⁹. A biztonsági őrizet felnőtt korú elmebeteg beszámíthatatlan személy által elkövetett bűntett vagy vétség esetén került kiszabásra. Azonban, ha a tettes először követett el vétséget, kedvező prognózis esetén mellőzhető volt e szankció elrendelése. A novella csupán elmebeteg elkövető esetén teszi lehetővé ezen intézkedés alkalmazását. Az 1978. évi Btk. szerint a beszámíthatatlan, kóros elmeállapotú elkövető fogalma alá tartozhatnak még a gyengeelméjűség különböző fokozataiban, szellemi leépülésben, tudatzavarban, illetve személyiségzavarban szenvedő elkövetők¹⁷⁰ is.

A törvény a szankció célját az ártalmatlanná tételben, az elkövető gyógyításában, és a közveszélyes állapot megszüntetésében határozta meg. Az intézkedést a bíróság egy évre rendelte el, de a közveszélyes állapot fenn álltáig meg kellett hosszabbítani. Ennek menete a következő volt: az a bíróság, amelyik a biztonsági őrizetbe helyezést elrendelte, a tartam letelte előtt három hónappal az ügyet újra megvizsgálta, és ha azt állapította meg, hogy az őrizetbe helyezett állapota már nem jár újabb bűntett vagy vétség elkövetésének veszélyével, az őrizetet meg kellett szüntetni, ellenkező esetben azonban a bíróság egy évre ismét biztonsági őrizetbe helyezte az elkövetőt. Ezt az eljárást addig kellett ismételni, ameddig a büntettes közveszélyes állapota meg nem szűnt. Ezt az intézkedést e célra rendelt intézetben, illetve letartóztató, vagy elmeorvosintézetnek erre a célra elkülönített részében kell fogantatosítani¹⁷¹. A törvényt *Schäfer István* több okból bírálta: elsősorban azért, mert a szabályozás nem a gyógyításra, inkább az ártalmatlanná tételre helyezte a hangsúlyt, ráadásul nem kötötte a szankció elrendelését a bűnisméltés veszélyéhez. Schäfer azt is felrótta, hogy elmebetegség színlelésével az elkövetők kibújhatnak a felelősség alól¹⁷².

alkoholisták és kábítószer élvezők esetén kötelező orvosi gyógykezelést vezetett volna be, amelynek nem teljesítése esetén megnyílt volna az út a gyógyító őrizet alkalmazása előtt. GYÖRGYI Kálmán, *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó Budapest. 1984. 27-28. Véleményem szerint ez utóbbi rendelkezés a pozitívista elméletek hatását mutatja.

¹⁶⁸ A korlátozott beszámítási képesség fogalmát a törvény nem ismerte, azt csak a Btá. vezette be 1950-ben. A jogirodalom azonban ismerte a fogalmat, hiszen többek között Heller Erik a magyar büntetőjog általános tanai című 1937-ben írott munkájában már használta.

¹⁶⁹ KÁDÁR Miklós, *A büntetőjog általános alapelveiről*, Jogtudományi Közlöny, 1948/8. , 337.

¹⁷⁰ 1978. évi IV. tv. 24. § (1)

¹⁷¹ 1948. évi XLVIII. tv. 1-5. §.

¹⁷² SCHÄFER István, *Biztonság vagy gyógyítás?*, Jogtudományi Közlöny, 1948/14., 219-220.

Horányi Béla ezzel szemben azt emelte ki, hogy komoly hátrányokkal járhat, ha gyors gyógyulás után a betegnek még hónapokig az intézetben kell maradni, ami indokolatlan megbélyegzést eredményezhet¹⁷³.

3.2.4. A szocialista jogalkotás eredményei

Az 1950. évi II. tv. (Btá.) hasonlóan szabályozta a biztonsági őrizetet: „*azt aki 18. életének betöltése után büntettet követ el, ha elmebetegsége okából nem büntethető, viszont elmeállapotánál fogva alaposan feltehető, hogy újabb büntettet követ el, biztonsági őrizetbe kell helyezni*”¹⁷⁴. Ez a rendelkezés eltért a III. novella szabályaitól, hiszen csak akkor tette kötelezővé a szankció alkalmazását, ha a bűnisméltés veszélye fennáll. A biztonsági őrizetet nem lehetett elrendelni fiatalokú elkövetővel szemben – ezt a hiányosságot pótolta az 1951. évi 34. sz. tvr¹⁷⁵, amely nem feledkezett meg azokról a fiatalokúakról sem, akik nem voltak elmebetegek, de elmeműködésük kóros vonásokat mutatott. Számukra tette lehetővé a gyógypedagógiai intézetbe utalást¹⁷⁶. Szembetűnő, hogy a törvény bármely bűncselekmény elkövetése esetén lehetővé tette a szankció alkalmazását, az elrendelés egyetlen korlátja a közveszélyes állapot volt. A kódex a biztonsági őrizet időtartamát egy évben határozta meg, amelybe nem számított be, az előzetes fogva tartásban, vagy ideiglenes biztonsági őrizetben¹⁷⁷ töltött idő¹⁷⁸. Az egy éves időtartamot mindaddig meg lehetett hosszabbítani, amíg az elkövető közveszélyes állapota fenn állt. Érdeemes megemlíteni, hogy – bár a törvény itt nem parancsoló módot használ – a jogszabály céljából és egész rendszeréből azt a következtetést lehet levonni, hogy a meghosszabbítás kötelező a közveszélyes állapot fennállása esetén. E jogintézmény nem csupán a társadalom védelmét, hanem az elkövető gyógyítását is szolgálta. Ez a gyógyító tevékenység a fiatalokúaknál még szélesebb körben érvényesült, hiszen nemcsak kóros elmeállapot esetén volt alkalmazható büntetőjogi szankció¹⁷⁹.

¹⁷³ HORÁNYI Béla: *Az új büntető novella elmeorvosi szempontból*, Jogtudományi Közlöny, 1948/14., 300-303.

¹⁷⁴ 1950. évi II. tv. 49. § (1)

¹⁷⁵ „*A biztonsági őrizetre vonatkozó rendelkezéseket ... akkor is alkalmazni kell, ha a büntettet fiatal korban követte el*” 1951. évi 34. sz. tvr. 11. §

¹⁷⁶ 1951. évi 34. sz. tvr. 3. § (1)

¹⁷⁷ A beszámítás kérdése a kényszergyógykezelés határozott idejűvé válásával ismét felvetődött.

¹⁷⁸ 1950. évi II. tv. 49. § (2)

¹⁷⁹ VISZOKAY László, *A beszámíthatatlan személyekkel szembeni intézkedés alakulása a felszabadulástól napjainkig*, Magyar Jog, 1987/10., 841-842.

Az 1961. évi V. tv. némileg eltérő módon szabályozta a beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben alkalmazható jogintézményt: „azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban elkövetett cselekménye miatt nem büntethető, a bíróság kényszergyógykezelést rendel el, ha attól lehet tartani, hogy olyan cselekményt követ el, amely egyébként megvalósítja valamely büntett törvényi tényállását”. A jogintézmény új nevéből is kitűnik, hogy a szankció elsődleges célja többé nem a társadalom védelme, vagy az elkövető izolálása, hanem annak gyógyítása. Ez a törvény pontosabban meghatározta azt a büntettesi kört, akikkel szemben az intézkedés alkalmazható volt: már nemcsak az elmebetegséget, hanem a gyengeelméjűséget és a tudatzavart is magába foglalta a betegségek köre. A jogintézmény csak akkor volt alkalmazható, ha az állapot kóros jellegű, tehát nem eseti. Az elkövetett cselekmény súlya továbbra sem jött döntően figyelembe. Szembetűnő, hogy a törvény nem használja a közveszélyes állapot megjelölést; ennek oka, hogy az orvosi szaknyelv ennek a kifejezésnek jóval tágabb értelmet tulajdonít¹⁸⁰. Az intézkedés elrendelése fiatalokkal szemben is lehetségessé vált. Fogyatékos értelmű vagy gyengeelméjű fiatalokkal szemben vált alkalmazhatóvá a javító nevelés jogintézménye. A szankció időtartamáról nem szólt a törvény, de az 1962. évi 8. sz. tvr. szerint az intézkedést egy év után, majd évente felül kellett vizsgálni, de ha okai már nem álltak fenn, év közben kellett megszüntetni¹⁸¹.

A törvény a végrehajtás két módját ismerte: kijelölt egészségügyi intézetben vagy gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban való végrehajtást. A kijelölt egészségügyi intézet az Országos Megfigyelő és Elmeegógyító Intézet. Házi gondozás esetén a beteg ápolását és felügyeletét a beteg hozzátartozójának kellett ellátni, amit az Intézet orvosa ellenőrzött. Az Intézetben kellett foganatosítani a szankciót, ha olyan cselekmény miatt alkalmazták, amelyre büntethetőségi akadály hiányában egy évnél súlyosabb szabadságvesztés kiszabása lenne indokolt¹⁸². Ez az első eset, hogy a jogalkotó jelentőséget tulajdonított a cselekmény súlyának. A Btá.-val ellentétben itt sor került az ideiglenes kényszergyógykezelés időtartamának beszámítására. Az intézkedést meg kellett szüntetni, ha annak szükségessége már nem állt fenn. Lehetőség volt arra is, hogy az intézeti gyógykezelésről áttérjenek a házi gondozásra.

¹⁸⁰ VISZOKAY, *i.m.*, 843.

¹⁸¹ VISZOKAY, *i.m.*, 843.

¹⁸² 1962. évi 10. tvr. 21. §

A szakirodalomban számos vitát szült az új szabályozás. Az egyik álláspont szerint szükséges a szankció kiterjesztése, hiszen nem csupán a törvényben felsorolt kóros elmeállapotok esetén lenne hasznos az alkalmazása, hanem egyéb, főként hormonális zavarokkal összefüggésben lévő betegségek is befolyással lehetnek az agyműködésre, így a kényszergyógykezelés ezen csoporttal szemben is alternatívát jelentene. Főleg a különböző nemi aberrációk vonatkozásában javasolják a jogkövetkezmény alkalmazását¹⁸³.

Ezzel éppen ellentétes vélemény is született, amely szerint a társadalom védelme nem teszi szükségessé, hogy kevésbé jelentős bűncselekmények elkövetőivel szemben is lehetővé váljon a kényszergyógykezelés alkalmazása. *Farkas Sándor* javasolja, hogy a szankció alkalmazási körét le kell csökkenteni az erőszakos vagy egyéb súlyos bűncselekményekre¹⁸⁴.

Szabóné Nagy Terézia szerint a kényszergyógykezelés elrendelését csupán a büntettek elkövetése esetén kellene elrendelni, a vétségek elkövetőivel szemben intézkedésként a társadalom megfelelő védelmét szolgálná az elmeógyógyintézetbe utalás vagy a házi gondozás¹⁸⁵.

Berkes György szerint a kényszergyógykezelést büntetőjogi intézkedésként kell szabályozni, ennek megfelelően zárt intézetben a büntetés-végrehajtás keretében kell azt végrehajtani. Ha az elrendelés nem indokolt, a bíróságnak értesíteni kell az egészségügyi hatóságot. Ez azonban már nem büntetőjogi szankció végrehajtása lesz¹⁸⁶.

A jogintézmény szabályozásának következő változása az 1971. évi 28. tvr-hez fűződik, amely szerint *„az olyan cselekmény esetében, amely egyébként valamely vétség tényállását valósította meg, a bíróság mellőzi a kényszergyógykezelés elrendelését, ha az – a cselekmény elkövetőjének személyi körülményeire vagy a cselekmény súlyára és jellegére figyelemmel – a társadalom védelme szempontjából szükségtelen”*.

További újdonságot jelentett, hogy a kényszergyógykezelést csak akkor kellett az Intézetben végrehajtani, ha az élet, a testi épség, az egészség vagy a közbiztonság elleni, továbbá erőszakos jellegű olyan cselekmény miatt rendelték el, amely büntethetőséget

¹⁸³ GÁRDAI Gyula – VÍGH József, *Észrevételek a büntetési rendszerünk problémáihoz*, Magyar Jog, 1969/6., 582-583.

¹⁸⁴ FARKAS Sándor, *A büntetőjog néhány időszerű kérdése*, Magyar Jog, 1969/6., 592-593.

¹⁸⁵ SZABÓNÉ NAGY Terézia, *Vétség – büntett – súlyos büntett*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1977., 117-118.

¹⁸⁶ BERKES György, *A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelésére vonatkozó kodifikációs elgondolások*, Magyar Jog, 1977/11., 1061.

kizáró ok hiányában valamelyik büntett tényállását valósítaná meg, és egy évi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabását tenné indokolttá¹⁸⁷.

Erre az újításra azért volt szükség, mert a korábbi szabályozás csak a cselekmény súlyát vette figyelembe a végrehajtási mód megválasztásánál¹⁸⁸.

Az 1978. évi IV. törvény előkészítése során nyilvánvalóvá vált, hogy a kényszergyógykezelés büntetőjogi keretek között tartását csak az a tény indokolja, hogy azt zárt intézetben, a büntetés-végrehajtás keretén belül hajtják végre. Az a tény, hogy a jogkövetkezmény elsődleges célja a beteg gyógyítása, inkább azt indokolná, hogy a jogintézmény a büntetőjogon kívül kerüljön elhelyezésre¹⁸⁹. Ilyen előzmények után fogadták el a törvényt, amely jelenleg is hatályban van¹⁹⁰.

3.3. Összegzés

Dolgozatom ezen fejezetében a beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben alkalmazható szankciók változásaival foglalkoztam. Az évszázadok során e csoport megítélése gyakran változott, és a büntetőjogi megítélés is tükrözte a társadalmi szemlélet módosulását. A XIX. század második feléig alig találunk rendelkezéseket velük kapcsolatban, a források pedig csak szűk körű szabályozást tartalmaznak, annak ellenére, hogy a jogtudósok a XX. század elejétől sürgették a büntetőjogi jogkövetkezmények átalakítását, ennek ellenére a biztonsági őrizet csupán a Csemegi – kódex III. novellájában jelent meg először. Hasonló helyzet alakult ki a korlátozott beszámítási képesség vonatkozásában is. A jogirodalom foglalkozott vele, a törvényhozás azonban egyáltalán nem fordított rá figyelmet, a jogintézménnyel először a Btá-ban találkozhattunk.

¹⁸⁷ VISZOKAY, *i.m.*, 845.

¹⁸⁸ Az 1971. évi 28. tvr. miniszteri indoklása

¹⁸⁹ GYÖRGYI, *i.m.*, 375-376.

¹⁹⁰ A dolgozat elkészítése idején azonban már elfogadásra került a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény.

4. fejezet: Nemzetközi elvárások

4.1. Elvárások a nemzetközi dokumentumok tükrében

Az első, emberi jogokkal foglalkozó nemzetközi dokumentumok nem fordítottak figyelmet az elmebetegek - és más különleges csoportok - jogaira. Azok a jogforrások, amelyek tartalmazzák ez irányú rendelkezéseket, a kötelező intézeti gyógykezelést veszik alapul¹⁹¹. Ennek oka, hogy számos állam nem ismeri a kényszergyógykezelést, mint büntetőjogi szankciót. Az elmebeteg bűnelkövetők helyzetét az angolszász országokban és a kontinentális államok közül Franciaországban az egészségügyi jogszabályok rendezik.

A kötelező jogforrások helyett inkább a nem kötelező soft law túlsúlya figyelhető meg, amelyek pusztán deklarációk helyett részletes szabályokat rögzítenek.

Számos dokumentum került megalkotásra az ENSZ égisze alatt, amelyek főként általánosságban rögzítik a személyek jogait, külön szabályokat csak elvétve találunk a kényszergyógykezelésre. Témánk szempontjából nagyobb jelentőségűek az Európa Tanács dokumentumai. Nem csupán az Emberi Jogok Európai Egyezményére kell itt gondolni - amelynek rendelkezéseit az Emberi Jogok Európai Bírósága bontotta ki -, hanem az ET ajánlásokra is, amelyek részletes rendelkezéseket tartalmaznak a vizsgált jogintézményre.

Az 1948-ban elfogadott Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata mindössze alapelveket, általános szabályokat tartalmazott. Rögzíti, hogy mindenkinek joga van a szabadsághoz és a személyes biztonsághoz¹⁹², és természetesen az emberi méltósághoz¹⁹³. Emellett azt is deklarálja, hogy senkit sem lehet kegyetlen, embertelen, megalázó büntetésnek vagy bánásmódnak alávetni¹⁹⁴.

Az 1966-os Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya¹⁹⁵ a Nyilatkozatnál jobban kibontotta az egyes szabadságjogok tartalmát, sőt, egyes speciális

¹⁹¹ Fontos azonban megjegyezni, hogy az ET ajánlások magyar fordítása kötelező gyógykezelésre a "kényszergyógykezelés" kifejezést használja

¹⁹² Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata 4. cikk

¹⁹³ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata 1. cikk

¹⁹⁴ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata 5. cikk

¹⁹⁵ Magyarországon kihirdette az 1976. évi 8. tvr.

csoportokra - így a nők vonatkozásában - is tartalmazott deklarációkat. A beszámíthatatlan személyekre azonban továbbra sem ismertetett külön rendelkezéseket. Hasonlóan a fent vizsgált jogforráshoz, itt is csupán a személyes szabadsághoz való jogot és a kínzás tilalmát lehet megemlíteni.

„Mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra. Senkit sem lehet önkényesen őrizetbe venni vagy letartóztatni. Senkit sem lehet szabadságától másként, mint a törvényben meghatározott okokból és a törvényben meghatározott eljárás alapján megfosztani”. A fogva tartott személyt minden esetben tájékoztatni kell annak okáról, és bíróság elé kell állítani késedelem nélkül. Mindemellett rögzíti az Egyezségokmány, hogy *„a szabadságuktól megfosztott személyekkel emberségesen és az emberi személyiség veleszületett méltóságának tiszteletben tartásával kell bánni”*¹⁹⁶. A kínzás tilalma tekintetében deklarálja, hogy *„senkit sem lehet kínzásnak, kegyetlen, embertelen, megalázó elbánásnak vagy büntetésnek alávetni. Különösen tilos bárkit szabad hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletnek alávetni”*¹⁹⁷.

Az ENSZ égisze alatt született meg 2006-ban a Fogyatékos személyek jogainak védelméről és azok előmozdításáról szóló egyezmény¹⁹⁸. A dokumentum rögzíti a fogyatékos fogalmát, amelybe a mentális sérülés is beletartozik: *„fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszantartó fizikai, értelmi, szellemi, vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását”*¹⁹⁹.

Hasonlóan a többi okmányhoz, meghatározza, milyen jogok illetik meg a fogyatékos személyeket, de nem tartalmaz kötelező szabályokat a kényszergyógykezelés alatt állókra, sőt, a mentálisan sérültekre sem. Kiemelésre méltónak csupán a fogyatékossgal élő nőket és gyermekeket találta.

A fogyatékos személyeket megillető jogok közül itt is megtalálhatjuk a személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jogot²⁰⁰, továbbá a kínzás tilalmát²⁰¹.

¹⁹⁶ Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 9-10. cikk

¹⁹⁷ Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 7. cikk

¹⁹⁸ Magyarországon kihirdette a 2007. évi XCII. törvény

¹⁹⁹ Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény 1. cikk

²⁰⁰ Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény 14. cikk

²⁰¹ Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény 15. cikk

Az ENSZ 1991-ben elfogadott 16. alapelve - „A mentálisan beteg emberek védelme és a mentális gondozás javítása”²⁰² - , eltérően a fenti dokumentumoktól, foglalkozik a mentálisan sérültek fogva tartásával.

A szervezet egy tervezetet is kidolgozott az elmebetegségben és elmebeli rendellenességben szenvedő személyek jogainak védelméről. Ennek keretében szól a velük szemben indítható büntető eljárás lehetőségéről is. Mivel e személyek kezelésre utalása - nem csupán akkor, ha ez büntető eljárás keretében történik - a személyi szabadság jelentős korlátozását jelenti, egységes szempontokat ír elő az elrendelésre és a kezelés módjára. Ennek megfelelően a kötelező kezelésre csak akkor kerülhet sor, ha legalább két orvos javasolja az elhelyezést. Súlyos elmebetegség vagy elmebeli rendellenesség megléte hasonlóképpen szükséges. Feltétel továbbá, hogy a beteg veszélyt jelentsen önmagára vagy másokra, illetve a társadalomra. A tervezet előírása továbbá, hogy kompetens bíróság vagy egészségügyi hatóság hozzon döntést a kezeléstről²⁰³. Összevetve az ajánlást a magyar szabályokkal, elmondható, hogy hazánkban csak a társadalomra veszélyesség alapozza meg a kényszergyógykezelést, tehát nincs az elrendelésre mód, ha az elkövető csupán magára jelent veszélyt. Ez összevág a büntetőjog szerepvállalásával; ha a beteg önmagára jelent veszélyt, az egészségügyi törvény rendelkezései irányadóak. A kezelésre utalás hazánkban mindig bíróság feladata, ez garanciális jellegű, hiszen a személyi szabadságot ilyen mértékben korlátozó döntés nem születhet meg közigazgatási keretek között. Ezzel szemben a tervezet nem zárkózik el az utóbbi lehetőségtől sem. Ennek ellenére az általam vizsgált többi országban is a bíróság hatáskörébe tartozik az elrendelés.

Az 1950-ben megalkotott, Római egyezmények is nevezett Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok védelméről szóló egyezmény²⁰⁴ - akárcsak a már bemutatott, ENSZ égisze alatt létrejött okmányok- rögzíti a személyes szabadsághoz való jogot²⁰⁵ és a kínzás tilalmát²⁰⁶. Sőt, részletesebb, mint a többi jogforrás (annak ellenére, hogy időben megelőzi az Egyezségokmányt). Tartalmaz külön szabályokat a beszámíthatatlan

²⁰² 46/119. ENSZ Határozat

²⁰³ ENSZ Tervezet az elmebetegségben és elmebeli rendellenességben szenvedő személyek jogainak védelméről, 16. cikk

²⁰⁴ Magyarországon kihirdette az 1993. évi XXI. törvény

²⁰⁵ Emberi Jogok Európai Egyezménye 5. cikk

²⁰⁶ Emberi Jogok Európai Egyezménye 3. cikk

személyekre is: „Mindenkinek joga van a szabadságra és a személyes biztonságra. Szabadságától senkit sem lehet megfosztani, kivéve az alábbi esetekben és a törvényben meghatározott eljárás útján: ... törvényes őrizetbe vétel, fertőző betegségek terjedésének megakadályozása céljából, valamint elmebeteg²⁰⁷, alkoholisták, kábítószer-élvezők vagy csavargók őrizetbe vétele²⁰⁸. Deklarálja a fentieken kívül a tisztességes eljáráshoz fűződő jogot is²⁰⁹.

Az Emberi Jogok Európai Bírósága számos esetben vizsgálta e jogok betartását, a döntései - amelyek kötelezők az alperes tagállamokra - az Egyezmény kötelező jellegű értelmezését jelentik. Működése során előfordult, hogy elmarasztalt államnak jelentős változtatásokat kellett eszközölnie nemzeti jogában²¹⁰.

Az 1987-ben elfogadott a „Kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény²¹¹ létrehozta a „Kínzás és embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzésére alakult Európai Bizottságot” (CPT), amely rendszeresen ismétlődő valamint eseti látogatások révén vizsgálja, továbbá jelentést készít az Emberi Jogok Európai Egyezménye rendelkezéseinek betartásáról. Ennek keretében felkeres minden olyan intézményt, - így a pszichiátriai intézeteket is - ahol „szabadságuktól a közhatalom által megfosztott személyek vannak²¹². A Bizottság hazánkban is több alkalommal járt, vizsgálatainak eredményét a 6. fejezetben mutatom be.

Mint említettem, a kapcsolódó nemzetközi dokumentumok egy részét a soft law, így az ajánlások teszik ki. A R (83) 2 számú Ajánlás az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről rendelkezik. A címben szereplő kifejezés azonban nem kizárólag a bűncselekményt elkövetők kezelésére vonatkozik, a büntetőeljárás során alkalmazott kényszergyógykezelésre csupán egyes rendelkezések

²⁰⁷ Az Egyezmény szövege az 1940-es években készült; az „elmebeteg” kifejezés mára idejétmúlt, ezért más terminológiát használnak helyette.

²⁰⁸ Emberi Jogok Európai Egyezménye 5. cikk 1. pont e.

²⁰⁹ Emberi Jogok Európai Egyezménye 6. cikk

²¹⁰ Erre lehet példa az X. v. Egyesült Királyság ügy, ahol a Bíróság kifejtette azt is, hogy a betegeknek joga van a felülvizsgálathoz, de a hatóságnak, amely ezt a feladatot ellátta, nem volt hatásköre „a szigorított őrizetű betegek” a szabadon bocsátás engedélyezésére. A Bíróság döntése utána hatáskörét kiterjesztették e csoport felülvizsgálatának engedélyezésére is.

²¹¹ Magyarországon kihirdette az 1995. évi III. törvény

²¹² A kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény 1-2. cikk

vonatkoznak, amelyeket az ajánlás kifejezetten tartalmaz. A kényszergyógykezelés az ajánlás szerint „*az elmebetegségben szenvedő személynek kezelés céljából kórházba, más egészségügyi intézménybe vagy egyéb megfelelő helyre történő felvétele és ott tartása, ahol a kezelés nem saját kérésre történik*”²¹³ valamint „*ezek a szabályok alkalmazandók azokban az esetekben is, amikor az eredetileg a saját kérésére felvett beteget az elbocsátására irányuló akarata ellenére tartják az intézetben*”²¹⁴.

A dokumentum rögzíti, hogy beteg emberi méltóságát minden körülmények között tiszteletben kell tartani²¹⁵.

A megfelelő gondozás és kezelés alapvető elvárás az egyenlő elbánás követelménye mellett. Olyan kezelés, amelyet az orvostudomány még nem ismert el általánosan, vagy amely a tartós agykárosodás okozásának illetve a beteg személyisége megváltozásának komoly veszélyével jár, csak akkor alkalmazható, ha az orvos feltétlenül szükségesnek tartja. Szükséges továbbá, hogy a beteg az orvosi tájékoztatás után kifejezetten beleegyezzen a kezelésbe. Ha a gyógykezelt nem képes megérteni a kezelés jellegét, az orvos a kérdést független hatóság elé terjeszti, amely hatóság a beteg jogi képviselőjének véleményét is kikéri. Tilos az elmebetegségben szenvedő személyen olyan termékek és terápiák klinikai tesztelése, amelyeknek nincs pszichiátriai kezelési célzata²¹⁶.

A kényszergyógykezelés pusztá ténye nem jelenthet alapot a beteg jogképességének korlátozására²¹⁷. Bár az ajánlás itt kifejezetten „jogképességet” említ, a magyar jogban ez a cselekvőképesség fogalmát jelenti.

Mégis, a kezelésről döntő hatóságnak, amennyiben ez szükséges gondoskodnia kell arról, hogy megfelelő intézkedéseket hozzanak a beteg anyagi érdekeinek védelmére²¹⁸.

Erre szolgál hazánkban a cselekvőképességet korlátozó valamint azt kizáró gondnokság jogintézménye.

²¹³ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 1. cikk 2. pont

²¹⁴ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 1. cikk 3. pont

²¹⁵ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 10. cikk

²¹⁶ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 5. cikk

²¹⁷ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 9.1. cikk

²¹⁸ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről, 9.1. cikk

Számos szabály nem vonatkozik azonban a büntetőeljárás következtében alkalmazott kezelésre. A „büntetőeljárás következtében” kifejezésnek különös jelentősége van; nem csupán az ideiglenes kényszergyógykezelésre kell gondolni, hiszen az angolszász államokban a büntetőjogi útról történő elterelés a mentálisan sérült elkövetők kapcsán is kulcsfontosságú.

A jogforrás szerint a büntetőeljárás keretében elrendelt gyógykezelés során korlátozható többek között a beteg azon joga, hogy felbontatlanul levelet küldjön, illetve hatósággal, védőjével érintkezzen²¹⁹. Egy 2004-es ajánlás mégis rögzíti, hogy a kényszergyógykezelést tilos akadályozni abban, hogy képviselőjével, illetve a hatósággal kommunikáljon²²⁰.

A kezelés elrendeléséről²²¹, valamint felülvizsgálatáról²²² szóló rendelkezések szintén nem alkalmazhatók. E kérdéskörökkel kapcsolatban az Emberi Jogok Európai Bírósága kialakította esetjogát, amelyet a későbbiekben mutatok be.

Az Európai Börtönszabályok²²³ hatálya kiterjed a beszámíthatatlan személyekkel szemben büntetőeljárás keretében hozott jogkövetkezményekre, ugyanis a dokumentum hatálya kiterjed „*az igazságügyi hatóság által előzetes letartóztatásba helyezett, vagy büntető ítélet folytán szabadságuktól megfosztott azon személyek, akiket valamilyen ok miatt más helyen tartanak fogva*”²²⁴.

Ezen kívül azonban semmilyen különleges rendelkezést nem tartalmaz a mentálisan sérült elkövetőkre, annak ellenére, hogy foglalkozik egyes, speciális szabályozást igénylő csoportokkal, így többek között a nők, a fiatalok vagy az előzetes letartóztatásban lévők jogaival.

Az elmebeli rendellenességekre vonatkozóan viszont mindössze azt rögzíti, hogy az elmebetegségben szenvedőket valamint mindazokat, akiknek „*pszichés állapota nem viseli el a büntetés végrehajtási intézetben való fogva tartást*”, szükséges e célra kialakított intézményben elhelyezni. Ha valamilyen okból ezeket a személyeket mégis

²¹⁹ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelést igénylő személyek jogi védelméről, 6. cikk

²²⁰ A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről, 23. cikk

²²¹ A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelést igénylő személyek jogi védelméről, 4. cikk

²²² A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelést igénylő személyek jogi védelméről, 8. cikk

²²³ A Miniszteri Bizottság R (06) 2. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról

²²⁴ A Miniszteri Bizottság R (06) 2. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról, 10. 3. pont

büntetés - végrehajtási intézetben szükséges fogva tartani, megfelelő elhelyezésüket és szükségleteiket külön szabályokban kell rendezni²²⁵.

Az Európa Tanács 1987-ben már elfogadott egy Európai Börtönszabályzatot²²⁶. Ellentétben a későbbi jogforrással, ez a különleges kategóriába sorolja, és ott – bár röviden - rendelkezik az elmebeteg és szellemileg fogyatékos fogvatartottokról. Rögzíti, hogy az elmebetegnek minősített személyeket tilos bebörtönözni, ehelyett *„intézkedni kell, hogy a lehető legrövidebb időn belül elszállítsák őket az elmebetegek számára létesült megfelelő intézményekbe”*²²⁷. Mindemellett bizonyos esetekben a büntetés-végrehajtási intézetnek biztosítania kell a mentális sérülések²²⁸ kezelését²²⁹. Részükre egészségügyi irányítás alatt álló speciális intézeteket, vagy legalább részlegeket kell létrehozni. A büntetés végrehajtási intézetek egészségügyi vagy pszichiátriai szolgálatának biztosítania kell az összes erre rászoruló fogvatartott elmeorvosi kezelését. A társadalom megfelelő szerveivel együttműködve intézkedni kell annak érdekében, hogy a szabadulás után is folytatódjon a kényszergyógykezeltek pszichiátriai kezelése és a szociálpszichiátriai utógondozása²³⁰.

A kényszergyógykezeltekkel foglalkozó alkalmazottakra vonatkozóan sem a hatályos, sem a korábbi ajánlás nem tartalmaz semmilyen elvárást, az 1987-es jogforrás kommentárja mégis rögzíti, hogy *„az e kategóriába tartozó fogvatartottak kezelésével és gondozásával megbízott minden alkalmazottnak különleges képességekkel és gyakorlattal kell rendelkeznie. Ez különösen fontos olyan intézményekben, ahol a források elégtelensége nem teszi lehetővé a szóban forgó fogva tartottak szükségleteinek kielégítését vagy a vezetésre háruló feladatok teljesítését. E terület fontossága és problematikus jellege indokolttá teszi, hogy a vezetés állandó orvosi és vezetői felügyeletet gyakoroljon a problémák és az egyéni esetek felett. Nagyon fontos, hogy a kezelés a szabadon bocsátást követően is folytatódjon”*²³¹.

²²⁵ A Miniszteri Bizottság R (06) 2. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról, 12.1 – 12.2. pont

²²⁶ A Miniszteri Bizottság R (87) 3. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról

²²⁷ A Miniszteri Bizottság R (87) 3. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról, 100. cikk

²²⁸ Az ajánlás a „szellemi abnormitás” fogalmat használja.

²²⁹ A Miniszteri Bizottság R (87) 3. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról, 26.1. cikk

²³⁰ A Miniszteri Bizottság R (87) 3. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról, 100. cikk

²³¹ [http://web.t-online.hu/barabbas/tananyag/eu-bosz/eu-bosz \(2013. 01. 04.\)](http://web.t-online.hu/barabbas/tananyag/eu-bosz/eu-bosz (2013. 01. 04.))

A kényszergyógykezelés fogatosítására külön ajánlást készített az ET Miniszteri Bizottsága 2004-ben²³². A végrehajtás során a beteget és annak képviselőjét tájékoztatni kell szóban és írásban a beteg jogairól, valamint a rendelkezésre álló jogorvoslati lehetőségekről²³³.

Az R (83) 2. sz. Ajánlásban meghatározott megfelelő gondozás és kezelés biztosítását ez a jogforrás is megköveteli, és rögzíti, hogy a kezelés alapvető feltétele szakképzett személyzet foglalkoztatása, valamint kezelési terv megléte, ez utóbbinál – lehetőség szerint – a kezelt véleményét is figyelembe kell venni²³⁴.

Rendszeresen informálni kell a kezelés alatt állót annak okáról, szükségességéről, tartamáról és befejezéséről. A kényszergyógykezelést tilos korlátozni abban, hogy képviselőjével, védőjével, illetve a hatósággal kommunikáljon. Nem szabad indokolatlanul korlátozni abban, hogy más látogatót fogadjon, de ilyenkor pszichiáter közreműködését is igénybe kell venni²³⁵.

4.2. Gondolatok az Európai Emberi Jogi Bíróság kényszergyógykezeléssel kapcsolatos elvárásairól

Ebben a részben az Európai Emberi Jogi Bíróság kényszergyógykezelést és a beszámíthatatlan elkövetők jogait érintő eseteivel foglalkozok. Ebben a vonatkozásban az Emberi Jogok Európai Egyezményének alábbi cikkei bírnak különös fontossággal:

- 3. cikk²³⁶,
- 5. cikk²³⁷,
- 6. cikk,²³⁸
- 8. cikk²³⁹.

²³² A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről

²³³ A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről, 22. cikk

²³⁴ A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről, 12. cikk

²³⁵ A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről, 23. cikk

²³⁶ Kínzás tilalma

²³⁷ Szabadsághoz való jog

²³⁸ Tisztességes eljárásához való jog

Összességében elmondható, hogy azokat az elkövetőket, akiknél elmebetegséget vagy a beszámíthatatlanságot érintő állapotot diagnosztizáltak általában pszichiátrián helyezik el, hiszen leggyakrabban antiszociális – leginkább erőszakos – magatartást tanúsítanak. Az elmebetegség értelmezésével nem foglalkozik a Bíróság, hiszen a fogalom az elmekórtannal együtt fejlődik, és a társadalom megítélése is változó. Leszögezte viszont, hogy a fogalmat nem lehet pusztán azért alkalmazni, mert egy egyén nézetei eltérnek az általános elvárásoktól, hasonlóképpen, nem lehet rejtett célok megvalósítására sem használni²⁴⁰.

4.2.1. Winterwerp kritériumok

A fogva tartás követelményeit a Bíróság elsőként a Winterwerp v. Hollandia ügyben vizsgálta²⁴¹:

- fontos, hogy a személyes szabadság korlátozása törvényi alapon történjen, és a nemzeti jog által szabályozott eljárás - valamint a szabályozás mögött meghúzódó általános elvrendszer - megfeleljen az Egyezmény kívánalmainak,²⁴².
- A mentális rendellenességnek olyan mértékűnek vagy fajtájúnak kell lenni, amely indokolja a szabadságtól való megfosztást, és amely szükséges a fogva tartás meghosszabbításához. A fogva tartás érvényességének megalapozásához szükséges a mentális zavar állandósága is.
- Mindezek mellett elvárás, hogy az egyén elmeállapotát – sürgős esetek kivételével - objektív szakértői vélemény támassza alá²⁴³.

Meg kell azonban jegyezni, hogy az államok meglehetősen széles diszkrécióval rendelkeznek a beavatkozás követelményeinek terén²⁴⁴.

²³⁹ Magánélet tiszteletben tartásához való jog.

²⁴⁰ SZABÓ Győző – NAGY Gábor, *Az Európai Emberi Jogi Bíróság joggyakorlata. Tanulmányok az Európai Emberi Jogi Bíróság legfontosabb rendelkezéseivel kapcsolatos Strassbourgi esetjogról*, HVG ORAC, Budapest, 1999., 55.

²⁴¹ Winterwerp v. Hollandia, 1979. ügyszám: 6301/73, ítélet: 1979. 10. 24., 39. szakasz

²⁴² Mint egy másik ügyben a Bíróság megjegyezte, a jogbiztonság, így a kiszámíthatóság és a pontosság ebben az esetben különleges fontossággal bír. Részletesen lásd: Kawka v. Lengyelország ügy!

²⁴³ Ennek megfelelően a magyar jog alapján a kényszergyógykezelés nem alkalmazható átmeneti mentális problémák esetén.

²⁴⁴ Ezzel a kérdéssel kapcsolatban részletesen lásd Luberti v. Olaszország elleni ügyet!

4.2.2. A szabadsághoz való jog sérelme

A Bíróság vizsgálta a beteg autonómiájának kérdését. Kifejtette, hogy a hatóságoknak kötelessége a magánélet tiszteletben tartása, amely magába foglalja a lelki és morális integritást²⁴⁵. A beteg beleegyezésének hiányát csupán néhány körülmény indokolhatja, mint a társadalom védelme, illetve mások jogainak és szabadságának védelme²⁴⁶. A kényszergyógykezelés besorolható a társadalom védelme körébe.

A kezelésnek a beteg gyógyulását kell szolgálnia. De mit is jelent ez a követelmény? Nem azonosítható a maximális javulás fogalmával, sokkal tágabb kört foglal magába. Abban az esetben, ha az elkövető mentális zavara állandó, és agresszív, fenyegető viselkedésben nyilvánul meg, az egyetlen cél, hogy a teljes szellemi leépülést elkerüljék, vagy a beteg állapotának romlását lassítsák²⁴⁷.

A Bíróság több esetben vizsgálta a kezelés és gondozás kérdéseit, annak ellenére, hogy az Egyezmény nem rendelkezik külön a kezelésre vonatkozó jogokról²⁴⁸. Az egyik ügyben kifejtette, hogy a szabadon bocsátás csupán akkor lehetséges, ha megfelelő feltételek alkalmazása lehetővé teszi az elkövető további gyógyulásának figyelemmel kísérését. Ez a kérdés az 5. cikket, ezzel összefüggésben az eljárás időtartamát érinti, hiszen a feltételek meghatározása meghosszabbíthatja az eljárást. A Bíróság azonban kifejtette, hogy ebben az esetben a szabadon bocsátás elhalasztása nem minősül az Egyezmény megsértésének. A vizsgált ügyben mégis megvalósult az 5. cikk 1. bek. sérelme. Mint a hatóság (Mental Health Tribunal) azt megállapította, a kérelmező, Johnson nem szenved elme-zavarban. Ennek ellenére szabadon bocsátására nem kerülhetett sor, míg egy speciális otthon be nem fogadja, azonban ez a követelmény nem valósult meg. A betegeknek joguk van felülvizsgálatra évente egyszer, így Johnsont újból vizsgálatnak vetették alá. Három Tribunal is egészségesnek találta, mégis elhalasztották a szabadon bocsátását²⁴⁹.

²⁴⁵ X és Y v. Hollandia, 1985. ügyszám: 8978/80, ítélet: 1985. 03. 26., 63. szakasz

²⁴⁶ Richardson, G The European convention and mental health law in England and Wales: Moving beyond process? International Journal of Law and Psychiatry, 2005/3., 134.

²⁴⁷ Hutchison Reid v. Egyesült Királyság, 2003., ügyszám 50272/99, ítélet: 2003. 05. 20.13. szakasz

²⁴⁸ SZABÓ – NAGY, *i.m.*, 55.

²⁴⁹ Johnson v. Egyesült Királyság, 1997., ügyszám: 22520/93, ítélet: 1997. 10. 24., 54. szakasz

Egy esetben elítélés után az elkövetőt határozatlan időre pszichiátriai intézetbe küldték. Az ügyét már a '60-as években felülvizsgálták, de – mivel veszélyt jelentett a társadalomra – feltételes szabadon bocsátására csupán a következő évtizedben került sor. Három évvel később visszautalták. A kérelmező panaszt tett, jelezve, hogy nem kapott megfelelő választ, indokot erre az intézkedésre. A habeas corpus eljárás igénybe vétele után ismét szabadon bocsátották. Halála után az örökösei tettek panaszt információ és fellebbviteli eljárás hiányára hivatkozva. Az ügy ezen részére vonatkozóan a Bíróság nem állapította meg az Egyezmény, pontosabban az 5. cikk 1. bekezdésének, megsértését. Azonban kifejtette azt is, hogy a betegeknek joga van a felülvizsgálathoz, de a hatóságnak, amely ezt a feladatot ellátta, nem volt hatásköre „a szigorított őrizetű betegek” a szabadon bocsátás engedélyezésére. Ezért a Bíróság megállapította az 5. cikk 4. bekezdésének megsértését²⁵⁰.

Egy másik ügyben a hatóság csak javaslatot tehetett a miniszter felé a szabadon bocsátás elrendelésére, saját hatáskörben azonban nem dönthetett. A Bíróság szerint „*ez nem formai, hanem a hatalmi ágak szétválasztásának alapelvét érintő kérdés, és a visszaélés lehetősége elleni szükséges biztosítékokat csökkenti*”²⁵¹.

A Bíróság rámutatott arra, hogy az elmebetegek őrizetbe vétele csak akkor törvényes, amennyiben a fogva tartás kórházban, klinikán, illetve más megfelelő intézményben történik. A büntetés - végrehajtási intézet semmiképpen sem tekinthető megfelelő intézménynek. Ha tehát a kényszergyógykezelés végrehajtása itt történik, az sérti az Egyezmény 5. cikkének 1. pontját²⁵².

Egy másik ügyben emberölés elkövetése miatt kényszergyógykezelés alatt álló etióp állampolgár kérelmező kezelésének meghosszabbítását célzó ügyészi átirat tévedésből az irattárba került, ezért öt több, mint két hónapig törvényes ok hiányában, hatósági döntés nélkül gyógykezelték. A Bíróság megállapította az 5. cikk 1. pontjának megsértését, és kifejtette, hogy a közérdek nem igazolhatja a pszichiátriai kezelés alatt álló személy hosszú időn át történő bizonytalanságba tartását²⁵³.

²⁵⁰ X. v. Egyesült Királyság, 1981., ügyszám: 7215/73, ítélet: 1981. 10. 24., 61. szakasz

²⁵¹ Benjamin and Wilson v. Egyesült Királyság, 2002, ügyszám: 28212/95., ítélet: 2002. 09. 26.

²⁵² Aerts v. Belgium, 1998. ügyszám: 25357/94., ítélet: 1998. 07. 30., 7. szakasz

²⁵³ Erkalo v. Hollandia, 1998., ügyszám: 23807/94, ítélet: 1998., 09. 02., 32. szakasz

Egy egészen friss ügyben a kérelmező azt kifogásolta, hogy jogellenesen tartották rendőrségi őrizetben, mielőtt átszállították volna abba kórházba, amely a pszichiátriai vizsgálatot elvégezte. A Bíróságrámutatott, hogy az egyezmény 5. § 1. bekezdésébe ütközik, hogy a nemzeti bíróság nem vizsgálta felül, hogy a panaszos valóban elutasította-e a pszichiátriai kezelést, aggályos továbbá, hogy nem kapott tájékoztatást a panasztétel jogáról²⁵⁴.

A rendszeres felülvizsgálat feladata, hogy biztosítsa, a fogva tartás csak abban az esetben lehetséges, ha bizonyítékkal alátámasztható a beteg mentális rendellenessége, és az, hogy ez a rendellenesség veszélyes magatartáshoz vezet²⁵⁵.

A Bíróság több körülményt is meghatározott, amelyek az egyezmény 5. cikk 3. bekezdésének megsértését jelentik, ezek közé tartozik, ha a betegnek nincs joga rendszeres felülvizsgálatra²⁵⁶, vagy a felülvizsgálatot olyan hatóság végzi, amelynek nincs hatásköre a szabadon bocsátás elrendelésére. Az is feltétel, hogy a felülvizsgálatot bíróság végezze el. Ez a meghatározás olyan szervet jelöl, amely az igazságszolgáltatás rendszerébe tagozódik²⁵⁷.

A felülvizsgálatnak minden körülményt figyelembe kell vennie, amelyek vizsgálata szükséges törvényes fogva tartáshoz²⁵⁸.

Az egyik ügyben a kérelmezőt elmeegógyintézetbe utalták és három évig nem folytattak le felülvizsgálati eljárást, mivel erre nem volt mód. Az adott esetben az volt a kérdés, a három év után éled-e fel az őrizet törvényességéről rövid időn belül történő döntés joga, vagy már az adott időtartamon belül is jogosult lett volna-e a felülvizsgálatra. A Bíróság szerint nem, mert az első felülvizsgálatra már két éven belül sor került, így az ésszerű időköz fogalmába az eltelt idő még beletartozik²⁵⁹.

