PHD ÉRTEKEZÉS

DR. GULA KRISZTINA PETRA

Budapest

2025.

BŰNHŐDÉS BŰNÖSSÉG NÉLKÜL

A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS A BÜNTETŐJOGBAN

Doktori (PhD) értekezés

dr. Gula Krisztina Petra

Témavezető: Prof. Dr. Tóth Mihály

Pázmány Péter Katolikus Egyetem
Jog- és Államtudományi Doktori Iskola

Budapest
2025.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés 4

2. Történeti áttekintés 7

2.1. Eszmetörténeti alapok 7

2.2. A magyar jogfejlődés főbb állomásai 10

2.2.1. A kóros elmeállapot a büntetőjogban: A Csemegi-kódex és előzményei ... 10

2.2.2. Izoláció vagy gyógyítás? A biztonsági őrizet a Csemegi-kódex III. novellájában 20

2.2.3. Gyógyulásra ítélve: A biztonsági őrizet a Btá.-ban 24

2.2.4. A biztonsági őrizettől a kényszerelemet tartalmazó gyógykezelésig: Az 1961. évi Btk. 26

2.2.5. Velünk élő történelem: Az 1978. évi Btk. 33

2.2.6. Tiszavirág-életű fejlődés: A „relatíve határozott" tartamú kényszergyógykezelés 48

3. A korkép kórképe: A kényszergyógykezelés régi-új szabályozása 52

3.1. Elvi alapvetések különös tekintettel az intézkedés tartamára 52

3.2. Az intézkedés elrendelésének feltételrendszere 58

3.2.1. A beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot és a bűnismétlés veszélye 58

3.2.2. A büntetendő cselekmény jellege és a hipotetikus bírói döntés 73

3.3. Az intézkedés fenntartásának szükségessége 83

3.4. A kényszergyógykezelés anyagi büntetőjogi szabályozása *de lege ferenda* ... 85

3.4.1. A halmazati és egyéb büntetéskiszabási szabályok alkalmazása 87

3.4.2. A kényszergyógykezelés fiatalkorúakkal szembeni alkalmazása 91

3.4.3. A relatíve határozott tartam alkalmazási körének meghatározása és az intézkedés ismételt elrendelhetősége 94

3.4.4. Az előzetes kényszergyógykezelés beszámítása 98

4. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata 100

4.1. A szabályozás áttekintése..... 100

4.2. Empirikus kutatási eredmények az intézkedés felülvizsgálata tárgyában 103

4.2.1. Az elkövetett büntetendő cselekmények és a kényszergyógykezelés tartama……104

4.2.2. Az IMEI állásfoglalása a felülvizsgálati eljárással összefüggésben 109

4.2.2.1. A kényszergyógykezeltek tárgyaláson való jelenléte..... 109

4.2.2.2. Az adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége 113

4.2.3. A bíróság által kirendelt szakértők állásfoglalása a felülvizsgálati eljárással összefüggésben 115

4.2.4. A kényszergyógykezelés megszüntetésére irányuló javaslat 118

4.2.5. A felülvizsgálati eljárások menete 126

4.2.6. A kényszergyógykezeltek hatékony jogi képviselete..... 129

5. A kényszergyógykezelés végrehajtása 132

5.1. A szabályozás áttekintése..... 132

5.2. Az IMEI helye a büntetés-végrehajtási szervezetrendszerben..... 139

5.3. A kényszergyógykezeltek helyzete az IMEI-ben..... 143

5.4. Terápiás és személyzeti viszonyok 146

5.5. Betegjogok érvényesülése..... 150

5.6. Korlátozó intézkedések, kényszerítő eszközök alkalmazása 153

5.7. A kényszergyógykezelés megszüntetése és az utógondozás kérdése 157

6. Nemzetközi kitekintés..... 160

6.1. A nemzetközi jogi dokumentumok iránymutatásai..... 160

6.2. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga..... 169

6.2.1. A fogvatartás törvényessége 169

6.2.2. A fogvatartás törvényességének „felülvizsgálata”..... 177

6.2.3. A kötelező gyógykezelés végrehajtása – A kínzás tilalma..... 182

6.3. Kalandozások: országgyakorlatok és mítoszok 189

6.3.1. A beszámíthatatlanság meghatározása és büntetőjogi értékelése 189

6.3.2. A beszámíthatatlan elkövetők kötelező gyógykezelésének útjai és zsákutcái…….196

6.4. Az egészségügyi és a büntetőjogi modell ötvözésének sajátos példája: a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok..... 212

7. Összegzés 225

Irodalomjegyzék 234

1. melléklet: Empirikus kutatás a kényszergyógykezelés felülvizsgálata tárgyában.... 255