A Bíróság több alkalommal vizsgálódott az eljárás időtartamával kapcsolatban is. Az egyik esetben a nemzeti jogalkalmazó pszichiátriai intézetbe küldte az elkövetőt a

²⁵⁴ Petukova v. Oroszország, 2013., ügyszám:28796/07., ítélet: 2013. 05. 02.

²⁵⁵ Weeks v. Egyesült Királyság, 1987., ügyszám: 9787/82., ítélet: 1987. 03. 02., 15. szakasz

²⁵⁶ Gorshov v . Ukrajna, 2006., ügyszám: 67531/01., ítélet:2006. 02. 08., 46. szakasz

²⁵⁷ X. v. Egysült Királyság 1981., ügyszám:7215/73, ítélet:1981. 10. 24., 62.szakasz

²⁵⁸ Wassink v. Hollandia, ügyszám:12535/86, ítélet:1990. 09.27., 58. szakasz

²⁵⁹ Silva Rocha v. Portugália, 1996., ügyszám: 82/1995/588/674, ítélet:1996. 11. 15. , 33. szakasz

társadalomra való veszélyessége miatt. A kötelező felülvizsgálatra rendszeres időközönként sor került, ám a hatóság minden alkalommal kizárta a szabadon bocsátás lehetőségét. Hat év múltán független pszichiátriai vizsgálatot igényelt. Egy év várakozás után megszületett a döntés, amelynek értelmében folytatnia kellett a kezelést. Két év múlva öngyilkosságot kísérelt meg, végül szabadon bocsátották. A Bíróság a független szervezet eljárását vizsgálva úgy vélte, ez az időtartam érthetetlenül hosszú, és az egyezmény 5. cikkének 4. bekezdésébe ütközik. Rámutatott arra is, hogy az eljárás elhúzódását a szakvélemény elkészítésének időtartama okozta, holott az orvosi iratok bonyolultsága nem menti fel a nemzeti hatóságot alapvető kötelezettségeinek teljesítése alól²⁶⁰.

A Herczegfalvy Ausztria elleni ügyben azonban a hatóság megsértette az ésszerű időköz követelményét, mivel a fogva tartás felülvizsgálatára első alkalommal csak tizenöt hónap elmúltával, a második alkalommal pedig csupán két év elmúltával került sor az eljárásra²⁶¹.

Az 5. cikkel összefüggésben a Bíróság vizsgálta a kényszergyógykezeléssel annak biztonsági intézkedés voltát. Az Eriksen ügy rávilágít erre a kérdéskörre. A kérelmezőt pszichiátriai intézetbe utalták, ám a kezelés után is több bűncselekményt követett el. Újabb kezelések és szabadlábba helyezések váltották egymást, szabadságvesztés büntetésre is több alkalommal ítélték. A kérelmező – aki nem volt elmebeteg, viszont gyengeelméjűségben szenvedett és a javulásra nem mutatkozott jel – fogva tartására a szankció biztonsági jellege adott alapot. Ennek oka, hogy a kérelmező további bűncselekményi, főként az erőszakos és fenyegető viselkedés komoly veszélyt jelent a társadalomra. A bíróság több körülményt is meghatározott, amelyeket figyelembe kell venni a nemzeti jogalkalmazásnak, mikor a társadalomra veszélyesség kérdésében állást foglal. Ezek közé tartozik:

- a terhelt korábbi elítélései, amelyek a fenyegető viselkedéssel és az erőszakos cselekményekkel állnak kapcsolatban,
- a mentális állapota az eljárás idején.

²⁶⁰ Musial v. Lengyelország, 1999., ügyszám: 24557/94. ítélet: 1999. 03. 25., 9. szakasz

²⁶¹ Herczegfalvy v. Ausztria, 1992. ügyszám: 10533/83, ítélet: 1992. 09. 24., 82. szakasz

- Pusztán a tény, hogy erőszakos bűncselekményt követett el korábban, nem alapozza meg a fogva tartást²⁶².

Mindezekre tekintettel a Bíróság nem állapította meg az Egyezmény megsértését.

Egy másik eset arra világít rá, hogy az egyezmény nem nyújt megoldást a bírósági felülvizsgálat összes kérdésével kapcsolatban. Az elítélt panaszos mentálisan sérült volt, fogva tartása egy szigorú biztonsági fokozatú pszichiátriai intézetben történt. Néhány év múlva a belügyminiszter engedélyezte az átszállítását egy kevésbé szigorú rezsimű kórházba, ez az intézmény azonban megtagadta a panaszos felvételét, így a miniszter végül nem rendelte el az áthelyezést. A beteg szerint sérti az 5. cikket az a tény, hogy a kezelése a szigorúbb kórházban folytatódik, ráadásul cselekvőképtelensége miatt nem volt módja jogorvoslattal élni a kórház döntése ellen. A testület azon az állásponton volt, hogy az adott cikk a fogva tartásra vonatkozik, nem a mozgásszabadság korlátozására, hiszen az egyén mindkét intézményben fogvatartott lett volna, különbség csak a korlátozások terén mutatkozott. Az Egyezmény nem nyújt megoldást a bírósági felülvizsgálat összes problémájára. Mint a Bíróság megjegyezte, szerencsétlen tény, hogy a panaszosnak hosszabb ideig kellett elviselni a szigorúbb rezsimű intézetszabályait, de ez még nem jelenti az 5. cikk sérelmét²⁶³

A védelemhez való jogot és a szakértővel kapcsolatos elvárásokat vette górcső alá a Bíróság a Pereira v. Portugália ügyben. A kérelmezőt nyolc évi kényszergyógykezelésre ítélte a nemzeti bíróság. Hét év után meghallgatásra került sor, azonban a szakértői vélemény elkészítése újabb két évig váratott magára. További akadályt jelentett, hogy a kirendelt védő nem jelent meg a meghallgatáson. Ilyen előzmények után a kezelés folytatására került sor. A meghallgatás és a szakvélemény elkészülte között eltelt idő miatt felmerül a kérdés, hogy Pereira aktuális elmeállapotát tükrözi-e a dokumentum. A két éves eljárás mind a nemzeti eljárási törvény, mind az egyezmény 5. cikkének megsértését jelentette. Problematikus a védő hiánya is, hiszen a kérelmező így nem tudta megfelelően érvényesíteni az érdekeit. Ezen a tényen az sem változtat, hogy Pereira jogi diplomával rendelkezett²⁶⁴.

A védő szerepét több esetben vizsgálta még a Bíróság. Az egyik ügyben kifejtette, hogy a nemzeti hatóságoknak biztosítani kell a hozzáférést mindazon adatokhoz, amelyek a

²⁶² Eriksen v. Norvégia, 1997., ügyszám: 17391/90., ítélet: 1997. 04. 23., 86. szakasz

²⁶³ Ashindane v. Egyesült Királyság, 1985. ügyszám:8225/78, ítélet: 1985. 05. 28.

²⁶⁴ Pereira v. Portugália, 2002., ügyszám: 44872/98., ítélet: 2002. 02. 26., 45. szakasz

fogva tartás törvényességét igazolják, mert a fegyverek egyenlőségének elve csak így biztosított²⁶⁵.

A jogi képviselőre vonatkozóan kifejtette meg, hogy a védelemnek ténylegesnek és hatékonynak kell lennie²⁶⁶, az erről való gondoskodás pedig a hatóságok (ebben az esetben a bíróság) feladata²⁶⁷. Pusztán a kirendelés nem biztosítja a hatékony védelmet. Ezért ha a hatóság észleli, hogy a védelemhez való jog nem érvényesül, másik védőt kell kirendelni²⁶⁸. Mindez a magyar gyakorlat figyelembe vételével is jelentőséggel bír, különösen a kapcsolattartás vonatkozásában.

A fogva tartás felülvizsgálata és ennek kapcsán a védő igénybevétele más esetben is felmerült. A Megyeri v. Németország elleni ügyben a fogva tartottnak az alapeljárásban még volt védője. A kérelmező több, mint négy évet töltött elmeógyógyintézetben, és – bár jogosult lett volna rá – a felülvizsgálatok során nem rendelkezett jogi képviselővel, pedig ez a jog akkor is megillette volna, ha az évenkénti kötelező felülvizsgálatnál sűrűbben fordul bírósághoz. A Bíróság tehát ebben az esetben is megállapította az 5. cikk 4. pontjának sérelmét²⁶⁹.

4.2.3. Kínzás tilalma

Ebben a vonatkozásban az Egyezmény megsértését jelenti, ha a panaszos állapota súlyosbodik a fogva tartás körülményei miatt²⁷⁰.

A büntetés végrehajtási hatóságoknak a szankciók végrehajtása során minimalizálni kell az intézet káros hatásait, és fejleszteni kell az ellenőrzési, felügyeleti rendszert is. Ezzel összefüggésben törekedni kell azon elkövetők elkülönítésére, akik öngyilkosságra vagy öncsonkításra hajlamosak. Mint már említettem, súlyos elmezavar diagnosztizálása esetén az elkövetőt pszichiátriai intézetbe kell utalni. Ha ennek hiánya, vagy a pszichiátriai felügyelet hiánya miatt a beteg öngyilkosságot követ el, a hatóságok magatartása az Egyezmény 3. cikkébe ütközik²⁷¹.

²⁶⁵ Nikolova v. Bulgária, 1999., ügyszám: 31195/96, ítélet: 1999. 03. 25., 25. szakasz

²⁶⁶ „Az Egyezmény feladata nem elméleti vagy illuzórikus jogok...biztosítása”

²⁶⁷ „Belgian Linguistic”, 1968., ítélet: 1968. 06. 23., 38. szakasz

²⁶⁸ Artico v. Olaszország, 1981, 45. szakasz

²⁶⁹ Megyeri v. Németország, 1992. ügyszám:13770/88., ítélet: 1992. 05. 12., 58. szakasz

²⁷⁰ Aerts v. Belgium, 1998. ügyszám: 25357/94., ítélet: 1998. 07. 30., 7. szakasz

²⁷¹ Keenan v. Egyesült Királyság, 1998. ügyszám:27229/95., ítélet: 1998., 04. 03.

Abban az esetben, ha már nem áll fenn mentális zavar, az intézeteknek biztosítani kell az esetleges további kezelés lehetőségét. Sőt, az utógondozás és a beteg további életvitelének figyelemmel kísérése nagyon is ajánlott²⁷².

A Bíróság számos esetben foglalkozott a kínzás tilalmának különböző vetületeivel. Az egyik ügyben a pszichiátriai intézetben kezelt elítélttel erőszak alkalmazásával fogyasztattak ételt és idegrendszert befolyásoló gyógyszereket, továbbá az ágyhoz kötötték. A Bíróság megállapította, hogy ez az eljárás kimeríti az embertelen és megalázó bánásmód fogalmát, ráadásul a beteg mentális állapotának további romlásához vezet. Mindezekre tekintettel megállapítást nyert az Egyezmény 3. cikkének megsértése²⁷³.

Az embertelen és megalázó bánásmód fogalma a Kudla v. Lengyelország ügyben került kibontásra. A kérelmező egy pszichiátriai intézetben várt az ítélet meghozatalára. A személyiségzavarban szenvedő terheltet havonta egyszer látogatta az orvos. Mindazonáltal a Bíróság nem állapította meg a kínzás tilalmának megsértését, kifejtette viszont az embertelen és megalázó bánásmód fogalmát. Az embertelen bánásmód akkor állapítható meg, ha valamilyen fizikai vagy lelki sérülés okozásában nyilvánul meg. A megalázó bánásmód annyiban tér el, hogy az elsősorban a félelemkeltést célozza meg vagy más személy előtt alacsonyítja le a panaszost²⁷⁴. A stressz vagy a lelki terhelés nem szerepel a Bíróság magyarázatában, ezek megállapítása egy pszichiátriai kezelés során kivételesnek mondható²⁷⁵.

Egy másik esetben a kérelmező egy elmeógyógyintézetben került elhelyezésre, azonban a beutalás és az ítélet megszületése között majdnem másfél év telt el. Ráadásul számos probléma merült fel az elhelyezéssel kapcsolatban: a szobák túlszűfoltak voltak, rossz volt a világítás, alig voltak bútorok, mindezt csak súlyosbította, hogy orvos ritkán látta a betegeket, a napi mozgás és a fürdés lehetősége is igen korlátozott volt. Mindezekre tekintettel a Bíróság nemcsak a kínzás tilalmának megsértését állapította meg - hiszen ezek a körülmények rossz hatással voltak a kérelmező közérzetére, és így közvetve a mentális állapotát is hátrányosan befolyásolták -, hanem az eljárás elhúzódása miatt az 5. cikk 3. bekezdésének sérelmét is²⁷⁶.

²⁷² VÓKÓ, *Büntetésvégrehajtási.....i.m.*, 233.

²⁷³ Herczegfalvy v. Ausztria, 1992., ügyszám: 10533/83, ítélet: 1992. 09. 24., 82. szakasz

²⁷⁴ Kudla v. Lengyelország, 2000, ügyszám: 30210/96, ítélet: 2000. 10. 20., 91-92. szakasz

²⁷⁵ Prior Pauline M, Mentally disordered and the European Court of Human Rights, *Intrnational Jornal of Psychiatry and Law*, 2007/4., 554.

²⁷⁶ Romanov v. Oroszország, 2006., ügyszám: 63993/00, ítélet: 2006. 01. 20., 11-16. szakasz

4.2.4. Egyéb kérdések

A 6. cikk megsértésével összefüggésben a Bíróság több követelményt emelt ki. Egyrészt, nem vitatható a hatáskörrel rendelkező hatóságoknak az ügy áttételére vonatkozó döntése törvényesség szempontjából²⁷⁷. Másrészt, a vagyon feletti rendelkezési jog megvonása a polgári eljárásjog garanciáinak betartásával kell történnie, hiszen ekkor polgári jogok és kötelezettségek feletti döntésről van szó²⁷⁸. Kifejtette továbbá, hogy a jogi képviselő kirendelésének megtagadása sérti a bírósághoz fordulás jogát²⁷⁹.

A *Clunis v. Egyesült Királyság* ügy panaszosa mentálisan zavart volt, aki egy szálláson megtámadta egyik lakótársát. Sor került állapotának kivizsgálására, azonban a pszichiáteri javaslattal ellentétben nem sürgős esetként. A panaszos nem sokkal ezután megölt egy idegent, a cselekmény elkövetését elismerte, azonban korlátozott beszámíthatóságra hivatkozott, a nyomozás pedig feltárta, hogy súlyos hiányosságok tapasztalhatók a panaszos kórházi utógondozása során. A panaszos a Bíróság előtt a bírósághoz való hozzáférés hiányára hivatkozott, mivel keresetét a közérdekre való hivatkozással elutasították, ezért véleménye szerint sérültek az Egyezmény 6. cikke által biztosított jogai. A Bíróság azonban elutasította ezt az érvelést, mert a cikk önmagában nem biztosít semmilyen tartalmat a nemzeti jogszabályokban elismert jogokra. A panaszos ezért igényeit a nemzeti íráság előtt tudja peresíteni²⁸⁰.

A 8. cikk sérelmével kapcsolatban is számos elvárás fogalmazódott meg. A magánélet tiszteletben tartásával ellentétes a mesterséges táplálás és az erőszakos orvosi kezelés. Ezen túlmenően, a levelezés ellenőrzése ellenkezik a levéltitok tiszteletben tartásával. A *Herczegfalvy Ausztria elleni* ügyben a fogva tartott leveleit a gondnokának küldték meg abból a célból, hogy a szelektálás után csak a megfelelőket továbbítsa a kérelmezőnek. A Bíróság szerint ez az intézkedés az állami önkénnyel szembeni védelem legalacsonyabb szintjét sem biztosította.²⁸¹

²⁷⁷ *Ashindane v. Egyesült Királyság*, 1985. ügyszám: 8225/78, ítélet: 1985. 05. 28., 44. szakasz

²⁷⁸ *Winterwerp v. Hollandia*, 1979. ügyszám: 6301/73, ítélet: 1979. 10. 24., 40. szakasz

²⁷⁹ *Aerts v. Belgium*, 1998. ügyszám: 25357/94., ítélet: 1998. 07. 30.

²⁸⁰ *Clunis v. Egyesült Királyság*, 2001., ügyszám: 45049/98, ítélet: 2011. 09. 11.

²⁸¹ *Herczegfalvy v. Ausztria*, 1992. ügyszám: 10533/83, ítélet: 1992. 09. 24., 83. szakasz

A kényszergyógykezelés során keletkező orvosi iratok különösen védett és személyes adatokat tartalmaznak. A panaszos hozzájárulása nélkül ezeket az iratokat a gyógykezelést végző klinikáról átvitték a társadalombiztosítási irodába. Bár az adatok továbbra is bizalmas jellegűek maradtak, azokhoz a tisztviselők egy szélesebb rétege férhöz²⁸². A magánéletbe való beavatkozásnak megvolt a jogi alapja, kiszámítható is volt, így nem történt sérelem. Az adatok közzétevése segély igénybe vétele miatt történt, ami a közpénzek elosztása kapcsán jut jelentőséghez, ezért a jog korlátozása legitim céllal történt, és a korlátozás nem tekinthető aránytalannak²⁸³, és a 8. cikk sérelme sem valósult meg²⁸⁴.

4.3. Összegzés

A nemzetközi dokumentumokban meglehetősen kevés szó esik a nem rendes elmeállapotúakról, és alig tartalmaznak rendelkezést a velük szemben lefolytatott büntetőeljárásra és az alkalmazott jogkövetkezményekre vonatkozóan. Az ENSZ égisze alatt született jogforrások csak a kínzás tilalmát és a személyes szabadsághoz való jogot tartalmazzák, még a fogyatékos személyek jogainak védelméről szóló egyezmény sem említette meg ezt a kérdést. Pusztán egy tervezet született az elmebetegségben szenvedők jogi védelméről – itt az általuk elkövetett büntetendő cselekmények következményei is taglalásra kerülnek. Az Európa Tanács dokumentumai több részlettel szolgálnak, nem csupán az Emberi Jogok Európai Egyezménye, hanem a szervezet ajánlásai is.

Az Európai Emberi Jogi Bíróság számos esetet vizsgált a kényszergyógykezelés vonatkozásában. Ezek az ügyek főleg a 3. és az 5. cikkel álltak összefüggésben. Összességében elmondható, hogy az európai jogalkotás megfelel a Bíróság elvárásainak. A gyakorlat terén azonban számos hiányosság mutatkozik, főleg az eljárás elhúzódása és a kezeléshez való jog tekintetében. Megfigyelhető, hogy az esetek többsége a nyugati európai országok gyakorlatából kerül ki, míg a Bíróság előtt leggyakrabban megforduló államok, mint Oroszország, Törökország, a balkáni államok alig-alig, vagy egyáltalán nem képviseltetik magukat. Ez a tény nem feltétlenül azt

²⁸² Emiatt a gyógykezelt nem tudott bírósághoz fordulni, tehát sérülni látszott az Egyezmény 6. cikke is.

²⁸³ Ezért nincs szó a 6. cikk sérelméről sem.

²⁸⁴ M. S. v. Svédország, 1997., ügyszám: 20837/92., ítélet: 1997. 08. 27.

jelenti, hogy ezen országokban kiemelkedő színvonalú ellátás és ügyintézés működik. Ha egy-egy alkalommal mégis a Bíróság elé kerül egy eset, az mondhatni halmozza a jogsértéseket. Erre lehet példa az általam is bemutatott Romanov v. Oroszország ügy. Magyarország tekintetében elmondható, hogy kényszergyógykezeléssel összefüggő eljárásra még nem került sor.

5. fejezet: Más államok szabályozásának vizsgálata

5.1. Elterelési lehetőségek²⁸⁵ a beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben az angol büntetőjogban

5.1.1. A rendőrség jogosítványai

Az első pont, ahol az elkövető találkozik a hatósággal, az őrizetbe vétel időpontja. A mentálisan sérültek helyzetének elrendezése az egyik legrégebbi rendőrségi feladatok közé tartozik, jogosítványait törvény mellett a common law is biztosítja. A rendőrség dönthet arról, hogy kórházba utalja-e az elkövetőt, vagy kezdeményezi a vádemelést. Ennek több feltétele is van: ha a rendőr úgy találja, hogy az elkövető elmezavarban szenved, és azonnali kezelésre vagy ellenőrzésre van szüksége, a rendőr biztonságos helyre szállíthatja. Az is szükséges, hogy a cselekményt közterületen kövessék el. Fontos szempont, hogy a biztonságos helyre szállítás szükséges legyen a társadalom védelméhez. Ez az időtartam 72 óráig tarthat; szükséges, hogy ez idő alatt egy szociális munkás és egy gyakorló, bejegyzett törvényszéki orvos szakértő vizsgálja meg az elkövetőt, továbbá szülessen köztük megállapodás annak kezeléséről és gondozásáról. Az orvos szakértő feladatai egyre szűkülnek, az elmeállapot teljes körű vizsgálata helyett inkább arra irányulnak, hogy a fogva tartás alkalmazható-e és a gyanúsított képes-e válaszolni a feltett kérdésekre²⁸⁶.

Nem szükséges, hogy az elkövető tényleg elmezavarban szenvedjen, csupán annak kell tünnie a rendőr szemében, illetve fenyegető vagy bizarr magatartást kell tanúsítania. A biztonságos hely fogalma magába foglalja a rendőrállomást, a kórházat, valamint a mentálisan sérültek számára felállított lakó- és gondozó házak összes típusát, ahol átmenetileg elszállásolható egy beteg.

²⁸⁵ A diverzió fogalmi elemeit jól összegzi Tóth Mihály meghatározása: „a terhelt jogi helyzetét érintő intézkedés, ami a büntetőeljárás rendes menetéről való elterelést teszi lehetővé, s a terheltnek ez az eljárás általános formájából való kiemelést jelenti”. TÓTH Mihály, *Vázlatok és szemelvények a büntetőeljárás tanulmányozásához I.*, Pázmány Péter Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 1999., 338.

²⁸⁶ JAMES, David V., *Diversion of mentally disordered people from criminal justice system in England and Wales : An overview*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/9-10., 244.

Ezt a törvényi rendelkezést gyakran bírálják, hiszen problémát okoz, hogy kevés az együttműködés a rendőrség és a kórházak között, ráadásul a rendőrség nem tudja megfelelően megítélni ezeket a magatartásokat, inkább alkalmazza az őrizetbe vételt a kórházi kezelés helyett. Szintén probléma a túl hosszú időtartam; helyesebb lenne a 24 órás fogva tartás.

Régiós különbségek is megfigyelhetők, hiszen leginkább Londonban kerül alkalmazásra ez a szabály, amely elsősorban abból fakad, hogy lényegesen több hajléktalan és szellemileg sérült személy él az utcákon és követ el büntetendő cselekményeket ebben a metropoliszban²⁸⁷.

Összességében ritkán alkalmazott jogintézményről van szó, amelynek fő oka a rendőrség pszichiátriai ismereteinek hiányában kereshető²⁸⁸.

A rendőrségi őrizetben kerül sor az elkövető kikérdezésére, ennek során megállapítják, hogy a mentális betegség szórványos jellegű vagy tartós. Ebben az időtartamban a rendőrségnek számos kockázatot kell viselnie, többek között azt, hogy nagy az öngyilkosság veszélye a mentálisan sérültek között. Ez az oka annak, hogy a biztonságos hely fogalma elsősorban a kórházat jelenti, a rendőrségi fogda vagy a börtön csak utolsó megoldás lehet, és csak rövid ideig szabad alkalmazni. A másik kiemelés érdemlő tényező, hogy a beteg elkövetőknek ugyanolyan joguk van a pszichiátriai kezelésre, mint más mentálisan sérült állampolgároknak.

Az eljárás e szakasza a koronaügyészség felügyelete alatt zajlik.

A vádemeléshez két kritériumnak kell teljesülni. Az egyik a nyilvánvalósági kritérium, a másik pedig a közérdekűség kritériuma.

Az első kritériumot nyilvánvalóan elegendőnek vagy 51%-os szabálynak is nevezik. A vádemelésnek ugyanis csak akkor van helye, ha okszerű kilátás nyílik a későbbi elítélésre. A másik kritérium a közérdekűség kritériuma. Több tényezőt is figyelembe kell venni ennek megítélése során, mint a bűnösség, az idős kor, magatartás, a mentális állapot, esetleges fogyatékoság, a büntetendő cselekmény előzményei, az áldozat további kilátásai.

Ha a rendőrség véleménye szerint nem áll fenn a két kritérium, nem kezdeményezheti a vádemelést²⁸⁹.

²⁸⁷ LAING, Judith M., *Care or custody?: mentally disordered offenders in the criminal justice system*, Oxford University Press Inc., New York, 1999., 83-86.

²⁸⁸ HUMPREYS, M - RIORDAN, S. – WIX, S. - KENNELLY-HERBERT, J., *Diversion at the point of arrest: mentally disordered people and contact with the police*, *The Journal of Forensic Psychiatry*, 2000/12., 684.

A rendőrség több lehetőség közül is választhat, számára nemcsak a vádemelés kezdeményezése és a kórházba utalás adottak. Az egyik alternatíva a figyelmeztetés. Egyszerű és feltételes figyelmeztetés között lehet különbséget tenni. Az előbbi a következő kritériumok fennállása esetén szabható ki:

- reális kilátás van az elítélésre,
- a terhelt követte el a bűncselekményt,
- a nagykorú elkövető megértette a figyelmeztetés jelentőségét, és annak alkalmazásához a beleegyezését adta.

A feltételes figyelmeztetés alkalmazásához az alábbi követelmények teljesülése szükséges:

- elég bizonyíték van a vádemeléshez és a közérdekűség kritériuma is fennáll,
- a 18. évét betöltött terhelt követte el a bűncselekményt,
- az elkövető egyetért a figyelmeztetés kiszabásával, és kimeríti annak feltételeit,
- a bírósági eljárás valószínűleg pénzbüntetés, kompenzáció, feltételes elbocsátással vagy közösségi büntetés alkalmazásával érne véget,
- a helyreállító és rehabilitáló elősegítő feltételek miatt az a leghatékonyabb módja az elkövető viselkedésének kezelésének és az áldozat kárpótlásának²⁹⁰.

Ez a jogkövetkezmény nem alkalmazható, ha az elkövető állapota, betegsége megbízhatatlanná tenné a beutalást²⁹¹, tehát csak kisebb fokú elmezavar esetén van helye.

Az elterelés harmadik lehetősége a rendőrségi óvadék kiszabása. A rendőrségi fogva tartást óvadék lehetőségével, vagy a nélkül lehet kiszabni, ha a feltételek fennállnak. A mentálisan sérült elkövetőkkel foglalkozó tanácsadó testületek is támogatják az óvadék kiszabásának lehetőségét. Természetesen nem minden körülmény között, hiszen ha a betegség súlyos, vagy a személy hajléktalan, ez a jogintézmény nem lehet megfelelő.

A Belügyminisztérium egy tájékoztatót²⁹² bocsátott ki a rendőrség számára, amelyben meghatározza a követelményeket, amelyeket a hatóságnak követnie kell a vádemelés indítványozása során:

- az elkövető állapotának megítélése során a szociális szolgálattól, a pártfogó szolgálattól, pszichiáterektől és más szakmabeliektől kell véleményt kérnie.

²⁸⁹ LAING, *i.m.*, 91-93.

²⁹⁰ http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/ (letöltés időpontja: 2010.07.20.)

²⁹¹ R. v. Walker eset

²⁹² Home Office Circular 12/95.

- Összefoglalót kell készítenie arról, hogy mely okokra alapozza az eljárás folytatását.
- Informálnia kell a koronaügyészséget a terhelt korábbi pszichiátriai kezeléséről és a számára előírt intézkedésekről.
- Ha a rendőrség szabadon bocsátja az elkövetőt feltétel nélküli óvadék alkalmazásával, annak kiszabása előtt informálódnia kell más hatóságoktól és az elkövető környezetétől egyaránt.

A vádhatóságnak is figyelemmel kell lennie az 51%-os szabályra, valamint a közérdekűség kritériumára, ez utóbbi megítéléséhez a vádemelés előtt vizsgáldnia kell néhány kérdésben:

- a rendőrség (vagy a szociális hatóság) élt-e a biztonságos helyre szállítás lehetőségével már a fogságba vétel során,
- sor került-e korábban kórházi kezelésre, vizsgálatra,
- sor került-e közösségi gyógykezelésre,
- informálisan felvételre került-e egy kórházban az elkövető a büntetendő cselekmény elkövetését megelőzően,
- sor került-e gondnokság elrendelésére²⁹³.

Az ügyészségnek a vizsgálat során azt kell szem előtt tartania, hogy reális esélye van-e a későbbi elítélésnek. Ennek megkönnyítésére dolgozták ki az Attorney – General’s követelményt. Ez a kritérium számos fontos tényezőt tartalmaz, amelyeket figyelembe kell venni a vádemelés során. Ilyenek a bűncselekmény súlyossága, a motiváció, az elkövetés folytatására irányuló szándék, valamint az áldozat érdekei. Ez utóbbi kritérium különösen a közérdekűség megítélésénél fontos. Mindezek a követelmények részleges kapcsolatban állnak az elkövető mentális állapotával. A követelmények megítélése során az ügyészségnek a megfelelő szervekkel (rendőrség, pszichiáterek, szociális munkások) együtt kell működni.

A magisztrátusi bíróságnak is van jogosultsága az eljárás kezdeti szakaszában. A rendőrség kezdeményezésére egy szociális munkás és egy orvos egyetértésével biztonságos helyre - rendszerint kórházba - utalhatja azt a személyt, aki valamilyen mentális zavartól szenved, és nem tud egyedül gondoskodni magáról.

Ezt a rendelkezést meglehetősen ritkán alkalmazzák, évente 50-150 alkalommal.

²⁹³ http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/ (letöltés időpontja: 2010.07.20.)

5.1.2. Elterelési lehetőségek a vádemelést követően

Az eljárás következő szakasza a vizsgálati fogság időszaka. Ekkor is lehetőség van az óvadék szabályainak alkalmazására. A bíróságoknak első sorban az óvadék kiszabását kell szem előtt tartani, a kórházba utalás lehetősége csak akkor kívánatos, ha az óvadék nem tekinthető helyénvaló eszköznek. Előfordulhat azonban, hogy orvosi vizsgálat vagy gyógykezelés lesz az óvadék feltétele.

Ha az óvadék szabályainak alkalmazása nem lehetséges, a bíróság a vizsgálati fogság idejére közvetlenül kórházba utalhatja az elkövetőt. Ebben a szakaszban a gyógykezelés azonban csak az elkövető beleegyezésével lehetséges. A jogintézmény célja elsősorban pontos diagnózis felállítása.

Ha feltétlenül kezelésre van szüksége az elkövetőnek, a törvény lehetőséget biztosít a kórházba szállítására, még az ítélet meghozatala előtt, ez azonban csak végső megoldásként képzelhető el. Az e csoportba tartozó elkövetők száma folyamatosan emelkedik, 2008-ban a számuk 484 főt tett ki²⁹⁴, de az 1990-es adatokhoz képest az emelkedés közel háromszoros²⁹⁵.

Az ítélet meghozatala előtt még két esetben lehet jelentősége az elmeállapotnak. Az egyik eset a vallomástételre való képtelenség. Ez az elkövető első bíróság előtti megjelenése során megmutatkozik, és a bíróságnak azonnal terápiás rendelkezéseket kell előírnia. Ha az elkövető mentális betegségben szenved és képtelen arra, hogy megértse a bírósági eljárást, már ekkor kórházba utalást, gondnokrendelést vagy felügyeletet és gyógykezelést lehet elrendelni. Számuk meglehetősen alacsony, az elmúlt években 30 fő körül mozgott. A másik eset az elmebetegség lehetősége; ekkor az elkövető nem tekinthető bűnösnek, így a bíróságnak kórházba utalást kell elrendelnie.

Az ítélelhozatal előtt orvosi véleményt kell beszerezni. A kórházba utalás bármely formájának kiszabásához, vagy gondnokság elrendeléséhez két orvos véleménye szükséges, akik közül az egyiknek gyakorló pszichiáternek kell lennie. Próbára bocsátás elrendelése esetén egy orvos véleménye is elegendő. A törvény egy másik jegyzőkönyvet is ismer, amit ítélelhozatal előtti jegyzőkönyvnek (*pre-sentence report*) neveznek. Ezt a véleményt a pártfogó felügyelő készíti el és számos adalékkal

²⁹⁴ www.justice.gov.uk/publications/statistics.htm (letöltés időpontja: 2010. 07. 20.)

²⁹⁵ 1990-ben 181 főt utaltak kórházba az ítélet meghozatala előtt.

szolgálhat az elkövető elmeállapotáról. Információkat tartalmaz az elkövetés körülményeiről, valamint az enyhítő és súlyosító körülményekről²⁹⁶.

5.1.3. Diverzió az ítélet meghozatala után

Az ítélet meghozatala után a nem – büntetőjogi módszerek széles köréből kell választani a jogalkalmazónak²⁹⁷. Az első jogintézmény a pszichiátriai próbára bocsátás (*Psychiatric Probation Order*). Ha az orvosi vélemény szerint nem szükséges kórházi gyógykezelés elrendelése, de kívánatos az orvosi felügyelet, a bíróság elrendelheti ezt a szankciót. Az emberölés bűncselekményét kivéve bármely bűncselekmény elkövetése esetén kiszabható. Időtartama 6 hónap és 3 év közötti lehet, de a szankció minimumának kiszabására akkor is szükség van, ha a beteg kezelése esetleg rövidebb időt venne igénybe. A próbára bocsátás célja, hogy biztosítsák az elkövető jó magaviseletét és megelőzzék további bűncselekmények elkövetését. A jogintézmény csak akkor alkalmazható, ha az elkövetés idején nem áll fenn a bűnismétlés veszélye, és nem szorul őrizetre. Ennek megfelelően a bíróságnak meg kell határoznia, mely esetekben jelent kockázatot a közösségre az elkövető. A bíróság a gyógykezelések széles skáláját rendelheti el. Lehet bennlakó beteg egy kórházban vagy egy ápolóházban (ezek semmiképpen sem jelenthetnek speciális intézményt). Az is elképzelhető, hogy egy speciális kórházban vegyen részt kezelésen járó-betegként vagy különlegesen kvalifikált orvos, illetve pszichológus vezetése alatt vegyen részt gyógykezelésen. Amennyiben a kezelés módosítására van szükség, ez csak az orvos és a pátfogó felügyelő egyetértésével képzelhető el, mégpedig csupán a szankció elrendelésétől számított három hónap után. Ha a beteg a próbaidő időtartama alatt bűncselekményt követ el, a korábbi bűncselekmény tekintetében az általános szabályok szerint kell eljárni²⁹⁸.

A jogalkalmazó a kórházi kezelések fajtái is számba veheti. Amennyiben azt az orvosi szakvélemény alátámasztja és az eljárási feltételek lehetővé teszik, a bíróság előírhatja a hospital order-t. A jogintézmény alkalmazási feltételei az alábbiak:

²⁹⁶ LAING: *i.m.*, 101-111.

²⁹⁷ HOGGET, B., „*What is Wrong with the Mental Health Act?*”, *Criminal Law Review*, 1975./2., 677-683.

²⁹⁸ MURPHY – STOCKDALE (editors), *Blackstone's Criminal Practice*, Blackstone's Press Limited, London, 1995., 1719-1720.

1. szabadságvesztés-büntetéssel büntetendő bűncselekmény miatt – kivéve az emberölés esetét – került sor az elítélésre,
2. a koronabíróság (*Crown Court*) bírálja el a büntetendő cselekményt, illetve mulasztást, és vallomástételre képtelenség esete forog fenn, vagy
3. elítélésre nem, csak vádemelésre került sor a szabadságvesztéssel büntetendő bűncselekmény megítélése során; a magisztrátusi bíróság véleménye szerint a terhelt elkövette a büntetendő cselekményt/mulasztást.

Az elrendelés előtt két orvos véleményét is ki kell kérni, akik közül legalább az egyiknek azon a véleményen kell lenni, hogy az elmezavar foka vagy természete miatt indokolt a kórházi gyógyítás, valamint a megfelelő orvosi kezelés lehetséges²⁹⁹.

A jogintézmény elsődleges célja annak megelőzése, hogy az elkövető újabb büntetendő cselekményt kövessen el. Hangsúlyozni kell azonban, hogy nem büntetésről van szó, hiszen a szabadon bocsátás korlátozásával kapcsolatos rendelkezések nélkül az elkövető helyzete megegyezne bármely más betegével³⁰⁰.

A szankció alkalmazása előtt több körülményt is figyelembe kell venni, így a bűncselekmény természetét, az elkövető jellemét és előéletét, valamint a vele szemben alkalmazható módszereket. Nem szükséges, hogy a bűncselekmény és az elmezavar között okozati összefüggés álljon fenn. A jogintézmény akkor nem alkalmazható, ha az elkövető veszélyt jelent a közösségre és nem helyezhető el egy biztonságos kórházban, vagy olyan típusú elmezavartól szenved, amelynek esetén nincs okszerű kilátás a gyógyításra³⁰¹. A szankció időtartama hat hónap, ám az időtartam leteltével újra el lehet rendelni hat hónapra, majd egy-egy évre. A törvény végső határidőt nem tartalmaz, a szankció teljesen határozatlan időtartamú, addig kell újra és újra kiszabni, míg az elkövető veszélyt jelent a társadalomra, vagy a saját egészsége, illetve biztonsága érdekében szükség van a kezelés fenntartására. Alkalmazása nem jár együtt szabadságvesztés büntetés vagy pénzbüntetés kiszabásával³⁰².

Az elkövető kikerül a büntetőjog hatóköréből, és az egészségügyi szabályok vonatkoznak rá. Ennek megfelelően a vele kapcsolatos összes hatáskör - így a szabadon bocsátás időpontjának meghatározása is - az orvos kezébe megy át. A fellebbezés

²⁹⁹ http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/ (letöltés időpontja:2010.07.20.)

³⁰⁰ R. v. Birch eset

³⁰¹ LAING, *i.m.*, 124-125.

³⁰² MURPHY – STOCKDALE, 1722-1923.

elintézése azonban egy független szerv, a Mental Health Review Tribunal feladatai közé tartozik.

A kórházak hatáskörébe tartozik eldönteni, felvesznek-e egy beteget, vagy sem³⁰³. Ez a körülmény arra utal, hogy az egészségügyi politika meghatározása inkább a pszichiátriai, mint a jogi szakemberek kezében van³⁰⁴.

Nincs szigorú szétválasztás az elkövetők és a többi beteg között pszichiátriai egységen belül. Az általános kórházak vesznek fel betegeket a bíróságoktól és a börtönökből, ugyanakkor a törvényszéki egységen kezelt betegekre is a Mental Health Act rendelkezései az irányadóak. A beteg elkövetők helyzetének pontos meghatározása az egyedi klinikai és biztonsági szükségletektől függ³⁰⁵.

A következő típusú kórházi kezelést (*Hospital Direction*) csak a koronabíróság alkalmazhatja, leginkább a sorozatelkövetők és a korábbi pszichiátriai betegek által elkövetett gyilkosságok elkövetőivel szembeni fellépési eszközként lehet jellemezni³⁰⁶.

A bíróság ebben az esetben azonnali kórházba szállítást rendel el és ezzel egyidejűleg börtönbüntetést szab ki. Az orvosi szakvéleményt érintő követelmények megegyeznek a kórházi kezelés elrendelése kapcsán írt elvárásokkal. A kulcskérdés az, hogy szükség van – e szabadságvesztés büntetésre. Ha igen, *hospital direction*ot kell alkalmazni³⁰⁷. A szankció elrendelhető korlátozásokkal vagy a nélkül. Követelmény, hogy az elmezavartól szenvedő valamilyen súlyos bűncselekményt kövess el. Azokban az esetekben alkalmazható, ahol kétség merül fel a kórházi gyógykezelés sikerességét illetően. Amennyiben a kezelés mégis sikerrel jár, az elkövetőt börtönbe kell szállítani, hogy a büntetés hátralévő részét ott töltsse le. A szabadon bocsátásra vonatkozó szabályok ugyanazokon az alapokon nyugszanak, mint a börtönbüntetésüket töltőké.

A jogintézmény jellemzője, hogy tartalmaz büntetési elemeket, de sor kerül az elkövető gyógyítására is³⁰⁸.

A kórházi kezelés elrendelését - amennyiben arra a veszélyesség foka miatt szükség van- a bíróság kiegészítheti korlátozások alkalmazásával (*Restriction Order*). Ez csak

³⁰³ Ezt a kérdést az Emberi Jogok Európai Bírósága is vizsgálta az *Ashindale v. UK* ügyben.

³⁰⁴ MULVANY, *i.m.*, 110.

³⁰⁵ JAMES, David V., *Diversion of mentally disordered people from criminal justice system in England and Wales : An overview, International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/9-10., 242.

³⁰⁶ LAING, *i.m.*, 135-141.

³⁰⁷ Home Office Circular 54/1997.

³⁰⁸ LAING, *i.m.*, 141..

akkor lehetséges, hogyha a közösséget súlyos sérüléstől kell megóvni. Kiszabásakor figyelembe kell venni az elkövetett cselekmény természetét, az elkövető előéletét és a bűnisméltés veszélyét, de nem nyugodhat csupán az elkövetett cselekmény súlyosságán. A jogkövetkezmény határozott időtartamra, de akár határozatlan időre is kiszabható, és lehetőség van feltételes szabadságra bocsátásra is. Időtartama alatt a beteg nem szállítható át más kórházba vagy engedhető szabadságra az Igazságügyi Minisztérium vagy a független Mental Health Appeal Tribunal beleegyezése nélkül. A feltételes szabadság ideje alatt ezek a szervek feltételeket is határozhatnak meg a beteg részére, ezek közé tartozik, hogy látogasson pszichiátriai klinikát, tartson kapcsolatot szociális munkással vagy tartózkodjon meghatározott helyen. Egy ilyesfajta utókezelés szükségessége nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a pszichiáterek javasolják a bíróságnak korlátozás elrendelését.

A korlátozásoknak addig kell fenn állni, amíg a közösséget súlyos veszély fenyegeti. A jogintézmény további jellemzője, hogy a pszichiáter nem dönthet a szabadon bocsátás kérdésében. Ez a jog az Igazságügyi Minisztériumot vagy a Mental Health Review Tribunalt illeti meg³⁰⁹.

A gondnokság elrendelése (*Guardianship Order*) ugyanazokon az alapokon nyugszik, mint a kórházi kezelés alkalmazása, kivéve, hogy a gyógyulás reális lehetősége itt nem feltétel. A gondnok lehet magánszemély, vagy a szociális szolgálat alkalmazottja, de beleegyezésük mindkét esetben feltétel. A gondnoknak alapvető jogosultságai vannak a beteggel kapcsolatban:

- meghatározhatja hol éljen a beteg,
- mikor és hol vegyen részt kezelésein, foglalkozáson, oktatáson,
- előírhatja, hogy a beteg rendszeresen látogasson egy orvost, vagy egy szociális munkást.

Ez a jogintézmény sok tekintetben hasonlít a már bemutatott próbára bocsátáshoz, a gyakorlatban mégis akadnak eltérések. A fő különbség, hogy gondnokság esetén a szociális munkással kialakított kapcsolat sokkal személyesebb, mint az orvossal létrejött együttműködés a próbára bocsátás esetén.

³⁰⁹ JAMES, *i.m.*, 242.

Szólni kell még az elítéltek kórházba történő átszállításáról (*Transfer of Sentenced Prisoners*), amely csak akkor lehetséges, ha az elkövető az ítélethozatal után válik beszámíthatatlanná. Őket NHS pszichiátriai intézetekbe (*National Health Service psychiatric hospital*) szállítják. Ha a kezelésre nincs többé szükség, visszaszállítják az elkövetőt a börtönbe. A Mental Health Act értelmében nincs lehetőség börtönben kötelező gyógykezelésre. Ennek oka, hogy a börtönök – bár végeznek egészségügyi ellátást – nem működtetnek megfelelő ellátást nyújtó pszichiátriai kórházat³¹⁰. A jogintézmény alkalmazásához orvosi beleegyezés szükséges, és elrendelhető korlátozásokkal, vagy a nélkül³¹¹.

5.1.4. Újító törekvések

Összegzésként elmondható, hogy ez a rendszer akkor segíti a legjobban a fenti jogintézmény céljainak elérését, mikor a pszichiátriai szolgálat a bírósághoz közel működik, valamint garantálni tudja a kellő biztonsági szintet is. A rendszer gyengesége az ügyek túlzott szelektálásában található, valamint abban, hogy meglehetősen lassan működik³¹².

A jelenlegi szabályozás átalakítására 2009-ben készült átfogó javaslat. A Bradley Report elsősorban a különböző szervek közötti együttműködést, és a probléma integrált kezelését hangsúlyozza. Nagy gond, hogy egymástól elkülönítve kívánja fejleszteni a rendszert a kormány, a bíróság, és az ügynökségek (*agencies*), így csak a probléma egy szegletét tudják kiragadni. A Bradley - jelentés konkrét javaslatokat is tett, többek között az alábbiakat:

- hasznosnak látja amerikai mintára speciális bíróság (mental health court) bevezetését,
- a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek oktatását az iskolában,
- a fiatalok elmezavarban szenvedő bűnelkövetők kezelésének átalakítását,
- az elterelés elérhetővé tételét az összes magisztrátusi bíróság és rendőrség számára,

³¹⁰ JAMES, *i.m.*, 242.

³¹¹ LAING: *i.m.*, JAMES, *i.m.*, 152.

³¹² JAMES, *i.m.*, 245.

- 14 napon belüli átszállítás megoldását a börtönből az NHS-kórházakba³¹³.

5.2. A beszámíthatatlan elkövetők büntetőjogi megítélése az Egyesült Államokban

5.2.1. A speciális bíróságok megjelenése

A mentálisan sérült elkövetőkkel foglalkozó intézmények közül kiemelkednek a speciális bíróságok (továbbiakban: MHC)³¹⁴, amelyeket ezen elkövetői réteg számára hoztak létre. Az állam által létrehozott pszichiátriai intézetek szerepe a 70-es évektől csökkent, ebben az időben tett szert egyre nagyobb jelentőségre a közösségi alapú kezelés. E kezelés során - amelynek jellemzője a probléma megoldás komplex módja - azoknak az elkövetőknek a gyógyítását kísérelték meg, akik nem erőszakos bűncselekményt követtek el³¹⁵. Az ilyen előzményeket követően az első MHC-t 1997-ben Floridában hozták létre. A speciális bíróságok még ebben az évtizedben elterjedtek az egész USA-ban és Kanadában is³¹⁶. E bíróságok a probléma-megoldó bíróságok csoportjába tartoznak³¹⁷, amelyeket az különböztet meg a hagyományos intézményektől, hogy nem csupán a bűncselekmény megbüntetésére, hanem az egész probléma megoldására törekednek. Az intézmények fókuszában az áll, hogy a bűncselekmény elkövetése mögött szociális és társadalmi probléma rejtőzik, amelynek megoldásával nagyobb az esély arra, hogy az elkövető nem kerül ismét bíróság elé. Ez a megoldás a társadalom védelmét is jobban szolgálja³¹⁸.

5.2.2. A speciális bíróságok jellemzői

E bíróságok nagymértékű fejlesztése Clinton elnök nevéhez fűződik. Elnöksége alatt fogadták el a mentálisan sérült elkövetők kezeléséről és a bűnözés visszaszorításáról szóló törvényt³¹⁹, amely egy kollaborációs programot³²⁰ is létrehozott. A törvény célja

³¹³ http://www.dh.gov.uk/prd_consum_dh/groups/dp_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098699.pdf (letöltés időpontja: 2010. 10. 14.)

³¹⁴ Mental Health Court

³¹⁵ ODEGAARD, A. M., *Therapeutic Jurisprudence: The impact of mental health courts on the criminal justice system*, North Dakota Law Review, 2007/10., 231-232.

³¹⁶ JAMES, *i.m.*, 245.

³¹⁷ Más probléma-megoldó bíróságok: drogbíróság, családon belüli erőszakkal foglalkozó bíróság.

³¹⁸ ODEGAARD, *i.m.*, 227-228.

³¹⁹ The Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reducation Act (MIOTRA)

az volt, hogy növelje az együttműködést az igazságügyi rendszer és az egészségügyi intézmények között, mindezt a gyógykezelési lehetőségek növekedése és a társadalom védelmének biztosítása érdekében. A törvény azt javasolja a jogalkalmazóknak, hogy keressenek az elkövetők számára megfelelő alternatívákat, bár hangsúlyozza, hogy a MHC-n kívül más bírósági alapú programok is alkalmasak lehetnek³²¹. Helyénvalónak tekinthető a jogszabály javaslata a bírósági alapú programok tekintetében, hiszen az elkövető jogait ez a rendszer inkább garantálja, mint egy hivatal eljárása.

A kollaborációs program nem csupán a kliens gyógykezelését, hanem a későbbi munkába állását is segíteni kívánja. Az új rendszer hangsúlyozza az intenzív együttműködést az egészségügyi személyzet és az igazságügyi szakemberek között, a program felügyeletét pedig a bíróság látja el³²².

A speciális bíróságok elképzelése azon az elméleten alapszik, mely szerint kívánatosabb, ha az elkövetőt visszavezetik a társadalomba, mintha megbélyegzik őket³²³. Az elmélet szerint hagyományos bírósági eljárás stigmatizálja az elkövetőt, „hivatalosan” is bűnözővé nyilvánítja, amivel nagymértékben csökkenti esélyeit az újbóli beilleszkedésre. Mindez újabb bűncselekmény elkövetését idézheti elő. A RST viszont anélkül alkalmaz jogkövetkezményt a deviáns magatartást tanúsítóval szemben, hogy megbélyegezné, sőt segíti a társadalomba való visszailleszkedését³²⁴. Példaként hozható fel, hogy e speciális bíróságok nem csupán az elkövető gyógyítását tartják szem előtt, hanem későbbi munkába állását, vagy háztartásának vitelét is, amely a társadalmi integrálódását szolgálja.

A speciális bíróságokat az alábbi jellemzőkkel lehet leírni:

- azon elkövetők ügyét oldják meg, akik mentális betegségben szenvednek,
- elkerülhetővé válik a bírósági tárgyalás során megfigyelhető megbélyegzés,
- elkerülhető az elkövető elítélése,
- az elkövető számára leginkább megfelelő kezelési forma kiválasztására törekszik,
- az elkövetőt döntésének kialakításában egy csoport (mental health team) segíti,

³²⁰ Justice and Mental Health Collaboration Program

³²¹ ODEGAARD, *i.m.*, 248-249.

³²² ODEGAARD, *i.m.*, 248-249.

³²³ reintegrative shaming theory (RST)

³²⁴ RAY B - DOLLAR, C. B. – THAMES K. M., *Observations of reintegrative shaming in a mental health court*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/9-10, 49-50.

- biztosítja az ügyfél jogait,
- a letartóztatás után azonnal beavatkozik,
- a bírósági csoport az ügyfél érdekeinek megfelelően jár el³²⁵.

Az intézmény lényegére világít rá, hogy az elkövetőt nem bűnösként, hanem kliensként, ügyfélként kezeli.

Napjainkban több mint 250 MHC működik az Egyesült Államokban, de számos intézményt hoztak létre Kanadában és Ausztráliában is, amelyeknek a céljai megegyeznek:

- biztosítani kívánja az ügy befejezésének legmegfelelőbb és legkevésbé korlátozó formáját,
- a kisebb súlyú cselekményt elkövető mentális betegségben szenvedő elkövetőt a közösségi alapú egészségügyi rendszerbe vezeti,
- ellenőrzi a kezelést³²⁶.

Mint már említettem, ez a bíróság - legalábbis fejlődésének első szakaszában - csak akkor jelenthetett megoldást, ha az elkövetőt nem erőszakos szabálysértés elkövetésével vádolták meg, mint a kisebb súlyú lopás, vagy a birtokháborítás.

Az eljárás lényegi eleme a kezelési terv, amelyet a bírósági csoport készít el és amelynek későbbi végrehajtását szintén a bíróság ellenőrzi. Minderre azonban csak akkor van lehetőség, ha a tervet az elkövető is elfogadja³²⁷. A kezelési terv intézménye nem csupán a MHC sajátja, már korábban is alkalmazásra került a szakmák közötti kooperáción alapuló bíróságok munkájában, mint a drogbíróságok, a fiatalkorúakkal vagy a családon belüli erőszakkal foglalkozó bíróságok³²⁸.

E speciális bíróságoknak két generációja van. Az első generációs intézmények csupán szabálysértés esetén járnak el. Ebben a modellben előzetes döntéshozatalról van szó, amelyben a későbbi vádemelés a bírósági program sikerétől függ. A MHC számos szankció közül választhat és köteles informálódnia a kezelés folyamatáról. A második

³²⁵ ODEGAARD, *i.m.*, 238-239.

³²⁶ MIKHAIL, S.– POYTHRESS, N., *Mental health courts - a workable propotion?*, Psychiatric Bulletin, 2001/25., 2-3.

³²⁷ STAFFORD, K. P- WYGANNT, D. B., *The Role of Competency to Stand Trial in Mental Health Courts*, Behavioral Sciences and the Law, 2005/23. 246.

³²⁸ MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M., *Mental Health Courts: an overview and redefinition of task and goals*, Law & Psychology Review, 2009/1., 113-114.

generációs bíróságok több ponton különböznek az előzőekben felvázolt modelltől. E szervezetek hatáskörrel rendelkeznek bűncselekmény elkövetése esetén is. Beavatkozásukhoz azonban szükség van arra, hogy az elkövető beismerje a bűncselekmény elkövetését. Gyakori a szabadságvesztés büntetés alkalmazása a kezelési terv nem teljesítése esetén³²⁹.

Az Igazságügy Minisztérium meghatározott tíz komponenst, amelyekkel e bíróságoknak feltétlenül rendelkezniük kell:

- a tervezésnek és a kivitelezésnek kooperatívnak kell lennie,
- alkalmassági kritérium,
- a részvétel feltételeit pontosan meg kell határozni,
- az eljárásnak megfelelő időben kell lezajlani,
- a résztvevőt tájékoztatni kell a lehetőségeiről,
- a kezelésnek személyre szabottnak kell lenni,
- a gyógykezelést figyelemmel kell kísérni,
- a bírósági csapatnak egy kollaboratív csoportnak kell lennie,
- a kezelési tervet ellenőrizni kell,
- a hatásoknak, következményeknek alá kell támasztani a kezelési terv előírásait³³⁰.

A kezelés elrendeléséhez szükséges konszenzusnak a vádlott, a védő és a bírósági csoport között kell megszületni. Ezt követően a megfelelő kezeléssel egy ügynökség dönt. A végrehajtás egy állami pszichiátriai intézetben vagy egy helyi közösségi elmezavarokkal foglalkozó csoport segítségével történik. A gyógykezelés nem csak orvosi értelemben vett kezelést és pszichoterápiát tartalmaz, hanem tréningekkel készítik fel őket az álláskeresésre és saját környezetük, háztartásuk rendben tartására is. A program időtartama egy és két év között mozog, de nem lehet több, mint az elkövetett cselekményre kiszabható legmagasabb időtartamú szabadságvesztés büntetés. A bíró visszaküldheti az elkövetőt az igazságszolgáltatás rendszerébe, ha megszegi az egyezség

³²⁹ Mental Health Letter, August 2006, www.health.harvard.edu (2011. 05. 06.)

³³⁰ MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M., *i.m.*, 115-116.

szabályait, bár ez ritkán fordul elő, hiszen az elkövetők itt sokkal enyhébb jogkövetkezmenyre számíthatnak³³¹.

5.2.3. Az eljárási szereplők feladata

A speciális bíróságok eljárásában az eljárási szereplők feladata is nagymértékben megváltozott.

A vádlott védője továbbfejlesztette hagyományos szerepét, amely szerint az elkövető érdekeinek leginkább megfelelő tanácsokat kell adnia. Napjainkban már a hatékony gyógy mód kiválasztásában is segítséget nyújt. Mindennek ellenére számos védő még kevés figyelmet szentel az alternatív megoldásoknak, tréningeknek és kezelési programoknak. Be kell látni, hogy a védőknek ebben az eljárásban alapvető szemléletváltáson kell keresztül menni, hiszen a büntető igazságszolgáltatási rendszer sajátosságai helyett a kliensük gyógyítását és a társadalom biztonságát kell szem előtt tartani. A győzelem kifejezés is új értelmet nyer ebben a problémamegoldó modellben, hiszen a védőnek már az a célja, hogy a kliense a közösség hasznos és békés tagjává váljon.

A hagyományos bíróságokon az ügyészek csupán az elkövető előéletére, társadalomra való veszélyességére és a bűncselekmény természetére fókuszálnak. A problémamegoldó bíróságok eljárásában azonban arra is figyelemmel kell lenni, hogy a mentálisan zavart elkövető számára melyik a legmegfelelőbb kezelési forma. Mérlegelniük kell a betegség és az elkövetett cselekmény között fennálló kapcsolatot is. Akárcsak a védőnek, az ügyész számára is követelmény, hogy a vádlott számára leginkább megfelelő alternatívát válassza.

A bíró megőrzi a hagyományos tárgyalásokon betöltött funkcióját. Ebben az eljárásban azonban a hangsúlyt nem csupán az eldöntendő ügyre kell helyeznie, hanem a probléma komplex megoldására is. Éppen ezért e modellben a bíró sokkal aktívabb, mint angolszász kollégái. A hagyományos bíróságokon a bíró csupán a precedensekre és az elkövető korábbi magatartására van tekintettel. A problémamegoldó modellben azonban az eljárás többi szereplőjével együttműködve arra kell törekednie, hogy az elkövetőt sikerüljön a büntetés végrehajtás rendszeréből elterelni. A bíró szerepe nem ér véget a döntés meghozatalával, hiszen figyelemmel kell kísérnie a kezelés eredményeit.

³³¹ Mental Health Letter, August 2006, www.health.harvard.edu (2011. 05. 06.)

Mindezekből az tűnik ki, hogy ez a megközelítés a felelősség helyett az elkövető rehabilitációjára fókuszál. Több nehézség is felmerül azonban, hiszen a bírák csakúgy, mint az ügyvédek, nehezen tudnak alkalmazkodni a problémamegoldó szerephez. További nehézséget jelent a megfelelő anyagi források hiánya³³², mivel a szövetségi törvényhozás 100 bíróság működését biztosítja annak ellenére, hogy napjainkban már több mint 250 ilyen intézmény létezik³³³. További gondot okoz az ügyek nagy száma, ebből eredően az egy esetre fordítható idő hiánya³³⁴, holott az ügyek komplex megoldásának fontossága azok minél mélyebb megismerését kívánja meg.

5.2.4. A jogintézmény hátrányai

A speciális bíróságoknak számos előnye mellett néhány hátránya is van. Megfogalmazódik az a kérdés, vajon nem mélyíti-e el a problémát, nem bélyegzi-e meg az elkövetőt? Ha igen, a stigmatizáció kétszeresen is sújtja az egyént, egyrészt a bűncselekmény, másrészt a mentális zavara miatt. Az is elképzelhető, hogy éppen a bíróság fellépése miatt esik el munkalehetőségtől, vagy kezelési alternatívától. Ráadásul csak azok kerülhetnek a speciális bíróságok elé, akik letartóztatására sor került az elkövetett cselekmény miatt. Meg kell jegyezni azonban, hogy gyakran olyan magatartás is maga után vonja a letartóztatást, amely mentális zavar hiánya esetén nem járna ezzel a következménnyel.

Mint már említettem, a kezelési tervet az elkövetőnek is helyeselnie kell. Felmerül azonban a kérdés, hogy a mentálisan zavart személy megfelelően tud-e erről dönteni.

Hasonlóan nagy probléma az eljárási garanciák hiánya. Ez a tény a folyamat a bíróság informális jellegéből ered. Az informális jelleg pedig magában foglalja az írásbeliség hiányát. Mindez azonban áthidalható, hiszen más hasonló szervezetek, problémamegoldó bíróságok, - így a fiatalkorúakkal foglalkozóak esetén is - elterjedt már az írásbeliség. Elsősorban tehát ezt a példát kellene alapul venni.

Kritikaként hozható fel, hogy a büntető igazságszolgáltatási rendszernek nem kell szociális szolgáltató szerepet vállalnia³³⁵. A gyakorlatban az angolszász rendszerben előfordul, hogy eltűnik a határvonal a büntetőjog és más jogág, többek között a polgári

³³² ODEGAARD, *i.m.*, 240-244.

³³³ MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M.: *i.m.*, 113-114.

³³⁴ ODEGAARD, *i.m.*, 244.

³³⁵ MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M.: *i.m.*, 118-120.

jog vonatkozásában. Erre lehet példa az Angliában alkalmazott kórházi kezelés, amelyet teljes egészében az egészségügyi törvény szabályoz.

A kontinentális államokban, különösen hazánkban egészen más oka van a büntetőjog szociális szerepe elutasításának. Mint Szabó András megjegyzi, ha a büntetőjog kezelő szerepet vállal, az sokkal inkább alkalmas az egyéni szabadság korlátozására, mint a megtorló büntetőjog. Ennek oka, hogy a büntetés alkalmazása nem az elkövetett cselekményből ered, hanem az elkövető valamely tulajdonságát, így veszélyes állapotát helyezi előtérbe. Ez a rendszer szerepváltoztatásra kényszeríti a büntetőjogot. Azok az intézkedések, amelyek az elkövető veszélyességén alapulnak, mint a kényszergyógykezelés, tulajdonképpen társadalmi pótszernek tekinthetők³³⁶.

Nemcsak a kontinentális rendszerben, hanem az angolszász államokban is megfigyelhető az a körülmény, hogy a szociális szereppel rendelkező büntetőjog a hangsúlyt az egyéni szabadság védelme helyett az elkövető gyógyítására és a veszélyforrás minimalizálására helyezi.

A szociális szolgáltató rendszerrel kapcsolatban ráadásul felmerül még egy kérdés. A kezelési programba ugyanis csak azok kerülhetnek be, akiket a hatóság letartóztatott. Ez azt sugallja, hogy a program előnyeinek élvezete csak a „szerencsések” számára nyitott³³⁷.

Az Egyesült Államokban számos kutatást végeztek a speciális bíróságok sikerének felmérésére. Egy Alaszkai példa azt az eredményt hozta, hogy míg a programban való részvétel előtt az elkövetők átlagosan 18 napot töltöttek kórházban, és 85 napot börtönben, a kezelési terv végrehajtása során csupán 3 napot voltak kórházban, és 16 napot börtönben. A kutatások arra világítottak rá, hogy az elterelésben részt vettek között kevesebb a letartóztatás és a drogelvonó kúra a kezelést követő években.

Hozzá kell azonban tenni, hogy az elmúlt másfél évtized során csupán egy ellenőrzött felmérés készült. Azt állapították meg, hogy a börtönben és az egészségügyi intézményben elhelyezett elkövetők között is hasonló volt a letartóztatottak aránya, és hasonló időt töltöttek börtönben, de a kezelési terv végrehajtása után gyakoribbak a közrend kisebb megsértésével járó cselekmények, mint új bűncselekmény elkövetése³³⁸.

³³⁶ SZABÓ András, *A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga*, Jogtudományi Közlöny, 1988/8., 462.

³³⁷ MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M., *i.m.*, 120.

³³⁸ Mental Health Letter, August 2006, www.health.harvard.edu (2011. 05. 06.)

A speciális bíróságok meglehetősen új intézménynek számítanak. Jelenleg számos előnye mellett több hátrány is megfogalmazható vele kapcsolatban, amelyek elsősorban a jogintézmény kiforratlanságából erednek. Hazai bevezetésére kevés az esély, egyrészt az elméleti kifogások, másrészt a büntetőeljárás egyszerűsítésére irányuló törekvések miatt.

5.2.4. Bírósági pszichiátriai klinika

A bírósági elterelésnek működik egy másik formája is az Egyesült Államokban, amelyet bírósági pszichiátriai klinikának neveznek. Ez a rendszer régebbi múltra tekint vissza, mint a fentebb bemutatott bíróság, hiszen az első intézmény 1914-ben kezdte meg a működését, mára pedig 250 klinika működik. A fő eltérés a MHC-hez képest, hogy itt a bírósághoz kapcsolt kórházzal van szó, amíg a másik intézmény egy speciális bíróság. A leginkább magasabb fokú bíróságokhoz kapcsolt intézetek csupán a súlyos bűncselekményeket elkövető személyekkel foglalkoznak³³⁹.

5.3. Kényszergyógykezelés Ausztriában

Az osztrák büntető törvénykönyv az elkövető bűnössége esetén kiszabható büntetések mellett megelőző intézkedéseket is ismer, amelyek a mentálisan zavart vagy kábítószerfüggő személyekkel szemben, vagy pedig visszaesőkkel szemben alkalmazható. Ennek megfelelően alapjukat az elkövető társadalomra való veszélyessége adja, csak veszélyesség esetén szabhatók ki.

Az osztrák kormány statisztikája szerint a gyakorlat teljesen elfogadta ezt a jogintézményt, a kényszergyógykezelések száma az elmúlt időszakban folyamatosan nőtt.

A StGb. az alábbi szabályokat rögzíti: a kényszergyógykezelés akkor szabható ki, ha

- bűnösség esetén a cselekmény több mint egy évi szabadságvesztéssel lenne büntetendő,

³³⁹ JAMES, David V., *i.m.*, 245.

- az elkövetéskor fennálló bizonyos körülmények miatt az elkövető nem beszámítható: a beszámítási képességet kizáró körülmény befolyása alatt áll az elkövető, amely magasabb fokú szellemi vagy lelki különbözőséget jelent,
- az orvos szakértői vizsgálat szerint veszélyes a társadalomra³⁴⁰.

Azokat a bűncselekményeket kell figyelembe venni, amelyeket a törvény legalább egy év szabadságvesztés büntetéssel rendel büntetni. Akárcsak hazánkban, itt is a törvényi rendelkezés számít tehát, nem a kiszabott büntetés. Csupán egy cselekményről van szó, több bűncselekmény büntetési tételét nem lehet összesíteni. Az az elképzelés, mely szerint, ha az elkövető nem minden cselekmény elkövetésekor volt beszámíthatatlan, a magatartásokat külön-külön kell vizsgálni, elvileg helytálló - Höpfel és Ratz elképzelhetőnek tartja -, de a gyakorlatban természetesen kevésbé praktikus. Eltérés a hazai szabályozástól, hogy a gondatlan cselekmények is figyelembe jöhetnek, nem csupán a szándékosak. Nem minden lelki vagy szellemi különbözőség alapozza meg az intézkedés elrendelését. Hasonlóan a magyar szabályokhoz, szükséges, hogy ne csupán átmeneti jelenségről, hanem tartós állapotról legyen szó³⁴¹. A periodikusan fellépő állapotok is megalapozzák az intézkedés alkalmazását. A törvényben meghatározott magas fokú lelki, szellemi különbözőség abnormális lelkiállapotként fogható fel. Az abnormális lelkiállapotnak nem kell feltétlenül a rendelkezési képességet korlátoznia, csupán ki kell hatnia az elkövető akaratára. Pusztán az antiszociális személyiség nem alapozza meg a magas fokú lelki, vagy szellemi különbözőséget.

Okozati összefüggésnek kell fenn állnia a lelki, vagy szellemi különbözőség és az elkövetett cselekmény között. A cselekmény alapjául csak a különbözőség szolgálhat, más motivációk (pl. alkoholfüggőség) nem vehetők figyelembe. A magas fokú különbözőséget és a beszámítási képesség csökkenését megalapozza a gyengeelméjűség, valamint a szexuális gátlások nagyfokú csökkenése.

A belátási képesség hiányának nem az ítélethozatal időpontjában kell fenn állnia, hanem a bűncselekmény elkövetésének idején³⁴².

A másokra való veszélyesség, az aggály kifejezés azt jelenti, hogy a fennálló feltételek miatt a személy nagy valószínűséggel fog elkövetni újabb bűncselekményeket, fenn áll

³⁴⁰ StGb, 21. § (1)

³⁴¹ HÖPFEL, Frank-RATZ, Eckhart, *Viener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Manche-, Verlags-, und universität shuchlandlung, Wien 2005., 13-15.

³⁴² MAYERHOFER, C., *Strafgesetzbuch-Strafrecht, Erster Teil*, Verlag Österreich, Wien, 2000, 197-200.

a bűnismétlés veszélye. A veszélyesség miatt figyelemmel kell lenni az elkövető személyére, az elmebeli állapotára és az elkövetett cselekmény típusára. Ez tartalmazza a diagnózist a személyiségről, és az oksági kapcsolatról a nem rendes elmeállapotú elkövető és a cselekmény között³⁴³. A veszélynek nem kell közelinek, vagy konkrétan meghatározhatónak lennie. Az elkövető veszélyessége akkor nem zárható ki, ha a vádlott extrém körülmények között újra bűncselekményt követhet el. A veszélyesség prognózis elkészítése során az intézkedés alapjául szolgáló cselekmény elkövetésének módjára is figyelemmel kell lenni és a súlyosabb következmény megítélésénél nem csupán a büntetőjogi jelleget, hanem a bűncselekmény társadalmi természetét is figyelembe kell venni. A megelőzendő bűncselekménynek – amivel a veszélyességi prognózis foglalkozik – súlyos következménnyel kell járnia, amelyet mindig a konkrét cselekmény fényében kell megítélni. A súlyos következmény alatt nem lehet mindenféle kárt érteni, a kár fogalma az alapcselekmény ismeretében határozható meg. A súlyos következmény alatt a társadalomra veszélyes konkrét következményt kell érteni, amely azonban nem csak a tényállás szerű eredményre terjed ki³⁴⁴. A veszély nem áll fenn, ha az elkövetés és az ítélet közötti orvosi kezelés sikeres volt. A bíró diszkrecionális jogkörébe tartozik, hogy a döntsön a prognózis felől a szakértői vélemény alapján. Ha nem ért egyet, visszautasítja a kényszergyógykezelésre tett javaslatot, és nem lesz ellenőrzés az önkéntes gyógykezelés fölött sem.

Az intézkedés felfüggesztésére 2002 óta van lehetőség. Ezt a jogintézményt a kevésbé veszélyes, de még veszélyes személyeknek címezték, akinek ambuláns kezelésre van szükségük. Több körülményt kell megvizsgálnia bírónak, amikor arról dönt, hogy az azonnali végrehajtásra szükség van-e vagy sem: az elkövetett cselekmény típusát, az elkövető előéletét, és az életkilátásait. Teljes véleményt kell adni, amely tartalmaz adatokat a személyiségéről, a mentális zavarokról, a személyiségének zavarairól, így a droghasználatról, betegségéről. A véleménynek tartalmaznia kell továbbá, hogy képes és akarja-e a terápiát, adatokat kell tartalmaznia továbbá a pszichiátriai kezelésről, a megelőző elítélésekről, a szociális környezetéről, és a társadalomba való beilleszkedésének lehetőségeiről. Indokolja a felfüggesztést, ha az elkövetés és az ítélet közötti időben a kezelés hatásos volt, de nem sikeres, és még állnak fenn komplikációk.

³⁴³ EDER, Maria, *The suspension of preventive measure of mental disordered criminals*, in: Dezső László emlékkönyv, PTE-ÁJK, Pécs, 2005., 65.

³⁴⁴ MAYERHOFER, *i.m.* 197-202.

A kirendelt szakértő - aki nem csupán pszichiáteri, hanem pszichológusi végzettséggel is rendelkezhet - köteles válaszolni a beszámíthatósággal és a társadalomra való veszélyességgel kapcsolatos kérdésekre. A végrehajtási módok közötti választás során felmerül a kérdés, hogy a jövőbeli cselekmény veszélyét egy önkéntes ambuláns kezeléssel, vagy egy pszichiátriai intézetben végrehajtott állandó, folyamatos kezeléssel lehet-e elkerülni. Ennek eredményeként az megelőző intézkedés pszichiátriai intézetben történő végrehajtása csak a nagymértékben zavart elkövetőknél, nagyfokú társadalomra veszélyesség esetén kerülhet alkalmazásra, az ambuláns terápia kizárásával. A szakértőnek döntenie kell, hogy mely lelki zavarok nem veszélyesek, melyek a veszélyesek és melyeket lehet terápiai kezeléssel enyhíteni olyan mértékben, hogy csökkenjen a másokra való veszélyesség foka³⁴⁵.

Sor kerülhet a felfüggesztés visszavonására, ha jelek mutatnak arra, hogy a társadalomra való veszélyesség még fennáll. Ezek a jelek a próbaidő tartama alatt mutatkoznak meg és a hatóságoknak az előírások be nem tartásából és az engedetlenségből kell következtetniük arra, hogy a visszavonás egyéni preventív okok miatt szükséges. Visszavonás csak akkor elképzelhető, hogyha az elkövető még veszélyes és ez a veszély az ambuláns kezelés keretei között nem kezelhető.

A StGb. felemelte a próbaidő időtartamát 10 vagy 15 évre, az időtartam eltelte után 3 évenként kell vizsgálni a veszély fenn álltát. Ezt a problémás szakaszt hatástalanítja az orvos szakértő kötelező meghallgatása a tervezett hosszabbítás előtt. Előfordulhat, hogy gyorsan növekszik a társadalomra való veszélyesség, és erre sürgősen válaszolni kell. Ez a szabályok be nem tartása, vagy a kezelés megszakítása miatt következhet be³⁴⁶. A bíróság ekkor informálja a rendőrséget, aki javaslatot tesz a beteg folyamatos kezelésére, amely pszichiátriai intézetben történik az UbG (*Unterbringungsgesetz*) szabályai szerint. A folyamatos kezelés során figyelemmel kell kísérni a veszély nagyságának az alakulását. Ez csak a saját magára, vagy más személyekre való veszélyt foglalja magába, de a dolgokra való veszély nem tartozik ide³⁴⁷ (pl. kisebb lopás, károkozás).

³⁴⁵ EDER, *i.m.*, 66.

³⁴⁶ StGb. 54. §

³⁴⁷ Unterbringungsgesetz, 9. §

Ausztriában a beszámíthatatlan elkövetők gyógykezelésének két tendenciája figyelhető meg:

- az elkövetők számának növekedése folytán túltelítődtek az intézmények
- szükségessé vált alternatívák kidolgozása.

A kórházak legtöbbje nem tudja a gyógykezelésre szoruló elkövetők számára a megfelelő körülményeket biztosítani, mindössze két egyetemi klinikán működik törvényszéki osztály (Bécsben és Innsbruckban) azonban itt csak az elkövetők töredékét tudják ellátni. 1992 óta egy speciális törvényszéki klinika is működik Bécsben, amely egy hibrid megoldás a jogi és az orvosi rendszer között, amelyet az Igazságügyi Minisztérium működtet és egy sokrétű szakember gárdából álló csoportot tudhat magáénak. Ebben a csoportban pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások és nővérek dolgoznak. Az intézet vezetését egy pszichiáter látja el³⁴⁸. Ez az intézmény hasonlít az IMEI felépítéséhez. Hazánkban a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium felügyelete alatt áll az intézet, a vezetést pedig az igazgató főorvos látja el. Nagy különbség azonban, hogy a magyar intézmény nem minősíthető törvényszéki klinikának, bár kétségtelenül átmenetet képez a jogi és az egészségügyi rendszer között. Továbbá, az IMEI nem foglalkoztat egy osztrák példához hasonló multi-professzionális szakember gárdát.

Az 1990-es új törvényi szabályozás óta nagymértékben megnőtt a beszámíthatatlan elkövetők kórházba utalásának éves aránya. Ennek ellenére nem változott a szabadságvesztés büntetések száma, amely tehát nem utal arra, hogy megnőtt volna az elkövetett bűncselekmények száma. Az új szabályozás átalakította és limitálta a kötelezően elrendelt gyógykezelések, beutalások számát az általános pszichiátriai betegek esetén. A kórházi ágyak felszabadulása hatással volt a gyógykezelt elkövetők számának alakulására, kezelési időtartamára is. Az 1989-től végzett kutatások alapján levonható az a következtetés, hogy évről évre egyre több beszámíthatatlan elkövető kezelését rendeli el a bíróság, azonban a kezeléseik időtartama csökkenő tendenciát mutat³⁴⁹.

³⁴⁸ KNEDHET, G. – SCHANDA, H. - BERNER, W. – MORAWITZ, I. – HAUBENSTOCK, E., *Outpatient Treatment of Mentally Disordered Offenders in Austria*, International Journal of Law and Psychiatry, 1996/1., 87-89.

³⁴⁹ SALIZE, Hans Joachim – SCHANDA, Hans – DRESSING, Harald, *From the hospital into the community and back again – A trend towards re-institutionalisation in mental health care?*, International Review of Psychiatry, 2008/6., 531.

5.4. A kényszergyógykezelés Németországban

A Büntető Törvénykönyv a szabadságelvonó intézkedések között szabályozza a pszichiátriai kórházba szállítás jogintézményét. A szankciók kiszabásának feltételei az alábbiak:

- az elkövető felelőtlen, vagy felelősségi képessége csökkent
- tényállásszerű cselekményt követett el
- az elkövető jelentős mértékben veszélyes a társadalomra³⁵⁰.

Az intézkedés pszichiátriai megbetegedés, vagy akadályozottság esetén alkalmazható, az esetben, ha e körülmények miatt az elkövető felelőssége nem állapítható meg, vagy csökkent. Az intézkedés célja a társadalom védelme és az elkövető gyógyítása. Az elrendelést nem akadályozza a gyógyulás valószínűségének hiánya vagy csekély volta³⁵¹.

Az intézkedés elrendelését az elmebetegség, és a gyengeelméjűség alapozza meg. Az első eset a pszichózis különféle formáit foglalja magába. A második a tudatzavar típusait, a harmadik pedig az intelligencia csökkenését. A negyedik eset az egyéb komoly szellemi károsodás leggyakrabban szexuális devianciákhoz kapcsolódik.

Az intézkedés elrendelése olyan cselekmények esetén lehetséges, amelyek a társadalomra jelentős veszéllyel járnak. A „jelentős” jelző kapcsolódhat a bűncselekmény természetéhez és a cselekmény hatásához egyaránt. Mindazonáltal ezek nem feltétlen a legnagyobb büntetési tétellel fenyegetett bűncselekményeket jelentik, hiszen a jogszabály bármilyen bűncselekmény elkövetése esetén lehetővé teszi a szankció alkalmazását³⁵². Ellentétes tehát mind az osztrák, mind pedig a magyar rendelkezésekkel, ahol legalább egy évi szabadságvesztéssel fenyegetett bűncselekmény elkövetésekor lehetséges ezen jogkövetkezmény kiszabása. A hazai törvényi szabály szerint ráadásul csak személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó magatartás alapozhatja meg a kezelést. Ebben a tekintetben tehát a német rendelkezés az ultima ratio elvének kevésbé felel meg.

A gyógykezelést speciális törvényszéki pszichiátriai kórházban kell végrehajtani. Lehetőség van beutalásra az ítélet meghozatala előtt is, amelynek az időtartama

³⁵⁰ StGb. 63. §

³⁵¹ FISHER, Thomas, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, Verlag C. H. Beck, München, 2009., 556-557.

³⁵² BAL, Peter - KOENRAADT, Frans, *Criminal Law and Mentally Ill Offenders in Comparative Perspective*, Psychology, Crime & Law, 2000/6, 222-236.

legfeljebb 6 hét lehet. Ennek a célja a terhelt szellemi állapotát felmérő jegyzőkönyv elkészítése.

A szankció határozatlan időtartamú intézkedés, amelyet a bíróságnak évente kötelező felülvizsgálni, ennél rövidebb periódust is meg lehet azonban határozni. Engedélyezhető a gyógykezelt számára feltételhez kötött, vagy feltétel nélküli elbocsátás³⁵³, amely a hazai adaptációs szabadsággal vonható párhuzamba. Álláspontom szerint a határozatlan időtartam nem felel meg a határozott tartamú büntetőjogi szankció elvének, bár az évenkénti felülvizsgálat, és az egyéves periódus rövidítése javít a helyzeten.

Korlátozott felelősségi képesség esetében a bíró választhat, hogy először a kezelést hajtsák végre és az elkövető utána kerüljön büntetés-végrehajtási intézetbe, vagy fordítva³⁵⁴.

A törvényszéki pszichiátriai intézetek minden szövetségi államban létrejöttek, de a kezelés és a gyógyítás mindegyikben különböző.

2007-ben megváltoztak a gyógykezelés és a szabadon bocsátás követő helyzetet érintő jogszabályok. Ezeknek a célja a társadalom biztonságának a növelése és az elkövetők ellenőrzésének a biztosítása. A már elbocsátott kezelésen részt vevőket a bíróság, vagy egy pártfogó felügyelő felügyeli. A bíróság előírhatja az elkövetőnek, hogy pszichiátriai, vagy pszichoterápiai kezelésen vegyen részt. Az is előírható, hogy meghatározott időközönként jelenjenek meg egy pszichiátriai intézetben. A szabadon bocsátott elkövetők kezelésére törvényszéki ambulanciák működnek, amelyek a társadalomba való visszailleszkedést segítik, és amelyek funkciói a pártfogó felügyelőjéhez is hasonlíthatók. Az ambulanciák folyamatos kooperációt és kommunikációt folytatnak a bírósággal. Mindezek alapján elmondható, hogy kettős funkcióval rendelkeznek, hiszen nemcsak a gyógyítás, hanem az ellenőrzés feladatát is ellátják³⁵⁵.

³⁵³ BAL - KOENRAADT, *i.m.*, 236-241.

³⁵⁴ BAL, - KOENRAADT, *i.m.*, 244.

³⁵⁵ KONRAD, Norbert – LAU, Steffen, *Dealing With the mentally ill in the criminal justice system in Germany*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/3. 237-239.

5.5. Összegzés

A beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben alkalmazható jogkövetkezmények éles eltéréseket mutatnak. Az angolszász államokban az egészségügyi törvények jogkövetkezmenyei mellett több országban megjelent egy új intézmény, a nem rendes elmeállapotúak cselekményeit elbíráló speciális bíróság, amely azonban meglehetősen fiatal jogintézmény. Az eddigi kutatások alapján nem igazolható egyértelműen a hatékonysága, ráadásul a kiforratlansága miatt hátrányok is megfogalmazhatóak vele szemben, főleg a garanciák – így az írásbeliség – hiánya tekinthető súlyosnak. Az osztrák és a német rendszer több tekintetben hasonlít a magyar sajátosságokhoz. Összességében elmondható, hogy a magyar rendelkezések engedik legszűkebb körben az intézkedés alkalmazását, ebből adódik, hogy több jogintézmény bevezetése nem képzelhető el hazai viszonyok között; ilyen többek között a kényszergyógykezelés felfüggesztése.

6. fejezet: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése hazánkban

6.1. Az intézkedés alkalmazásának feltételei

A kényszergyógykezelés napjainkban a büntetőjog egy igen aktuális kérdése. Időszerűvé teszi a Btk. új, a szankciórendszert átfogóan újra szabályozó reformja, a 2012. évi C. törvény, valamint az intézkedéssel szemben nemzetközi szinten is felmerülő problémák, kifogások.

A kényszergyógykezelésnek több konjunktív feltétele van:

- a beszámítási képesség teljes hiánya,
- személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény megvalósítása,
- újabb hasonló cselekmény elkövetésének nagyfokú valószínűsége,
- a terhelt büntethetősége esetén egy évi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetéssel lenne büntethető.

6.1.1. A kóros elmeállapot

Ezen intézkedés elrendelésének csak a beszámítási képesség teljes hiányát előidéző kóros elmeállapot esetén van lehetőség. A dolgozat lezárásának időpontjában hatályos Btk. nem tartalmaz a kóros elmeállapot formáira nézve taxatív felsorolást, azok közül az alábbiakat nevesíti:

- elmebetegség,
- gyengeelméjűség,
- szellemi leépülés,
- tudatzavar,
- személyiségzavar³⁵⁶.

³⁵⁶ 1978. évi IV. tv. 24. §. (1)

Felmerül a kérdés, helyes-e az 1987. évi IV. törvény a példálózó felsorolása? A nem taxatív felsorolás mellett szóló érv, hogy a törvényhozó csak a leggyakoribb eseteket vette sorra, hiszen a kóros elmeállapotot megalapozó jelenségek száma kimeríthetetlen. Ennek azonban ellentmond, hogy a felsorolás része a gyengeelméjűség és a személyiségzavar, amelyek viszonylag ritkán alapozzák meg a beszámítási képesség kizárását. A túl szűk meghatározás miatt azonban kimaradt a felsorolásból egyéb gyakori rendellenesség, így nem szerepel a felsorolásban többek között a disszociatív személyiségzavar. Mindemellett számos olyan zavar létezik, amelyeket a pszichiátria kezelésre szorulónak értékel, a büntetőeljárás során mégsem bírnak jelentőséggel, mert az elkövetők - a betegség ellenére - képesek felismerni cselekményeik lehetséges következményeit³⁵⁷. Problémát jelent továbbá, hogy a Btk. felsorolása nem egyezik meg a pszichiáterek által használt terminológiával. Az általuk használt DSM-IV, valamint BNO-10 kódok eltérő rendszerben vizsgálják a különböző zavarokat³⁵⁸, egyes álláspontok szerint azonban a büntetőjog szempontjából másodlagos a kórképek rendszerezése³⁵⁹. Ráadásul a pszichiátria nem használja kifejezetten az elmebetegség kategóriáját, inkább a hangulatzavar kifejezést. A betegség kategóriáját sem tartja megfelelőnek annak megbélyegző hatása miatt, ezért inkább a zavar kifejezést alkalmazza³⁶⁰.

Elmebetegség

Az elmebetegség zavarmentes előzmények után lép fel, és változó mértékben hat ki a beteg érzelmi, akarati, értelmi, hangulati életére. A beteg alkalmazkodása, és reakciói kiszámíthatatlanná válnak, és gyakran a teljes gyógyulást kizáró állapotba torkollnak. Minden esetben a magasabb rendű idegműködés megbetegedését jelenti, amelyből következik, hogy az újabb ismeretek megszerzése kizárt, és az egyén a régieket is elfelejtheti. A betegségek tünetei széles skálán mozognak, amelyeket tovább befolyásolnak a beteg egyedi sajátosságai is³⁶¹. Ennek megfelelően a megbetegedések változásokat okoznak az érzelmi, értelmi, akarati, indulati szférában. Ezeknek a következménye, hogy módosul a beteg gondolati és érzelmi világa, amely

³⁵⁷ KULCSÁR, Gabriella, *A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák*, Rendészeti Szemle, 2007/7-8., 162-163.

³⁵⁸ KULCSÁR, , *i.m.*, 159-160.

³⁵⁹ *Magyar büntetőjog. Kommentár a gyakorlat számára*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2006., 62.

³⁶⁰ KULCSÁR, *i.m.*, 160.

³⁶¹ MULLEN, Peter, *Forensic mental health*, British Journal of Psychiatry, 2000/6., 307-311.

megváltoztatja a személyiség jellemzőit is. Az elmebetegségek fajtáitól függ, hogy milyen torzulások válnak hangsúlyossá. Az egyik legismertebb elmebetegség, és témám szempontjából is a legjelentősebb a hasadásos elmezavar (skizofrénia), amely a gondolkodás logikájának meglazulásával jár együtt³⁶². A kényszergyógykezelés vonatkozásában a paranoid skizofrénianak a legnagyobb a szerepe, ahol az elsődleges tünetek közé tartoznak az érzécsalódások és a téveszmék. Mindez gyakran vezet erőszakos, vagy közveszélyt okozó cselekmények elkövetéséhez annak ellenére, hogy a skizofrének cselekményei rendkívül változatosak. A magatartás elkövetése során megfigyelhető a látszólagos indokolatlanság mellett a brutalitás és a bizarr elkövetési mód³⁶³. A vádlott az elkövetett cselekményt hidegen és közömbösen adja elő³⁶⁴.

A hangulati élet zavaraiiban szenvedők között is gyakran figyelhető meg különféle bűncselekmények elkövetése. A depressziós tünetcsoport jellemzői a hangulat és az érzelmi élet zavara, a gondolkodás és az aktivitás csökkenése. A legtipikusabb bűncselekmény a kiterjesztett öngyilkosság, amelyet főként a depresszív állapotban lévő szülő követ el a gyermeke, esetleg partnere sérelmére. Előfordulhat azonban közveszély okozással összekapcsolt öngyilkossági kísérlet is. A mániás állapotra az emelkedett hangulat, a fokozott aktivitás és a gátlások csökkenése jellemző. Ez az állapot olyan bűncselekmények elkövetését hozza magával, mint a csalás, rágalmazás, közlekedési és nemi erkölcs elleni cselekmények³⁶⁵.

Főként skizofrénia és mániás depresszió esetén fordul elő ezen intézkedés alkalmazása. Statisztikai adatok azonban sajnos nem állnak a rendelkezésünkre³⁶⁶.

Vizsgálódásaim során a személy elleni bűncselekmények közül is a testi sértés, illetve az emberölés kísérlete volt többségben.

Az egyik esetben a vádlottat a bíróság az ellene súlyos testi sértés büntette, közfeladatot ellátó személy elleni erőszak büntette és könnyű testi sértés vétsége miatt emelt vádak alól felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott azért támadta meg a sértettet, mert annak szeméből látta, hogy gonosz ember, annak fejét ütötte és térdét rugdosta. A sértett a bántalmazásokkal kapcsolatban az

³⁶² FEHÉR Lenke: *Elmebetegség...*, i.m., 95.

³⁶³ BITÓ Katalin – UJVÁRI Ákos, *A beszámítási képességet érintő kóros elmeállapot néhány jogi és orvosi kérdése*, Ügyvédek Lapja, 2010/6., 30.

³⁶⁴ Interjú Dr. Módis Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30)

³⁶⁵ BITÓ – UJVÁRI, i.m., 30.

³⁶⁶ Interjú Dr. Módis Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30)

alábbi sérüléseket szenvedte el: a jobb térd külső oldalszalagjának részleges szakadását, valamint a jobb térd lágy szöveteinek hámfosztását, zúzódását. Az orvosszakértő véleménye szerint a jobb térd oldalszalagjának részleges szakadása önmagában 8 napon túl gyógyuló sérülésnek, a jobb térd lágy szöveteinek zúzódása, hámfosztása pedig önmagában 8 napon belül gyógyuló sérülésnek minősül. Az elszenvedett sérülések összességében 8 napon túl gyógyulónak minősülnek.

A cselekmény elkövetése utána vádlott egy kórház pszichiátriai osztályára került.

Az osztályra történt felvételét megelőzően a vádlottat két ápolónő a fürdőbe kísérte, mivel elhanyagolt külseje és az osztályra történő felvételt megelőző kötelező fertőtlenítési eljárás miatt meg akarták fürdetni.

A vádlott az ápolónők felé többször azt a kijelentést tette, hogy „ha hozzám nyúlsz, megdöglesz”.