2. melléklet: Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga 296

3. melléklet: Interjú a Kaliforniai Igazságszolgáltatási Tanács vezető elemzőjével a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok jellemzőiről és működéséről [eredeti nyelven]..... 300

1. Bevezetés

„A tükörbe sokáig kell nézni, sokszor és sokáig, amíg végre megismeri az ember igazi arcát. A tükör nemcsak sima ezüstlap, nem, a tükör mély is, mint a tengerszemek a hegyekben, s aki nagyon figyelmesen hajol (…) felülete fölé, egyszerre a mélybe lát, s mindig új és új mélységeket lát (…)".[1] Márai Sándor ezen gondolatai nem csupán irodalmi értékük szempontjából figyelemreméltóak. Találóan írják le a büntetőjog-tudomány területén végzett és végzendő kutatások esszenciáját, egyszersmind emlékeztetnek, hogy kevés eszköz van, melynek alkalmazása, illetve alkalmazásának mikéntje és minősége olyan kíméletlen realitással, tükörhöz hasonlatosan tárja fel a szemlélő előtt egy kor és egy társadalom aktuális állapotát, szellemisége előrehaladottságát vagy épp annak gyakran sok kívánnivalót hagyó voltát, mint a büntetőjog.

Különösen igaznak találtam ezt a kényszergyógykezelést, mint a beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotú bűnelkövetőkkel szemben elrendelhető intézkedést érintő kutatásaim során. Szabó András nézete szerint „a büntetőjog akkor tölti be feladatát, ha (…) nem vállalkozik többre, mint amire hivatott: a bűn büntetésére".[2] Tagadhatatlanul vannak azonban olyan jogintézmények, mint a kényszergyógykezelés, melyek részben megbontják vagy legalábbis megkérdőjelezik a büntetőjog szerepéről alkotott klasszikus felfogást. Friedmann Ernő a „gyógyító büntetés" szerepét éppen abban látta, hogy „nem bűnt torol meg, hanem embereket ment meg az élet számára".[3] E két megállapításból is egyértelműen körvonalazódik, hogy a szankcióalkalmazás azokkal az elkövetőkkel szemben, akiknek bűnössége – és ezáltal a bűncselekmény megvalósulása – fogalmilag kizárt, a „bűnösség hiányában való bűnhődés" természetszerűleg éles szakmai vitákat indukál.

A büntetőeljárás alá vonásból és a kóros elmeállapotúnak minősítésből eredő kettős stigmatizáció mellett a kényszergyógykezeltek marginalizálódott helyzete és korlátozott érdekérvényesítési képessége fokozottan kiszolgáltatottá teszi őket a büntető igazságszolgáltatás és a végrehajtás során esetlegesen felmerülő jogsértéseknek.[4] Az

[1] MÁRAI Sándor: *Vendégjáték Bolzanóban*, Helikon Kiadó, Budapest, 2023. 235.
[2] SZABÓ András: A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga, *Jogtudományi Közlöny*, 1988/8. 523.
[3] FRIEDMANN Ernő: *A határozatlan tartamú ítéletek*, Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Részvénytársulat, Budapest, 1910. 258.
[4] FEHÉR Lenke: *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1993. 133. *és*
KOÓSNÉ MOHÁCSI Barbara et al.: *Büntetés-végrehajtási jog*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2022. 173.

elkövető büntetőjogi keretrendszerbe integrált gyógyításának célja és a szabadságelvonó szankció kapcsán elengedhetetlen garanciák kialakítása közti összhang megteremtésére törekvés végigkísérte az intézkedés fejlődéstörténetét, miközben az ezek közti időnkénti hangsúlyeltolódás napjainkig felvet régi és új kérdéseket egyaránt. Ennek adja példáját az intézkedés tartama, mely a Btk. hatálybalépésével egy tiszavirág-életű előrelépést követően újfent határozatlanná vált, ezáltal ismét egy határozatlan tartamú szabadságelvonással járó szankciót intézményesítve a magyar jogrendszerben.

A kutatási téma interdiszciplináris jellegére is figyelemmel disszertációm felépítését a patológia orvostudományban ismert, négyelemű szempontrendszerével illusztrálom, mely az etiológia – patogenezis – morfológia – klinikai szempontok tetralógiáján alapul.[5] A patológia koncepciója természetszerűleg feltételezi egy meghatározott „betegség", rendellenesség fennállását, ami jelen esetben a kényszergyógykezelést (további feltételek teljesülése mellett) megalapozó kóros elmeállapotban és az intézkedés hazai szabályozásában egyaránt tetten érhető. Ennek megállapítását követően az etiológia[6] leképezéseként vizsgálandók a probléma okai, a hátterében meghúzódó tendenciák; a patogenezisnek[7] megfelelően részleteiben, egymással összefüggő kisebb egységekre osztva válik lehetővé az egyes vitás kérdések áttekintése; míg a morfológia[8] mintáját követve megfigyelhetők a jogalkalmazásban testet öltő hiányosságok; végül a klinikai szempontok[9] keretében feltárhatók a funkcionális hatások, a végrehajtásban megjelenő diszkrepanciák.