Mivel a vádlott nem akart fürdeni, az egyik ápolónő a fürdetéshez fogott. Mikor víz érte a vádlott testét, kiabálni kezdett, hogy ő az Isten, mindenki más pedig Sátán. Ekkor ökölrel megütötte az őt fürdető ápolónő járomcsontját, aki megcsúszott és a földre került. A vádlott ráugrott a sértettre és négykézlábra szorítva ütötte és rugdosta.

Ekkor beavatkozott másik ápolónő, aki megpróbálta leszedni a vádlottat munkatársáról. A vádlott őt is több alkalommal megütötte, a bal arcán és a jobb alkarján, majd ezt követően a zuhanyzóba lökte, mire ő a zuhanyzó falának esett és a lapockáját megütötte. Az egyik ápolónő a vádlott bántalmazása következtében az arc hámhorzsolásos és zúzódásos, a jobb kéz zúzódásos, a bal térd hámhorzsolásos és zúzódásos, valamint a jobb térd zúzódásos sérülését szenvedte el, mely sérülések gyógytartama 8 napon belüli. A segítségére siető ápolónő a sérüléseiről látteleletet nem vetetett, sérülései következtében nyomás érzékenység lépett fel.

Az igazságügyi elmeszakértő véleménye szerint vonatkoztatásos tartalmakkal jellemzett tudathasadásos elmebetegségben szenvedett a cselekmények elkövetésekor, és azt követően is. Cselekményeit a betegséggel összefüggésben, annak hatására követte el. A cselekmények elkövetésének idején képtelen volt arra, hogy cselekménye következményeit felismerje, és e felismerésnek megfelelő magatartást tanúsítson. Az igazságügyi szakértő véleményében kifejtette, hogy a bűnismétlés veszélye fennáll.

A vádlott a tárgyalás során érdemben nem tett vallomást és kérdésekre sem akart válaszolni, elmondása szerint már nem emlékszik a történetekre. Azt azonban megjegyezte, hogy elkövette a cselekményeket, bár nem tudta megmagyarázni, hogy miért.

A vádlottat nehezen lehetett megérteni, mivel olyan hangon és úgy beszélt, kommunikált, hogy az nagy részben érthetetlen volt.

A nyomozás során azt vallotta, hogy ő a jóisten, ő nem követett el semmit, csak azért verte meg a sértetteket, mert ők gonosz emberek, ezt a tulajdonságukat a sértettek szeméből látta³⁶⁷.

Egy másik eset az elkövetett cselekmény kegyetlen, bizarr voltára mutat rá. A bíróság a vádlottat az ellene emelt különös kegyetlenséggel, kiskorú sérelmére elkövetett emberölés büntettének és kiskorú veszélyeztetésének vádja alól felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

Az igazságügyi orvos szakértő megállapította, hogy a vádlott hetek óta nem vett magához sem ételt, illetve sem folyadékot ezért a felfedezéskor már maga is közvetett életveszélyes állapotban volt.

A két éves sértett testsúlya a szakértő véleménye szerint egy kb. hat hónapos gyermekének felelt meg, valamint általános testi leépülés és súlyos anyagcserezavar is kialakult, ami orvosi beavatkozás nélkül 72 órán belül a halálához vezetett volna.

Nem változtat a cselekmény megítélésén az sem, hogy adott esetben a vádlott nem erőszakos módon valósította meg a tényállásban írt magatartását, mert a „humánusabb” elkövetési mód is ugyanazon eredmény elérésére irányult. Az elkövetés mikéntje nem tévesztendő össze az adott cselekmény jellegével.

Jelen esetben a vádlott köteles lett volna gondoskodni a gyermekéről, őt megfelelő mennyiségű és minőségű étellel ellátni. A több hétig tartó éheztetés során ez irányú kötelezettségeinek teljesítését olyan mértékben mulasztotta el, hogy ennek következtében a gyermek halálának bekövetkezése reálisközelségbe került és az eredmény megvalósulását csak a véletlen gátolta meg. A vádlott e cselekményét eshetőleges szándékkal valósította meg.

A több hétig tartó éheztetés mindenképpen alkalmas arra, hogy a sértett életét a szükségesnél nagyobb szenvedést okozva oltsa ki.

A vádlott a cselekmények elkövetésekor és elbírálásakor egyaránt téveszméken alapuló tudathasadásos elmebetegségben szenvedett, melyek a beszámítási képességét kizárták.

³⁶⁷ 2. B. XII. 1279/2007/14.

Az eljárás során beszerzett orvos szakértői vélemények egyértelműen megállapítják, hogy a vádlott kóros elmeállapota miatt alappal lehet tartani attól, hogy a jövőben hasonló cselekményt fog elkövetni. A vádlottat a kóros elmeállapota talaján kialakult téveszméi vezették a bűncselekmények elkövetéséhez, és betegségbelátásának hiánya miatt nem kizárható, hogy a jövőben is hasonló magatartást tanúsítson. Ezt nem zárja ki, hogy a kezeléseken együttműködő és békés a magatartása. Egyebekben, a bűnismétlés veszélye nem jelenti azt, hogy a vádlott ugyanazon törvényi tényállást kimerítő bűncselekményt azonos elkövetési magatartással követett el³⁶⁸.

Az emberölés büntettének kísérlete miatt vádolt vádlottat a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott a hasadásos elmezavar idült, téveszmés formájában szenved, amelyre üldöztetési, mérgezéses téveszmék jellemzőek. A betegséggel együttjáróan fokozatosan személyisége is torzult, ez családi konfliktusokhoz vezetett. Mindezekkel párhuzamosan realitás kontrollját nagymértékben elvesztette. A cselekményt az idült hasadásos elmezavarának aktív szakaszában követte el, minden egyes ilyen aktív üldöztetési, téveszmés szakasz csak tovább torzította személyiségét.

A vádlott szerint a betegsége folyamatos súlyosbodásában szerepe volt a családjának (feleségének és fiának), akiktől nem kapta meg a megfelelő segítséget, és egyre inkább elhatalmasodtak rajta a paranoid, üldöztetési, mérgeztetési tünetek.

A vádlott elmondta, hogy a fia a cselekmény napján sokadik alkalommal jelezte, időszerű lenne apja elköltözése. A vádlott káoszt és haragot érzett magában, harangzúgást hallott, valamint egy pap barátja lelkesítő szavait, mindezek hatására fiára támadt. Csupán arra emlékezett, hogy meglökte, majd egy késsel megszúrta a fiát, de arra nem, hogy a kés hogy került hozzá és miért vette azt magához. Azt állította, nem emlékszik, hányszor és hová szúrta, de biztosan nem akarta megölni a fiát. Állította azonban, hogy a fia kicsavarta kezéből a kést, majd megtaposta, ennek következtében egyik ujja is megsérült.

A vádlott az idézésre megjelent, azonban kihallgathatatlan állapotban volt, a kérdéseket hosszabb időt követően ugyan megértette, de azokra oda nem illő válaszokat adott, a

³⁶⁸ 2.Bf.136/2009/8. szám

nyilatkozatban számos ellentmondás volt, összességében magatartása és nyilatkozata érthetetlennek tekinthető.

A bíróság álláspontja szerint a vádlott védekezése önmagában igazolta, hogy a terhére rótt büntetendő cselekményt az idült hasadásos elmezavarának aktivizálódása időszakában valósította meg, ezt bizonyítják hallucinogén megnyilvánulások. Fentiek szerint tehát a cselekményt egy olyan, a betegségét aktivizálódó, elmeroham beli időszakban követte el, melynek hatására az addigi kóros személyiség szerkezete pont negatív irányban változott.

A vádlott előzmény nélkül támadt a sértettre, aki éppen aludt, a nyakához tette a kést, majd, felé szúrta több alkalommal, védekezése során bal hónaljvonalában meg is szúrta, de a későbbi kísérleteket sikerült kivédenie. A vádlott kitartó szándékát bizonyította, hogy – miután a sértett eltörte az elkövetés során használt kés pengéjét – egy újabb kést vett magához, és azzal próbálta megszúrni a sértettet. A vádlott betegsége jelentős szerepet játszott a támadásban, hiszen a sértett előadta, hogy az apja nem ismerte fel, a tekintete ködös volt. A sérülés a bőr alatt felszínesen futó nyaki vénák megsértése esetén elvérzéshez, vagy légembólián keresztül halálhoz vezető sérülés is bekövetkezhetett volna, illetőleg nagyobb erő alkalmazása esetén a mellkas ürtere is megnyílhatott volna közvetett életveszélyt kialakítva.

A szakértői vélemények szerint nem zárható ki, hogy vádlott újabb személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekményt követ el.

Az elkövetési tudattartam vizsgálata körében a bíróság figyelemmel volt arra, hogy a vádlott a cselekménye elkövetéséhez az emberi élet kioltására is alkalmas eszközt, illetőleg eszközöket használt. Ezek az emberölés tipikus eszközei között tarthatók számon, ráadásul egyikük olyan veszélyes eszköz, amely megfelelő irányítottsággal illetőleg erővel történő alkalmazása esetén az emberölésre irányuló szándék fennforgására enged következtetni.

Az elkövetés körülményeire és módjára következtetni lehet az elkövetés folyamatosságából, időben és térben elhuzódó jellegéből a szúrások és vágások többszöri megismétléséből.

Az ölési szándékot bizonyítják a vádlottnak az elkövetés során tett kijelentései, illetőleg a cselekmény után az elkövetés eszközének elrejtése is³⁶⁹.

³⁶⁹ B.704/2005/13. szám

Az emberölés büntettének kísérlete miatt vádolt vádlottat a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott hosszabb idő óta a tudathasadásos elmezavar üldöztetési téveszmékkel jellemzett, valamint a hangulati élet zavarával ötvözött formájában szenved. Betegbelátása még nem alakult ki. A szakértői vélemény szerint a vádlott betegségében szenvedő személy cselekményét akár egyetlen mondat vagy szituáció is kiválthatja.

A vádlott józan állapotban italozott egy vendéglátó egységben, amikor megjegyzést tett a számára ismeretlen sértett felé. A sértett erre megkérdezte, hogy mi a vádlott problémája vele, mire az válasz nélkül elővett a ruhájának zsebéből egy 7,5 cm szűrőfelületű és ugyanilyen nyélhosszúságú cipészárt, amely az emberi élet kioltására is alkalmas eszköz, s azt jobb kezében tartva határozott, egyenes mozdulattal, kinyújtott kézzel egy alkalommal a sértett szívájéka irányába szúrt, akinek a szúrást sikerült elhárítani, így sérülést nem szenvedett.

Figyelemmel a vádlottnak a sértettet célzó szúrása irányára, annak határozottságára, az elkövetés eszközére és a támadott testtájéka, a sértett védekező tevékenységének hiányában rajta 8 napon túl gyógyuló mellkasi szúrt sérülés keletkezhetett volna, amely alkalmas életveszély okozására, vagy akár a sértett életének kioltására is. Ez az eredmény csupán a sértett védekező magatartása következtében maradt el.

A vádlott elmondta, hogy a cselekménynek valójában ő az áldozata, csupán védekezett, ráadásul rövid időn belül ez a sokadik támadás ellene. Vallomását a fogalmazási mód természetellenessége jellemezte, kijelentései megtételénél a köznyelvben megszokottól eltérően túlzott precizitásra törekedett.

Betegsége a cselekmény elkövetésekor fennállt és képtelenné tette arra, hogy cselekménye következményeit felismerje, valamint, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék. Tekintettel arra, hogy betegségbelátása még nem alakult ki és betegsége továbbra is fennáll, tartani lehet attól, hogy a jövőben is hasonló cselekményt fog elkövetni³⁷⁰.

³⁷⁰ 5.B.1042/2006/16. szám

Az emberölés büntettének kísérlete valamint magánlaksértés büntette miatt vádlott vádlottat a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését, amely legfeljebb 15 évig tart.

A vádlott kóros személyiségváltozás eredményeként létrejött téveszmeképződéssel járó elmebetegségben szenved, amelynek jellemzője, hogy átlagos értelmi színvonal mellett alacsony szintű a mentális szabályozása, realitáskontrollja súlyosan sérült. Gondolkodása csak sérelmeire összpontosul, sérelmei okozójának megbüntetéséről agresszív képzeteket őriz magában. Meggyőződését igyekszik akár erőszakosan is érvényesíteni. Megfelelő elhárító mechanizmusok hiányában kritikus helyzetekben indulati reakciók lehetségesek nála. Élményfeldolgozását és gondolkodását a sajátos paranoid munkamód és annak következménye, vonatkoztatások, kóros jelentőségtulajdonítások, fokozatosan felépülő mérgeztetési és megfigyeltetési téveszme-rendszer, felfokozott igazságkeresés, vádaskodó, viselkedés jellemzi. Indulatait nem tudja feldolgozni, azokat agresszív reakcióban vezeti le. Mindezekkel együtt a kóros tartalmak korrekciója lehetetlen. A betegség természetéből adódik, hogy hasonló cselekményt ismét elkövethet.

A vádlott a cselekményt megelőzően nagyobb mennyiségű szeszestalt fogyasztott, közepes fokú alkoholos befolyásoltág állapotában volt. Bement a sértett házába, és megállt a sértett szobaajtájában. A vádlott ekkor a kabátja alól előhúzta a magával vitt 56 cm hosszúságú szamuráj díszkardot és azt a sértett torkához nyomta. Azzal fenyegette őt, hogy elvágja a torkát és levágja a fejét. A sértett igyekezett a kardot és a vádlottat eltolni magától, és segítségért kiabált. Meghallotta a zajokat a sértett lánya, aki az emeleti szobájában tartózkodott. Igyekezett a vádlottat lecsillapítani és elküldeni. A vádlott erre leengedte a kardot, a sértett pedig elszaladt.

A kard élezett része alkalmas volt legalább a nyak elmetszésére, ekként életveszélyes vagy akár halálos sérülés okozására is, a foki rész pedig az alkalmazott erővel is pajzsporc, nyelvcsont illetve gégeporc törésére és így életveszélyes sérülés okozására.

A vádlott a tárgyaláson vallomást tett, de a felelősségét a magánlaksértés tekintetében ismerte el. Azt vallotta, hogy csak meg akarta ijeszteni a sértettet a szamuráj-karddal, amit akkor vásárolt, miután terhére korábban bűncselekményt követtek el.

Azt is elismerte, hogy nagy mennyiségű alkoholt fogyasztott, de állította, hogy a hatását nem érezte. Hozzátette viszont: megfenyegette a sértettet, hogy ha nem mondja meg, milyen mérget adott be a szomszéd az ő fiának, akkor levágja a fejét. Vallomásában

kiemelte, hogy véleménye szerint a sértett az anyját is megölte, és bár a fiát nem, de tudhatott arról is.

Ebben az ügyben felmerült az a kérdés is, hogy az elkövetéskor vagy az elbíráláskor hatályban lévő rendelkezést kell alkalmazni. Az elbíráláskor hatályban lévő szabály kedvezőbb a vádlottra nézve, hiszen korábban a kényszergyógykezelésnek felső tartama nem volt, jelen esetben azonban a büntetési tétel felső határa 15 év lenne büntethetőség esetén³⁷¹.

Gyengeelméjűség

A gyengeelméjűség az értelmi képesség zavarának tekinthető, születéstől vagy gyermekkortól fennálló állapot, amelynek három fokozata van:

- debilitás: az elmeállapot fogyatékos, ezért ezek az egyének irányításra és gondozásra szorulnak. Általában képesek az általános iskola elvégzésére, egyes esetekben még szakmák elsajátítására is. Az absztrakt fogalmak terén nehézségeik vannak, megismerési és kapcsolási fogalmaik azonban jók.
- Inbecillitás: a fogyatékos elmeállapot születéstől, vagy kora gyermekkortól fenn áll, ezek a személyek sem magukról, sem ügyeik rendezéséről nem tudnak gondoskodni. A legtöbb gyengeelméjű ebbe a kategóriába tartozik. Bizonyos fókig képesek új ismeretek megszerzésére, de a lényegtelen és fontos ismeretek között csak felületesen tudnak különbséget tenni, alkalmazkodó képességük gyenge.
- Idiócia: az elmeállapot születéstől, vagy kora gyermekkortól fogva olyan mértékben fogyatékos, hogy az egyének a mindennapos veszélyektől sem tudják magukat megvédeni. Ez azt jelenti, hogy az alapvető, mindennapi tevékenységeket (mint az öltözködés) sem tudják elvégezni, gyakran beszélni sem tanulnak meg. Fogalmaik hiányosak, ítéletalkotó készségük teljesen hiányzik³⁷².

Témánk szempontjából legnagyobb jelentőséggel az imbecillek bírnak, akik a legkülönbélebb bűncselekményeket követik el, kezdve a lopástól a nemi erkölcs elleni bűncselekményeken át az élet elleni cselekményekig³⁷³. Az elkövetett cselekmények

³⁷¹ B.48/2011/12. szám

³⁷² FEHÉR, *Elmebetegség.....,i.m.*, 113.

³⁷³ KÁDÁR Miklós, *A magyar büntetőjog.....,i.m.*, 381-382.

nagy része tehát személy elleni erőszakos bűncselekménynek minősül, ezért a kényszergyógykezeltek között nagy számban jelenik meg ez az elkövetői csoport.

Az elmebetegség és a gyengeelméjűség elhatárolásának alapja az a tény, hogy az utóbbi esetben a szellemi képességek károsodtak, és az értelmi képességek nem alakultak ki megfelelően, amelynek következtében az értelmi fejlődésben hiányok tapasztalhatók³⁷⁴. Az elmebetegség esetén azonban a személyiség funkciói épek voltak, de trauma következtében a személyisége megváltozott, és ez a változás nem hagyta érintetlenül az értelmi képességeket sem³⁷⁵.

Szellemi leépülés és tudatzavar

Szellemi leépülés esetén a már kifejlődött szellemi képességek különböző mértékben és változatos okok miatt hanyatlásnak indulnak. A dementia legtipikusabb formája az időskori elbutulás³⁷⁶. Ez a hanyatlás eltérő intenzitású, de az esetek többségében végleges folyamat³⁷⁷.

Az alábbi eset arra mutat rá, hogy a szellemi leépülés önmagában nem feltétlenül alapozza meg a kóros elmeállapot fenn álltát, a jelen esetben ahhoz elmebetegség társult. A több emberen elkövetett emberölés büntettének kísérlete miatt vádolt vádlottat a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott esetében időskori elbutulás mellett szenilis, paranoid pszichózisban szenved. Az időskori szellemi hanyatlás, amely mellett a hangulati élet zavara, valamint meglopátásos, üldöztetési téveszme képződés jelentkezett, ezeknek kialakulásában krónikus szeszes ital fogyasztása is szerepet játszott. A kóros lelki megbetegedések mellé patológiás indulati tudatbeszűkülés is társult. A vádlott visszahúzódó, zárkózottságra hajló.

A vádlott évek óta egy szociális intézmény lakója volt, ahol egyik lakótársával rendszeresen összetűzésbe keveredett. Egy szóváltást követően – néhány óra elteltével – a vádlott sértettet előzetes figyelmeztetés, illetve veszekedés nélkül, egy esetben, közepes erővel hasán megszúrta. A szúrás következtében a kés a sértett hasfalán áthatolt és a hasüreget megnyitotta, a nagy eret megsértette, melynek következtében hasüri

³⁷⁴ LAMBERTI, Jason, *Understanding and preventing ciminal recidivism among adults with phsyotic disorders*, Pshychiatric Services, 2007/8. 773-781.

³⁷⁵ MULLEN, Peter, *i.m.*, 307-311.

³⁷⁶ NAGY, *A magyar büntetőjog általános része*, Korona Kiadó, Szeged, 2004. 112 .

³⁷⁷ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, *i.m.*, 114.

vérömlenyt okozott. A sérülés miatt a lép eltávolítását is el kellett végezni. A sérülés nyolc napon túl, 4-6 hét alatt gyógyult. A sérülés közvetlen életveszélyes sérülés volt és maradandó testi fogyatékoságot okozott a lép eltávolításának következtében, így a sértett munkaképessége is csökkent. A hasüri vérgyülemre tekintettel az orvosi beavatkozás nélkül a sérülés halálos kimenetelű lehetett volna. A közvetlen életveszéllyel járó sérülést és ennek következményeit, csupán az orvosi beavatkozás hátrította el.

A cselekményt követően a késsel a kezében a vádlott a szobából kiment és elhatározta, hogy ereit felvágva öngyilkosságot követ el. Mielőtt azonban az intézményből eltávozott volna, találkozott egy másik lakótársával, akire szintén haragudott, és őt is szó nélkül a késsel egy esetben, szemből, közepes erővel hason szúrta, a középvonal felé mélybe terjedő hasfalon áthatoló sérülést okozva, amellyel a hasüreget megnyitotta. Sérülése nyolc napon túl, 12-14 nap alatt gyógyult. A hasüreg megnyílása és a bélfodor sérülése miatt közvetlen életveszéllyel járt a sérülés, ez orvosi beavatkozás nélkül halálhoz vezetett volna.

Az intézményben meglátta egy harmadik lakótársát is, akiről szintén eszébe jutott, hogy a haragosa, ezért – hasonlóan az előző sértettekhez – előzetes figyelmeztetés nélkül megszúrta a mellkasán, kis erővel, a IV-es bordaközben. Ezen szúrás a mellizomzatot átmetszette és oldalirányban, mintegy 15 cm-t haladt, de a mellüreget nem érte el, a mellkasfalán nem hatolt át. A vádlott a késsel még ezután többször is megkísérelt a sértett mellkasára szúrást leadni, amely azonban az eredménytelen volt, mert a sértett karjával védekezett, ennek során a bal kézfejen 1 cm hosszúságú felületen metszett sérülést szenvedett el. Ezek a sérülések egyenként és összességükben is nyolc napon belül, hét nap alatt gyógyultak. Tekintettel azonban az elkövetés eszközére, a sérülés elhelyezkedésére, fennállt a mellüreget megnyitó, akár halálos eredményt előidéző sérülés bekövetkezésének a reális lehetősége.

A vádlott a nyomozás során, és a tárgyalási szakban is beismerte a cselekmény elkövetését, azonban állította, hogy nem akarta megölni egyik sértettet sem, csak öngyilkossági szándék vezette őt. Ezt a védekezést azonban a bíróság nem fogadta el, hiszen az elkövetés eszköze, és az elkövetés körülményei, valamint a tény, hogy csak a vele haragos viszonyban állókat bántalmazta a már leírt módon, mind arra utalnak, hogy a vádlott célja a sértettek életének kioltása volt³⁷⁸.

³⁷⁸ 7.B.803/2006/12. szám

A tudatzavar a tudatnak nem elmebetegségen alapuló megváltozása, amelyből kifolyólag az egyénnek saját magáról és a külvilágról hiányos, vagy hamis képzete van, esetleg semmilyen képzete nincs. Az utóbbi állapot, az öntudatlanság, a tudatzavar legsúlyosabb foka. A tudatzavart okozhatja élettani folyamat (pl.: szülés alatti és utáni állapot), mérgezés, heves kedélyállapot, egyes betegségek, sérülések, vagy kábításra alkalmas kémiai eszközök alkalmazása³⁷⁹. Időleges tudatzavar esetén csak akkor van helye kényszergyógykezelés elrendelésének, ha a bűnismétlés veszélye az elbírálás során is fennáll³⁸⁰.

A tudatzavar gyakran társul egyéb kórképekkel, jelentőséget főként két esetben nyer: indulati reakció és rövidzárlati cselekvés esetén. Mindezek megkérdőjelezi az önálló szabályozás indokoltságát³⁸¹.

Az egyik ügyben az emberölés kísérletének elkövetésével vádolt elkövetőt a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

Vádlott sógorával, a sértettel szórakozni, ezt követően pedig egy szobában feküdtek le aludni. Később az alvajárási állapotában elővett egy 14 cm pengehosszúságú konyhakést, a hátán fekvő alvó sértett mellkasára ült és öt több alkalommal nyaktájékon szúrta. Mikor a sértett a fájdalomra felriadt, dulakodni kezdett a vádlottal. A szobába belépett a sértett anyja, ezt követően vádlottat a sértettől lehúzta, és őt az ágyra leszorította.

A sérülések gyógytartama ténylegesen 7 nap volt, azonban a használt eszköz, szúrás ereje, nyaki sérülés helye miatt megvolt az elvi és gyakorlati lehetősége annak, hogy életveszélyes sérülés keletkezzen, és a halál néhány percen belül bekövetkezhetett volna.

A vádlott csupán arra emlékezett, hogy a sértettet nyakon szúrta, de az elkövetésre magyarázatot nem tudott adni, elmondása szerint semmi oka nem volt arra, hogy a sértettet bántsa.

A vádlott a cselekmény elkövetésekor alváshoz kapcsolódó tudatzavarban szenvedett, amely kizárta őt cselekménye következményeinek felismerésében, illetve a felismerésnek megfelelő cselekvésben. Ez a tudatzavar az alvajárásnak felel meg, amely jelenleg nem gyógyítható, viszont ismétlődő jellegű, ezért ismételt előfordulása nem

³⁷⁹ KÁDÁR, *A magyar büntetőjog...*, i.m., 385.

³⁸⁰ FEHÉR, *Elmebetegség...*, i.m., 131.

³⁸¹ KULCSÁR i.m., 160.

zárható ki. Az orvos szakértői vélemény szerint az a tény, hogy az alvajárási a tudomány jelenlegi állása alapján nem gyógyítható, és a kezeléstől semmilyen javulás nem várható az elkövető állapotában, nem teszi indokolatlanná a kényszergyógykezelést.

Az a tény, hogy a szakértői javaslat alapján a vádlottat ideggondozó intézetben gondozásba kell venni, rendszeres időszakonként kontrollvizsgálatnak kell alávetni, valamint szigorúan ellenőrizni kell az alkoholtilalmat és az alvási ritmus megtartását, arra utal, hogy vádlott számára okvetlenül szükséges orvosi felügyelet ahhoz, hogy a hasonló cselekmény előfordulását kizárja. A bíróság eszközei között a cél eléréséhez csak a Btk. kényszergyógykezelés áll rendelkezésre. Annak megítélése, hogy attól várható-e eredmény, és ha igen, milyen mértékben, már nem a büntető eljárás feladata, hanem a gyógykezelés kérdéskörébe tartozik³⁸².

Személyiségzavar

A törvény a személyiségzavarral zárja a felsorolást, amely nem betegség, hanem a személyiség részeinek diszharmonikus alakulása, az alkalmazkodás és a beilleszkedés zavara³⁸³. Ekkor a személyiségfejlődést az érzelmi - indulati és akarati élet zavarai miatt az átlagtól eltérő tulajdonságok fellazítják, majd felborítják a személyiségszerkezet egyensúlyát. Keletkezésében szerepet játszanak a magzati károsodások és a gyermekkori traumák mellett a gyermek szociális környezete is. A személyiségzavar tehát külső és belső hatások együtteseként alakul ki. Osztályozásuk és felsorolásuk szinte kimeríthetetlen, de idetartozik többek között az ingadozó hangulatú, a fanatikus, az érzelmileg sivár, a gyenge akarató és az érvényesülésre törő pszichopata³⁸⁴. A személyiségzavar megítélését jelzi, hogy a szakértők között ellentétes vélemény leginkább ezen állapot vizsgálata során alakul ki³⁸⁵. Tovább árnyalja a képet, hogy a személyiségzavar nem befolyásolja az intelligenciaszintet. Összefoglalva olyan antiszociális, vagy aszociális személyiségről van szó, amelyben sem a neurotikus feszültségek, sem a valósággal történő kapcsolatvesztés nem hangsúlyos tényező³⁸⁶. Az igazságügyi szakértői véleményben részletezni kell a vizsgált egyén életvezetését, ide tartozik a személyes kapcsolatainak alakulása, problémái, életének fordulópontjai;

³⁸² B.223/2009/26. szám

³⁸³ NAGY, *A magyar büntetőjog...*, i.m., 126.

³⁸⁴ BALASSA László: *Igazságügyi elmekörtan*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest., 1961., 169-179.

³⁸⁵ Interjú Dr. Módos Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30.)

³⁸⁶ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, i.m., 116.

ez a személyiség megismerését célozza, főleg a személyiségzavar vizsgálatokor bír kiemelkedő fontossággal. Ebben az esetben ki kell mutatni a személyiségzavar súlyosságát, azt, hogy mennyiben tér el az egyén személyisége az általánosan elfogadott normáktól. mindez választ ad arra, hogy az adott szituációban hogyan jött létre a bűncselekmény. Vizsgálandó az is, hogy a cselekmény mögött meghúzódott-e motiváció, és ha igen, ez kóros jellegű volt-e³⁸⁷.

Az antiszociális személyiségzavar a szabadságvesztés büntetést töltők 75%-ára jellemző. Ez az állapot gyakran már serdülőkorban megjelenik lopás, verekedés, vandalizmus formájában³⁸⁸.

A személyiségzavar azonban csak a legritkább esetben kóros mértékű, bár leggyakrabban ez a csoport kerül a viták középpontjába. Ez az állapot önmagában nem jelenti a beszámítási képesség kizárt voltát, az elmebetegséggel egyenértékű személyiségzavar azonban megalapozza a vádlott felmentését³⁸⁹. A személyiségzavarok közül a pszichopátiával kapcsolatban találunk egy jogegységi határozatot, egy irányelvet és egy büntető kollégiumi vélemény, amelyek azonban nincsenek összhangban egymással. A 3/1998. BJE szerint ha a személyiségzavar olyan fokú, hogy az már az elmebetegséghez közelít, azt beszámítási képességet korlátozó vagy kizáró tényezőként kell figyelembe venni³⁹⁰. A 15. sz. irányelv alapján a pszichopátiát csak akkor lehet figyelembe venni, ha az a beszámítási képességet korlátozza, vagy kizárja. Ezen túlmenően nem lehet rá tekintettel lenni, még enyhítő körülményként sem³⁹¹. A BkV. alapján ezzel szemben elmondható, hogy a beszámítási képesség korlátozottsága enyhítő körülmény akkor is, ha a 24. § (2) alkalmazására nincs lehetőség³⁹². Egyetértek Nagy Ferencsel, aki szerint a pszichopátia enyhítő körülményként való figyelembe vétele gyengítené a társadalom védelmét, az elkövetői réteg által megvalósított cselekmények száma és súlya miatt³⁹³.

³⁸⁷ 14. sz. módszertani levél

³⁸⁸ BITÓ – UJVÁRI, *i.m.*, 31.

³⁸⁹ BH. 1989/257.

³⁹⁰ 3/1998. BJE

³⁹¹ 15. sz. irányelv

³⁹² BkV. 56.

³⁹³ NAGY, *A magyar büntetőjog.....i.m.*, 222.

Grád András véleménye szerint a jogalkalmazók fikcióval élnek, amikor ugyanúgy állapítják meg egy pszichopata bűnösségét, mint egy beszámítási képességgel rendelkező elkövetőt. Hangsúlyozza, hogy a betegségük súlya minden esetben indokolná a kóros elmeállapot megállapítását. Mivel a kényszergyógykezelés sikerének esélye csekély, az elkövetők száma és a cselekmények súlya érthetővé teszi a fikció alkalmazását³⁹⁴.

Ezekre a jellemzőkre világít rá az alábbi eset. A vádlottat a bíróság hivatalos személy elleni erőszak büntette, közfeladatot ellátó személy elleni erőszak büntette, valamint testi sértés vétsége miatt emelt vád alól felmentette, egyúttal pedig elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott pszichiátriai kezelést követően adaptációs szabadságát kezdte meg. Vonattal utazott, ennek során a jegyvizsgáló valóban kérte tőle a menetjegyet, melynek során jelezte neki, hogy nincs. Erre a jegyvizsgáló közölte vele, hogy ez esetben a következő állomáson le kell szállnia, mire a vádlott felugrott, felső ruházatát ledobva hirtelen öklével egy alkalommal állon ütötte a kalauzt, majd többször ütött és rúgott felé, a vállát valamint bokáját találva el. A sértett ezért a támadó vádlottat ellökve magától, őt visszatuszkolta afülkébe és ráhúzta az ajtót, aki ezalatt folyamatosan fenyegetőzött, majd a fülkeajtót kihúzva megint bántalmazta a jegyszedőt. A vádlott ezt követően leugrott a vonatról, két rendőr pedig üldözőbe vette, és a rendőrök felszólítása ellenére sem állt meg. Mikor azonban utolérték megfordult, két vasúti zúzott követ felvett, és trágár kifejezéseket kiabált a rendőrök irányába, miután azok elérték, rugdosott és csapkodott a rendőrök felé, amelyek szándékos mozdulatok voltak, el is találták a rendőröket. Azok foglalkozása egyébként látszott az öltözködésükön, hiszen hivatalos ruházatot viseltek.

A vádlott a cselekmény elkövetését megelőző hetekben több alkalommal tett olyan kijelentést, hogy „megölök valakit”, azt azonban pontosan nem jelölte meg, hogy kit és miért. Ezen időszakban rendszeresen hordott magánál kést, azt mutogatva, olyan kijelentéseket téve, hogy „aki neki be mer szólni, annak levágja a fejét”.

A vádlott édesanyjával és testvérével tartózkodott közös otthonukban. A vádlott hirtelen felkelt ágyáról, belépett testvére szobájába és a jobb kezében lévő, fejmagasságban tartott késével kb. 1 méterre megállt tőle. Ekkor „anyáddal együtt lesz a temetésed”

³⁹⁴ FEKETE Mária – GRÁD András: *Pszichológia és pszichopatológia jogászoknak*, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2002., 56.

felkiáltással annak mellkasa felé szúrt több ízben közepes erővel. Eközben vádlott több alkalommal „úgyis megöllek”, illetőleg „a születésed napján fogsz meghalni” kijelentéseket hangoztatott testvére felé. Édesanyjuk hallva a kiabálást közelebb ment hozzájuk, de látva a történeteket, kiszaladt a szobából, mire a vádlott azt mondta, hogy „állj meg csak, neked is adok”.

A vádlott ezt követően édesanyjához lépett, és késével kis erővel oldalirányból a mellkasa irányába szúrt.

Korábban - édesanyjával folytatott kisebb szóváltáson kívül - soha nem volt arra példa, hogy a vádlott testvérét, vagy édesanyját bántalmazta volna.

A vádlott bántalmazása következtében sértett 5. a jobb könyökízület területén 2 rb. szúrt sérülést szenvedett el. Az egyik szúrás a jobb könyökárokban előről érvényesült, mély volt és sértette a könyökárki verőeret is, mely megsérült és műtétileg kellett eltávolítani, annak gyógytartama 8 napon túli. A másik szúrás hátulról érvényesült, a könyökízület külső singcsonti bütyke alatti területen, mely sérülés védekező sérülésnek felel meg. Ez a sérülése 8 napon belül gyógyult. E szúrás bemenete a könyökízület magasságában, a hátsó és külső felszínen volt, az vízszintesen, a végtag tengelyére merőlegesen hátulról előre, balról kisség jobbra irányult és kijött a könyökízület elülső oldalán.

A sérüléseit közepes erővel okozta a vádlott, sérülése alkalmas volt arra, hogy életveszélyes állapot jöjjön létre, annak kialakulását a szakszerű orvosi ellátás hártotta el.

Súlyos egészségromlás nem alakult ki, a sérülések meggyógyultak, de maradványtünetként testvérenek jobb kezén három ujj érzészavara, valamint a jobb kéz következményes funkciókárosodása észlelhető, mely maradandó fogyatékosággként értékelhető.

Édesanyjának sérülése kis erőbehatásra keletkezett, annak gyógytartama 8 napon belüli. Életveszélyes állapot, súlyos egészségromlás, maradandó fogyatékoság nem alakult ki. A vádlottnak - aki több alkalommal volt büntetve - személyiségzavara van, amely a kóros elmeállapot szintjét eléri. Tartás nélküli, súlyosan diszharmonikus, érzelmileg feltűnően színtelen, indulatvezérelt, agresszivitásra, kritikátlan megnyilvánulásokra hajlamos személyiség, morális és jellembeli gyengeségek, ezen kívül alkalmazkodási és beilleszkedési nehézségek jellemzik. Személyiségzavara részben egy korábbi koponyasérülése következménye, de később tudathasadásos elmebetegséget is diagnosztizáltak nála.

Tudathasadásos elmebetegsége valamennyi elkövetett cselekmény vonatkozásában beszámítási képességet kizáró tényezőként értékelhető.

A vádlott tudathasadásos elmebetegsége miatt az elkövetés idején képtelen volt cselekményei veszélyességének felismerésére és a felismerésnek megfelelő magatartás tanúsítására, jelenleg pedig közepes fokban korlátozott abban, de fennáll a lehetősége annak, hogy a jövőben ismét személy elleni erőszakos cselekményeket fog elkövetni³⁹⁵.

Egy másik esetben az emberölés kísérletének és életveszélyt okozó testi sértés büntettségének elkövetésével vádolt elkövetőt a bíróság felmentette, és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott és a sértett között rendszeresek voltak a veszekedések.

Egy veszekedés után a sértett egy lapátot vett kezébe, majd közös otthonukba indult a vádlott felé, aki ezt látva a bejárati ajtót bezárta és magához vett egy kardot. A veszekedést ekkor tovább folytatták, melynek során a sértett a kezében lévő lapáttal többször az ajtóra ütött, eközben a vádlott az ajtó és az ajtókeret közötti résen többször kiszúrt a karddal a sértett felé. Ezt követően a sértettnek sikerült a házba bejutnia, mire a vádlott a lakrészében lévő egyetlen zárható helyiségbe zárkózott be. A sértett oda érve annak az ajtaját is ütni kezdte a lapáttal. A vádlott azonban két lapátütés között a befelé nyíló ajtót hirtelen kinyitotta, majd a lapátot tőle elvette és visszazárkózott a szobába. A sértett ekkor megfenyegette őt, hogy ha kijön onnan, nagyon meg fogja verni, majd a bezárt ajtónak hátat fordítva elindult kifelé a házból.

A vádlott ekkor kinyitotta a szoba ajtaját és egy korábban magához vett 18 cm pengé hosszúságú törkéssel egy alkalommal, legalább közepes erővel a neki háttal álló sértettet a bal lapocka tájékán hátba szúrta, miközben azt kiáltotta, hogy „megdöglesz!”. Ezt követően a vádlott a törkést felemelve, fentről lefelé irányuló mozdulattal, legalább közepes erővel a nyaka bal oldalán is megszúrta őt. Ekkor a sértett a padlóra rogyott, miközben kezével igyekezett a nyakán lévő szúrt sebből folyó vézést elszorítani. A vádlott azonban továbbra is szurkált a sértett felé, aki ezért először a kezével, és lábaival is hadonászva igyekezett távol tartani magát a vádlotttól. Ennek során bal kezével a vádlott jobb csuklóját sikerült megfognia, majd ezt ellentartva sikerült elkerülnie, hogy a vádlott újból megszúrja.

³⁹⁵ 6.B.401/2007/78. szám

Egyik lakótársuk meghallotta a sértett segélykiáltásait, és látva a helyzetet, továbbá a sértett kérésére, hogy szedje le róla a vádlottat, melléjük lépett, majd egyszer a vádlottat mellkason rúgta, aki a sértettet elengedte. A lakótárs felszólította a vádlottat – aki tőrését továbbra is magánál tartotta -, hogy hagyja el a házat. A vádlott azonban a tőréssel egy alkalommal, nagy lendülettel annak hasa felé szúrta, aki azonban ezt látva a szúrás elől oldalra-hátra ugrott, és egy hirtelen mozdulattal két kézzel ráfogott a vádlott tőrést tartó jobb kezére, majd a vádlottat maga felé rántotta, aki ettől a bejárathoz vezető lépcsőn legurult a földre úgy, hogy a kést továbbra is a kezében tartotta.. Ekkor a lakótárs a vádlottat ismételten felszólította, hogy távozzon a házból, mire a vádlott a tőrést továbbra is a kezében tartva a közeli erdőbe szaladt be.

Az első sértett az öt ért vádlotti bántalmazás során legalább 3 rb. szúrta sérülést szenvedett el, amelyeknek egy része 8 napon belül, másik része 8 napon túl gyógyult.

A sérülésekkel összefüggésben nem alakult ki sem közvetlen, sem közvetett életveszélyes állapot. Figyelemmel azonban a megtámadott testtájékokra, a bántalmazással összefüggésben súlyosabb, akár 8 napon túli, akár életveszélyes vagy halálos sérülés is bekövetkezhetett volna.

Sértett 2. az öt ért támadás során sérülést bár nem szenvedett, de amennyiben a vádlotti támadást látva hátra nem lép, olyan hastájéki szúrta sérülést szenvedett volna el, mely 8 napon túli súlyos vagy életveszélyes sérülést is okozhatott volna.

A vádlott tagadta a cselekmények elkövetését, azonban védekezése nem volt logikus, több alkalommal is ellentmondásba keveredett saját magával.

Vádlott eredendően disszociális személyiség szerkezetű személy, akinél tudathasadásos elmebetegség alakult ki. A gyorsan lezajló, heveny, pszichotikus állapotok miatt pszichiátriai osztályos kezeléseket, valamint az elkövetett bűncselekmények miatt tartósan kényszergyógykezelésben részesült.

A vádlottnál az elmebetegség együtt jár többek között a betegségtudat hiányával, alkoholos személyiségváltozással és mentális hanyatlással, frontális hangulati emelkedettséggel, impulzus kontroll-zavarokkal, disszociális megnyilvánulásokkal, kritikátlansággal.

A vádlott szellemi leépülése olyan mértékűt ért el, hogy értelmi szintje a debilitás-inbecilitás hatására süllyedt, ráadásul idült skizofréniája súlyos személyiségkárosodással járt. A fékrendszerek működése súlyosan sérült, mind viselkedési, mind pedig személyiségi fékrendszerét tekintve.

Vádolt a bűncselekmény elkövetése idején ugyancsak kóros elmeállapotú volt, ekként cselekménye következményeinek felismerésében és a felismerésnek megfelelő cselekvésben a jelen eljárás tárgyává tett cselekményekre nézve képtelen volt.

Az elmebetegség mellett alkoholizmus is fennáll, mely utóbbi pszichiátriai szövődményeket indukált³⁹⁶.

A következő ügy is azzal az esettel foglalkozik, amikor a személyiségzavar eléri az elmebetegség szintjét. A több emberen elkövetett emberölés büntettének kísérlete miatt vádolt vádlottat a bíróság felmentette és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádolt enyhe fokú szellemi hanyatlásban szenved, amely miatt ítéletalkotása felületessé vált. Emellett paranoid személyiségzavar áll fent, melynek talaján időszakosan heveny üldöztetési elmebetegség bontakozik ki. A személyiségzavar önmagában még nem betegség, azonban a vádlottnál a paranoid üldöztetési élményfeldolgozással és egyéb sajátosságokkal jellemzett személyiségzavar időszakosan eléri a kóros elmeállapot szintjét.

A személyiség merev, rugalmatlan viszonyulású, érzelmileg színtelen, tartózkodó, bizalmatlan megnyilvánulásokkal. Emellett paranoid élményfeldolgozás is jellemzi, esetenként üldöztetési, vonatkoztatásos téveszmékkal, nagyfokú indulati labilitással, agresszivitásra való hajlammal, amely időnként öngyilkossági kísérlet formájában jelenik meg. Kudarctűrő képessége visszafejlődött, precizításra törekvés, fokozott önérvényesítés jellemzi, sérelmei megtapadnak. Emiatt megfelelő kötődésre nem képes, beleérző képessége hiányzik. Mindezek alkalmazkodó készségét jelentősen csökkentik. Kóros személyiségvonásai kedveznek hevenyen kibomló üldöztetési elmebetegségnek, amely a cselekmény idején fennállt, az elbírálás idején azonban csak a személyiségzavar jelentkezett.

A vádlottnál jelentkező paranoid sajátosságok kóros lelki reakciókészséget mutató személyiségzavar fogalmába illeszthetők, az IMEI-ben kelt megfigyelési lelet már egyértelműen heveny, kóros elmeállapot fennállását igazolja, ennek megfelelően időskori üldöztetési elmebetegséget diagnosztizáltak.

³⁹⁶ 24.B.62/2008/12.

A vádlott kóros reakciókészséget mutató személyiségzavara és a később nyomokban észlelhető üldöztetési elmebetegsége miatt személy elleni erőszakos bűncselekményt ismételten elkövethet konfliktusok hatására.

Következtetései, bizalmatlan, gyanakvó, ellenséges beállítódása lehetővé teszi, hogy esetenként konfliktushelyzetben a számára kellemetlen megnyilatkozásokat téveszmékké bővítse. Ez önmagában személyiségzavar, amely megkönnyíti a cselekmény létrejöttét, de önmagában nem jelent beszámítási képességet kizáró tényezőt, esetleg közepes fokú korlátozottságot eredményezne, de mutatkoznak jelek időskori üldöztetési téboly kialakulására, amely jól körülhatárolt módon jelenik meg, van lappangási ideje, kezdete és heveny szakasza is. A téboly nem az alapszemélyiség, hanem egy pszichózis tünete. Az eltúlzott, vonatkoztatásos és üldöztetési gondolatok, amelyek e téves eszme fogalmát megvalósítják és ezen téboly állapotának fennállása az, ami a személyiségzavarral, és a szellemi hanyatlással együtt beszámítási képességet kizáró tényezőt jelent.

A pszichózis megszüntethető, kezelhető, de alapvető személyiségvonásai, szellemi hanyatlása nem³⁹⁷.

Korlátozott beszámítási képesség esetén a büntetés korlátlanul enyhíthető. Ha az elkövetőt szabadságvesztés - büntetésre ítélik, gyógyító – nevelő csoportban kell végrehajtani a büntetést³⁹⁸. Ha beszámítási képesség hiánya mellett más büntethetőséget kizáró ok is felmerült, nincs helye e szankció elrendelésének³⁹⁹.

Vétség elkövetése esetén ugyanez a helyzet⁴⁰⁰. Mivel a beszámíthatóságot kizáró körülményről van szó, a bíróságnak az anyagi oldal teljes kikapcsolásával kell döntenie és fokozott gonddal kell vizsgálni az elkövetett cselekmény tárgyi oldalát. A jogalkalmazónak csupán a tárgyi körülmények állnak rendelkezésére a szándékos, vagy gondatlan elkövetés megítélésére⁴⁰¹.

Az új Btk. - helyesen figyelembe véve a korábbi rendelkezést ért kritikákat - nem nevesíti a kóros elemállapotot megalapozó egyes fiziológiai rendellenességeket:

³⁹⁷ Bf.I.298/2007/14. szám

³⁹⁸ SZABÓ András: *Az elmebetegek helyzete...*, i.m., 526.

³⁹⁹ BH. 1993/724.

⁴⁰⁰ BH. 1987/423.

⁴⁰¹ TORDAI Gyula, *A kényszergyógykezeléssel kapcsolatos ítélkezési kérdések*, Magyar Jog, 1966/5., 196.

„Nem büntethető, aki a büntetendő cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követi el, amely képtelenné teszi cselekménye következményeinek a felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen. A büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elmeműködés kóros állapota az elkövetőt korlátozza a bűncselekmény következményeinek a felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen”⁴⁰².

A törvény - helyesen - a büntetendő cselekmény kifejezést használja, hiszen az elkövető bűnössége hiányzik.

Fontos kiemelni, hogy a kóros elmeállapotnak már a cselekmény elkövetése idején fenn kell állni, ha az elkövető az eljárás folyamán lesz kóros elmeállapotú, a büntető eljárás felfüggesztésének van helye⁴⁰³.

Problémaként merülhet fel, ha a kóros elmeállapoton kívül más büntethetőséget kizáró ok, vagy büntethetőséget megszüntető ok forog fenn. Ekkor elsősorban az utóbbi indokokra kell alapozni a felmentést, illetve az eljárás megszüntetését, valamint a kényszergyógykezelés elrendelését is mellőzni szükséges⁴⁰⁴.

Felmerül a kérdés, mi a bíróság teendője, ha az elkövető kóros elmeállapotú, azonban nem állnak fenn a kényszergyógykezelés alkalmazásának feltételei. Ekkor kerül sor a beteg kötelező intézeti gyógykezelésére. Az Eü. tv. szabályai szerint ilyenkor az egyén *„pszichiátriai megbetegedése, vagy szenvedélybetegsége következtében veszélyeztető magatartást tanúsít, de a sürgősségi gyógykezelése nem indokolt”⁴⁰⁵.*

Ez egyébként meglehetősen ritkán - 20 évente egy-két alkalommal - fordul elő, leginkább tudatzavar esetén⁴⁰⁶.

6.1.2. További feltételek

E szankció alkalmazási feltételei közé tartozik a személy elleni erőszakos büntetendő cselekmény elkövetése. Kérdéses azonban milyen cselekmények tartoznak ebbe a kategóriába? Hiányos és ellentmondásos a Btk. szabályozása, hiszen a kényszergyógykezelés kapcsán nem tisztázza ezt a fogalmat, más törvényhelyeken

⁴⁰² 2012. évi C. tv. 17. § (1)-(2)

⁴⁰³ BH. 1992/747.

⁴⁰⁴ TORDAI, *i.m.*, 194.

⁴⁰⁵ 1997. évi CLIV. tv. 200. § (1)

⁴⁰⁶ Interjú Dr. Módos Katalin igazságügyi elmeorvos szakértővel (2010. 06. 30.)

azonban taxatívén felsorolja a vonatkozó bűncselekményeket⁴⁰⁷. Probléma azonban, hogy más felsorolást tartalmaz az erőszakos többszörös visszaesőt tárgyaló jogszabályhely⁴⁰⁸, és más szabályozást tartalmaz a terrorcselekményre vonatkozó szakasz⁴⁰⁹. A két kategória között természetesen vannak átfedések, ezek a gyakorlatban inkább előforduló bűncselekmények⁴¹⁰.

A közveszélyt okozó cselekmények közé sorolható elsősorban a közveszély okozása, a terrorcselekmény és az emberrablás⁴¹¹.

A bűnisméltés veszélye akkor forog fenn, ha az elkövető lelkiállását a tartós megbetegedés miatt olyan téveszmék uralják, amelyek miatt társadalomra veszélyes cselekményeket követ el, és belátási vagy kritikai képességének hiánya folytán átmeneti vagy állandó jelleggel hiányoznak azok a gátlásrendszerek, amelyek megakadályoznák ezen cselekmények elkövetését⁴¹².

Annak megítélése során, hogy az elkövető veszélyt jelent –e társadalomra, a személyi körülmények között a testi és lelki adottságok mellett főként a családi és környezeti körülmények vizsgálendók. Ennek megfelelően kényszergyógykezelésre gyakran nincs szükség, ha az elkövető rendszeres ideggondozói vagy elmeorvosászati kezelése, ellenőrzése megoldható, tekintettel az orvosi ellátás lehetőségeire és családi körülményeire. Különösen akkor van ez így, ha az egyén munkaképes vagy munkát végez, hiszen ez esetben a környezetéből való kiragadás hátráltathatja a társadalmi beilleszkedést⁴¹³.

A konjunktív feltételek megléte esetén a nyomozó hatóságnak nincs lehetősége a nyomozás megszüntetésére. Az ügyésznek vádat kell emelni, és az elrendelés szükségessége esetén a kényszergyógykezelés alkalmazását kell indítványoznia. Ha az

⁴⁰⁷ Ezt a hiányosságot BLASKÓ Béla is felveti *A büntetőjog általános része c. tankönyvében*. Lásd: Blaskó Béla: *A magyar büntetőjog általános része*, Osiris Kiadó, Budapest, 2010. 325.

⁴⁰⁸ 1978. évi IV. tv. 137. § 17.

⁴⁰⁹ 1978. évi IV. tv. 164. § (9)

⁴¹⁰ A 2007-ben megjelent, *A büntetőjog nagy kézikönyve* címet viselő kötet az alábbi felsorolást tartalmazza a személy elleni erőszakos bűncselekményekre nézve: emberölés, erős felindulásban elkövetett emberölés, testi sértés, hivatalos és közfeladatot ellátó személy elleni erőszak, előjáró elleni erőszak, garázdaság és rablás. BODOR T.-CSÁK ZS.-LASSÓ G.-SOMOGYI G.-SZEBENI L.-SZEPESI E.-SZÉKELY Á.-VARGA Z. (szerk.: VARGA Z.): *A büntetőjog nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2007., 149.

⁴¹¹ BODOR - CSÁK – LASSÓ - SOMOGYI - SZEBENI L - SZEPESI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA), *i.m.* 149.

⁴¹² TORDAI, *i.m.*,, 195.

⁴¹³ FEHÉR, *Elmebetegség ...*, *i.m.*, 131.

összes feltétel fennáll, a bíróságnak nincs mérlegelési lehetősége, kötelessége elrendelni a kényszergyógykezelést⁴¹⁴.

A kényszergyógykezelés végrehajtási helyeül a törvény az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet (IMEI) jelölte ki⁴¹⁵; a végrehajtás részletes szabályait a 36/2003. IM rendelet tartalmazza.

Amennyiben a kényszergyógykezelés elrendelése valószínűnek látszik, a bíróság ideiglenes kényszergyógykezelést rendel el. Ebben a kérdésben a határozathozatalra a fogva tartás helye szerinti bíróság rendelkezik illetékességgel⁴¹⁶.

6.2. A kényszergyógykezelés időtartama

A kényszergyógykezelés több módosításon esett át a közelmúltban. 2010-től határozott tartamúvá vált a jogintézmény, de a 2012-ben elfogadásra került új Büntető Törvénykönyv a határozatlan időtartamot hozta vissza.

A határozatlan időtartammal kapcsolatban több kifogás is felmerült. Sérti a határozatlan büntetőjogi jogkövetkezmény elvét⁴¹⁷, ráadásul előfordulhat, hogy az elkövető hosszabb ideig áll majd gyógykezelés alatt, mint amennyi ideig – ugyanazért a cselekményért – szabadságvesztés büntetését töltene. Előnye viszont, hogy lehető legnagyobb mértékben erősíti a társadalom védelmét. Felmerül viszont a kérdés, hogy más, kevésbé korlátozó eszközzel nem biztosítható-e a társadalom védelme? Igennel válaszolunk erre a kérdésre, ha elfogadjuk, hogy a kényszergyógykezelés határozott ideig is tarthat. Ennek előnye, hogy a gyógykezelt jogbiztonsága erősödik. Mivel a jogkövetkezmény nem határozatlan tartamú többé, az kiszámíthatóvá válik, így a jogállami követelményeknek jobban megfelel. Nem rendes elmeállapotúak esetén a kiszámíthatóság elvárása különleges fontossággal bír⁴¹⁸. Hátránya viszont, hogy a gyógyítás folyamata pontosan meg nem határozható ideig tart, annak időtartama betegenként eltér⁴¹⁹. Ez esetleg azzal a következménnyel járna, hogy olyan elkövetők kerülnek szabadlábra, akik fokozottan veszélyesek a társadalomra. A hazai szabályozás jelenleg ezt úgy kezeli, hogy előírja:

⁴¹⁴ TORDAI, *i.m.*, 195.

⁴¹⁵ 1978. évi IV. tv. 74. § (2)

⁴¹⁶ Kecskeméti Törvényszék, 4. Bkf. 849/2001.

⁴¹⁷ 2009. évi LXXX. tv. indoklása

⁴¹⁸ Ezt a követelményt az Európai Emberi Jogi Bíróság is kiemelte a Kawka v. Lengyelország ügyben.

⁴¹⁹ BENEDEK István, *Aranyketrec*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1983., 44.

ha az elkövetőnek a kényszergyógykezelés határozott tartamának lejárta után további kezelésre van szüksége a gyógykezelést a területileg illetékes pszichiátriai intézetben kell folytatni⁴²⁰. Mindez azonban megköveteli, hogy ezek az intézetek olyan biztonságot nyújtsanak, hogy az biztosítsa a társadalom védelmét.

Mint említettem, 2010. május 1-től a kényszergyógykezelés nem határozatlan tartamú többé, hiszen felső határa az adott bűncselekményre kiszabható büntetési tételkeret felső határával egyezik meg, életfogytig tartó szabadságvesztés büntetés esetén legfeljebb 20 év lehet. Ha a határozott időtartam letelte után még szükség van gyógyításra, azt a területileg illetékes pszichiátriai intézetben kell végrehajtani. Természetesen, ha a kezelés szükségessége már nem áll fenn, az intézkedést meg kell szüntetni⁴²¹.

Amennyiben a jogkövetkezmény határozatlan ideig tart, a kényszergyógykezelés hatálya alatt álló személlyel szemben újabb bűncselekmény elkövetése esetén a szankció ismételt elrendelése fogalmilag kizárt, hiszen az intézkedések párhuzamos végrehajtására nincs mód. A bíróságnak fel kell mentenie az elkövetőt a büntethetőséget kizáró elmebetegség okán, de a felülvizsgálati eljárás során ebben az eljárásban tett megállapításokat figyelembe kell venni. 2010 májusa előtt ezt a szabályt kellett alkalmazni, és az új Btk. hatályba lépése után ismét ez lesz a követendő⁴²².

A 2010. május 1. után a kényszergyógykezelés jogerős elrendelését követően elkövetett büntetendő cselekmény miatt – ha annak feltételei fennállnak – az intézkedést újra el kell rendelni. Ha ideiglenes kényszergyógykezelést rendeltek el, abban az esetben a kényszergyógykezelés tartamának kezdőnapja az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésének a napja. Ennek oka, hogy a kényszergyógykezelés időtartamának határozottá válásával megnyílt a lehetőség az intézkedések párhuzamos végrehajtása előtt. Mivel a szankció időtartama legfeljebb 20 év, az elrendelő határozatban a tartam felső határát is meg kell állapítani. Ez a rendelkezés különösen indokolt lehet a szankció elrendelésének feltételét képező büntetendő cselekmények, a személy elleni erőszakos, illetve közveszélyt okozó cselekmények körében⁴²³. Fiatalkorú elkövető esetén nem a

⁴²⁰ 1978. évi IV. tv. 74. § (3)

⁴²¹ 1978. évi IV. tv. 74. § (3)

⁴²² Kúria Bf. II. 809/1990.

⁴²³ 1/2011. BJE.

fiatalkorúakra vonatkozó speciális büntetékiszabási szabályokat kell alapul venni, hanem a Btk. különös részében megállapított büntetési tételkeretek felső határát⁴²⁴.

A kényszergyógykezelés határozott tartamúvá vált, azonban ez a határozottság relatív, mert azt a meghatározott tartam lejárta előtt is haladéktalanul meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.

A bűncselekményt az elkövetéskor hatályos törvény szerint kell elbírálni; a cselekmény elbírálásakor hatályos törvény alkalmazásának csak akkor van helye, ha az elkövetőre kedvezőbb elbírálást eredményez, jelen esetben ez a helyzet. A tartam relatíve határozott volta nem jelenti azt, hogy az intézkedést elrendelő bíróságnak módja lenne annak tartamát az elrendelésre alapot adó bűncselekmény büntetési tételének felső határánál rövidebben, mérlegeléssel megállapítani, ez elrendelendő időtartama büntetési tétel felső határa.

Ahogy azt a Legfelsőbb Bíróság az 1/2011. (VI.1.) BJE számú jogegységi határozatában kifejtette: a kényszergyógykezelés befejezésének két lehetséges esete van; az egyik az, amikor a büntetendő cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő idő eltelt, a másik pedig az, amikor az előbbi időtartam előtt megszűntetik, mert annak szükségessége már nem áll fenn⁴²⁵.

A jelenlegi törvényszakasz elfogadását széleskörű vita előzte meg, ám ez a szabályozás sem mentes kérdésektől és ellentmondásoktól. Az új Büntető Törvénykönyv visszaállítja a korábbi rendelkezést, mely szerint ezen intézkedés határozatlan ideig tart. Álláspontom szerint az újabb változtatás oka a szankció végrehajtásának nehézségeiben kereshető. Ha a határozott idő letelte után még szükség van gyógyításra, a pszichiátriai intézetek nem kellően biztonságosak az egykori kényszergyógykezeltek fogadására, számos átalakításra volna szükség, amely jelentős finanszírozást igényelne.

A kényszergyógykezelés megszüntetésére akkor kerül sor, ha elrendelésének valamelyik feltétele megszűnt. Meg kell szüntetni tehát, ha a beteg meggyógyult, vagy

⁴²⁴ Kúria, Bfv. I. 293/2011.

⁴²⁵ Bfv.I.779/2011/6.szám

legalábbis állapotában jelentős javulás állt be, illetve, ha a bűnismétlés veszélye megszűnt⁴²⁶.

A kényszergyógykezelés megszüntetésének kezdeményezésekor az IMEI indokolt esetben értesíti a beteg hozzátartozóját, gondnokát, és - ha a beteg pártfogó felügyelet alatt áll - pártfogó felügyelőjét. Ha a bíróság megszünteti a kényszergyógykezelést, a beteget azon a napon kell elbocsátani, amikor a bíróság értesítése az IMEI – be megérkezik. Ha a betegség súlyos, vagy a személy nem alkalmas az önálló életvitelre, gondoskodni kell a hazaszállításáról, vagy megfelelő fekvőbeteg intézetben, illetve pszichiátriai betegek otthonában történő elhelyezéséről⁴²⁷.

Az elmúlt évtizedekben a szankció alkalmazási köre egyre szűkült, így az elrendelések száma is csökkent: míg az 1980-as évek közepén elérte a 90-100 főt⁴²⁸, az utóbbi években 40-50 fő körül mozgott⁴²⁹. A vizsgálatok szerint az IMEI-ben kezelt betegek több, mint a fele skizofréniában szenved⁴³⁰. Elmondható továbbá, hogy a leggyakoribb az emberölés, vagy annak kísérlete, hiszen az ápoltak 70 %-a ezt a bűncselekményt követte el. A hivatalos személy elleni erőszak 25 %-ot tesz ki, a rablás kisebb arányban, 5 %-ban fordul elő. Az évi átlagos beutalás 5000-5100 fő, amelyből 4000-5000 a férfi, és 500-600 a nő. Ebből a pszichiátriai részlegre kéri a beutalás 90 %, 10 % pedig a neurológiára. Felvételre azonban csupán 1000 fő kerül évente. Ez természetesen nem csak a kényszergyógykezelteket, hanem a kóros elmeállapotúvá vált elkövetőket és a börtönkórház részlegbe felvetteket is magába foglalja. Fiatalkorú kényszergyógykezelteket jelenleg nincs⁴³¹.

6.3. A kényszergyógykezelés végrehajtása⁴³²

Mint már említettem, a kényszergyógykezelés végrehajtási helyéül a törvény az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet (IMEI) jelölte ki⁴³³.

⁴²⁶ TORDAI, *i.m.*, 241.

⁴²⁷ 36/2003. IM. rendelet 14. §

⁴²⁸ SZABÓ, *Az elmebetegek helyzete...i.m.*, 526.

⁴²⁹ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog...i.m.*, 506.

⁴³⁰ KALAPOS Miklós Péter, *A kényszergyógykezelésben részesülő betegek néhány epidemiológiai adata*, Orvosi Hetilap, 2003/7., 336.

⁴³¹ Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

⁴³² A témával részletesen foglalkozik Pallo József: *A gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedések fogalmi és alkalmazási kérdései* c. PhD értekezése.

Az IMEI igazgatója az Intézet főigazgató főorvosa, aki egyben a parancsnoka is. Ez utóbbi kifejezés is jelzi, hogy az intézmény a büntetés-végrehajtás részét képezi. Az igazságügyért felelős minisztérium irányítja és finanszírozza, szemben a többi kórházzal, ahol az egészségügyért felelős minisztérium látja el ezeket a hatásköröket⁴³⁴. A kényszergyógykezelés kezdete az IMEI – be való befogadás napja. Ha a betegnek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljes mértékben állandó jelleggel hiányzik, és nem áll gondnokság alatt, a főigazgató főorvos a gyámhatóságnál ideiglenes gondnok kirendelését, illetve gondnokság alá helyezési per megindítását kezdeményezi⁴³⁵. A betegek kb. 80%-a áll cselekvőképességet kizáró vagy korlátozó gondnokság alatt, ez az adat tükrözi, hogy a cselekvőképtelenség és a beszámíthatatlanság kategóriái nem feltétlenül esnek egybe.

A felvételi eljárás során kétséget kizáróan meg kell állapítani a kényszergyógykezelt személyazonosságát. Amennyiben korábban a beteg szabadlábon volt, az intézetbe szállításról a bíróság az Országos Mentőszolgálat, és szükség esetén a rendőrség közreműködésével gondoskodik. Abban az esetben, ha az elkövetőt a bíróság határozatának jogerőre emelkedésének idején más gyógyintézetben kezelik és átszállítása egészségét, vagy gyógyulását súlyosan veszélyeztetné, a bíróság a kényszergyógykezelés végrehajtásának megkezdését elhalasztja.

Az intézetben nem keverednek a büntetés-végrehajtási és az egészségügyi funkciók. Ennek megfelelően a fogvatartottakat és a kényszergyógykezeltet el kell egymástól különíteni, hiszen az IMEI első esetben börtönkórházi, a második esetben pedig kórházi feladatokat lát el⁴³⁶.

A jogintézmény céljának megfelelően a kényszergyógykezelés végrehajtásának elsődleges eleme a gyógyítás, a beteg szakszerű és az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő kezelése, állapotromlásának megakadályozása, és ha lehetséges, egészségének helyreállítása⁴³⁷.

⁴³³ 1978. évi IV. tv. 74. § (2)

⁴³⁴ KÖZPONT A MENTÁLIS SÉRÜLTEK JOGAIÉRT ALAPÍTVÁNY, *Megvont szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon* 11.

⁴³⁵ 36/2003. IM. Rendelet 4. §

⁴³⁶ KOVATSITS Gábor, *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól.* *Ügyészek Lapja*, 2001/3. sz. 64.

⁴³⁷ VÓKÓ György – LAJTÁR István, *A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei*, *Belügyi Szemle*, 1997/12., 12.

Ennek fontos része a munkaterápiás foglalkoztatás. Ennek pontos módját, időtartamát és helyét a főigazgató főorvos állapítja meg. Abban az esetben alkalmazható, ha ez a módszer várhatóan előmozdítja a beteg gyógyulását, munkaképességének megtartását, fejlesztését vagy szakmai átképzését. A foglalkoztatás fő formája az intézet-fenntartási munka, de lehet bevételt eredményező tevékenység is⁴³⁸. A munkaterápiás foglalkoztatást a munkajogi előírások szerint biztosítja az IMEI, ennek megfelelően az nem ütközhet a túlmunka és az éjszakai munka tilalmába, valamint érvényesülnek a biztonságos munkavégzés és az egészségvédelem feltételei. Az intézet korábban biztosította különböző tanfolyamok elvégzését, így virágkötő, vagy bőrdíszműves tanfolyamon történő részvétel lehetőségét, a képzés teljesítése után a kezeltek szakmunkás bizonyítványt kapnak⁴³⁹. Ha munkaterápiás foglalkoztatáson vagy tanfolyamon vesz részt a kényszergyógykezelt, őt munkakészségéhez és munkájához mérten havonta, és esetenként soron kívül is jutalomban kell részesíteni, amely terápiás célt szolgál.

Szintén terápiás céllal, indokolt esetben, biztonsági felügyelet mellett a betegek elhagyhatják az intézetet, pl. külső munkáltatásra vagy kirándulásra tekintettel⁴⁴⁰.

Ez a lehetőség azonban mára megszűnt, csakúgy, mint a külső munkáltatás gyakorlata (már nincs lehetőség arra, hogy a betegek egy másik kórházban takarítsanak, vagy sertéshizlaldában dolgozzanak; ezekre korábban volt példa). A munkaterápiás foglalkoztatás fő formái jelenleg a munkaterápiát az osztályok takarítása, a reggeli és ebéd felvitele, valamint az udvar és a növényzet gondozása jelenti. Éppen ezért igyekszik az Intézet minél több belső programot biztosítani. Rendeznek versenyeket, adnak elő színdarabokat, de működtetnek könyvtárat, diszkót és filmklubot is. Van énekkar, zongoraszakkör, valamint kezdő- és haladó angol szakkör (ez utóbbi kettőt betegek vezetik)⁴⁴¹.

Ha a beteg gyógykezeléséhez szükséges feltételekkel az IMEI nem rendelkezik, a szükséges szakellátást biztosító intézményt kell igénybe venni. A gyógykezelés elsődleges helye ebben az esetben a Büntetés-végrehajtás Központi Kórháza. Amely esetekben az elítélt állapota azt megkívánja, más egészségügyi intézménybe kell

⁴³⁸ 36/2003. IM rendelet 12. § (1)-(2)

⁴³⁹ LAJTÁR István, *Gyógymód. Ügyészi vizsgálat az IMEI-ben*, Börtönügyi Szemle, 1997/4., 76.

⁴⁴⁰ 36/2003. IM rendelet 12. § (3)-(5) bek.

⁴⁴¹ Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

kihelyezni. Amennyiben a gyógykezelés indoka megszűnt, és egészsége azt lehetővé teszi, vissza kell szállítani az IMEI - be, de ezt az időt a kényszergyógykezelés időtartamába be kell számítani⁴⁴².

A kényszergyógykezelt férfiakat az I., a II., vagy a III. számú Férfi Rehabilitációs Osztályon, a nőket pedig a Női Neuropszichiátriai és Rehabilitációs Osztályon kell elhelyezni. Az egyes osztályok jól elkülöníthetők, ráadásul – mivel az egészségügyi és büntetés végrehajtási célok nem keveredhetnek – külön épületben kerülnek elhelyezésre a kényszergyógykezelték és az elítéltek⁴⁴³. Ennek megfelelően valósíthatók meg az őrzés és a felügyelet csoportonként különböző feltételei is. Az intézkedés végrehajtása során biztosítani kell a beteg felügyeletét, szakszerű elhelyezését, anyagi ellátását, egyéb egészségügyi kezelését, szociális és jogi érdekeinek védelmét, valamint az intézet rendjének fenntartásához szükséges feltételeket⁴⁴⁴.

A kényszergyógykezelt beteg elhelyezését kórházi jellegű nyitott ajtós kórtermekbe biztosítják. A betegek ételmezése kórházi normák szerint történik, kapnak ruhát, ágyneműt és hálóruhát, továbbá az IMEI biztosítja a tisztasági szereket is. A kényszergyógykezelték helyzetére néhány eltéréssel az egészségügyi törvény rendelkezései irányadóak. A beteg személyes szabadságában korlátozott, ennek megfelelően az intézetet csak orvosilag indokolt esetben hagyhatja el. Hozzátartozóival valamint más személyekkel történő kapcsolattartás területén is a beteg egészségi állapotát és az intézet rendjének megtartását kell szem előtt tartani, de a kényszergyógykezelt korlátlanul levelezhet, hetente fogadhat látogatót, ugyanilyen gyakorisággal telefonálhat és fogadhat csomagot⁴⁴⁵.

A beteggel szemben korlátozott mértékben alkalmazható testi kényszer, megfogás, illetve lefogás, amennyiben

- saját vagy mások életét, testi épségét sérti vagy veszélyezteti,
- az Intézet rendjét, biztonságát, anyagi javait sérti vagy veszélyezteti,
- engedély nélküli távozását másképp nem lehet megakadályozni,

⁴⁴² 36/2003. IM rendelet 8. §

⁴⁴³ Hasonlóképpen az ideiglenesen kényszergyógykezelték és az előzetesen letartóztatottak is külön épületben helyezendők el. Ebből következik, hogy az elmeállapot megfigyelése esetén a beutaltat külön kell elhelyezni a kényszergyógykezeltéktől, mivel ebben az esetben csak az előzetes letartóztatás végrehajtásának helye speciális.

⁴⁴⁴ VÓKÓ – LAJTÁR, *i.m.*, 14.

⁴⁴⁵ Vókó, *Büntetésvégrehajtási...., i.m.*, 335-337.

- vizsgálattal, vagy gyógykezeléssel szemben aktív ellenállást tanúsít.

A korlátozó módszerek, vagy ellátások alkalmazását a kezelő orvos rendelheti el. Erről a tényről informálni kell a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjét és a betegjogi képviselőt⁴⁴⁶ is⁴⁴⁷.

A személyi korlátozás tekintetében az intézmény gyakorlata többletgaranciákat jelent a polgári intézményekhez képest. A korlátozásra csak saját, vagy mások testi épségének védelme érdekében kerülhet sor, megelőző intézkedésként. A beutalt lefogását vagy ágyhoz való rögzítését csak orvosi utasításra és orvos jelenlétében lehet elvégezni, és a korlátozás az orvos által meghatározott ideig tarthat. Ezt az intézkedést rögzítik a beteg kórlapján, és egy speciális adatlapot is kitöltenek, amely tartalmazza az alkalmazás jogszerűségét és szakszerűségét. Ezt az adatlapot a főigazgató főorvos elküldi a törvényességi felügyeletet ellátó Legfőbb Ügyészségnek⁴⁴⁸.

A szociális és jogi érdekvédelem körében meg kell említeni, hogy ha nyugellátást a kényszergyógykezelt részére megállapítani nem lehet, munkajövedelemmel nem rendelkezik, és hozzátartozója sincs, aki anyagilag rendszeresen támogatná, részére – kérelmére - szociális segély megállapítására kerülhet sor. Ennek ellenére előfordulhat, hogy a támogatás megítélésére azért nem kerül sor, mert az igénylő intézetben van⁴⁴⁹.

A fiatalok kényszergyógykezelt elhelyezése is ebben az intézményben történik, rájuk a vonatkozó IM rendelet nem tartalmaz semmilyen speciális szabályt, az elkülönítés csak az eltérő célok (egészségügyi, illetve büntetés végrehajtási) tekintetében kap szerepet. Felmerül a kérdés, helyes-e a fiatalok felnttekkel történő elhelyezése azonos intézményben? Véleményem szerint ez helytelen, visszaélésekhez vezethet. Ráadásul mind a büntetés végrehajtási intézetekben, mind az egészségügyi intézetekben megtörténik a két csoport szétválasztása.

Az intézkedés végrehajtása során az elmeorvászati rehabilitáció eszközei megegyeznek a pszichiátriai betegek gyógyítása során alkalmazott eszközökkel, és az

⁴⁴⁶Ha az IMEI-ben elhelyezett betegnek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége állandó jelleggel hiányzik, és nem áll gondnokság alatt érdekképviselőt a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány munkatársa, mint betegjogi képviselő látja el.

⁴⁴⁷HEVÉR Tibor, *Gyanús vagy kóros? - Rezümé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól*. Magyar Jog, 2007/6., 344.

⁴⁴⁸Vókó, *Büntetésvégrehajtási...., i.m.*, 335.

⁴⁴⁹VÓKÓ – LAJTÁR, *i.m.*, 16.

eszközök alkalmazásának elméletben csak szűk körben szab határt az a tény, hogy IMEI zárt intézet. Az adaptációs szabadság elvileg hatékonyan szolgálná a beteg gyógyulását, alkalmazására mégis nagyon ritkán kerül sor. Ennek oka, hogy nem elegendő a beteg mentális állapotának javulása és tünetmentessége, azt is fel kell mérni, hogy ez mennyiben tudható be a rendszeres gyógyszeres kezelésnek és mennyiben lehet a beteg valódi állapotának javulásáról beszélni.

Gyógyszeres kezelés esetén nem feltétlenül lehet valódi javulásról beszélni, mert a betegek hiába részesülnek gyógyszeres kezelésben, nagy részük nem tudja, pontosan milyen gyógyszert kap, ebből következik, hogy saját maga gyógyszeres kezelését sem tudja megoldani⁴⁵⁰.

Ha a kényszergyógykezelés megkezdésétől számítva egy év eltelt, a főigazgató főorvos az adaptációs bizottság véleményét figyelembe véve **adaptációs szabadságra** bocsáthatja a beteget. Célja nem csak az, hogy próbára tegyék az intézeti gyógykezelés eredményét, hanem, hogy elősegítsék a beteg beilleszkedését a társadalomba⁴⁵¹. Másrészt, a mesterséges környezet miatt gyakori, hogy a gyógykezelés hatása, tartóssága csak a közösségre való visszakerülés után mérhető le.

Ennek tartama legfeljebb 30 nap, de további 30 nappal meghosszabbítható, sőt ismételten is engedélyezhető. Meghosszabbított adaptációs szabadság esetén a betegnek a szabadság letelte után legalább egy hétig az intézetben kell tartózkodnia, mielőtt újra engedélyeznék számára az adaptációs szabadságot⁴⁵².

Az IMEI-ben adaptációs bizottság működik, amelynek elnöke a főigazgató főorvos, tagjai pedig az orvos igazgató, az osztályvezető főorvosok, a jogi, társadalombiztosítási, nyilvántartási osztály képviselője klinikai-pszichológiai osztály vezetője, az adaptációs szabadságot kezdeményező orvos valamint az intézmény betegjogi képviselője⁴⁵³. Garanciális okokból indokolt lenne azonban egy független külső szakértő bevonása is⁴⁵⁴. Az engedély megadásánál figyelembe kell venni a beteg állapotát, az elkövetett cselekményt és a szociális körülményeit is⁴⁵⁵.

⁴⁵⁰ BÉNYEI Andrásné – KÖVÉR Ágnes (szerk.), *Watch dog 4. füzet*, Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest, 23-24.

⁴⁵¹ Vókó, *Büntetésvégrehajtási...*, i.m., 335.

⁴⁵² LAJTÁR, *Gyógymód...* i.m., 77.

⁴⁵³ 36/2003. IM rendelet 9. § (1)

⁴⁵⁴ LAJTÁR, *Gyógymód...*, i.m., 77.

⁴⁵⁵ 36/2003. IM rendelet 9. § (3)

A gyakorlatban problémát okoz, hogy a kényszergyógykezelteket azért nem lehet adaptációs szabadságra bocsátani, mert nincs olyan hozzátartozója, aki tudna és akarna számára megfelelő elhelyezést biztosítani, vagy a kényszergyógykezelteknek nincs lakása⁴⁵⁶. A betegek közül sokan közvetlenül a családjuk körén belüli személlyel szemben követték el az erőszakos büntetendő cselekményt, így a család nem pusztán elzárkózik a kényszergyógykezeltektől, hanem nem is tart kapcsolatot vele. Nem ritka eset, hogy azok a családtagok, akik mégis tartják a kapcsolatot a kényszergyógykezelttel, idősek és betegek, ezért nem tudják adaptációs szabadságra fogadni és a gondozását vállalni.

Ha mégis sor kerül az adaptációs szabadság engedélyezésére, az IMEI a szabadság eltöltéséhez gondoskodni köteles bizonyos feltételekről. Ennek megfelelően a gyógykezelteket igazolással, ha szükséges, ruhával és pénzzel látja el az eltávozás idejére. A jogintézmény fontosságát jelzi, hogy a felülvizsgálati eljárás során a bíró rendszerint megkérdezi, hogy volt-e már adaptációs szabadságon⁴⁵⁷. Az alkalmazás ritkaságát jelzi, hogy évente átlagosan 7 szabadságra bocsátás van, amelyből 6 a férfi, és 1 a nő⁴⁵⁸.

Az elmúlt években folyamatosan csökkent az adaptációs szabadságra bocsátottak száma, amelynek oka, hogy a családi, vagy gazdasági körülmények nem megfelelőek a kibocsátáshoz⁴⁵⁹.

Az adaptációs szabadságon lévő betegnek a szabadság megkezdésétől számított 48 órán belül, majd ezt követően az orvos előírása szerint, de legalább kéthetente orvosi ellenőrzésen kell megjelenni. Ennek helye Budapesten az IMEI, a fővároson kívül pedig a beteg tartózkodási helye szerint illetékes pszichiátriai gondozó intézet. Az intézet az ellenőrzésen észleltekről tájékoztatja az IMEI-t és a beteg állapotának romlása esetén gondoskodik a visszaszállításáról⁴⁶⁰.

A kényszergyógykezelteket nem követheti el a fogolyszökés bűncselekményét (ez a beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot miatt fogalmilag kizárt), legfeljebb

⁴⁵⁶ Vókó, *Büntetésvégrehajtási...*, i.m., 335.

⁴⁵⁷ BÉNYEI – KÖVÉR (szerk:), i.m., 29-31.

⁴⁵⁸ Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

⁴⁵⁹ LAJTÁR, *Gyógy mód...*, 78.

⁴⁶⁰ 36/2003. IM rendelet 10. §

engedély nélküli eltávozást valósíthat meg. Ha ez bekövetkezik, az IMEI értesíti az illetékes rendőri szervet⁴⁶¹.

A kényszergyógykezelés **megszüntetésének** kezdeményezésekor az IMEI indokolt esetben értesíti a beteg hozzátartozóját, gondnokát, és - ha a beteg pártfogó felügyelet alatt áll - pártfogó felügyelőjét. Ha a bíróság megszünteti a kényszergyógykezelést, a beteget azon a napon kell elbocsátani, amikor a bíróság értesítése az IMEI – be megérkezik. Ha a betegség súlyos, vagy a személy nem alkalmas az önálló életvitelre, gondoskodni kell a hazaszállításáról, vagy megfelelő fekvőbeteg intézetben, illetve pszichiátriai betegek otthonában történő elhelyezéséről⁴⁶².

A kényszergyógykezelt társadalomba történő későbbi visszailleszkedését segítené a fokozatosság alkalmazása. Erre jelenleg az egyetlen mód az adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége. Egyes országokban azonban lehetőség van szigorú őrizetű kórházból közepesen szigorú őrizetű intézetbe történő áthelyezésre. Az MDAC szerint hasonlóképpen hasznos lehet a kezelés közösségben történő végrehajtása⁴⁶³. A társadalomba való visszavezetést szolgálná a feltételes szabadságra bocsátás intézménye is, például azzal a feltétellel, hogy a kényszergyógykezelt meghatározott időközönként jelentkezik pszichiátriai intézetben vagy szedi a gyógyszereit. Felmerül azonban a kérdés, biztosított lenne-e a társadalom védelme ezen alternatívák megvalósulása esetén? A szervezet által javasolt megoldások ugyanis azokban az országokban örvendenek népszerűségnek, ahol a beszámíthatatlan vagy korlátozott beszámítási képességgel rendelkező elkövetőkkel szemben alkalmazható jogkövetkezmények kevés szűkítést tartalmaznak, ebből következik, hogy a kevésbé veszélyes, illetve kisebb súlyú cselekményeket elkövetők vonatkozásában reális lehetőség a közösségi gyógykezelés, vagy többek között a kényszergyógykezelés felfüggesztése. Hazánkban azonban nem ez a helyzet, hiszen a kényszergyógykezelés csak szűk elkövetői réteg esetén alkalmazható, a társadalom védelme pedig nem biztosított ezen alternatívák alkalmazásával. Az esetleges feltételes szabadságra bocsátást azonban széles körű szakmai mérlegelést követően alkalmazhatónak látom.

⁴⁶¹ PALLO József, *A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei*, Börtönügyi Szemle, 2006/3., 31.

⁴⁶² 36/2003. IM. Rendelet 14. §

⁴⁶³ Nagy-Britanniában ez több évtizedes múltra tekint vissza, és a jogintézményt csak erősítette a 2007-ben elfogadott új egészségügyi törvény.

A kényszergyógykezeléssel foglalkozók között kisebb számban találhatunk jogászokat, inkább orvosok és büntetés-végrehajtási szakemberek vannak többségben. Ez utóbbi körülmény oka, hogy a kényszergyógykezelés végrehajtására kijelölt IMEI a büntetés-végrehajtás szervezetrendszerén belül működik.

E szankció alapvető dilemmája, hogy miként kerül egy elmebeteg börtönbe, pontosabban a büntetés-végrehajtás szervezetébe? Annak ellenére, hogy ez talán a leglényegesebb probléma, és figyelembevételét évtizedek óta sürgetik, a legtöbb államban létezik ez az intézkedés⁴⁶⁴.

Nehézséget jelent, hogy más a kórház és a börtön funkciója. Míg az előbbi nem egyetemes intézmény, általában önkéntes alapon kerülnek be az egyének, és „szándékában jóindulatú intézmény”, az utóbbi egyetemes intézmény, megköveteli, hogy az élet összes aspektusa egy helyen, meghatározott módon történjen. Itt fenyítőintézetről van szó, nem gyógyításról. Ebből levonható az a következtetés, hogy kevésbé alkalmas a gyógyításra⁴⁶⁵.

A tapasztalatok azt támasztják alá, hogy a zárt intézeti jelleg nem kedvez a terápiás céloknak, egy „nyitott” intézményben az IMEI - ben általánosnak mondható 5-6 év helyett 2-3 év alatt bekövetkezik a gyógyulás⁴⁶⁶.

A jogtudományban még kevésbé ismert, de a pszichiátriában általános törvényszerűségként ismerik el a Penrose - törvényt, amely szerint a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció között inverz összefüggés van.

Hazánkban csak az ezredforduló éveiben találhatunk adatokat erre vonatkozóan, annak ellenére, hogy az említett szakember már az 1930-as években felállította az elméletét. Megfigyelte, hogy a börtönpopulációban magasabb a pszichiátriai betegségek aránya, mint a civil társadalomban⁴⁶⁷. Hazánkban egyedül *Vígh József* 1997-es kutatásában foglalkozott ezzel a kérdéssel, de csupán a visszaeső elkövetőkre vonatkozóan. Arra a megállapításra jutott, hogy a visszaeső elítélteknek 54%-a részesült kórházi kezelésben, amelyek közül az idegbetegség 14 %-ot, az alkohol elvonás pedig 13%-ot tesz ki. A gyakran idegrendszeri torzulást is tükröző öngyilkossági kísérletek 43 %-os arányt

⁴⁶⁴ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog ...*, i.m., 186.

⁴⁶⁵ KALAPOS Miklós Péter, *Társadalmi dilemma: Elmebeteg a börtönben? – A jelen helyzet és a jövő kihívásai*, Börtönügyi Szemle, 2008/2., 80.

⁴⁶⁶ NAGY Ferenc, *Szankciók – Gondolatok és reflexiók az új Btk. Általános részi tervezetéhez*, in: Dolgozatok Erdei Tanár Úrnak (szerk.: Holé Katalin – Kabódi Csaba – Mohácsi Barbara), ELTE-ÁJK, Budapest, 2009., 339.

⁴⁶⁷ KALAPOS Miklós Péter, *Társadalmi dilemmánk: börtön vagy elmekórház? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon?*, Orvosi Hetilap, 2007/2., 335-339.

mutattak az elítéltek között, amelynek 14 %-át a börtönben követték el⁴⁶⁸. Vigh eredményei tehát igazolták Penrose állításait. Hiányosságként értékelhető, hogy Magyarországon még nem készült önálló kutatás ezen a téren, és az említett adatok sem tartalmaznak frissnek mondható adatokat.

Hiányosságként értékelhető, hogy a börtönbe vonuláskor nem történik szűrés a mentális betegségekre⁴⁶⁹, pedig így az előzőekben bemutatott nehézségeknek legalább egy része elkerülhető lenne⁴⁷⁰.

Alapvető problémát jelent, hogy az IMEI büntetés - végrehajtási keretek között elhelyezett egészségügyi intézet, amely magával hozza a „börtönhelyettesítő szerepet”⁴⁷¹, mégis, amelynek egyben elsődleges funkciója a gyógyítás. Nincs is jelentősége, hogy a beteg elkövetett-e valamilyen büntetendő cselekményt vagy sem. Meglehetősen nehéz egy a végrehajtástól ennyire idegen feladatot ellátni, mintegy mellékággként.

1999-ben, majd 2012-ben az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa vizsgálta az IMEI körülményeit, és az elkészült jelentésben a körülményeket „börtön-szerűnek” írta le. Hozzátette, hogy az intézet állapota nehezíti a szakmai munkát⁴⁷².

De vajon milyen érv szólhat a kényszergyógykezelés büntetés végrehajtási rendszerben tartása mellett? Véleményem szerint egyetlen érvet lehet megemlíteni. Büntetendő cselekményről van szó ugyanis, erre, valamint az elkövető veszélyességére tekintettel indokolt a büntetőjogi szankció alkalmazása. Mégis találhatunk ellenérvet, hiszen – mint már említettem – ha nem áll fenn a kényszergyógykezelés összes feltétele, kötelező intézeti gyógykezelést kell alkalmazni. Tehát előfordulhat, hogy megvalósított az elkövető egy büntetendő cselekményt, mégsem kerül sor az intézkedés elrendelésére a bűnisméltés veszélyének hiánya miatt.

Több országban megvalósult már önálló költségvetésű, törvényszéki (forenzikus) klinika, ahol ráadásul ezen intézmények többsége egyetemi kórházakhoz tartozik, így a tudományos, valamint a szervezeti és személyi kapacitással nincs probléma.

⁴⁶⁸ VIGH József, *A visszaeső bűnelkövetők főbb adatai*, Börtönügyi Szemle, 1997/2., 11.

⁴⁶⁹ KALAPOSI, *Társadalmi dilemma... i.m.*, 84.

⁴⁷⁰ Hasonlóképpen nincs szűrés számos fertőző betegségre sem, az csupán önkéntes alapon történhet.

⁴⁷¹ PALLO, *A gyógyító jellegű... i.m.*, 34.

⁴⁷² Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa Hivatalának 3041/1998. és 1042/1999 jelentései.

Magyarországon a helyzet ebben a tekintetben is elkésérítő, hiszen egy egészségügyi dolgozóra 201 elítélt jut, ami a legrosszabb európai arányszámok közé tartozik⁴⁷³.

A 36/2003. IM rendelet szerint az IMEI felügyeletét az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium⁴⁷⁴ látja el⁴⁷⁵. De vajon helyes-e ez a megoldás? Egyes vélemények szerint – mivel e szankció feladata a gyógyítás – ezt a feladatot inkább az Egészségügyi Minisztériumnak kellene ellátnia. Véleményem szerint ameddig az intézet a büntetés-végrehajtás részét képezi, megfelelő a jelenlegi szabályozás; hiszen az intézkedés végrehajtása fölött az egészségügyi miniszter gyakorol szakfelügyeletet⁴⁷⁶ – ez megvalósítja a „szakmai részvételt”.

Álláspontom szerint adódik még egy probléma a kényszergyógykezelés elrendelésének körében, mégpedig a jogalkalmazók szakirányú ismereteinek teljes hiánya.

Természetesen nincs arról szó, hogy az igazságügyi szakértők helyét kellene átvenniük. De úgy vélem, pusztán ahhoz, hogy a szakértőnek kérdést tudjanak feltenni, és a választ megfelelően felhasználni, szükség lenne bizonyos pszichiátriai ismeretre.

E kérdés tárgyalásánál meg kell említeni, hogy több államban – mint már említettem, pl. Kanadában vagy az Egyesült Államokban – speciális bíróságok foglalkoznak az elmebeteg vagy a drogfüggő elkövetőkkel⁴⁷⁷. Ez természetesen nagyon hasznos, de hazai bevezetésére kevés az esély, mert hazánkban a büntetőeljárás egyszerűsítése az uralkodó tendencia.