Az előzőekhez adalékként nyilvánvaló jelentőséggel bír a kórtörténeti előzmények feltárása, vagyis az intézkedés fejlődése főbb állomásainak számbavétele. Emellett, bármilyen rendellenességről legyen is szó, feltétlenül szükség van egy „specialistára", egy külső befolyásoló és alakító tényezőre, mely meghatározza és korlátok közé szorítja a „betegség" további alakulását. Az adott helyzetben az Emberi Jogok Európai Bírósága és az Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottsága[10] (a továbbiakban: CPT) mellett ilyennek (kellene, hogy legyen) tekinthető a hazai jogalkotó és esetlegesen az Alapvető Jogok Biztosa.[11] Értekezésem anyagi, eljárási és végrehajtási jogi fejezeteiben egyaránt kiemelésre kerültek

[5] https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Patol%C3%B3gia
[6] A betegség okait kutatja.
[7] A betegség lefolyását, mechanizmusát elemzi.
[8] A sejteket, szöveteket, szerveket érintő szerkezeti változások megfigyelése.
[9] A morfológiai változások funkcionális következményeinek analízise.
[10] https://www.coe.int/hu/web/cpt/about-the-cpt
[11] Az Alapvető Jogok Biztosának az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben tett látogatásai és az ezek alapján készült jelentések érdemi szerepet játszhatnak a végrehajtásban jelentkező problémák gyorsabb és hatékonyabb megoldásában.

azok a javaslatok, melyek a kényszergyógykezelés aktuális szabályozásának és gyakorlatának fejlesztését célozzák, a nemzetközi kitekintés körében pedig azokra az elvárásokra és követelményekre helyeztem a hangsúlyt, melyek érvényesülése kulcsfontosságú a szabadságelvonó intézkedés jogszerű és méltányos alkalmazásához.

A módszertant tekintve valamennyi fejezethez felhasználtam a vonatkozó joganyagok mellett a jogtudományi szakirodalomban megjelent válogatott műveket és egyes közvetlenül kapcsolódó orvostudományi jellegű elemzéseket. A kényszergyógykezelés felülvizsgálatának bemutatásához jelentős hozzáadott értéket jelentett 2023-ban és 2024-ben kilencvenkét eljárás személyes megfigyelése útján folytatott bírósági kutatásom, melynek keretében vizsgáltam többek közt az eljárással összefüggő olyan garanciális szempontokat, mint a kényszergyógykezeltek tárgyaláson való jelenléte és hatékony jogi képviselete vagy az intézkedés megszüntetésére irányuló szakértői javaslat és ennek nyomán a bírói döntés (jogszabályi és gyakorlati) követelményei. A végrehajtási jogi vonatkozásokhoz a kényszergyógykezelés foganatosításának helyéül szolgáló – és a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer részét képező – Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (a továbbiakban: IMEI) tett látogatásaim mellett aktuális alapul szolgált a CPT 2023-as vizsgálata nyomán 2024-ben elkészült jelentése és a magyar kormány erre adott válasza. A nemzetközi fejezethez, a mentális zavarban szenvedő elkövetők ügyeiben eljáró speciális bíróságok működésének és az általuk alkalmazott egyes jó gyakorlatok, azok hazai jogalkalmazói praxisba való integrálhatóságának bemutatásában kulcsfontosságú volt 2024-ben az Egyesült Államokban *Fulbright* ösztöndíjjal[12] folytatott kutatásom, melynek során a Kaliforniai Egyetem (Berkeley) támogatásával az állam különböző megyéiben közel kétszázhetven „meghallgatáson” vettem részt.

[12] Értekezésem elkészítéséhez szintén érdemi hozzájárulást jelentett a *Rosztoczy Foundation* támogatása, a Magyar Állami Eötvös Ösztöndíj, valamint az Új Nemzeti Kiválósági Program Felsőoktatási Doktori Hallgatói Kutatói Ösztöndíja.