6.4. Kérdések a felülvizsgálattal kapcsolatban

Mivel az intézkedés alkalmazását a terhelt kóros és a jövőre nézve is veszélyeztető elmeállapota indokolja, garanciális követelmény az állapot rendszeres felülvizsgálata. Amennyiben az intézkedés szükségessége már nem áll fenn, azt a bíróság megszünteti. Ebben a vonatkozásban nevezzük a felülvizsgálati eljárást „szükségképpen utólagos eljárásnak”⁴⁷⁸. Ha az alapügyben első fokon járásbíróság járt el, a Pesti Központi

⁴⁷³ KALAIPOS, *Társadalmi dilemma...*, i.m., 84.

⁴⁷⁴ A 2010. évi XLII. tv. szerint Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium helyett Belügyminisztérium, valamint Közigazgatási és Igazságügyi minisztérium működik, de ezek a változtatások a vonatkozó rendeletbe még nem kerültek be.

⁴⁷⁵ 36/2003. IM rendelet 2. § (1) bek.

⁴⁷⁶ 36/2003. IM rendelet 2. § (2) bek.

⁴⁷⁷ KALAIPOS, *Társadalmi dilemma ...*, i.m., 83.

⁴⁷⁸ Feleky István – Holé Katalin (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata*, VII. kötet, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest, 2009., 60.

Kerületi Bíróság végzi a felülvizsgálatot, ha első fokon törvényszék járt el, akkor a Fővárosi Törvényszék kizárólagos illetékességgel rendelkezik⁴⁷⁹. Az eljárás során azt kell vizsgálni, hogy a kényszergyógykezelés alkalmazásának alanyi feltételei továbbra is fennállnak-e, azonban a tárgyi követelmények nem elemezhetők. Ennek megfelelően a bűnisméltés veszélyére, a társadalom védelmének követelményére figyelemmel kell lenni, nem lehet viszont értékelni, vajon a büntethetőségi akadály hiányában bűncselekmény valósult volna meg, nem vizsgálható a cselekmény jellege, súlya sem⁴⁸⁰. A bíróság tárgyalást tart, meghallgatja az ügyészt, a védőt, és - amennyiben állapotánál fogva megjelenhet- a kényszergyógykezelés alatt álló személyt is⁴⁸¹. Ha a tárgyalást a felsorolt személyek valamelyike nélkül tartják meg, az eljárási szabályt sért, ugyanis a Be. szerint a különleges eljárások során a bíróság szükség esetén meghallgatja az ügyészt, a terheltet és a védőt⁴⁸².

A bíróság tárgyalást tart, meghallgatja az ügyészt, a védőt, és - amennyiben állapotánál fogva megjelenhet- a kényszergyógykezelés alatt álló személyt is⁴⁸³. A tárgyalás megtartásának csak akkor van helye a kényszergyógykezelést távollétében, ha az állapotánál fogva képtelen részt venni a tárgyaláson vagy közreműködni az eljárási cselekményekben. Az előállítás mellőzése azonban pusztán célszerűségi szempontokra hivatkozással nem megengedhető⁴⁸⁴.

Ha a tárgyalást a felsorolt személyek valamelyike nélkül tartják meg, az eljárási szabályt sért, ugyanis a Be. szerint a különleges eljárások során a bíróság szükség esetén meghallgatja az ügyészt, a terheltet és a védőt⁴⁸⁵. A tárgyalás általános szabályai annyiban módosulnak, hogy ismertetni kell az intézkedést elrendelő határozatot és az IMEI véleményét. Ha a határozat alapjául szolgáló és az újabb vélemény között ellentmondás van, annak okát tisztázni kell. Nem tekinthető azonban ellentmondásnak, ha a gyógykezelt állapotában beállott változást az újabb szakvélemény az alkalmazott kezelésnek tulajdonítja a kényszergyógykezelt állapotában beálló változást. A bíróság a szakvélemény ismertetése, illetve tisztázása után hallgatja meg az ügyészt, a

⁴⁷⁹ BODOR -CSÁK - LASSÓ -SOMOGYI - SZEKENI - SZEPESEI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA): *i.m.*, 1544.

⁴⁸⁰ BKv. 30.

⁴⁸¹ BODOR -CSÁK - LASSÓ -SOMOGYI - SZEKENI - SZEPESEI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA), *i.m.*, 1544.

⁴⁸² 1998. évi XIX. tv. 356. §. (2) e)

⁴⁸³ BODOR -CSÁK - LASSÓ -SOMOGYI - SZEKENI - SZEPESEI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA): *i.m.*, 1544.

⁴⁸⁴ BH 1997. 537.

⁴⁸⁵ 1998. évi XIX. tv. 356. §. (2) e)

kényszergyógykezelést és a védőt. A bizonyítás sorrendjének alakulása arra mutat rá, hogy az eljárás jellegéből adódóan a szakvélemény súlya kiemelkedő jelentőségű. Ezért helyénvaló, ha a jogosultak a szakvélemény ismeretében fejtik ki a véleményüket⁴⁸⁶.

A felülvizsgálat tárgyában lefolytatott eljárás a különleges eljárások között foglal helyet, amelyeknek feladata az esetek többségében az eljárás befejezése után a büntetőjogi felelősséget nem, vagy csak másodsorban érintő kérdésekről való döntés. Ebből következik, hogy az eljárási szereplők meghallgatására gyakran nincs szükség, érdekeik érvényesítését a törvény egyéb módon⁴⁸⁷ biztosítja. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata azonban ettől eltérő megítélést igényel. Az eltérő értékelés indoka, hogy a döntés érinti a terhelt személyi szabadsághoz fűződő jogát, valamint személyiségi jogait. Az eljárás a törvényesség követelményének csak akkor felel meg, ha érvényesül az eljárási feladatok megosztásának elve. Fontos, hogy az eljárási szereplők lehetőséget kapjanak véleményük szóbeli kifejtésére, és álláspontjuk megvédésére. Csak akkor van helye a tárgyalás megtartásának a kényszergyógykezelést távollétében, az egészségi állapota ténylegesen gátolja a tárgyaláson történő megjelenését. Ebből következik, hogy előállításának mellőzése pusztán célszerűségi okokra hivatkozva törvényt⁴⁸⁸.

Kiemelendő a tárgyalás, a tanácsban való döntéshozatal, valamint a döntés alakszerű határozatba történő foglalásának fontossága is, hiszen alapvető jogtól történő megfosztásról van szó, ellentétes bizonyítékok merülhetnek fel, ráadásul több eljárási szereplőt kötelező meghallgatni. Még akkor is ez a követelmény, ha az elrendelés előtt egyértelmű bizonyítékok álltak a bíróság rendelkezésére. Helytelen az az álláspont, mely szerint ebben az esetben határozathozatalra sincs szükség.⁴⁸⁹ A felülvizsgálatot a kényszergyógykezelés megkezdése után 6 hónap elteltével kell elvégezni, amennyiben az intézkedés megszüntetésére nem kerül sor, azt 6 havonta meg kell ismételni. Mivel a hat hónapos határidő kezdete az előző felülvizsgálat befejezésének időpontja, a gyakorlatban az eljárás előkészítése jóval korábban megkezdődik⁴⁹⁰.

⁴⁸⁶ FELEKY István – HOLÉ Katalin (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet*, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, 2009., Budapest, 66.

⁴⁸⁷ Többek között fellebbezési lehetőséggel megadásával.

⁴⁸⁸ BH 1977/537.

⁴⁸⁹ BKv. 30.

⁴⁹⁰ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet*...., 61.

Ideiglenes kényszergyógykezelés esetén a hathónapos időtartam az intézetbe való befogadás, a gyógykezelés tényleges megkezdésének időpontjától számít, mivel az attól eltelt idő nyújt lehetőséget a beteg állapotában bekövetkező változás értékelésére⁴⁹¹. Ez a felfogás felel meg az intézkedés sajátos célkitűzéseinek és az előzetes fogva tartás beszámítására vonatkozó elveknek.

Indítványra a határidő letelte előtt is sor kerülhet a felülvizsgálatra, a kérelem érdemi vizsgálat nélküli elutasítása csak akkor lehetséges, ha az előterjesztés három hónapon belül történt. A felülvizsgálatot a kényszergyógykezelés alatt álló, annak házastársa, élettársa, törvényes képviselője, védője, valamint az intézkedést végrehajtó intézet vezetője kezdeményezheti⁴⁹². A felsoroltak az intézet vezetője – aki előterjesztéssel élhet - kivételével indítványozhatják az eljárást.

Az indítványokról a bíróság határozattal dönt, míg az előterjesztésről nem kell formális határozatot hoznia, elég egy táviratban tájékoztatni az előterjesztőt, ha annak tartalmával nem ért egyet. A vezető önálló kezdeményezési joga abból adódik, hogy a kényszergyógykezelt állapotának olyan változásáról szerezhet tudomást, amely indokolja a határidő előtti felülvizsgálatot. Mivel a szakértői véleményelkészítésében is közreműködhet, egyfajta szakértői szerepet lát el⁴⁹³, amelyből adódik, hogy nem illetheti meg indítványozási jog. Itt figyelembe kell venni azt is, hogy a szakértői vélemény csak egy a bizonyítékok közül, annak tartalmát a bíróság elfogadhatja, de figyelmen kívül is hagyhatja. Tulajdonképpen a szakmai szempontokon alapuló előterjesztés is egyfajta szakértői vélemény, és így bizonyítási eszköz⁴⁹⁴.

A Be. nem tartalmaz erre a különleges eljárásra nézve speciális szabályt, az elmeorvos szakértők számával kapcsolatban, viszont kötelezően előírja az orvos szakértői vélemény beszerzését. Lehetőség van arra, hogy az IMEI orvosa⁴⁹⁵ közreműködjön a szakvélemény elkészítésében egyik szakértőként⁴⁹⁶. Ha figyelembe vesszük a

⁴⁹¹ 1/2011. BJE

⁴⁹² BODOR - CSÁK - LASSÓ - SOMOGYI - SZEBENI - SZEPESI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA), *i.m.*, 1544.

⁴⁹³ Elmeorvosi véleményt ad, amelyet a szakértő figyelembe vesz a véleménye elkészítése során. Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

⁴⁹⁴ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet....*, 65-66.

⁴⁹⁵ Ideértve az Intézet igazgatóját is.

⁴⁹⁶ 1998. évi XIX. törvény 566. § (4)

bizonyítékok szabad értékelésének elvét, ez a rendelkezés utal a felülvizsgálati eljárás kiemelt jelentőségére. Irányadónak lehet tekinteni azt a rendelkezést, amely szerint két szakértő közreműködése szükséges⁴⁹⁷. Ez az előírás megfelelő, hiszen célszerű a kezelést végző szakorvost meghallgatni, ugyanakkor indokolt lehet külső szakember bevonása az eljárásba⁴⁹⁸.

A felülvizsgálattal kapcsolatban azonban több kérdés is felmerül. A MDAC⁴⁹⁹ egyik kutatásában⁵⁰⁰ vizsgálta a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának anomáliát, többek között a tárgyalások időtartamát is. A megfigyelt tárgyalások időtartama a tárgyalás megnyitásától az ítélet felolvasásának befejezéséig átlagosan 7 perc volt, néhány tárgyalás még 3 percnél is rövidebb. Ez idő alatt kerül sorra az ügyész előadása, a védő, a kényszergyógykezelés, valamint a szakvélemény ismertetése. Ezek fényében egyetérttek a kutatást végző szervezettel, a felülvizsgálat valóban rendkívül felületes.

Hazánkban a beteg szociális körülményeiről csak akkor készül jelentés, ha a szakértői vélemények egyetértenek abban, hogy az intézkedés további fenntartására nincs szükség. A bíró tehát nem értesül a beteg körülményeiről, így az információk hiányában nem is tud a kényszergyógykezelés esetleges alternatíváiról dönteni. Megfigyelte továbbá a szervezet, hogy a vizsgált esetek egyikében sem tett fel a bíró kérdést a szakvéleménnyel kapcsolatban. Ennek egyik oka, hogy az orvos szakértő és a kezelőorvos nincsenek jelen a tárgyaláson⁵⁰¹. Ha a bíró mégis többet szeretne megtudni az ügyről, el kellene napolnia a tárgyalást, erre azonban a kutatásban nem volt példa (tegyük hozzá, a védő sem érzete ennek szükségességét egy esetben sem). Néhány kivételtől eltekintve a bírák tesznek fel kérdéseket a kényszergyógykezelteknek, többek között arról, mivel töltik napjaikat az intézetben vagy látogatja-e őket valaki. Ezek a kérdések azonban meglehetősen felületesek, nem segítik a beteg állapotának megismerését⁵⁰². Álláspontom szerint ennek oka a bírák szakirányú ismereteinek hiánya, amelyen továbbképzéssel lehet segíteni⁵⁰³.

⁴⁹⁷ Be. 101. § (2)

⁴⁹⁸ BODOR -CSÁK - LASSÓ -SOMOGYI - SZEBENI - SZEPESI - SZÉKELY - VARGA (szerk.: VARGA), *i.m.*, 1544.

⁴⁹⁹ Mental Disability Advocacy Center (Központ a Mentálisan Sérültek jogaiért Alapítvány)

⁵⁰⁰ *Megvont Szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon.*

⁵⁰¹ A kutatás 60 esetet vizsgált, egy alkalommal sem volt jelen az igazságügyi orvos szakértő vagy a kezelőorvos.

⁵⁰² MDAC, *Megvont Szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*, Mental Disability Advocacy Center, Budapest, 2004., 28.

⁵⁰³ Ennek a fontosságát már Hacker Ervin is kiemelte a Büntetőjog és psychiatia c. munkájában.

A kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról hozott végzés ellen a kényszergyógykezelés alatt álló házastársa és törvényes képviselője is fellebbezhet⁵⁰⁴. Felmerül azonban a kérdés, hogy milyen formában tud élni a kényszergyógykezelt a fellebbezési joggal, éppen állapota miatt. Ezért garanciális fontosságú, hogy a gyógykezelt bármilyen formában megnyilvánuló egyet nem értését a fellebbezési joggal élésnek kell venni⁵⁰⁵.

Ha a bíróság a felülvizsgálati eljárás során a kényszergyógykezelést nem szünteti meg, határozatának jogerős kiadmányát és az újabb orvos szakértői vélemény másolatát az IMEI-nek küldi meg.

Ha azonban úgy dönt, hogy az intézkedés fenntartására nincs szükség, a kényszergyógykezelés megszüntetéséről szóló határozata meghozatalával egyidejűleg értesítőlapot állít ki, tekintet nélkül arra, hogy a határozat jogerőre emelkedett-e.

Ha a bíróság a határozatának végrehajtását felfüggesztette, értesítőlapot kiállítani nem kell. Ebben az esetben az értesítőlapot a kényszergyógykezelés megszüntetéséről jogerős határozatot hozó bíróság állítja ki.

Az értesítőlapot a beteget előállító személynek kell átadni, csatolva az újólág beszerzett orvosszakértői vélemény másolatát is.

Ha a másodfokú vagy a harmadfokú bíróság a kényszergyógykezelést nem szünteti meg, de időközben a beteget az intézetből elbocsátották, a beteg IMEI-be történő beszállítása érdekében az Országos Mentőszolgálatot keresi meg⁵⁰⁶.

Előrelépés a gyakorlatban, hogy néha sor kerül helyszíni tárgyalás megtartására, amelynek előnye, hogy a bíró a beteget mindennapos környezetében láthatja, és a kényszergyógykezeltnek nem kell elviselni az utazással járó stresszt. Az is hasznos, hogy könnyen elérhető a kezelőorvos és a szakszemélyzet többi tagja is⁵⁰⁷.

6.5. Az ideiglenes kényszergyógykezelés

A Bünvádi Perrendtartás még nem szabályozta kényszerintézkedésként az ideiglenes kényszergyógykezelést, csupán annyit tartalmazott, hogy „*ha közveszélyes elmebeteg*

⁵⁰⁴ 1998. évi XIX. törvény 566. § (5)

⁵⁰⁵ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet....*, 68.

⁵⁰⁶ 9/2002. IM rendelet 113. §

⁵⁰⁷ Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

*ellen az eljárást megszüntetik vagy felmentő ítéletet hoznak, szabadlábra helyezése helyett őt a legközelebb levő közigazgatási hatósághoz kell kísértetni*⁵⁰⁸.

Az 1951-es perrendtartás alapján „Az ügyész elrendelheti, hogy azt az elmebeteg terhelte, akit előreláthatólag biztonsági őrizetbe kell helyezni, vegyék őrizetbe és őt ideiglenes biztonsági őrizet végett erre rendelt intézetbe utalhatja. Az előzetes letartóztatás tartamára és végrehajtására vonatkozó szabályok az ideiglenes biztonsági őrizet tekintetében is megfelelően irányadók”⁵⁰⁹.

Az 1973. évi büntetőeljárásról szóló törvény már kényszerintézkedésként, a maihoz hasonló rendelkezésekkel szabályozta ezt a jogintézményt⁵¹⁰.

Az ideiglenes kényszergyógykezelés személyi szabadságot korlátozó kényszerintézkedés, és mint ilyen, a büntetőügyben eljáró hatóságok által, az eljárás és annak céljai érdekében a Be-ben meghatározottak szerint alkalmazható kényszertartamú eljárási cselekmény⁵¹¹.

A kóros elmeállapotú terhelt személyi szabadságának elvonására jogerős bírói ítélet nélkül⁵¹² akkor van lehetőség, ha az anyagi jogi feltételek fennállnak, és az eljárásjogi feltételeknek is eleget tesz az alkalmazás. A feltételek közé tartozik, hogy nyomozás indult bűncselekmény elkövetésének alapos gyanúja miatt, továbbá a terhelttel szemben fennáll a bűncselekmény elkövetésének alapos gyanúja, és ezt vele közölték is.

Szükséges, hogy megalapozottan lehet arra következtetni, hogy a terhelttel szemben kényszergyógykezelést kell majd elrendelni, valamint nem áll fenn kényszergyógykezelést kizáró ok⁵¹³.

Az ideiglenes kényszergyógykezelés az előzetes letartóztatással konkuráló jogintézmény, attól abban különbözik, beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotú személlyel szemben alkalmazható; elrendelésére, felülvizsgálatára, valamint a terhelt jogainak gyakorlása esetén a letartóztatás szabályait kell alkalmazni. A beszámítási képesség korlátozott volta nem elég az elrendeléshez⁵¹⁴, hiszen így nem lehet következtetni arra, hogy kényszergyógykezelés elrendelésére kerül majd sor.

⁵⁰⁸ 1896. évi XXXIII. tv. 158. §

⁵⁰⁹ 1951. évi III. tv. 105. §

⁵¹⁰ 1973. évi I. tv. 98. §

⁵¹¹ FARKAS Ákos – RÓTH Erika, *A büntetőeljárás*, KJK – KERSZÖV, Budapest, 2004., 137.

⁵¹² 1998. évi XIX. tv. 140. § (1)

⁵¹³ FARKAS – RÓTH, *i.m.*, 142.

⁵¹⁴ BH 1977. 538.

A céljai ugyanazok, mint a kényszergyógykezelésnek: a társadalom védelme és az elkövető gyógykezelése. Az arányosság követelménye ennél a kényszerintézkedésnél – jellegénél fogva – nem bír jelentőséggel.

A kóros elmeállapotnak a cselekmény elkövetésekor kell fennállni, ha ugyanis ez a cselekmény elkövetését követően mondható el, nincs helye az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésének. A terhelt nem vehet részt a büntetőeljárásban, tehát az eljárást fel kell függeszteni a terhelt felgyógyulásáig.

Különleges eljárásokban nincs helye az alkalmazásának, erre utal a neve: ideiglenes⁵¹⁵.

Ha a terhelt előzetes letartóztatásban van, és ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésére kerül sor, a letartóztatást meg kell szüntetni⁵¹⁶.

Az elrendelés során az előzetes letartóztatásra vonatkozó szabályokat kell alkalmazni, azzal az eltéréssel, hogy ha az ügyész indítványozza az elrendelést, de a terhelt állapota miatt nem jelent meg a meghallgatáson, vagy jogainak gyakorlására képtelen, akkor távollétében is meg lehet tartani az ügyész és a védő meghallgatását⁵¹⁷.

Ha az ideiglenes kényszergyógykezelés megkezdésétől 6 hónap eltelt, és a vádiratot még nem nyújtották be, a fenntartás szükségességét a törvényszék vizsgálja meg egyes bíróként eljárva. Az elrendeléstől számított 1 év elteltével a szükségességet a Kúria vizsgálja felül. Ha a vádirat benyújtása után fenntartott és elrendelt ideiglenes kényszergyógykezelés időtartama 6 hónapot meghaladja, és első fokú bíróság nem hozott ügydöntő határozatot, a Kúria ebben az esetben is felülvizsgálja az indokoltságát⁵¹⁸.

A kényszerintézkedés elrendelése, fenntartása, illetve megszüntetése során a bíróság a határozat meghozatalával egyidejűleg értesítőlapot állít ki, mellékelve a kórrajzot és az orvos szakértői véleményének másolatát, tekintet nélkül a határozat jogerőre emelkedésére⁵¹⁹.

Előfordulhat, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésére nincs alap, de az előzetes letartóztatásban lévő terhelt mégis pszichiátriai kezelésre szorul, hiszen a

⁵¹⁵ FELEKY István – HOLÉ Katalin (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II. kötet*, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest 2009. , 586.

⁵¹⁶ 1998. évi XIX. tv. 98. §

⁵¹⁷ 1998. évi XIX. tv. 379/A. § (3)

⁵¹⁸ 1998. évi XIX. tv. 98. §

⁵¹⁹ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II. ..., i.m.*, 588.

cselekmény elkövetése után vált kóros elmeállapotúvá. Ekkor a kezelést az IMEI-ben kell végrehajtani⁵²⁰, az Intézet lesz az előzetes letartóztatás végrehajtásának helye. Ennek negatív feltétele, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésére ne legyen alap. A vádirat benyújtása előtt erről a nyomozási bíró, azt követően pedig perbíróság dönt. Nyomozási szakban tehát ebben a kérdésben is a nyomozási bíró dönt, még egy év elteltével is, amikor más esetekben a törvényszék egyesbírájának kell elvégeznie a kényszerintézkedések fenntartásának indokoltságát⁵²¹.

Ha az előzetesen letartóztatottnál a büntetés-végrehajtási intézet orvosa kóros elmeállapotra utaló tünetet észlel, kivizsgálási javaslattal az IMEI-be utalja, és a rendelkezési jogkör gyakorlóját minderről értesíti. Az IMEI főigazgató főorvosa a vizsgálatok eredményéről a befogadástól számított 8 napon belül értesíti a rendelkezési jogkör gyakorlóját. Ha nincs szó kóros elmeállapotról, a terheltet visszazárlítják a büntetés-végrehajtási intézetbe, ha kóros elemállapotú, megkezdik a kezelést⁵²².

A vádirat benyújtása előtt elrendelt kényszerintézkedés az első fokú bíróságnak a tárgyalás előkészítése során hozott határozatáig tart⁵²³. A szabályozás indoka, hogy a gyógykezelés általában elhúzódó feladat⁵²⁴.

Ha az ideiglenes kényszergyógykezelés megkezdésétől számítva hat hónap eltelt, és az ügyész még nem nyújtott be vádiratot, a kényszerintézkedés indokoltságát a bíróság felülvizsgálja. A felülvizsgálat iránt az ügyész a határidő lejárta előtt öt nappal tesz indítványt a bíróságnak⁵²⁵. A nyomozási bíró ekkor fenntarthatja a kényszerintézkedést, vagy megszüntetheti azt. Ez a felülvizsgálat alakszerű és indoklással ellátott végzés meghozatalával zárul, amellyel szemben lehetséges a fellebbezés⁵²⁶.

Az ideiglenes kényszergyógykezelés megkezdésétől számított egy év elteltével az indokoltságot a törvényszék egyesbíróként eljárva, a vádirat benyújtásáig a nyomozási bíró eljárására vonatkozó szabályok szerint vizsgálja felül. A felülvizsgálat iránt az

⁵²⁰ 1998. évi XIX. tv. 141. § (2)

⁵²¹ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II.,... i.m., 590.*

⁵²² FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II.,... i.m., 590.*

⁵²³ 1998. évi XIX. tv. 142. § (1)

⁵²⁴ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II.,... i.m., 591.*

⁵²⁵ 1998. évi XIX. tv. 142. § (2)

⁵²⁶ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II.,... i.m., 592.*

ügyész a határidő lejárta előtt öt nappal tesz indítványt a bíróságnak⁵²⁷. Ez a rendelkezés már magasabb szintre helyezi a felülvizsgálatot, hiszen itt a törvényszék egyes bíróként jár el.

A vádirat benyújtása után az első fokú bíróság által elrendelt vagy fenntartott ideiglenes kényszergyógykezelés az első fokú bíróság ügydöntő határozatának kihirdetéséig tart. Ezzel szemben az első fokú bíróság által az ügydöntő határozat kihirdetése után elrendelt vagy fenntartott, illetőleg a másodfokú bíróság által elrendelt ideiglenes kényszergyógykezelés a másodfokú eljárás befejezéséig tart. A másodfokú bíróság által az ügydöntő határozat kihirdetése után elrendelt vagy fenntartott, illetőleg a harmadfokú bíróság által elrendelt ideiglenes kényszergyógykezelés a harmadfokú eljárás befejezéséig, hatályon kívül helyezés és új eljárás lefolytatására utasítás esetén a megismételt eljárásra utasított bíróság ügydöntő határozatának kihirdetéséig tart⁵²⁸. A vádemelés benyújtását követő feladatok szabályozása nagyrészt megegyezik az előzetes letartóztatásra vonatkozó rendelkezésekkel. Eltérés azonban, hogy e kényszerintézkedésnél – annak jellegénél fogva – nem jöhet szóba, hogy legfeljebb a kiszabott szabadságvesztés tartamáig tart. Másrészt hatályon kívül helyezés és új eljárás lefolytatására utasítás esetén a letartóztatás a megismételt eljárásra utasított bíróságnak a tárgyalás előkészítése során hozott határozatáig, az ideiglenes kényszergyógykezelés pedig ugyanezen bíróság ügydöntő határozatáig tart⁵²⁹.

Ha a vádirat benyújtása után elrendelt vagy fenntartott ideiglenes kényszergyógykezelés tartama a hat hónapot meghaladja, és az első fokú bíróság még nem hozott ügydöntő határozatot, az első fokú bíróság, ha pedig az egy évet meghaladja, a másodfokú bíróság vizsgálja felül az ideiglenes kényszergyógykezelés indokoltságát.

A vádirat benyújtása után elrendelt vagy fenntartott ideiglenes kényszergyógykezelés indokoltságát az egy évet meghaladó tartam leteltét követően a másodfokú bíróság, ha az eljárás a harmadfokú bíróság előtt folyik, a harmadfokú bíróság legalább hat havonta vizsgálja felül⁵³⁰.

Felmerül a terhelt eljárási jogai gyakorlásának kérdése az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtása alatt. A kényszerintézkedés alatt álló a törvényes

⁵²⁷ 1998. évi XIX. tv. 142. § (3)

⁵²⁸ 1998. évi XIX. tv. 143. § (1)

⁵²⁹ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II., i.m., 593.*

⁵³⁰ 1998. évi XIX. tv. 132. §

képviselőjével szóban ellenőrzés nélkül, ha pedig megalapozottan feltehető, hogy ez által az eljárást megghiúsítaná, ellenőrzés mellett érintkezhet⁵³¹. Egyebekben a terhelt csak olyan korlátozásnak vethető alá, amely a büntetőeljárás jellegéből következik, illetve amelyet a kényszerintézkedést foganatosító intézet rendje szükségessé tesz. Ha bizonyítható, hogy a terhelt az előzetes letartóztatásának fogatba vételét követően a védőjével való kapcsolattartás felhasználásával

a) szökést készít elő,

b) a tanúk befolyásolásával vagy megfélemlítésével, tárgyi bizonyítási eszköz, okirat megsemmisítésével, meghamisításával vagy elrejtésével az eljárás megghiúsítására törekszik, illetőleg

c) újabb, szabadságvesztéssel büntetendő bűncselekmény elkövetésére hív fel, a bíróság – a vádirat benyújtásáig az ügyész indítványára – a védőt az eljárásból kizárhatja⁵³².

Az ideiglenes kényszergyógykezelés megszűnik, ha a tartama lejárt, továbbá, ha a nyomozást megszüntették, annak határideje lejárt, valamint, ha az eljárást jogerősen befejezték. Az ideiglenes kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha az elrendelésének oka megszűnt⁵³³.

A megszüntetésre a bíróság jogosult, ez az alábbi formákban képzelhető el: szabadon bocsátás, előzetes letartóztatás ismételt elrendelése, szabadságvesztés büntetés kiszabása, kényszergyógykezelés elrendelése⁵³⁴.

Ha a nyomozás befejeződött, és a vádemelésre várhatóan a nyomozás határidejének lejártja után kerül sor, e határidő lejártja előtt az ügyész indítványára a bíróság az ideiglenes kényszergyógykezelést legfeljebb az első fokú bíróságnak a tárgyalás előkészítése során hozandó határozatáig meghosszabbíthatja.

Az ideiglenes kényszergyógykezelést a vádirat benyújtásáig az ügyész is megszüntetheti⁵³⁵.

⁵³¹ 1998. évi XIX. tv. 144. § (2)

⁵³² 1998. évi XIX. tv. 135. § (3)-(4)

⁵³³ 1998. évi XIX. tv. 145. § (1)

⁵³⁴ ANTAL Albert - LACZKÓ János - KARDON László, *A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés büntetőjogi és büntető-eljárásjogi problematikája*, Börtönügyi szemle, 2002/4., 108-109.

⁵³⁵ 1998. évi XIX. tv. 145. § (2)-(3)

Az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelése ellen a terhelt házastársa és a nagykorú terhelt törvényes képviselője is jogosult fellebbezésre, valamint indítványozhatják a kényszerintézkedés megszüntetését is⁵³⁶. A törvényalkotó itt abból indult ki, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés tartamában és jellegében nem különbözik a kényszergyógykezeléstől⁵³⁷.

Az élettárs fellebbezési joga problémásabb ugyanis a Be a fellebbezésre jogosultak között. Biztosítja ezt a jogot neki⁵³⁸, ám az ideiglenes kényszergyógykezelésről szóló cikkek között nem. Formálisan így nincs joga a fellebbezéshez, a törvény szelleme és tartalma alapján viszont mégis. A felsoroltakon túl a védő, az ügyész, a vádlott és a fiatalkorú törvényes képviselője is rendelkezik a fellebbezéshez való joggal. A magánvádló és a magánfél viszont nem, mert itt nem a terhelt terhére szóló jogorvoslatról van szó. A felülvizsgálattal és a meghosszabbítással kapcsolatban a törvény nem szól a házastárs és a törvényes képviselő jogairól. Azonban arra lehet következtetni, hogy ha az elrendelés esetén megillette őket a jogorvoslat joga, ezekben a kérdésekben is megilleti őket⁵³⁹.

Ha a büntetőeljárás során adatok merülnek fel arra vonatkozóan, hogy a terhelt elmeállapotának vizsgálata szükséges, elmeorvos szakértő kirendelésére kerül sor. Ha hosszabb ideig tartó kivizsgálás szükséges, a bíróság az elmeállapot megfigyelését rendeli el. Ha a szakvélemény szerint a terhelt elmeállapotának hosszabb szakértői megfigyelése szükséges, a bíróság – a vádirat benyújtásáig az ügyész indítványára – a terhelt elmeállapotának megfigyelését rendeli el. Ha a terhelt fogva van, őt az IMEI-be, ha pedig szabadlábon van, pszichiátriai fekvőbeteg intézetbe kell beutalni. A megfigyelés egy hónapig tarthat, de ezt a határidőt a bíróság a megfigyelést végző intézet véleménye alapján egy hónappal meghosszabbíthatja. Az elrendelés miatt bejelentett jogorvoslatnak nincs halasztó hatálya, kivéve, ha a terhelt szabadlábon van. A szabadlábon lévő terhelt elmeállapotának megfigyelése során a terhelt személyes szabadsága korlátozható, az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint. Ha azonban a terhelt az elmeállapot megfigyelése alól kivonja magát, a pszichiátriai intézet erről haladéktalanul értesíti az elmeállapot megfigyelését elrendelő bíróságot⁵⁴⁰.

⁵³⁶ 1998. évi XIX. tv. 145. § (4)

⁵³⁷ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II...*, i.m., 597.

⁵³⁸ Lásd 1998. évi XIX. tv. 324. § (1)!

⁵³⁹ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II...*, i.m., 597-598.

⁵⁴⁰ 1998. évi XIX. tv. 107. §

Korábban előfordult a gyakorlatban, hogy a bíróság együttesen rendelte el az ideiglenes kényszergyógykezelést és az elmeállapot megfigyelését. Ez azonban helytelen, mert az előző jogintézmény feltétele, hogy alaposan lehessen arra következtetni, hogy a kényszergyógykezelést majd el kell rendelni. Ezzel szemben az elmeállapot megfigyelése akkor merülhet fel, ha a büntetőjogi intézkedés későbbi alkalmazása még kétséges. Mindezek alapján elmondható, hogy elmeállapot megfigyelése megelőzheti az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelését, együttes alkalmazásukra azonban nincs lehetőség⁵⁴¹.

Végrehajtás során a kényszergyógykezelés szabályait kell alkalmazni, néhány eltéréssel. Ezek közé tartozik, hogy a beteg kórlapján kétnaponta kell feltüntetni minden állapot- és kezelésváltozást, illetve ezek hiányát. Más egészségügyi intézményben történő elhelyezésről előzetesen értesíteni kell a rendelkezési jogkör gyakorlóját, ebben az esetben ezt az időtartamot be kell számítani az ideiglenes kényszergyógykezelés időtartamába.

A kényszerintézkedés kezdőnapja az IMEI-be történő befogadás napja, ha az ideiglenes kényszergyógykezelés előtt már megfigyelték a terhelt elmeállapotát, akkor az elrendelés napja.

Az ideiglenes kényszergyógykezelés határidejének lejárta előtt a főigazgató főorvos a kórrajzot megküldi az elrendelő bíróságnak. Ha a befogadott nem kóros elmeállapotú, a kényszerintézkedés megszüntetésére tesz javaslatot⁵⁴².

A megszüntetésig az IMEI gondoskodik a beutalt őrzéséről és felügyeletéről. A kényszerintézkedés megszüntetése esetén a terheltet a szükséges igazolásokkal el kell látni és még aznap szabadon kell bocsátani. Az elbocsátott személy kórrajz kivonatát az IMEI megküldi a lakóhely szerint illetékes pszichiátriai intézetnek. Ha az ideiglenes kényszergyógykezelés megszüntetésével egyidejűleg sor került az előzetes letartóztatás elrendelésére, intézkedni kell a büntetés-végrehajtási intézetbe történő átszállításról. Ha a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolásra szorul, az IMEI megfelelő osztályán kell folytatni a kezelést, vagy pedig átszállítani a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházába.

⁵⁴¹ KOVATSITS Gábor, *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól*, *Ügyészek Lapja*, 2001/3., 65.

⁵⁴² 36/2003. IM. rendelet 16. §

A kényszerintézkedésnek azért is jelentősége van, mert a felülvizsgálatra irányuló különleges eljárásban a felülvizsgálati határidőt az ideiglenes kényszergyógykezelés megkezdésének napjától kell számítani⁵⁴³.

6.6. A cselekvőképesség – A kényszergyógykezelés polgári jogi vonatkozása

6.6.1. A cselekvőképesség történeti áttekintése

Mint már említettem, az elmebetegek jogállásának polgári jogi vetületét elsőként a Tripartitum ragadta meg. A XIX. században az elmebetegeket cselekvőképtelennek tekintették. Gondnokság alá helyezésükre ugyanazok a szabályok vonatkoztak, mint a tékozlókkal kapcsolatos hasonló eljárásra. Sem a korszak jogalkotása, sem a jogirodalom nem foglalkozott azonban azzal, hogy e személyek jognyilatkozatát mennyiben kell figyelembe venni vagy érdekeiket milyen módon kell megvédeni. A gyámságról és a gondnokságról szóló törvény⁵⁴⁴ rendelkezett az elmebetegek gondnokság alá helyezéséről, és a tékozlóhoz hasonlóan bírálták el őket. A jogszabály megkülönböztette a gyengeelméjűek kategóriáját is, bár fogalom meghatározást nem adott rájuk. Az eljárás a tékozlók és a gyengeelméjűek tekintetében hasonlított annyiban, hogy csak bizonyos személyek kérése esetén kerülhetett rá sor. Elmebetegség esetén ez nem volt követelmény. A bírói gyakorlat nem azt tekintette döntőnek, hogy az illető szenved-e valamilyen betegségben, hanem azt, hogy a betegség következtében hiányzik-e értelmi képességének az a foka, amelynek segítségével fel tudja fogni nyilatkozatainak következményeit⁵⁴⁵.

Az Mtj. átfogó szabályozást tartalmazott a cselekvőképességre nézve. A javaslatot feldolgozó *Szladits Károly* szerint cselekvőképés az, aki a maga nevében saját személyében érvényes jogügyletet köthet. Akit a törvény részben, vagy egészben megfoszt ettől a képességétől, korlátozottan cselekvőképésnek, illetve cselekvőképtelennek minősül. E szerint a cselekvőképesség jogügyleti képességet jelent.

⁵⁴³ FELEKY – HOLÉ (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, II. ...*, i.m., 595.

⁵⁴⁴ 1877. évi XX. tv.

⁵⁴⁵ HARMATHY Attila, *Az elmebetegek polgári jogi jogállása*, Jogtudományi Közlöny, 1985/9., 515.

Cselekvőképtelennek tekinti

- a 12. évét be nem töltött gyermeket
- „*azt, aki elmebetegség miatt, vagy egyéb okból eszének használatától meg van fosztva, amíg ez az állapot tart*”.

Ennek megfelelően a cselekvőképtelenség lehet tartós, vagy átmeneti állapot is. Az ilyen személy semmilyen jognyilatkozatot nem tehet, még törvényes képviselője utólagos hozzájárulásával sem. Ebből következik, hogy a szerződés a másik felet sem kötelezi még akkor sem, ha a törvényes képviselő, vagy a cselekvőképessé vált egyén azt fenn akarná tartani.

Szladits azonban megemlíti, hogy a gyakorlat enyhített ezen a szigorú szabályon: a semmisséget nem lehetett a cselekvőképtelen fél hátrányára érvényesíteni. Nem tekinthető semmisnek a mindennapi élet csekély jelentőségű ügyletei sem, amelyet a közfelfogás szerint a gyerekek is megköthetnek.

Korlátozottan cselekvőképésnek minősül:

- a kiskorú, aki 12. évét betöltötte
- az a nagykorú, akit a bíróság gondnokság alá helyezett, ha „*az illető egyébként eszének használatában van*”.

Az ilyen személy törvényes képviselőjének hozzájárulása nélkül kötelezettséget nem vállalhat, és jogokról nem mondhat le, de jogokat szerezhet és kötelezettségektől mentesülhet. A törvényes képviselő önmaga is köthet képviseltje nevében szerződést, és utólagos hozzájárulásával is érvényessé teheti annak ügyleteit.

A gondnokság alá helyezett cselekvőképessége ugyanolyan szabályok alá esik, mint a 12 éven felüli kiskorúaké. Elvileg az elmebetegség címén gondnokság alá helyezett is csupán korlátozottan cselekvőképésnek minősül. Az ilyen személy annyiban cselekvőképtelen, amennyiben az adott esetben nincsen meg a szükséges ítélőképessége. Világos pillanataiban⁵⁴⁶ azonban a kiskorúakkal esik egy szabályozás alá. A gondnokság alá helyezett elmebetegekkel szemben több korlát érvényesült, mint az olyan betegekkel szemben, akiket nem helyeztek gondnokság alá. Ez a különbség leginkább a világos időközök megítélésénél érhető tetten. Aki nem áll gondnokság hatálya alatt, önállóan köthet olyan szerződést is, amely kötelezettséget ró rá, egy gondnokolt szerződése azonban a szükséges jóváhagyástól függ. A gyakorlatban a

⁵⁴⁶A büntetőjog is foglalkozott a világos időköz problémájával. A mai jogtól eltérően a világos pillanatokban bűncselekményt elkövető személyt teljesen beszámíthatónak tartotta. DOMOKOS Andrea: *A bűntevő elmetehetségéről*, Jogtörténeti Szemle, 2005/3., 2.

bíróságok elmebetegség esetén cselekvőképességet kizáró, gyengeelméjűség esetén cselekvőképességet korlátozó gondnokságot rendelnek el.

Az utóbbi kategóriába tartozó gondnokoltak szerződéseire ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint a kiskorúak ügyleteire⁵⁴⁷.

A Ptk. hatálybalépése után a legjelentősebb változtatást a 2001. évi XV. törvény tartalmazta. A 2001-es módosítás előtt a cselekvőképességre vonatkozó jogalkotást a rugalmatlanság jellemezte. A bíróság mozgásterét csak annak meghatározására korlátozódott, hogy az egyén cselekvőképessége korlátozott-e, vagy teljesen hiányzik. A további szabályokat már a törvény határozta meg, egyéniesítésre nem volt lehetőség. A 1960-as évektől kezdve elindult Nyugat-Európában a cselekvőképességre vonatkozó rendelkezések felülvizsgálata. A gondnokság alá helyezés az élet minden területén megvonta a gondnokolttól az önrendelkezési jogot. A változtatást két tényező indokolta: egyrészt az arányosság követelménye, másrészt az egészségügyi kezeléssel kapcsolatos döntések növekvő súlya. A gondnokság intézménye elsősorban nem személyes ellátást jelent, hanem vagyoni jogi döntések képezik az alapját. Az orvosi ellátás fejlődésével azonban egyre nagyobb jelentőséggel bírtak azok a jognyilatkozatok, amelyek a gyógykezelésbe való beleegyezésre vonatkoztak. Több probléma is felmerült ezzel a kérdéssel kapcsolatban: az eredeti állapot helyreállítására rendszerint itt nincs lehetőség, ráadásul a cselekvőképesség kérdését a jogban járatlan egészségügyi alkalmazottaknak kell napról-napra megítélni. Ezek alapján elmondható, hogy a reform kulcskérdése a gyógykezelésbe történő beleegyezés problémája⁵⁴⁸. A változtatást segítette az Európa Tanács R. (99) 4 számú ajánlása a cselekvőképtelen nagykorúak jogi védelméről. Az ajánlás alapelveként rögzíti a jogi környezet rugalmasságának követelményét, az egyén döntési képességének maximális biztosítását, a nyilvánosságot és az arányosságot. Eljárási alapelveket is felsorol, többek között a személyes meghallgatáshoz való jogot, valamint a felülvizsgálat és a fellebbezés követelményét. Foglalkozik a képviselő hatáskörének korlátozásával és felelősségének kérdéseivel. Nem hagyja figyelmen kívül az orvosi beavatkozással kapcsolatos problémákat, így a beleegyezés kérdését és sürgős szükség esetén a beavatkozás elvégzésének megengedhetőségét⁵⁴⁹. A 2001-es módosítás előtt több hiányosság is felmerült a cselekvőképesség szabályozásával kapcsolatban. Az

⁵⁴⁷ SZLADITS Károly, *A magyar magánjog vázlatja, I. kötet*, Grill Könyvkiadó, Budapest., 1933. 121-130.

⁵⁴⁸ DÓSA Ágnes, *A nem teljesen cselekvőképes személyek jogai: Rugalmasabb szabályozás felé*, Fundamentum, 2000/2., 83-84. o

⁵⁴⁹ Az Európa Tanács R. (99) 4 sz. Ajánlása a cselekvőképtelen nagykorúak jogi védelméről

akkori rendelkezések - néhány esetet kivéve - kizárták, hogy a gondnokolt önállóan tegyen jognyilatkozatot. Ez a módosítás után megváltozott, hiszen a cselekvőképességet korlátozó gondnokság esetén a bíróság meghatározza, hogy mely ügycsoportok terén tehet önállóan jognyilatkozatot a gondnokolt. Nem különítette el a kiskorúakra és a nagykorúakra vonatkozó szabályokat. A 2001-es módosítás vezette be a kötelező felülvizsgálat követelményét is. Ezt megelőzően, akinek beszámítási képessége állandó jelleggel teljesen hiányzott mellőzhető volt az időszakos felülvizsgálat követelménye is, hiszen az állandó jelleg a belátási képesség visszafordíthatatlan hiányát foglalta magába. Ez a szabályozás nem vette figyelembe, hogy a mentális betegségek többnyire hatékonyan kezelhetőek, de legalábbis javulást eredményezhetnek⁵⁵⁰. Módosult a korlátozottan cselekvőképes személyek által tehető jognyilatkozatok érvényességére vonatkozó szabályozás. Mindezek mellett 2001-ben bevezetésre került az ideiglenes gondnokrendelés és a zárlat jogintézménye is.

6.6.2. A cselekvőképesség a hatályos polgári jogban

A Ptk. szerint cselekvőképes mindenki, akinek cselekvőképességét törvény nem korlátozza vagy nem zárja ki. Aki cselekvőképes, maga köthet szerződést, és tehet jognyilatkozatokat.

A cselekvőképtelenséget több ok eredményezi:

- 14. életév be nem töltése,
- 14. évét betöltött kiskorút, vagy nagykorú személyt a bíróság jogerős ítélettel cselekvőképességet kizárólagos gondnokság alá helyezi,
- gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen az a személy, akinek állapota miatt teljesen hiányzik az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége.

A továbbiakban csak korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen nagykorúakkal foglalkozok.

A Ptk. szerint korlátozottan cselekvőképes az a nagykorú, akit a bíróság ilyen hatállyal gondnokság alá helyezett. Ehhez fenn kell állnia a törvényben meghatározott valamelyik egészségügyi oknak: pszichés állapotnak, szellemi fogyatkozásnak, vagy

⁵⁵⁰ SCHIFFER András, *A korlátlan jogkorlátozás vége?* Fundamentum 2000/2., 98.

szenvedélybetegségek. Az is szükséges, hogy ezen okok miatt a nagykorú személy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége nagymértékben csökkenjen. A csökkenés lehet tartós, vagy időszakonként visszatérő.

A bíróság a cselekvőképességet általános jelleggel is korlátozhatja, de az is elképzelhető, hogy csak bizonyos ügycsoportok tekintetében teszi meg ezt.

Főszabály szerint jognyilatkozatai csak akkor érvényesek, ha azokat gondnoka jóváhagyásával vagy beleegyezésével tette. A gondnokolt közokiratban feljogosíthatja a gondnokot, arra, hogy helyette és nevébe általános jelleggel eljárjon. A korlátozottan cselekvőképes személynek is lehetnek azonban önálló jognyilatkozatai. Ezek megegyeznek a kiskorúaknál leírtakkal.

Cselekvőképtelen az a nagykorú, akit a bíróság cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett. Ennek feltétele bizonyos egészségügyi okok fennállta, amelyek a szenvedélybetegséget, kivéve megegyeznek a korlátozott cselekvőképességnél leírtakkal. Az is fontos, hogy ezen egészségügyi okok miatt tartósan és teljes mértékben hiányzik az egyén belátási képessége.

A cselekvőképtelen személy is megtehet önállóan néhány jognyilatkozatot, amelyeknek jellemzője:

- a szerződést közvetlenül maga köti és teljesíti,
- adott helyzetben és a gondnokolt körülményeitől függően csekély jelentőségű,
- a mindennapi életben tömegesen fordul elő,
- az ügylet különösebb megfontolást nem igényel⁵⁵¹.

Gondnokság alá helyezés nélküli cselekvőképtelen az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége tartósan, vagy a jognyilatkozat megtételekor átmenetileg teljesen hiányzik. Az „állapot” fogalma alá tartozik a szellemi fogyatkozás, szenvedély betegség, pszichés állapot, gyógyszer hatása alatti bódult állapot, kábítószer hatása miatti bódultság, alkoholos befolyásoltság miatt kialakult bódult állapot.

Az ilyen nagykorú személy jognyilatkozatát a végintézkedés kivételével nem lehet semmisnek tekinteni, cselekvőképtelenség miatt akkor, ha tartalmából és körülményeiből arra lehet következtetni, hogy az az egyén cselekvőképessége esetén is indokolt lett volna⁵⁵².

⁵⁵¹ 1959. évi IV. tv. 14-16. §

⁵⁵² BESENYEI – BÍRÓ, *i.m.*, 36.

A Ptk. nem rendelkezik arról, hogy a cselekvőképtelen személy készíthet-e végrendeletet, azt azonban tartalmazza, hogy a korlátozottan cselekvőképes egyén csak közvégrendeletet tehet, amelyhez nem szükséges sem a gondnok, sem a gyámhatóság hozzájárulása. Ebből arra lehet következtetni, hogy a teljesen cselekvőképtelen személy nem tehet végrendeletet. Előfordulhat, hogy a törvényes örökösök a végrendelet érvénytelenségére hivatkozva azt állítják, hogy a végrendelkező cselekvőképtelen állapotban volt a jognyilatkozat megtételekkor, bár nem állt gondnokság alatt. A bírói gyakorlat ilyenkor is ragaszkodik ahhoz, hogy a cselekvőképtelen állapotot orvosi szakvélemény támassza alá⁵⁵³.

A házasság érvénytelen akkor, ha egyik vagy mindkét fél a házasság megkötésekor cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt állt vagy cselekvőképtelen állapotban volt. A házasságot azonban csak akkor lehet érvénytelennek tekinteni, ha az bírói ítélet mondta ki. Az érvénytelenítés iránti keresetet csak a cselekvőképtelen fél nyújthatja be, de az eljárást a nevében a gondnok indítja meg a gyámhatóság hozzájárulásával⁵⁵⁴. A Csjt. szerint a házasság felbontására akkor kerülhet sor, ha a felek között a házasság teljesen és helyrehozhatatlanul megromlott⁵⁵⁵. A bírói gyakorlat bontó oknak tekinti a tartós és gyógyíthatatlan betegségeket. Így a különböző mentális betegségek is alapul szolgálhatnak a házasság felbontására, különösen, hogyha a beteg fél magatartása a házastárs vagy a gyermek egészségét veszélyezteti, továbbá, ha az életközösség fennállását nehezíti. A bíróság természetesen más körülményeket is mérlegel döntése során, így azt, hogy a fél házasságkötése előtt titkolta-e a betegségét, és azt is, hogy van-e lehetőség az életközösség megmentésére.

Több megválaszolandó kérdés van a korlátozottan cselekvőképes, ill. a cselekvőképtelen személyek károkozásával kapcsolatban. Az alaptétel szerint nem lehet kártérítésre kötelezni azt a személyt, akinek belátási képessége fogyatékos, vagy hiányzik. A kárért gondozója felelős, kivéve, ha bizonyítja, hogy a felügyelet ellátása érdekében úgy járt el, ahogy az általában elvárható. A vétőképtelen károkozót is lehet kártérítésre kötelezni, de ennek feltétele, hogy gondozóját ne lehessen felelősségre vonni, vagy ne legyen gondozója. Az is szükséges, hogy a kár egészben, vagy részben való megtérítését a felek anyagi viszonyai és az eset összes körülményei nyilvánvalóan

⁵⁵³ HARMATHY, *i.m.*. 519.

⁵⁵⁴ HARMATHY, *i. m.*. 519-520.

⁵⁵⁵ 1952. évi IV. tv 18. § (1)

indokolttá tegyék. A bírói gyakorlat inkább a kiskorúak károkozásával foglalkozik, a mentális betegségben szenvedő egyének által okozott kár nagyon ritkán fordul elő⁵⁵⁶.

6.6.3. Az új Ptk⁵⁵⁷. koncepciója a cselekvőképesség vonatkozásában

Az új Ptk. nem kívánt változtatni a nagykorúak cselekvőképességére vonatkozó szabályokon, a legtöbb ponton a jelenleg hatályos törvény szabályait vette alapul. A szabályozás arra helyezte a hangsúlyt, hogy a fogyatékos ember cselekvőképességének korlátozása lehetőleg elkerülhető legyen, ha pedig arra sor kerül, az szükséges, arányos, kellően differenciált és garanciákkal körülbástyázott legyen⁵⁵⁸.

Az új rendelkezések elméleti alapjait a fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény adta, amelyet a 2007. évi XCII. törvény ültetett át a magyar jogba. Az egyezmény modellje a helyettes döntéshozattal szemben a támogatott döntéshozatal. Ez az elképzelés magával hozza a gondnoksági szabályok felülvizsgálatát. A szöveg fontosnak tartja támogató modellek beépítését a gondnoksági rendszeren belül, vagy azzal párhuzamosan. Felül kell vizsgálni a gondnokság létjogosultságát, különösen a cselekvőképességet kizáró gondnokság fenntarthatóságát. Ezek a lehetőségek mind a fogyatékos személy védelmét és a differenciált szabályozást szolgálják⁵⁵⁹. Mint látni fogjuk, ezek az elképzelések nyomot hagytak az új Ptk-n is.

Angolszász mintára az új Ptk. bevezeti az előzetes jognyilatkozatot és a támogatott döntéshozatalt. Az előbbi jogintézmény szerint, a nagykorú és cselekvőképes személy cselekvőképességének korlátozása, vagy belátási képességének csökkenése esetére meghatározott alakiságuk mellett, vagyon és személyi viszonyai rendezésének érdekében jognyilatkozatot tehet⁵⁶⁰. A támogatott döntéshozatal alapján „*a gyámhatóság az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában segítségre szoruló nagykorú számára, annak kérelmére, a támogató kirendeléséről határoz*”. Ha a cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezési perben a bíróság úgy ítéli meg, hogy a cselekvőképesség részleges korlátozása sem indokolt, de az érintett személy meghatározott ügyei intézésében belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szorul, a gondnokság alá helyezési iránti keresetet

⁵⁵⁶ HARMATHY, *i. m.*, 520.

⁵⁵⁷ 2013. évi V. tv.

⁵⁵⁸ GADÓ Gábor, *Eltérő és egyező álláspontok az új Ptk. előkészítése során*, Magyar Jog 2008/6., 386.

⁵⁵⁹ 2007. évi XCII. tv.

⁵⁶⁰ 2013. évi V. tv. 239. § (1)

elutasítja, a gyámhatóság pedig kirendeli a támogatót, amely kirendelés azonban ⁵⁶¹nem érinti az egyén cselekvőképességét.

Az Egyezmény által felállított rendszer és az új Ptk - ban kidolgozott elképzelések az angolszász országokban másfél évszázada működnek. Felmerül azonban a kérdés, sikerül-e és egyáltalán van-e értelme átvenni egy, a hazai jogi gondolkodástól merőben eltérő szabályozást.

6.6.4. A kényszergyógykezelés és a cselekvőképesség összefüggései

A kényszergyógykezelést eredményező beszámíthatatlanság büntethetőséget kizáró ok, de nem eredményez cselekvőképtelenséget. A cselekvőképtelenség és a kóros elmeállapot tehát nem szükségszerűen egymást fedő fogalmak, azonban az IMEI-ben kényszergyógykezelésüket töltők 80 %-a cselekvőképességet kizáró gondnokság hatálya alatt áll. Ennek megfelelően nem kötelezhetőek kártérítésre, és nem végrendelezhetnek. A korlátozottan cselekvőképes kényszergyógykezelt közvégrendeletet tehet, ebben az esetben végrendelete érvényességéhez a törvényes képviselő, vagy a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges. Egyebekben a cselekvőképesség általános szabályai irányadóak. Ami a társadalombiztosítási helyzetet illeti, a kényszergyógykezelés végrehajtásának ideje alatt is megilleti a táppénz és más juttatások, ha biztosítottként került betegállományba, vagy szerezte meg a jogokat, és a törvényes feltételeknek egyébként megfelel⁵⁶².

A fentiekben foglalkoztam a cselekvőképesség történeti fejlődésével, a jogintézmény hatályos szabályozásával, és az új Ptk. vonatkozó rendelkezéseivel is. Elmondható, hogy a jogintézménnyel kapcsolatos főbb irányvonalak változatlanok. A 2001-es módosítás és az annak nyomán kialakult gyakorlat megfelelőnek bizonyult az elmúlt évek során. A legfontosabb alapelv a differenciált szabályozás és az egyéniesítés középpontba állítása. Kérdéses azonban, hogy a fentiekben elemzésre került újítások valóban a differenciálást és a beteg érdekét szolgálják-e.

⁵⁶¹ 2013. évi V. tv. 238. §

⁵⁶² VÓKÓ, *Büntetés végrehajtási...*,i.m., 336-337.

6.7. Betegjogok

Mint mindenki mást, a betegeket is megilleti az emberi méltósághoz való jog, amely az élethez való joggal együtt az első helyen áll, védi az emberi személyiség egészét, az ember jogi státusát. Az emberi méltósághoz való jognak több funkcióját különböztethetjük meg. Ezek közül az első a személyiségvédelmi funkció. Ennek megfelelően az ember különleges megítélésre méltó és ehhez mérten különleges bánásmód illeti meg. A másik funkció az egyenlőség biztosítása. Az emberi méltósághoz való jog korlátozhatatlan, legyen szó rendkívüli vagy szükségállapotról, veszélyhelyzetről, e jog gyakorlása nem függeszthető fel és nem korlátozható. Az emberi méltósághoz való jog alapvető fontosságú, ezért a kezelés során mindenkit megillet az a jog, hogy tisztelettel bánjanak vele, és csak az állapota által indokolt beavatkozásokat végezzék el rajta. E jog korlátozásának feltételei, ha a beteg saját, vagy mások életét veszélyeztető támadása miatt az orvosi beavatkozás biztosítása szükséges, az intézményből engedély nélkül távozni akar, vagy a kezeléssel szemben ellenállást tanúsít. Ezekben az esetekben is csupán megfelelő és differenciált testi kényszer alkalmazása jöhet szóba⁵⁶³.

Az egészségügyi törvény szerint az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. A fogalomhoz tartozik, hogy a betegen – e törvény eltérő rendelkezésének hiányában – kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el. Az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig – törvényben meghatározott – mértékben és módon korlátozható. Az egyén személyes szabadsága – ellátása során – fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal korlátozható. Mindez csupán néhány esetben: sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében képzelhető el. Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést tilos alkalmazni⁵⁶⁴. A korlátozó intézkedés csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.

Korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazását a beteg kezelőorvosa rendeli el. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően, – amennyiben ez nem lehetséges az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül – rögzíti az

⁵⁶³ TÓTH Gábor Attila – HALMAI Gábor: *Emberi Jogok*, Osiris, Budapest, 2003., 256-262.

⁵⁶⁴ Ennek megfelelően az ápoltat nem lehet bántalmazni vagy szidalmazni, de az sem lehetséges, hogy a betegek egymást bántalmazzák, szidalmazzák. ANTAL – LACZKÓ – KARDON, *i.m.*, 103.

egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát. Állandó orvosi felügyelet hiányában – kivételesen indokolt esetben – ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást.

A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást meg kell szüntetni. Korlátozó módszerek és eljárások alkalmazása esetén a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen – a szakmai szabályoknak megfelelően – ellenőrizni kell. A beteg egészségügyi dokumentációjában az ellenőrzés tényét és eredményét fel kell tüntetni⁵⁶⁵.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog minden beteget, így a kényszergyógykezeltet is megilleti. Ez alapján mindenki jogosult, az egészségi állapotának megfelelő, folyamatos és megkülönböztetéstől mentes ellátásra. Az orvos és a beteg közötti kapcsolat általában a bizalomra épül, amelyből eredeztethető a szabad kezelőorvos választás joga. Az intézkedés esetén azonban mindez csak korlátozottan érvényesül, hiszen az IMEI orvosainak nem csak joga, hanem kötelessége is a gyógyító tevékenység. A kényszerből adódóan e jog korlátozása nem minősül jogsértésnek. Garanciát jelent azonban a betegjogi képviselő működése⁵⁶⁶. A betegjogi képviselő szerepének fontosságát jelzi, hogy az adaptációs szabadság engedélyezéséről döntő Adaptációs Bizottságnak a tagja az IMEI betegjogi képviselője⁵⁶⁷.

A kapcsolattartás joga a kényszergyógykezelés esetén az elítéltekkel azonos formában jelenik meg. Ebből következik, hogy a kényszergyógykezeltnek joga van a levelezésre, telefonbeszélgetésre, látogató fogadására, vallásának szabad gyakorlására, sajtótermék megrendelésére, csomagküldésre és annak fogadására. Ezek mellett azonban eltérésekkel is találkozhatunk, hiszen a látogatások gyakoriságát és annak körülményeit a látogatási rend szabályozza, amely a beteg egészségügyi és elmeállapotától teszi függővé a kapcsolattartás gyakorlását. Ezen túlmenően a levelezést és a telefonbeszélgetést szűrőpróbaszerűen ellenőrizni kell. A betegek korlátozás nélkül érintkezhetnek mind jogi képviselőjükkel, mind az IMEI betegjogi képviselőjével,

⁵⁶⁵ 1997. évi CLIV. 10. § (1)-(5)

⁵⁶⁶ PALLO József, *A gyógyító jellegű ...*, 29.

⁵⁶⁷ 36/2003. IM rendelet 9. § (1) g)

azonban ez a gyógyítás folyamatát nem akadályozhatja⁵⁶⁸. A védővel való találkozások időpontjai igazodnak a kórházi rendhez, valamint az IMEI hivatali rendjéhez. Az intézmény köteles biztosítani a jogi képviselővel történő telefonbeszélgetést is heti egy alkalommal. A jog látszólagos korlátozását az indokolhatja, hogy a kapcsolattartásnak ez a formája csak kiegészítés, a beteg levelezhet és személyesen is beszélhet vele. A védővel való folyamatos kapcsolattartás, a jogi segítségnyújtás a fogva tartás során kiemelt jelentőségű egy zárt intézetben⁵⁶⁹. Ez a kérdés azonban már átvezet minket a védelem jogának problémájához; a hatékony jogi segítségnyújtás nem pusztán egy védő kirendelését jelenti, hanem jogi segítség nyújtását az eljárás, majd a fogva tartás időtartama alatt. Az ügyvédekről szóló törvény is rendelkezik az ügyvéd azon kötelességéről, hogy az köteles az ügyben eljárni, a hatóság idézésének eleget tenni, valamint a terhelttel, illetve az általa képviselt személlyel a kapcsolatot felvenni⁵⁷⁰. Ennek ellenére a kényszergyógykezeltekkel történő kapcsolattartás az ügyvédi munkának meglehetősen periférikus területe⁵⁷¹. Jól jellemzi a kialakult helyzetet, hogy a Budapesti Ügyvédi Kamara a kényszergyógykezelés felülvizsgálatára szóló eljárásokat még nem vizsgálta, ezzel kapcsolatban fegyelmi eljárás sem indult. Ennek oka lehet, hogy a jogi képviselők a kollegiális viszony megsértésének éreznék, ha egy másik ügyvéddel szemben fegyelmi eljárást kezdeményeznének⁵⁷².

A MDAC⁵⁷³ egyik kutatásában⁵⁷⁴ vizsgálta a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának anomáliát, ennek során kitért a védő, pontosabban a kirendelt védő szerepére. Problémaként merül fel, hogy a kirendelt védők nem találkoznak védenceikkel a tárgyalás előtt, a kényszergyógykezeltek leggyakrabban csak a tárgyaláson tudják meg, ki a védőjük. Így kevés az esély arra, hogy a védő hatékonyan tudja képviselni a kényszergyógykezeltek érdekeit. Nem ritka az az eset sem, hogy a védő anélkül látja el a védelmet, hogy arra vonatkozóan védencétől bármilyen iránymutatást kapott volna (tekintettel arra, hogy nagy valószínűséggel a tárgyalás előtt nem találkoztak, ez nem meglepő fejlemény). Nehézséget jelent, hogy a védők akkor sem vitatják az orvos

⁵⁶⁸ PALLO, *i.m.*, 29-30.

⁵⁶⁹ HEVÉR, *i.m.*, 345.

⁵⁷⁰ 1998. évi XI. tv. 31. § (2)

⁵⁷¹ Az Emberi Jogok Európai Bírósága is foglalkozott ezzel a kérdéssel, lásd pl. *Pereira v. Portugália* ügyet.

⁵⁷² HEVÉR, *i.m.*, 346.

⁵⁷³ Mental Disability Advocacy Center (Központ a Mentálisan Sérültek jogaiért Alapítvány)

⁵⁷⁴ *Megvont Szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*

szakértői véleményeket, ha a beteg azzal nem ért egyet. Egy mentális problémával küzdő, gyógyszeres kezelés alatt álló személy segítség nélkül nehezen tudja érvényre juttatni az álláspontját. A kutatásban vizsgált számos eset közül találhatunk arra is példát, hogy a védő nem erősíti meg a kényszergyógykezelt kívánságát (adott esetben az intézmény elhagyására vonatkozóan), hanem - a beteggel történő bármilyen konzultáció nélkül – a pszichiátriai szakvéleménnyel ért egyet. Gyakoribb eset, hogy a védő nem csupán nem vitatja, hanem megjegyzést sem fűz a szakértői véleményben elhangzottakhoz⁵⁷⁵. Véleményem szerint ez két okra vezethető vissza: egyrészt a védő nem vállalja az esetleges ellentmondás felelősségét. Ez azonban nem magyarázat arra, miért nem tesznek fel további kérdéseket vagy fűznek hozzá valamilyen megjegyzést. Ennek indoka a szakirányú ismeretek teljes hiánya lehet.

A kutatásból kiderült az is, hogy a védők szerint a szakvélemény vitatásának egyrészt semmi esélye, másrészt a betegeknek kóros elmeállapotuk miatt nincs igazán szükségük jogi védelemre ezekben az esetekben. Részvételüket az eljárásban csak egyfajta jogi garanciának tekintik, a nehézségeket pedig tovább fokozza az alacsony díjazás.⁵⁷⁶

Az intézmény elhagyásának a joga csak erős korlátokkal érvényesül, mert szabad elhatározásából a beteg nem távozhat az IMEI-ből. Ettől függetlenül el lehet hagyni az intézményt, ennek formája az adaptációs szabadság lehetősége. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata után pedig lehetőség nyílik az intézkedés megszüntetésére⁵⁷⁷.

A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható. *„Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza”*⁵⁷⁸. Az egészségügyi önrendelkezési jog a beteg állapotától függ, itt azonban a belátási képesség nem teljes. Az egészségügyi törvény szerint minden ápoltnak a kezeléshez, a kivizsgáláshoz, az orvosi beavatkozáshoz megfelelő

⁵⁷⁵ MDAC, *Megvont Szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*, Mental Disability Advocacy Center, Budapest, 2004., 24-27.

⁵⁷⁶ MDAC, *i.m.*, 28-32.

⁵⁷⁷ PALLO, *A gyógyító jellegű...*, *i.m.*, 30.

⁵⁷⁸ 1997. évi CLIV. TV. 15. (1)-(2)

tájékoztatáson alapuló beleegyezését kell adnia. A jogszabályok nem adnak választ egyértelműen arra a kérdésre, hogy mire terjed ki a kényszergyógykezelt önrendelkezési joga⁵⁷⁹. Véleményem szerint ez a jog csak korlátozottan érvényesül, amelyre az intézkedés „kényszer” fogalma is utal. Ettől függetlenül a jog gyakorlása csak egyéniesítve, esetenként értékelve képzelhető el.

Az ellátás visszautasításának a joga éppen a jogintézmény kényszer jellegéből adódóan nem bír jelentőséggel⁵⁸⁰, azonban az emberi méltósághoz való jognak itt is érvényesülnie kell.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga alapján a beteg megismerheti a kezeléssel összefüggő adatokat, a dokumentációba betekinhet, arról saját költségén másolatot készíthet, és a kezelésről tájékoztatást kérhet. E jog része, hogy a kezelés befejezésekor zárójelentést kell készíteni. A beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni. A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet, azt úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.⁵⁸¹ Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jogot részletesen szabályozza az egészségügyi törvény⁵⁸², korlátozottan cselekvőképes személy dokumentációjába való betekintési jog a beteget illeti meg, illetve a beteg a megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit a 13. § alapján tájékoztatni kell. Ezek hiányában a törvényes képviselőt illeti meg a dokumentációba való betekintés joga⁵⁸³.

A jog gyakorlásának a feltétele a kényszergyógykezelés esetén, hogy a befogadáskor a beutalt kórlapján a személyi adatokon túl fel kell tüntetni a beutaló bíróság adatait is. Emellett havonta legalább egy alkalommal minden fontosabb gyógykezelést, vagy állapotváltozást, illetve azok hiányát is rögzíteni kell. Az elbocsátás után a részletes kórrajz kivonatát meg kell küldeni az illetékes pszichiátriai intézetnek. Az intézkedés

⁵⁷⁹ PALLO, *A gyógyító jellegű...*, i.m., 31.

⁵⁸⁰ PALLO, *A gyógyító jellegű...*, i.m., 31.

⁵⁸¹ 1997. évi CLIV. tv. 21. § (3)-(4)

⁵⁸² Lásd 1997. évi CLIV. tv. 16. § (2)

⁵⁸³ 1997. évi CLIV. tv. 21. § (6)

viszonylatában a jog korlátozása csak akként merülhet fel, hogy a kényszergyógykezelt képes-e a dokumentáció tartalmának megfelelő értékelésére⁵⁸⁴. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata során felmerül egy kérdés: a szakértői véleményt az intézet csupán a bíróságnak küldi meg. Ha a kényszergyógykezelt vagy a védője meg akarják ismerni a dokumentumot még annak ismertetése előtt, el kell menni a bíróságra – amelyért azonban nem jár díjazás. Ez a gyakorlatban hátrányos helyzetbe hozza a kényszergyógykezeltet, hiszen nincs idő és lehetőség ellenérveket összegyűjteni. Ez sérti a fegyverek egyenlőségének elvét. Hasonlóképpen probléma, hogy a szakvéleményhez nem lehet ingyen hozzájutni, azokból csupán saját költségen lehet másolatot készíteni. Helyesebb lenne, ha a védőnek is megküldésre kerülne a szakvélemény.

Az orvosi titoktartáshoz való jog is sajátosan érvényesül a kényszergyógykezelés esetében. A jog tartalma, hogy az orvosok és az ápolók az ellátás során tudomásukra jutott személyes és egészségügyi adatokat megőrizték, és azokat csak az arra jogosultaknak bocsássák rendelkezésére. Az intézkedés során problémát okoz, hogy nemcsak azok vannak jelen, akik részt vesznek a gyógyítás folyamatában, hanem azok is, akiknek a részvétel szolgálati kötelessége. Itt különösen a nyomozóhatóságra és a büntetés-végrehajtási személyzetre kell gondolni. Emiatt a beteg adatainak védelme különös hangsúlyt kap. Ennek érdekében az IMEI szervezeti és működési rendje határozza meg az átadható információk körét. Az illetékes szerveket és személyeket csak a jogszabályban meghatározott módon és mértékben lehet tájékoztatni. Telefonon még ezeknek a szerveknek is csupán általános felvilágosítás adható, miután az orvos visszahívással meggyőződött a hívó fél személyéről. A hozzátartozóknak és a gondnoknak történő információ átadása során arra kell figyelemmel lenni, hogy a közölt adatok ne nehezítsék a kényszergyógykezelt későbbi rehabilitációját. A tájékoztató orvos nem csupán etikailag, hanem fegyelmileg és büntetőjogilag is felelős a közölt információkért⁵⁸⁵.

Mint minden beteget, a kényszergyógykezeltet is megilleti az orvosi titoktartáshoz való jog. Ez alapján „*a beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék*”. A betegnek továbbá joga

⁵⁸⁴ PALLO *A gyógyító jellegű..., i.m.*, 31.

⁵⁸⁵ PALLO, *A gyógyító jellegű..., i.m.*, 32.

van arról nyilatkozni, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből⁵⁸⁶.

A betegnek azonban több kötelezettsége is van. Ha azt egészségi állapota lehetővé teszi köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal együttműködni. A kötelességei közé tartozik többek között, hogy tájékoztassa őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez. Továbbá tájékoztatnia kell őket – saját betegségével összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról. A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait⁵⁸⁷.

A betegjogok gyakorlásának módját egyébként gyógyintézeti házirend szabályozza⁵⁸⁸.

Az IMEI-ben az Alapvető Jogok Országgyűlési Biztosa több alkalommal végzett vizsgálatot, legutóbb 2012-ben. Jelentésében kifejtette, hogy „*az intézet mindhárom épülete jelentősen leromlott állapotú, börtönszerű be- és elrendezés jellemzi*”, különösen a fűtési rendszer állapotát találta aggasztónak. Kórtermek mérete és az azokban elhelyezett betegek száma változó – 1 és 20 fő körüli -, az ajtók vasból készült zárkaajtók. Az intézményben lift nincs, annak ellenére, hogy testi fogyatékkal élőket is kezelnek az intézményben. 93 fő szakápoló dolgozik az intézményben, amely nem elegendő az ápoltak ellátására⁵⁸⁹.

Az ombudsman a leromlott tárgyi feltételek miatt úgy találta, hogy a kezelés alatt álló fogva tartott betegek, valamint beutaltak elhelyezési körülményei továbbra is visszásságot okoznak az emberi méltósághoz való joggal és a jogegyenlőség megteremtésének elvével összefüggésben.

Bár Az IMEI új épületbe költöztetése évek óta napirenden van, eddig nem sikerült érdemi előrelépést tenni⁵⁹⁰.

⁵⁸⁶ 1997. évi CLIV. tv. 25. § (1)

⁵⁸⁷ 1997. évi CLIV. tv. 26. § (1)-(2)

⁵⁸⁸ 1997. évi CLIV. tv. 27. § (1)

⁵⁸⁹ Az üres státuszok a bv. rendszerén belül hatályban lévő létszámstop miatt nem betölthetőek.

⁵⁹⁰ <http://www.ajbh.hu/allam/jelentes/201205019.rtf> (2013. 02. 22.)

A helyszíni vizsgálat során egy külföldi állampolgárságú, a magyar nyelvet nem beszélő és nem értő fogvatartott arról számolt be, hogy az ombudsmani ellenőrzést megelőző napokban, megfelelő kommunikáció hiányában, senkinek nem tudta jelezni akut nőgyógyászati problémáját, így nem kaphatott ellátást sem. Ebből arra lehet következtetni, hogy a magyar nyelven nem beszélő kezelttekkel a kommunikáció nem zökkenőmentes, ez pedig sérti a hátrányos megkülönböztetés tilalmát, továbbá közvetlenül veszélyezteti az egészségügyi ellátást is⁵⁹¹.

Hasonlóképpen, a szakorvosi utánpótlás sem megoldott, a pszichiáterek 70 év körüli átlagéletkora az előző ombudsmani vizsgált óta nem változott. Az intézetben elhelyezettek állapotának folyamatos figyelemmel kísérése érdekében – a kényszergyógykezeltek osztályainak kivételével – valamennyi kórteremben működik kamera. Ezekkel kapcsolatban aggályosnak tekinthető a felvételeket rögzítő monitor rendszeres, 24 órás, szakszerű figyelése. Nappal ezt a feladatot erre kijelölt ápoló végzi, de éjszaka azonban a szolgálatban lévő két ápoló kevésnek bizonyul. Az egyikük feladata ugyan a monitor figyelése, de ha valamilyen rendkívüli esemény miatt mindkét ügyeletben lévő ápolónak intézkednie kell, a kamerák őrizetlenül maradnak.

Mindezekre tekintette az ombudsman megállapította, hogy a kényszergyógykezeltek és a beutaltak ellátásának, illetőleg tárgyalásra, nyomozati cselekményre, külkórházi ellátásra történő előállításának jelenlegi személyi és infrastrukturális feltételei nem megfelelőek. A fennálló helyzet közvetlenül veszélyezteti az ellátottak élethez és emberi méltóságához, valamint testi és lelki egészséghez való jogát.

Kifejtette továbbá a vizsgálat, hogy az IMEI-ben kezelt speciális – mentális állapotuk miatt akadályozott – betegcsoport, illetve beutalt személyek tekintetében nem, vagy jelentős korlátozással érvényesülnek a betegjogi képviselő által garantált egyezségi, mediációs, továbbá a jogi segítséget jelentő tevékenységek. Ez a tény tovább növeli a kiszolgáltatottságot, amelyet a zárt intézményi struktúra okoz, Mindez az egészséghez való jognak, azzal összefüggésben a jogbiztonság követelménye sérelmének közvetlen veszélyét idézi elő, és sérti az esélyegyenlőség elvét is⁵⁹².

⁵⁹¹ Ezzel kapcsolatban felmerül az a probléma, hogy a vizsgálatok nem hozzák nyilvánosságra a panaszos nevét, ezért az Intézet nem tud eljárni az ügyben. Interjú Dr. Laczkó János ezredessel (2013. 06. 13.)

⁵⁹² <http://www.ajbh.hu/allam/jelentes/201205019.rtf> (2013. 02. 22.)

A CPT több alkalommal vizsgálódott hazánkban, legutóbb 2009-ben. Ennek során kiemelte, hogy hasznos lenne az IMEI másik épületbe történő költöztetése, és kiszakítani a büntetés – végrehajtási környezetből. Ez segíteni abban, hogy inkább a gyógyító, mint a büntető szempontok érvényesüljenek. Javasolja továbbá az IMEI Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá történő helyezését. Az ápoltak panaszkodtak a testi bántalmazásra és a sértő beszédre, emiatt a CPT további javaslatokkal élt: az ápoló- és őrszemélyzethez intézzék azt az felhívást, hogy az ápoltak bántalmazása nem elfogadható, és megfelelően büntetendő. Kifogásolta továbbá, hogy a személyzet nem részesül megfelelő specifikus képzésben az ápolttal végzendő munkával kapcsolatban. Súlyos problémának tekintete – hasonlóan az ombudsmanhoz - a lepusztult lakókörnyezetet és ezzel összefüggésben a börtönszerű légkört.

A CPT problémának látta továbbá, hogy az ápoltak kötelesek formaruhát viselni. Ezt a magyar hatóságok azzal magyarázták, hogy e gyakorlat megváltoztatása az intézmény bv rendszerben való elhelyezése miatt fokozott kockázatot jelentene – annak ellenére, hogy az ápoltak a nap nagy részét az intézet falain belül töltik. Ezért a gyakorlathoz azt az ajánlást fűzte, hogy tegyenek lépéseket annak érdekében, hogy az IMEI ápolttal nappal saját ruhájukat viseljék, jogállásuktól függetlenül. A CPT felhívja a magyar hatóságokat, hogy alakítsanak ki terápiás és szórakozási/pihenési tevékenységeket az ápoltak számára.

A korlátozó intézkedések alkalmazását a Bizottság nem találta eltúlzottnak, megjegyezte azonban, hogy ezek dokumentálása nem kielégítő formában történik.

A CPT a korlátozó eszközök alkalmazásával kapcsolatban is kifejtette az álláspontját: szabályozó jellegű jogi aktusokon kívül minden pszichiátriai intézetnek átfogó és részletesen kimunkált protokollal kellene rendelkeznie a korlátozó eszközökről. A protokollnak az a szerepe, hogy egyértelművé tegye, milyen korlátozó eszközök alkalmazhatók, milyen körülmények között, ki alkalmazhatja őket, valamint ismertetné az alkalmazások gyakorlati módszereit, a szükséges ellenőrzést, továbbá a korlátozás befejezése utáni teendőket.

A CPT üdvözölte azonban, hogy legutóbbi látogatását követően több fejlemény is történt: megszűnt a kézbilincs használata és az ápoltak telefonhívásainak ellenőrzése⁵⁹³. A szűk körű betegjogokat a kényszergyógykezeltek állapota tovább korlátozhatja. Ezt jelzi, hogy ezen jogok egy részének gyakorlása a főigazgató-főorvos engedélyétől függ. A korlátozásoknak lehetnek elmeorvászati szempontjai. Erre lehet példa, hogy a beteg leveleinek elmeorvosi ellenőrzését indokolhatja, hogy tartalmának megismerése, vagy a levélben a hozzátartozókhöz intézett kóros indíttatású fenyegetések, beismerő kijelentések félelmet kelthetnek a címzettben. A kényszergyógykezelteket kijelölt időpontban, pszichológus jelenlétében és fokozott biztonsági feltételek mellett kiskorú gyermeke is meglátogathatja. Ez különösen fontos lehet az emberi kapcsolatok megőrzése szempontjából.

A felülvizsgálati eljárás során rendszeresen elhangzó kérdés, hogy a gyógykezelt kapcsolatot tart-e hozzátartozóival, vagy sem.

A panaszhoz való jog gyakorlása az alábbiak szerint történik. Egyrészt a kényszergyógykezelt a főigazgató-főorvoshoz címzett, zárt borítékban történő levelének ellenőrizetlen továbbítása révén képzelt el. Másrészt, lehetősége van igazságügyi vagy felügyeleti szervekhez címzett beadványok, levelek ellenőrizetlen továbbítására. Ha a gyógykezelt az intézeten belül gyakorolja a panaszhoz való jogát, akkor a panaszos elmeállapotát is figyelembe kell venni annak érvényesítése során⁵⁹⁴.

Ami a bejelentéshez való jogot illeti, a kényszergyógykezelt bejelentést tehet a főigazgató főorvos engedélyével saját vagy más bűncselekménye tárgyában. Ennek továbbításakor azonban figyelembe kell venni elmeállapotát. A beteg hatóság előtti megjelenéséről szintén a főigazgató – főorvos dönt. Ha az illetékes bíróság a gyógykezeltnek a polgári, vagy büntető ügyben tartandó tárgyalásra előállítására ügyében írásban megkeresi az intézetet, az előállításról – figyelembe véve a beteg mentális állapotát – a főigazgató főorvos dönt, és döntéséről értesíti a bíróságot⁵⁹⁵.

A gyógykezelt családjának – az előbbiekhöz hasonlóan - a főigazgató-főorvos engedélyével pénzt küldhet. Ha a kényszergyógykezelt cselekvőképtelen, és gondnoka van, a pénz elküldéséről a gondnok rendelkezik. A gyógykezelt pénzbetétjét saját szükségleteire felhasználhatja, ehhez engedély szükséges. A gondnokság alatt álló

⁵⁹³ Jelentés a magyar kormány számára a kínzás és embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés megelőzésére létrehozott európai bizottság (CPT) magyarországi látogatásáról (2009. Március 24-től április 2-ig)

⁵⁹⁴ 36/2003. IM. Rendelet 35. §

⁵⁹⁵ 36/2003. IM. Rendelet 35-36. §

gyógykezelt minden jognyilatkozatát, amelyhez a gondnok beleegyezése, illetve jóváhagyása vagy intézkedése szükséges, közölni kell gondnokkal is⁵⁹⁶.

Mivel az intézkedés egyaránt bír büntető és egészségügyi jellegzetességekkel, felmerül a kérdés, hogy mennyiben hasonlít a kényszergyógykezelt kötelezettségeinek listája az elítéltekkel szemben felállított követelményekhez. Elmondható, hogy a kötelezettségek eltérőek, hiszen a beteg kóros elmeállapota miatt a klasszikus követelmények jelentős része háttérbe szorul⁵⁹⁷. Az egészségügyi törvényben meghatározott kötelezettségek azonban irányadóak. Az elvárások közé tartozik, hogy a beteg köteles az intézmény rendjét megtartani. Ez a kötelezettség tartalmazza a kényszergyógykezelő osztályok házirendjének, a betegek napirendjének, a vizsgálatok és gyógykezelések, látogatások rendjének megtartását, a betegnél található tárgyak körének szabályozását. A kényszergyógykezelt köteles intézeti formaruhát viselni, amely barna színű, ebben különbözik az elítéltek formaruhájának színétől⁵⁹⁸.

6.8. Összegzés

A fentiekben a kényszergyógykezelés jogintézményét vizsgáltam. Az ókortól fogva jellemzője a jogi szabályozásnak, hogy a kóros elmeállapot kizárja a felelősségre vonás lehetőségét. A modernkori kódexekben kialakultak az intézkedés elrendelésének és végrehajtásának szabályai. Napjainkban a kényszergyógykezelés olyan intézkedésként jelenik meg, amelynek célja az elkövető gyógyítása, a társadalomba való visszavezetése, valamint a társadalom védelme.

Az elmúlt években a törvényi szabályozás elsődleges célpontja az intézkedés időtartama volt: határozatlanról határozottá vált, amelyet hamarosan ismét felvált a határozatlan időtartam. Az új Btk. azonban egyéb téren is változtatásokat eszközöl, hiszen – figyelembe véve a kritikákat - a korábbiaktól eltérően nem nevesíti a kóros elmeállapot különböző formáit. Évek óta napirenden van továbbá az IMEI másik épületbe költöztetése, ezzel a körülmények javítása, amelyet több esetben kifogásolt már mind az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, mind a CPT.

⁵⁹⁶ 36/2003. IM. Rendelet 11. § (3)

⁵⁹⁷ BÉNYEI – KÖVÉR (szerk.), *i.m.*, 33-35.

⁵⁹⁸ 36/2003. IM. Rendelet 37. § (1)

7. fejezet: Záró gondolatok

1. Dolgozatomban a büntetőjogi intézkedések egyikével, a kényszergyógykezeléssel foglalkoztam.

Az elmúlt évszázadok során a nem rendes elmeállapotúak büntetőjogi megítélése számos esetben változott. Hol kiváltságosoknak, hol ördöggel cimborálóknak tartották, hol a többi elkövetői csoporttal azonos büntetés várt rájuk. Nem volt ez másképp hazánkban sem. Változásnak a XIX. századtól lehetünk tanúi, amikor megjelentek az első elmebetegekre vonatkozó büntetőjogi szabályok. Kezdetben csak néhány rendelkezés, amelyek később egyre részletesebbek lettek, bár gyakran évtizedes késésekkel követték a nyugat – európai újításokat. Ezzel párhuzamosan az elérendő célok köre is módosult: a jogalkotók nem csupán a társadalom védelmére, ezzel együtt az elkövetők elszigetelésére koncentráltak, hanem egyre inkább az elkövető gyógyítására is figyelmet fordítottak.

Éppen ebből következik a kényszergyógykezelés alapvető problémája. Mi a büntetőjog szerepe? Felmerül a kérdés, vállalhat-e a büntetőjog olyan szociális szerepet, mint a gyógyítás? Jogállami keretek között lehet-e ilyen feladata? Ha ugyanis a büntetőjog szociális szerepet vállal, már nem az elkövetett cselekmény lehet a mérce, hanem a jogalkalmazó az elkövető veszélyességét tartja szem előtt, amely fogalom azonban nem határozható meg pontosan. Az arányosságot a bűncselekmény súlyához való viszonyításhoz kell keresni. Aszerint nem lehet alapul venni az egyén személyiségét, véleményét, hiszen a társadalom csak a tetteket ítélheti el. Ha a büntetés célja módosulna, az a nevelés, vagy a gyógyítás lenne, mindaz kizárná az arányosságot, hiszen nem tenné lehetővé a mérték meghatározását. Mindez sértené a jogállamiság elvét⁵⁹⁹.

A tettarányos büntetés igazságos megtorlást jelent, amely az elkövetőt tiszteletben tartja, és emberi méltóságát garantálja. Ez a felfogás visszatérést jelent a klasszikus iskolához, és elveti a kezelő büntetőjog modelljét, amely a szocialista állam ideálja volt⁶⁰⁰.

⁵⁹⁹ SZABÓ András, *Jogállami forradalom és a büntetőjog alkotmányos legitimitása*, Belügyi Szemle, 1999/10., 12.

⁶⁰⁰ SZABÓ András, *Büntetőjogi gondolkodásunk jelenlegi állása*, Jogtudományi Közlöny, 1992/11-12., 556-557.

Ehhez szorosan kapcsolódik a büntetőjog rendeltetésének kérdése, amely – amint azt Szabó András kiemeli - abban áll, hogy a jogrendszer egészének szankciós zárköve legyen. Ennek megfelelően feladata a jogi és erkölcsi normák fenntartása, amikor más jogági szankciók már nem segítenek.⁶⁰¹

A büntetőjog szempontjából az alannyá válás feltétele a bűnösség, amellyel viszont a beszámíthatatlan elkövető nem rendelkezik. Ennek ellenére lehetséges-e, hogy egyes elkövetők cselekményeit mégis a büntetőjog szabályozza? Természetesen elfogadhatatlan lenne a beszámíthatatlanok cselekményeit büntetéssel sújtani, az intézkedések viszont megoldást kínálnak erre a problémára. továbbra is kérdéses marad, hogy indokolt-e a büntetőjog bármilyen fellépése? Ha nem tekinthető alannak a cselekményt elkövető személy, helyes-e, hogy a büntetőjog eszköztárából kerüljön kiválasztásra a vele szemben alkalmazható jogkövetkezmény? Ellentmondásos, hogy a kényszergyógykezelés – bár nem felelősségi alapú szankció – mégis a Btk-ban kerül szabályozásra. Ez ellen azonban felhozható, hogy az intézkedés alkalmazásához nem szükséges a bűnösség, hiszen a kényszergyógykezelés elrendelése esetén felmentő ítélet meghozatalára és speciális jogkövetkezmény alkalmazására kerül sor.

Garanciális szempontból – tekintettel a személyes szabadsághoz való jog súlyos korlátozására - azonban indokolt, hogy a kényszergyógykezelés büntetőjogi szankció maradjon, és semmiképp ne kerüljön a beszámíthatatlan elkövetők cselekményeinek elbírálása pl. közigazgatási hatáskörbe.

Kérdéses, hogy ezen elkövetők esetén nem indokolt-e, hogy csupán az egészségügyi jogi szabályok alapján kerüljön sor eljárás lefolytatására⁶⁰². Ezt azonban nem tartom helyesnek. A társadalomra különösen veszélyes cselekmények esetén a társadalom védelme és garanciális szempontok miatt is megfelelőbb, ha a büntetőjogi jogkövetkezmény alkalmazására kerül sor.

Hazánkban a büntetőjog a beszámíthatatlanok csupán egyes, a társadalomra fokozottan veszélyes cselekményeivel szemben alkalmaz jogkövetkezményt. Ebben a tekintetben megvalósul tehát az ultima ratio elve. Egyéb esetekben az egészségügyi törvény rendelkezései az irányadóak, az ott meghatározott eljárások igénybevétele szükséges.

⁶⁰¹ 23/1990. AB. határozat

⁶⁰² Mint már említettem, az angolszász államokban ez a gyakorlat valósult meg.

A büntetőjog tehát csak a legindokoltabb esetekben lép fel; véleményem szerint erre szükség van, a kényszergyógykezelés megtartására a büntetőjogi jogkövetkezmények tárházában továbbra is szükséges.

2. Felmerül az a kérdés is, hogy a beszámíthatatlanok esetén – akárcsak a többi elkövetőnek - a büntetés stigmatizáló hatását is el kellene viselni – annak ellenére, hogy bűnösség hiányában követték el az adott cselekményt. Véleményem szerint viszont a társadalmi megbélyegzés együtt jár nemcsak a szabadságvesztés büntetéssel, hanem a kényszergyógykezeléssel, sőt, gyakran az egyéb pszichiátriai kezelésekkal is⁶⁰³.

Ezt támasztja alá az intézkedések egyik sajátossága. Mivel a jogintézmények célja az egyéni megelőzés, azok nem csak az elkövetett cselekményt veszik figyelembe, hanem inkább az elkövető személyiségét, főként a veszélyességét. A veszélyesség megléte pedig legalább olyan súlyú helytelenítést eredményez, mint a bűnösség esetén tapasztalható társadalmi rosszállás.

3.A kényszergyógykezelés több módosításon esett át a közelmúltban. 2010-től határozott tartamúvá vált a jogintézmény, de a 2012-ben elfogadásra került új Büntető törvénykönyv a határozatlan időtartamot hozta vissza.

A határozatlan időtartammal kapcsolatban több kifogás is felmerülhet. Sérti a határozott büntetőjogi jogkövetkezmény elvét⁶⁰⁴, ráadásul előfordulhat, hogy az elkövető hosszabb ideig áll majd gyógykezelés alatt, mint amennyi ideig – ugyanazért a cselekményért – szabadságvesztés büntetését töltené. Előnye viszont, hogy lehető legnagyobb mértékben erősíti a társadalom védelmét. Felmerül viszont a kérdés, hogy más, kevésbé korlátozó eszközzel nem biztosítható-e a társadalom védelme? Igennel válaszolunk erre a kérdésre, ha elfogadjuk, hogy a kényszergyógykezelés határozott ideig is tarthat. Ennek előnye, hogy a gyógykezelt jogbiztonsága erősödik. Mivel a jogkövetkezmény nem határozatlan tartamú többé, az kiszámíthatóvá válik, a jogállami követelményeknek jobban megfelel. Nem rendes elmeállapotúak esetén a kiszámíthatóság elvárása

⁶⁰³ Ennek a kikerülésére azonban mutatkoznak törekvések. Részben a megbélyegzés elkerülése hívta életre a speciálisan nem rendes elmeállapotúakkal foglalkozó bíróságokat, amelyek jelenleg csupán néhány angolszász államban működnek. Ezekkel kapcsolatban azonban megfogalmazható a kritika, hogy kétszeresen is megbélyegzi az elkövetőt, egyrészt az elkövetett cselekménye, másrészt az elmeállapota miatt.

⁶⁰⁴ NAGY, *Intézkedések a büntetőjog....., i.m., 101.*

különleges fontossággal bír⁶⁰⁵. Hátránya viszont, hogy a gyógyítás pontos időtartama kiszámíthatatlan⁶⁰⁶. Ez esetleg azzal a következménnyel járna, hogy olyan elkövetők kerülnek szabadlábra, akik fokozottan veszélyesek a társadalomra. A hazai szabályozás jelenleg ezt úgy kezeli, hogy előírja: ha az elkövetőnek a kényszergyógykezelés határozott tartamának lejárta után további kezelésre van szüksége a gyógykezelést a területileg illetékes pszichiátriai intézetben kell folytatni. Mindez azonban megköveteli, hogy ezek az intézetek olyan biztonságot nyújtsanak, hogy az biztosítsa a társadalom védelmét. Ez a körülmény azonban átvezet a kényszergyógykezelés következő aggályos területéhez.

4. Az intézkedés végrehajtása jelenleg az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történik, amely a Budapesti Fegyház és Börtönnel közös telephelyen lévő, elhanyagolt állapotú épületrendszerben helyezkedik el. Számos szervezet végzett vizsgálatokat az intézményben, amelyek közül kiemelhető a Legfőbb Ügyészség, Kínzás elleni Bizottság (CPT), valamint a Központ a Mentálisan Sérültek Jogaiért Alapítvány (MDAC).

A legsúlyosabb problémát az jelenti, hogy a büntetés végrehajtási rendszeren belül az egészségügyi tevékenység üzemeltetése tulajdonképpen egyfajta „mellékágként” működik, amely megkérdőjelezi annak szakmai hatékonyságát és fontosságát egyaránt. Kérdéses, hogy biztosítató-e a gyógyító tevékenység eredményessége, ha a börtön és a kórház alapvető funkció különböznek. Míg a kórház nem egyetemes intézmény, általában önkéntes alapon kerülnek be az egyének, és „szándékában jóindulatú intézmény”, a büntetés végrehajtási intézet egyetemes intézmény, amely megköveteli, hogy az élet összes aspektusa egy helyen, meghatározott módon történjen. Itt fenytőintézetéről van szó, nem gyógyításról. Ebből levonható az a következtetés, hogy kevésbé alkalmas a gyógyításra⁶⁰⁷.

További problémás eleme a jogintézménynek a „kényszer” jelleg, amely – mint azt Fehér Lenke kiemeli – rossz kiindulópont a gyógyítási tevékenységhez, főként, ha az hatalmi pozícióból történik, és vegyülnek a büntetőjogi és a terápiás célok⁶⁰⁸.

⁶⁰⁵ Ezt a követelményt az Európai Emberi Jogi Bíróság is kiemelte a *Kawka v. Lengyelország* ügyben.

⁶⁰⁶ BENEDEK, *i.m.*, 44.

⁶⁰⁷ KALÁPOS, *Társadalmi dilemma...., im.*, 80.

⁶⁰⁸ FEHÉR, *Kényszergyógykezelés...., i.m.*, 630.

A kormány szándékai között időről időre megjelenik a kérdés rendezésének igénye⁶⁰⁹, ez azonban nem történt meg eddig. 2006-ban felmérésre került a büntetés végrehajtási és egészségügyi intézmények működése, kihasználtsága, amelynek eredményeit szakpolitikai egyeztetés tárgyalta tovább, ahol a Pénzügyminisztérium jelezte az átalakításhoz szükséges pénzügyi fedezet hiányát. Az Egészségügyi Minisztérium – hatáskör híján – nem látott jogalapot a beavatkozásra. Javasolta ugyanakkor az ingatlancsere lehetőségét.

Az 1060/2012. (III. 12.) Korm. határozata szerint az IMEI, a Bv. Központi Kórház és a nagyfai Krónikus Utókezelő Részleg közös telephelyre integrálása az Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet Szent László Kórház telephelyén valósul meg a jövőben. Határozatában a Kormány – 2013. december 31-i hatállyal – fel is kérte a nemzeti erőforrások minisztert a szükséges intézkedések megtételére annak érdekében, hogy az Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet Szent László Kórház telephelyének a büntetés-végrehajtási egészségügyi központ számára szükséges egységei a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága vagyonkezelésébe kerüljenek. A Kormány a fenti határozatát 2012. szeptember 7-én módosította. A módosítás szerint a Kormány felhívta a nemzeti fejlesztési minisztert, valamint az emberi erőforrások miniszterét, vizsgálja meg, hogy a büntetés-végrehajtási egészségügyi létesítmény megvalósításának forrásául szolgálhat-e és milyen módon a Budapest XII., Budakeszi úti (volt BM-szanatórium) állami tulajdonban lévő, korábban egészségügyi célú ingatlan. Ennek határideje: 2012. december 31. volt⁶¹⁰, azonban további előrelépés az ügyben nem történt.

5.A külföldi példák azt sugallják, hogy a megfelelő megoldást törvényszéki (forenzikus) klinikák, illetve klinikai egységek létrehozatala jelentené. Mindez azt a következményt vonná maga után, hogy a kényszergyógykezelés végrehajtása elszakadna a büntetés végrehajtás rendszerétől⁶¹¹.

⁶⁰⁹2006-ban felmérésre került a büntetés végrehajtási és egészségügyi intézmények működése, kihasználtsága, amelynek eredményei szakpolitikai egyeztetés tárgyalta tovább, ahol a Pénzügyminisztérium jelezte az átalakításhoz szükséges pénzügyi fedezet hiányát. Az egészségügyi minisztérium – hatáskör híján – nem látott jogalapot a beavatkozásra. Javasolta ugyanakkor az ingatlancsere lehetőségét.

⁶¹⁰ 1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat

⁶¹¹A CPT javaslata szerint a speciális terápiák eredményesebben elvégezhetők a kisebb befogadóképességű ápolási struktúrákban. VÖKÓ, *im.*, 334.

Mint említettem, a kényszergyógykezelés sajátosságai alapvetően eltérnek az egyes államokban. Az angolszász államok berendezkedése alapvetően különbözik a hazaitól, hiszen a nem rendes elmeállapotúak büntetendő cselekményeit az egészségügyi törvény rendelkezési szabályozzák. Kérdéses, mennyiben lenne ez megvalósítható hazánkban? A hasznosítható elemek elsősorban a (már említett) végrehajtás területére vonatkoznak. A próbára bocsátást azonban nem tartom alkalmazhatónak, hiszen hazánkban a büntetőjogi fellépés egyik feltétele a bűnismétlés veszélye. Hasonlóképpen, nem reális a nem rendes elmeállapotúakkal foglalkozó speciális bíróságok bevezetése, hiszen a büntetőeljárás egyszerűsítésének tendenciája azt nem indokolja.

Több tekintetben hasonlít a magyar sajátosságokhoz az osztrák és a német rendszer. Elmondható, hogy a magyar rendelkezések engedik legszűkebb körben az intézkedés alkalmazását. Ezzel biztosított, hogy a büntetőjog csak akkor jut szerephez, ha más jogági szankciók nem segítenek.

Az intézkedés felfüggesztésére hazánkban nincs lehetőség, de vajon szükséges – e a bevezetése? Véleményem szerint nem. Az osztrák szabályok lényegesen tágabb körben teszik lehetővé a kényszergyógykezelés elrendelését, az kiszabható bármely bűncselekmény esetén, ha azt a törvény több, mint egy évi szabadságvesztés büntetéssel rendeli büntetni. Úgy vélem, a hazai, több korlátot tartalmazó szabályozás kiegészítése ezzel a jogintézménnyel már nem biztosítaná a társadalom védelmét. Követendő példának tartom viszont a végrehajtás rendszerét: két egyetemi klinikán hoztak létre törvényszéki osztályt, amelyek azonban csak az elkövetők töredékét tudják ellátni, ezért egy speciális törvényszéki klinika is működik, amely egy hibrid megoldás a jogi és az orvosi rendszer között, amelyet az Igazságügyi Minisztérium működtet és egy sokrétű szakember gárdából álló csoportot tudhat magáénak.

A német rendelkezések közül az intézkedés megszünte után alkalmazott jogintézmények, sajátosságok ültethetők át leginkább és lehetnek legnagyobb mértékben hasznosak a hazai szabályozásnak. Eszerint már elbocsátott kezelésen részt vevőket a bíróság, vagy egy pártfogó felügyelő felügyeli. A bíróság előírhatja az elkövetőnek, hogy pszichiátriai, vagy pszichoterápiai kezelésen vegyen részt. Az is előírható, hogy meghatározott időközönként jelenjenek meg egy pszichiátriai intézetben. A szabadon bocsátott elkövetők kezelésére törvényszéki ambulanciák működnek, amelyek a társadalomba való visszailleszkedést segítik, és amelynek funkciói a pártfogó felügyelőjéhez is hasonlíthatók. Az ambulanciák folyamatos kooperációt és kommunikációt folytatnak a bírósággal.

A kóros elmeállapot vonatkozásában hasznosnak tartom az új Btk. által megvalósítani kívánt rendszert, amely – eltérően a korábbiaktól – nem sorolja fel annak lehetséges típusait. Ez teljes mértékben megfelel a gyakorlat elvárásainak. Ennek oka, hogy a felsorolt állapotok egyrészt nem felelnek meg az elmeorvosi besorolási rendszernek, másrészt ezek az állapotok nem feltétlenül a leggyakrabban előfordulók közé tartoznak, másrészt, kimaradnak a mindennapokban ténylegesen megjelenő kórformák.

6. Összegezve a leírtakat, a kényszergyógykezelés feltételrendszerét, a kényszergyógykezelés alkalmazási körét megfelelőnek tartom. Nem értek viszont egyet a határozatlan időtartam újbóli bevezetésével. Véleményem szerint a határozott időtartam biztosítja az elkövető erősebb jogvédelmét, amely esetünkben kiemelten fontos, és amelynek jelentőségét az Emberi Jogok Európai Bírósága is hangsúlyozta. A jelenlegi, 2010-től rendelkezések ezt biztosították volna. Hasonlóképpen nem értek egyet a végrehajtás rendszerével, hiszen mint említettem, az az IMEI-ben történik, amely viszont büntetés végrehajtási rendszer része.

A leginkább megfelelő szabályozási rendszer álláspontom szerint az alábbi: a kóros elmeállapot formáit nem határozza meg a Btk. A kényszergyógykezelés alkalmazási köre sem változik a jelenlegihez képest. Az intézkedés időtartama határozott, annak maximális időtartama a büntetési tétel felső határa. Ha a jogkövetkezmény célja anélkül is elérhető, lehetőség nyílna feltételes szabadságra bocsátásra, bizonyos korlátozások alkalmazásával. Ezek közé tartozik, hogy látogasson pszichiátriai klinikát, tartson kapcsolatot szociális munkással vagy tartózkodjon meghatározott helyen. A végrehajtás egy központi törvényszéki pszichiátriai klinikán történik.

A kényszergyógykezeléssel, tágabban a nem rendes elmeállapotúakkal kapcsolatos büntetőjogi nehézségeket az jól érzékeltetik és összegzik az alábbi gondolatok: a társadalom bünteti azokat, akik megszegik a jogi normákat, de nem bünteti a betegeket, ehelyett próbálja meggyógyítani őket. A fenti körbe nem sorolható, de nem rendes elmeállapotúak viszont egyfajta átmenetet képeznek a két réteg között. Hiába a jogalkotók minden próbálkozása, hogy tökéletes megoldást találjanak számunkra. Ez a probléma soha nem oldódik meg.⁶¹²

⁶¹² LONGFORD, Lord, *Prisoner or Patient?*, Chapmans, London, 1992., 169.

1. Mennyire gyakori a kényszergyógykezelés elrendelése?

A szankció alkalmazása meglehetősen ritka, a gyakorlati munkám során évente 1-2 alkalommal fordult elő.

Az elrendelésre leginkább elmebetegség esetén kerül sor, a Btk. által említett többi eset (gyenge elméjűség, tudatzavar, személyiségzavar, agg kori leépülés) csak elvétve fordul elő.

Különösen súlyos elmebetegségekről kell szót ejteni, hiszen főként skrizofénia és mániás depresszió esetén fordul elő ezen intézkedés alkalmazása.

Statisztikai adatok sajnos nem állnak a rendelkezésünkre.

A szakértő figyelmét több körülmény is felhívja a súlyos betegsége; elsősorban a kivitelezés brutalitását, kegyetlenségét és a több személy elleni elkövetést kell kiemelni. Jellemző még, hogy az elkövetőnek nincs motivációja, vagy az a motiváció kóros jellegű. A vádlott az elkövetett cselekményt hidegen és közömbösen adja elő.

Az általam vizsgáltak rendszerint még soha nem álltak gyógykezelés alatt. Inicialis delictumról, bevezető cselekményről van szó ebben az esetben, hiszen a betegsége az elmeorvos szakértő hívja fel a figyelmet.

A bíróság gyakran nem is az elmeállapot megfigyelését rendeli el, hanem azonnal az ideiglenes kényszergyógykezelést.

2. Előfordul-e, hogy a cselekményt kóros elmeállapotú követte el, de az intézkedést valamelyik feltétel hiányában nem lehet elrendelni?

Ez a lehetőség csak átmeneti tudatzavar esetén következhet be. Ekkor kóros indulatról, vagy rövidzárlatról beszélünk. Nagyon ritkán fordul elő, 20 évente egy-két alkalommal. Fontos azonban kiemelni, hogy a beszámíthatóság ekkor csupán korlátozott, nem kizárt.

3. Milyen sűrűn fordul elő, hogy a szakértők ellentétes véleményen vannak? Milyen okok miatt fordul ez elő?

Emberölésnél meglehetősen ritka ez az eset. Személyiségzavarnál előfordul néha, és persze a színlelés problémája is felmerül rendszeresen.

Elsősorban mégis kábítószer függőség megállapítása esetén gyakori a cselekmény és a betegség ellentétes megítélése.

4. Helyén valónak tartja-e az IMEI zárt jellegét?

Véleményem szerint ez az intézet csak zárt keretek között működhet. Úgy gondolom, az sem feltétlenül helyes, hogy a polgári elmeosztályok ennyire nyíltak. Az IMEI jelenleg Budapesten a Kozma utcai börtön keretei között működik. Természetesen hermetikusan elzárt, börtönőrök által védett, de ezt leszámítva, olyan, mint bármelyik más elmeosztály.

5. Ezek szerint egyáltalán nem lenne megfelelő, ha az IMEI-t az egészségügyi rendszeren belül helyeznék el?

Úgy vélem, a többi beteg számára nem lenne veszélytelen ez a változtatás. A polgári elmeosztályokon a speciális őrzés és kezelés feltételei nincsenek meg. Természetesen nagyon nehéz a büntetés végrehajtáson belül gyógyítást végezni „mellékágként”, de jelenleg ez az egyetlen elfogadható megoldás.

2. sz. melléklet: Beszélgetés Dr. Laczkó János ezredes úrral az IMEI sajátosságairól

1. *Milyen bűncselekményeket követnek el a kényszergyógykezelés alatt állók?*

A leggyakoribb az emberölés, vagy annak kísérlete, hiszen az ápoltak 70 %-a ezt a bűncselekményt követte el. A hivatalos személy elleni erőszak 25 %-ot tesz ki, a rablás kisebb arányban, 5 %-ban fordul elő.

2. *Átlagosan mennyi ideig tart a kezelés, és évente hány megszüntetés történik?*

A kezelés átlagosan 3-4 évig tart, évente átlagosan 27 megszüntetés történik, amelyből 25 a férfi és 2 a nő. A visszaesés aránya 4%, amely lényegesen kevesebb, mint az elítélteké, hiszen ott 50 % ez az arány. Ezzel kapcsolatban meg kell azonban jegyezni, hogy a betegek érdekeit nem szolgálja a PKKB-n lezajló tárgyalás. Előrelépés viszont, hogy néha sor kerül helyszíni tárgyalás megtartására, amelynek előnye, hogy a bíró a beteget minden napos környezetében láthatja, és a kényszergyógykezelteknek nem kell elviselni az utazással járó stresszt. Az is hasznos, hogy könnyen elérhető a kezelőorvos és a szakszemélyzet többi tagja is.

A kezelés jellemzőit számos kritika éri (elég a CPT vizsgálatokra gondolni), ezeknek azonban az a hátrányuk, hogy nem tudjuk meg név szerint ki tett panaszt, így nem tudunk eljárni a személyzettel szemben sem.

3. *Évente hány beutalás történik, és vannak-e sajátos jellemzők fiatalkorúak esetén?*

Az évi átlagos beutalás 5000-5100 fő, amelyből 4000-5000 a férfi, és 500-600 a nő. Ebből a pszichiátriai részlegre kéri a beutalás 90 %, 10 % pedig a neurológiára. Felvételre azonban csupán 1000 fő kerül évente. Ez természetesen nem csak a kényszergyógykezelteket, hanem a kóros elmeállapotúvá vált elkövetőket és a börtönkórház részlegbe felvetteket is magába foglalja. Fiatalkorú kényszergyógykezelt jelenleg nincs, a börtönkórházba beutaltak között azonban előfordul néha.

4. *Milyen formái vannak a munkaterápiás foglalkoztatásnak?*

A munkaterápia kezdettől fogva fontos része az intézmény életének, mert jó kiegészítője a gyógyszeres kezelésnek és segíti a visszailleszkedést a társadalomba. Korábban több szakmunkás bizonyítványt adó tanfolyamot indítottunk, de 10 éve

ezek megszűntek. Jelenleg a munkaterápiát az osztályok takarítása, a reggeli és ebéd felvitele, valamint az udvar és a növényzet gondozása jelenti. Megszűnt a külső munkaterápia is, már nincs lehetőség arra, hogy a betegek egy másik kórházban takarítsanak, vagy sertéshizlaldában dolgozzanak (ezekre korábban volt példa). Éppen ezért igyekszünk minél több belső programot biztosítani. Gyakran rendezünk versenyeket, adunk elő színdarabokat, de működtetünk könyvtárat, diszkót és filmklubot is. Van énekkarunk, zongoraszakkör, valamint kezdő- és haladó angol szakkör (ez utóbbi kettőt betegeink vezetik).

5. Gyakori az adaptációs szabadságra bocsátás?

Egyáltalán nem, hiszen évente átlagosan 7 szabadságra bocsátás van, amelyből 6 a férfi, és 1 a nő.

IRODALOMJEGYZÉK

Könyvek, cikkek, tanulmányok

ABRAHAMSEN David, *Psychology of Crime*, Columbia University Press, Columbia, 1960.

ALBRECHT, P., *Die allgemeinen Voraussetzungen zur Anordnung freiheitsentziehender Massnahmen gegenüber erwachsenen Delinquenten*, Basel u. Frankfurt/a. M., 1981.

ANDRENAES, Johannes, *Punishment and deterrence*, University and Michigan Press, Michigan, 1974.

ANGYAL Pál, *A magyar büntetőjog tankönyve*, Atheneanum, Budapest., 1920.

ANTAL Albert - LACZKÓ János - KARDON László, *A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés büntetőjogi és büntető-eljárásjogi problematikája*, Börtönügyi szemle, 2002/4.

BAL, Peter - KOENRAADT, Frans, *Criminal Law and Mentally Ill Offenders in Comparative Perspective*, Psychology, Crime & Law, 2000/6

BALASSA László, *Igazságügyi elmekórtan*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest., 1961

BALOGH Jenő, *Az elmebetegség és az elmeengesség jelentősége a büntetőjogi beszámíthatóság szempontjából*, Jogtudományi Közlöny, 1905/36.

BARBACZI SCHWARTZER Ottó, *A korlátolt beszámíthatóság*, Atheneanum, Budapest., 1906.,

BAUMGARTNER Izidor, *Büntetőjogi tanulmányok, III. kötet*, Franklin társulat, Budapest., 1906.

BENEDEK István, *Aranyketrec*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1983.

BERKES György, *A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelésére vonatkozó kodifikációs elgondolások*, Magyar Jog, 1977/11.

BERECZKI Zsolt: *Marginalizálódott csoportok kezelésének lehetőségei a büntetés-végrehajtásban*, Börtönügyi Szemle, 2007/1.,

BERNOLÁK Nándor, *Újabb teendőink a bűncselekmények ellen folytatott küzdelemben*, Wessely és Horváth Könyvnyomda, Pécs, 1914.

- BÉNYEI Andrásné – KÖVÉR Ágnes (szerk.), *Watch dog 4. füzet*, Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest,
- BESZNYEI Lajos- BÍRÓ György: *Személyek joga*, Novotni, Miskolc, 2007.
- BLASKÓ Béla, *A magyar büntetőjog általános része*, Osiris Kiadó, Budapest, 2010.
- CSIZMADIA Andor – KOVÁCS Tibor – ASZTALOS László: *Magyar állam-, és jogtörténet*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1998.
- DOMOKOS Andrea, *A bűntevő elmetehetségéről*, Jogtörténeti Szemle, 2005/3.
- DÓSA Ágnes, *A nem teljesen cselekvőképes személyek jogai: Rugalmasabb szabályozás felé*, Fundamentum, 2000/2.,
- DÓSA Ágnes, *Az elmebeteg gyógykezelésének jogi kérdései*, Magyar Jog, 1985/6.
- EDER, Maria, *The suspension of preventive measure of mental disordered criminals*, in: Dezső László emlékkönyv, PTE-ÁJK, Pécs, 2005.
- EDVI Illés Károly – GYOMAI Zsigmond (szerk.), *Csemegi Károly művei*, II. kötet, Franklin Kiadó, Budapest, 1904.
- FARKAS Ákos – RÓTH Erika, *A büntetőeljárás*, KJK – KERSZÖV, Budapest, 2004.
- FARKAS Sándor, *A büntetőjog néhány időszerű kérdése*, Magyar Jog, 1969/6.,
- FAYER László, *A magyar büntetőjog kézikönyve*, 1. kötet, Franklin Társulat, Budapest., 1905
- FAYER László, *Az új irányok*, in: Horváth Tibor – Szük László. Büntetőjogi szakirodalom - gyűjtemény 1. kötet., Tankönyvkiadó, Budapest, 1987.,
- FAYER László, *A büntetési rendszerünk reformja*, Franklin kiadó, Budapest., 1889.
- FEHÉR Lenke: *Kényszergyógykezelés: a patológia terápiaja, avagy a terápia patológiája?*, Jogtudományi Közlöny, 1989/12
- FEHÉR Lenke, *A kóros elmeállapotok szociológiai, pszichiátriai és büntetőjogi megközelítésének néhány aspektusáról*, Jogtudományi Közlöny, 1982/10.
- FEHÉR Lenke, *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest., 1993.
- FEKETE Mária – GRÁD András: *Pszichológia és pszichopatológia jogászoknak*, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2002.
- FELEKY István – HOLÉ Katalin (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata*, II. kötet, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest 2009.,
- FELEKY István – HOLÉ Katalin (szerk.), *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata*, VII. kötet, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest 2009.,

- FINKEY Ferenc, *A magyar büntetőjog tankönyve*, Grill Könyvkereskedés, Budapest, 1914.
- FINKEY Ferenc: Büntető törvénykönyvünk revíziójának irányelvei, Jogállam, 1914/3.
- FISHER, Thomas, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, Verlag C. H. Beck, München, 2009.
- FÖLDI András – HAMZA Gábor: *A római jog története és intézményei*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest., 1996.
- FÖLDEVÁRI József, *A büntetés tana*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1970.
- FRIEDMANN Ernő, *A határozatlan tartamú ítéletek*, Atheneum, Budapest, 1910.
- FÜLÖP Ágnes (szerk.), *A kóros elmeállapot szakértői és jogi kérdései – II. rész*, *Ügyészek Lapja*, 2004/6, 58.
- GADÓ Gábor: *Eltérő és egyező álláspontok az új Ptk. előkészítése során*, *Magyar Jog* 2008/6.
- GÁRDAI Gyula – VÍGH József, *Észrevételek a büntetési rendszerünk problémáihoz*, *Magyar Jog*, 1969/6.
- GRAVEN, Philip, *Die Zukunft des Freiheitsentzuges im schweizerischen und deutschen Strafrecht*, *ZStW*, 1968.
- GYÖRGYI Kálmán, *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1984.
- HACKER Ervin, *Pszichiatria és büntetőjog*, Ludvig István Könyvnyomdája, Miskolc, 1943.
- HARMATHY Attila, *Az elmebeteg polgári jogi jogállása*, *Jogtudományi Közlöny*, 1985/9.
- HELLER Erik, *A magyar büntetőjog általános tanai*, a Szent István Társulat Rt. Szegedi Fiókja, Szeged 1937.
- HELLER Erik, *Büntetőjogunk haladásának utja*, *Acta Universitatis Szegediensis*, M. Kir. Ferenc József – Tudományegyetem Barátainak Egyesülete, Szeged, 1941.
- HEVÉR Tibor, *Gyanús vagy kóros? - Rezümé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól*. *Magyar Jog*, 2007/6.
- HOGGET, B., „*What is Wrong with the Mental Health Act?*”, *Criminal Law Review*, 1975./2.
- HORÁNYI Béla, *Az új büntető novella elmeorvosi szempontból*, *Jogtudományi Közlöny*, 1948/14.
- HORVÁTH Tibor, *A büntetési elméletek fejlődése*, Budapest, 1980.

- HORVÁTH Tibor, *A büntetési elméletek fejlődésének vázlata*, Akadémiai kiadó, Budapest, 1981.
- HORVÁT Tibor, *Büntetés végrehajtási jog I.*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1975.
- HÖPFEL, Frank - RATZ, Eckhart, *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Manches Verlags-, und universität shuchlandlung, Wien, 2005.
- HUMPREYS, M - RIORDAN, S. – WIX, S. - KENNELY-HERBERT, J., *Diversion at the point of arrest: mentally disordered people and contact with the police*, The Journal of Forensic Psychiatry, 2000/12.
- HUSZÁR Ilona – KUNCZ Elemér, *Igazságügyi pszichiátria*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1998.
- HWANG, Sung–Dong – SEGAL, Steven P.: *Criminality of the Mentally Ill in Sheltered Care: Are They More Dangerous?*, International Journal of Law and Psychiatry, 1996/1.
- IRK Albert, *A büntettes hajlamok átöröklésének orvosi beavatkozás útján történő megakadályozása Észak-Amerikában (castratio, sterilisatio)*, in: Irk Albert emlékkötet (szerk.: IRK Ferenc), Magyar Kriminológiai Társaság Budapest, 1991.
- JAMES, David V., *Diversion of mentally disordered people from criminal justice system in England and Wales: An overview*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/9-10.,
- JESCHEK, Hans-Heinrich: *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil*. Berlin, 1978.
- KALAIPOS Miklós Péter, *A kényszergyógykezelésben részesülő betegek néhány epidemiológiai adata*, Orvosi Hetilap, 2003/7.
- KALAIPOS Miklós Péter, *Társadalmi dilemma: Elmebeteg a börtönben? – A jelen helyzet és a jövő kihívásai*, Börtönügyi Szemle, 2008/2.
- KALAIPOS Miklós Péter, *Társadalmi dilemmánk: börtön vagy elmekórház? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon?*, Orvosi Hetilap, 2007/2.
- KÁDÁR Miklós, *A büntetőjog általános alapelveiről*, Jogtudományi Közlöny, 1948/8.
- KÁDÁR Miklós, *A magyar büntetőjog általános tanai*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966.
- KNEDHET, G. – SCHANDA, H. - BERNER, W. – MORAWITZ, I. – HAUBENSTOCK, E.: *Outpatient Treatment of Mentally Disordered Offenders in Austria*, International Journal of Law and Psychiatry, 1996/1.
- KONRAD, Norbert – LAU, Steffen: *Dealing With the mentally ill in the criminal justice system in Germany*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/3.

- KOVATSITS Gábor, *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól*, *Ügyészek Lapja*, 2001/3.
- KULCSÁR Gabriella, *A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák*, *Rendészeti Szemle*, 2007/7-8.
- KUTRUTZ Katalin, *A visszaesés és a közveszélyesség problémájának történeti megjelenése a magyar büntetőjogban*, in: HORVÁTH Tibor – SZÜK László, *Büntetőjogi szakirodalom - gyűjtemény 1. kötet.*, Tankönyvkiadó, Budapest., 1987.
- LAFFERTON Emese, *A magyar pszichiátria történetének vázlatja európai kontextusban 1850-1908*, *Recepció és kreativitás – Nyitott magyar kultúra*, zeus.phil-inst.hu (letöltés időpontja: 2009. 10. 06)
- LAING, Judith M., *Care or custody?: mentally disordered offenders in the criminal justice system*, Oxford University Press Inc., New York, 1999.
- LAJTÁR István, *Gyógymód. Ügyészi vizsgálat az IMEI-ben*, *Börtönügyi Szemle*, 1997/4.
- LAMBERTI, Jason, *Understanding and preventing ciminal recidivism among adults with phsyotic disorders*, *Pshyiatric Services*, 2007/8.
- LAUFENAUER Károly, *Az elmebeteg vizsgálati foglyok és fegyenczek elhelyezéséről*, *Jogtudományi Közlöny*, 1892/9.
- LÁZÁR Miklós, *Intézkedések a szocialista büntetőjogban*, *Állam- és Jogtudomány*, 1974/4.
- LISZT, Franz von, *Der Zweckgedanke im Strafrecht*, in: *Strafrechtliche Aufsätze und Vortrage*, Berlin, 1905.
- LOMBROSO, Cesare, *L'oumo delinquente*, Torino, 1876, 421.
- LOMBROSO, Cesare, *Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens*, Berlin, 1902
- LONGFORD, Lord: *Prisoner or Patient?*, *Chapmans*, London, 1992.
- Magyar büntetőjog. Kommentár a gyakorlat számára*, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2006.
- MAYERHOFER, C.: *Strafgesetzbuch-Strafrecht, Erster Teil*, Verlag Österreich, Wien, 2000.
- MDAC, *Megvont Szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*, *Mental Disability Advocacy Center*, Budapest, 2004.
- MEZEY Barna, *A Bridewell – jelenség*, *Jogtörténeti Szemle*, 2003/4.
- MEZEY Barna, *Realitás és illúzió – az 1843. évi börtönügyi törvényjavaslat vitái*, *Jogtörténeti Szemle*, 1992/4.

- MIKHAIL, S.– POYTHRESS, N., *Mental health courts - a workable propotion?*, Psychiatric Bulletin, 2001/25.
- MILLER, S. L. – PERELMAN, A. M.: *Mental Health Courts: an overview and redefinition of task and goals*, Law & Psychology Review, 2009/1.
- MORSE Stephen J, *A Preference for Liberty: The Case Against Involuntary Commitment of the Mentally Disodered*. California Law Reviev, 1982/1.
- MULVANY, Julie, *Professional Conflict and the Sentencing Process: The Case of Hospital Orders*, International Journal of Law and Psychiatry, 1995/1.
- MULLEN, Peter, *Forensic mental health*, British Jorunal of Psychiatry, 2000/6.
- MURPHY – STOCKDALE (editors), *Blackstone's Criminal Practice*, Blackstone's Press Limited, London, 1995.
- NAGY Ferenc, *Büntetőjog általános rész*, Korona Kiadó, Szeged, 2004.
- NAGY Ferenc, *Bűnösségre képesség a német büntetőjogban*, Kézirat.
- NAGY Ferenc, *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*, Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986.
- NOWAKOWSKI, Fritz, *Die Massnahmenkomponente im StGB. In: Festschrift für Cristian Broda*, Wien, 1976.
- ODEGAARD, A. M., *Therapeutic Jurisprudence: The impact of mental health courts on the criminal justice system*, North Dakota Law Review, 2007/10.
- PALLO József, *A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei*, Börtönügyi Szemle, 2006/3.
- PRIOR, Pauline M., *Mentally disordered and the European Court of Human Rights*, Intrnational Jornal of Psichiatry and Law, 2007/4.,
- RAY B. - DOLLAR, C. B. – THAMES K. M., *Observations of reintegrative shaming in a mental health court*, International Journal of Law and Psychiatry, 2010/9-10.
- RICHARDSON, G, *The European convention and mental health law in England and Wales: Moving beyond process?* International Journal of Law and Psychiatry, 2005/3.,
- SAJÓ András, *Jogfilozófiai megjegyzések az államnak a büntetésre formált jogához*, Jogtudományi Közlöny, 1985/8.
- SALGÓ Jakab: *Kétes elmeállapotok a törvényszék előtt*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, Franklin Kiadó, Budapest, 1892.
- SALIZE, Hans Joachim – SCHANDA, Hans – DRESSING, Harald: *From the hospital into the community and back again – A trend towards re-institutionalisation in mental health care?*, International Review of Psychiatry, 2008/6.

- SCHÄFER István, *Biztonság vagy gyógyítás?*, Jogtudományi Közlöny, 1948/14.
- SCHIFFER András, *A korlátlan jogkorlátozás vége?* Fundamentum 2000/2.
- SOÓS Ildikó: *A pozitivisták kriminológia hatása a magyar törvényhozásra a XX. század első felében az 1908. évi I. büntető novella tükrében*, in: Tanulmányok Horváth Tibor professor emeritus 75. születésnapjára, Bűnügyi Tudományi Közlemények, Bíbor Kiadó, Miskolc, 2002.
- STAFFORD, K. P- WYGANNT, D. B., *The Role of Competency to Stand Trial in Mental Health Courts*, Behavioral Sciences and the Law, 2005/23.
- STRATENWERTH, G., *Zur Rechtsstaatlichkeit der freiheitsentziehenden Massnahmen im Strafrecht*, ZStrR, 1966.
- STOOS, Carl, *Strafe und sichernde Massnahme*, ZStrR 1905.
- SZABÓ András, *A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelése*, Magyar Jog, 1976/2.,
- SZABÓ András, *A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga*, Jogtudományi Közlöny, 1988/8.,
- SZABÓ András: *A büntett és büntetése*, Gondolat Kiadó, Budapest., 1979
- SZABÓ András, *Az elmebeteg helyzet a magyar büntetőjogban*, Jogtudományi Közlöny, 1985/9.
- SZABÓ András: *Büntetőjogi gondolkodásunk jelenlegi állása*, Jogtudományi Közlöny, 1992/11-12.
- SZABÓ András: *Jogállami forradalom és a büntetőjog alkotmányos legitimitása*, Belügyi Szemle, 1999/10.
- SZABÓ Győző – NAGY Gábor, *Az Európai Emberi Jogi Bíróság joggyakorlata. tanulmányok az Európai Emberi Jogi Bíróság legfontosabb rendelkezéseivel kapcsolatos Strassbourgi esetjogról*, HVG ORAC, Budapest, 1999.,
- SZABÓNÉ NAGY Terézia, *Vétség – büntett – súlyos büntett*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1977.
- SZEMERE Bertalan, *Büntetésekről, különösen a halálbüntetésről*, Halálbüntetést Ellenzők Ligája, Budapest, 1990.
- SZLADITS Károly, *A magyar magánjog vázlatja, I. kötet*, Grill Könyvkiadó, Budapest, 1933.
- TÉRFY Gyula: *Grill - féle Új döntvénytár*, XVII. kötet, Grill Károly Könyvkiadó vállalata, Budapest, 1927.

- TORDAI Gyula, *A kényszergyógykezeléssel kapcsolatos ítélkezési kérdések*, Magyar Jog, 1966/5.
- TÓTH Gábor Attila – HALMAI Gábor: *Emberi Jogok*, Osiris, Budapest, 2003.
- TÓTH Mihály, *Vázlatok és szemelvények a büntetőeljárás tanulmányozásához I.*, Pázmány Péter Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 1999.
- VÁGÓ János, *Bűnösség és beszámíthatóság*, Jogállam, 1913/2.
- VÁGÓ János, *Bűnösség és beszámíthatóság. A korlátozott beszámíthatóság a büntetőjogban III.*, Jogállam, 1913/4.
- VÍGH József, *A visszaeső bűnelkövetők főbb adatai*, Börtönügyi Szemle, 1997/2.,
- VISZOKAY László, *A beszámíthatatlan személyekkel szembeni intézkedés alakulása a felszabadulástól napjainkig*, Magyar Jog, 1987/10.
- VÓKÓ György, *Büntetés-végrehajtási jog*, Dialóg Campus, Pécs, 2005.
- VÓKÓ György – LAJTÁR István, *A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei*, Belügyi Szemle, 1997/12.
- WELZEL, Hans: *Das Deutsche Strafrecht*. Berlin, 1969.
- WLASSICS Gyula: *Hazánk és a büntetőjog fejlődése*, Jogállam, 1905/4.

Jogforrások, egyéb

2013. évi V. tv.
2012. évi C. tv.
2010. évi XLII. tv.
2009. évi LXXX. tv.
2007. évi XCII. tv.
1998. évi XIX. tv
1998. évi XI. tv.
1978. évi IV. tv.
1973. évi I. tv.
1959. évi IV.
1952. évi IV. tv
1951. évi III. tv.
1950. évi II. tv
1948. évi XLVIII. Tv.
1913. évi XXXI. tv.

1896. évi XXXIII. Tv.

1876. évi XIV. tv.

1875. évi V. tv

1877. évi XX. tv.

1951. évi 34. sz. tvr

1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat

36/2003. IM. rendelet

1843. évi büntetőjogi törvényjavaslat

Constitutio Criminalis Carolina

Tripartitum (Téka, Budapest, 1990.)

Jelentés a magyar kormány számára a kínzás és embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés megelőzésére létrehozott európai bizottság (CPT) magyarországi látogatásáról (2009. Március 24-től április 2-ig)

23/1990. AB határozat

BKv. 30.

1/2011. BJE

3/1998. BJE

15. sz. irányelv

14. sz. módszertani levél

Mental Health Letter, August 2006.

The Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reducation Act

Mental Health Act 2007

Home Office Circular 12/95.

Home Office Circular 66/90.

Strafgezetsbuch

Jogesetek

2. B. XII. 1279/2007/14

B.48/2011/12.

2.Bf.136/2009/8.

2. B. XII. 1279/2007/14.
5.B.1042/2006/16.
7.B.803/2006/12.
B.704/2005/13.
B. I. 5146/921. sz. Bjt. LXXIV. 118
BH. 1993/724.
BH. 1992/747.
BH. 1989/257.
BH. 1987/423.
BH 1977. 538.
BH 1977/537.
Kecskeméti Törvényszék, 4. Bkf. 849/2001.
Kúria Bf. II. 809/1990.
1/2011. BJE.
Kúria, Bfv. I. 293/2011.
E. H. B. IV. 1865/919.

R. v. Birch eset

R. v. Walker eset

Nemzetközi dokumentumok

Emberi Jogok Európai Egyezménye

Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata

Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény

A kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény

Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya

A Miniszteri Bizottság R (87) 3. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról

A Miniszteri Bizottság R (2004) 10 sz. Ajánlása az elmebetegségben szenvedő személyek jogainak védelméről

A Miniszteri Bizottság R (06) 2. számú Ajánlása az Európai Börtönszabályokról

A Miniszteri Bizottság R (83) 2 számú Ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről R. (99) 4 sz. Ajánlása a cselekvőképtelen nagykorúak jogi védelméről

46/119 ENSZ Határozat

ENSZ Tervezet az elmebetegségben és elmebeli rendellenességben szenvedő személyek jogainak védelméről,

Az Európai Emberi Jogi Bíróság jogesetei

Aerts v. Belgium, 1998., ügyszám 25357/94., ítélet: 1998. 07. 30.

Ashindane v. UK, 1985., ügyszám:8225/78, ítélet: 1985. 05. 28.

Belgian Linguistic, 1968., ítélet: 1968. 06. 23.

Benjamin and Wilson v. Egyesült Királyság, 2002, ügyszám: 28212/95., ítélet:2002. 09. 26.

Eriksen v. Norvégia, 1997., ügyszám: 17391/90., ítélet: 1997. 04. 23.

Erkalo v. Hollandia, 1998., ügyszám: 23807/94, ítélet: 1998., 09. 02.

Gorshov v. Ukrajna, 2006., ügyszám: 67531/01., ítélet:2006. 02. 08.

Herczegfalvy v. Ausztria, 1992., ügyszám: 10533/83, ítélet: 1992. 09. 24.

Hutchison Reid v. Egyesült Királyság, 2003., ügyszám 50272/99, ítélet: 2003. 05. 20.

Johnson v. Egyesült Királyság, 1997., ügyszám: 22520/93, ítélet: 1997. 10. 10.

Keenan v. Egyesült Királyság, 1998. ügyszám: 27229/95., ítélet: 1998., 04. 03.

Kudla v. Lengyelország, 2000, ügyszám. 30210/96, ítélet: 2000. 10. 20.

Megyeri v. Németország, 1992. ügyszám: 13770/88., ítélet: 1992. 05. 12.

Musial v. Lengyelország, 1999., ügyszám:24557/94. ítélet:1999. 03. 25.

Nikolova v. Bulgária, 1999., ügyszám: 31195/96, ítélet: 1999. 03. 25.

Pereira v. Portugália, 2002., ügyszám: 44872/98., ítélet: 2002. 02. 26.

Petukova v. Oroszország, 2013., ügyszám:28796/07., ítélet: 2013. 05. 02.

Romanov v. Oroszország, 2006., ügyszám. 63993/00, ítélet: 2006. 01. 20.

Silva Rocha v. Portugália, 1996., ügyszám: 82/1995/588/674, ítélet:1996. 11. 15.

Wassink v. Hollandia, 1990., ügyszám 12535/86, ítélet:1990. 09. 27.

Weeks v. Egyesült Királyság, 1987., ügyszám: 9787/82., ítélet: 1987. 03. 02.

Winterwerp v. Hollandia, 1979., ügyszám: 6301/73, ítélet: 1979. 10. 24.

X. v. Egyesült Királyság, 1981., ügyszám: 7215/73, ítélet: 1981. 10. 24.

X és Y v. Hollandia, 1985., ügyszám: 8978/80, ítélet: 1985. 03. 26.

Internetes források

<http://www.ajbh.hu/allam/jelentes/201205019.rtf> (2013. 02. 22.)

http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/ (letöltés időpontja: 2010.07.20.)

<http://www.justice.gov.uk/publications/statistics.htm> (letöltés időpontja: 2010. 07. 20.)

http://www.dh.gov.uk/prd_consum_dh/groups/dp_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098699.pdf (letöltés időpontja: 2010. 10. 14.)

Summary

In my dissertation I dealt with the involuntary treatment in a mental hospital.

Criminal consequence against mentally disordered offenders modified many times during the last centuries. parallel with the criminal legislation the tasks of the legal institution also changed: treatment of the offenders has been emphasised next to the isolation.

From this topic follows the main question the involuntary treatment in a mental hospital. What is the role of criminal law? Could criminal law accept a social provider role like treatment? When criminal law has a treatment role, this model is more appropriate for restricting of individual freedom, than repressive criminal law. In this model, the punishment follows not from the crime, but the attribute of the offender, for example dangerous condition. This system pf punishments force criminal law to social role-change. Some measures, like involuntary tereatment in a mental institution and safety measures are just social substitutes. In guarantied consideration is justified that the involuntary treatment in a mental hospital remained among criminal measures.

An other dilemma is unfixed duration of the measure. This character does not provide predictablity and violate the principle of fixed durationed criminal sanction, in spite of the fact that requirement of predictablity is especially important int he case of mantally disordered offenders.

If we accepts fixed duration, a question arises: will this feature provide the defense of society? Period of the treatment is unforeseeable. There can be the solution if the treatment could continue in an other safety hospital.

In connection with involuntary treatment in a mental hospital is the placement of execution. If the measure is executed in a penal institution comes up a question: could this institution perform the psichiatriy as a „sideline“? Features and tasks of hospital and penal institution are different, and it reduces the successful of treatment.