2. Történeti áttekintés

2.1. Eszmetörténeti alapok

„A józan ész által magára hagyott képzelet elképzelhetetlen szörnyeket szül."[13] Bár e kijelentés valóságtartalmának felismerésére az egyes társadalmak és jogrendszerek meglehetősen korán eljutottak, hosszú és korántsem egyenes út vezetett a mentális zavarban szenvedő egyénnel szembeni ördögűzés kegyetlen módszereitől az orvosi terápia alkalmazásáig.[14] Bár már a római jogban megjelent az elv, hogy az elmeállapotot illetően felmerült kétség esetén az elkövető javára döntenek, a kóros elmeállapotú egyének büntetőjogi felelősségre vonása és gyakran embertelen módon történő szankcionálása még a XVIII. században is általánosnak volt tekinthető.[15] A nemzetközi és a hazai megközelítések fejlődésére egyaránt kiemelkedő hatást gyakorolt Philippe Pinel francia pszichiáter munkássága a XVIII. században, aki egyértelművé tette, hogy az elmebetegeket meg kell fosztani a láncaiktól, és betegként kell rájuk tekinteni. Elmekórtani kutatásaiban nagy jelentőségű volt az a megállapítás, hogy az elmebetegség nem csupán az értelem, hanem az akarat zavara is, ezáltal megnyílt az út az elmekórtan tudománnyá való fejlődése előtt. Ez a felfogás szervesen összekapcsolódott az elmebeteg elkövetők számára létrehozott gyógyintézetek megjelenésével, illetve természetszerűleg kihatott a XIX. században sürgető szükséggel felmerült átfogó szabályozási igényekre.

Elsőként az 1810. évi francia büntető törvénykönyv zárta ki kategorikus jelleggel az elmebetegek büntetőjogi felelősségre vonását. A beszámíthatatlanság megállapítása során kizárólag orvosi ismérvekre támaszkodott, vagyis annak fogalma átfedésben volt az elmebetegséggel. Az 1903-as orosz büntető törvénykönyvben már jogi kritériumok is megjelentek, így a beszámíthatatlanság fogalma részben elvált az elmebetegségtől, mikor arról rendelkezett, hogy nem róható fel a bűncselekmény, ha azt olyan személy követte el, aki testi hibából vagy betegségből származó elmezavar, öntudatlan állapot vagy szellemi

[13] GOYA, Francisco: El sueño de la razón produce monstruos, 1799.
[14] FEHÉR Lenke: Kényszergyógykezelés: a patológia terápiája, avagy a terápia patológiája?, *Jogtudományi Közlöny*, 1989/12. 630.
[15] FOUCAULT, Michel: *A bolondság története* (fordította: Sujtó László), Atlantisz Könyvkiadó, Budapest, 2004. 163.

fejletlenség következtében az elkövetés pillanatában nem volt képes a cselekmény sajátos lényegét és jelentőségét felismerni vagy cselekedeteit irányítani.[16]

A közveszélyesnek ítélt elkövetőkkel szembeni hatékonyabb fellépésre és annak eszközeire nézve számos elméleti megközelítés született. A retributív, klasszikus büntető igazságszolgáltatási modell a bűncselekményt a szabad akarat következményének tekintette, mely kizárólag az egyéntől függ, így a bűnösség megállapítását követően a tett súlyával arányos, megtorlási céllal kiszabott büntetést tartotta indokoltnak és igazságosnak.[17] Ahogy arra korábban utaltam, Szabó András gondolatai figyelemreméltó letisztultsággal jelenítették meg a (neo)klasszikus iskola büntetőjog-felfogásának lényegét, mely szerint „A büntetőjog nem arra hivatott, hogy központi szerepet vállaljon a társadalmi folyamatok irányításában, sőt akkor marad meg eredeti szerepkörében, ha ezek befolyásolásának csupán végső eszköze. A büntetőjog akkor tölti be feladatát, ha megmarad marginális szerepkörében, és nem vállalkozik többre, mint amire hivatott: a bűn büntetésére".[18]

Ezzel szemben a preventív célú, pozitivista igazságszolgáltatási szemlélet determinista megközelítésen, a bűnös emberi magatartások körében is érvényesülő törvényszerűségek felismerésén alapult. Az emberi magatartást közvetlenül a pszichikus állapot és az objektív szituációs hatások, közvetve a személyiséget formáló múltbeli környezeti és genetikai hatások révén tekintette determináltnak, mely nem lehet (kizárólag) a külső körülményektől független "szabad akarat" megnyilvánulása, így a szankció alkalmazásakor sem szolgálhat egyedüli alapul az elkövetett cselekmény súlya. A megtorlás, az elrettentés nem lehet a büntetés fő célja, az elkövető személyiségét, genetikai adottságait és társadalmi körülményeit is figyelembe kell venni az ítélkezés során. Ezekre a tényezőkre tekintettel a bűncselekmények megelőzésére helyezték a hangsúlyt, és a büntetés nem tettarányos, hanem individualizált kiszabását részesítették előnyben. E követelmények tükrében különösen nagy hangsúlyt kapott a *treatment* ideológia, az elkövetőkkel való bánásmód, kezelésük és nevelésük milyensége.[19]

A XIX. században az olasz pozitivista irányzat követői, köztük Cesare Lombroso, Raffaele Garofalo és Enrico Ferri úgy vélték, a társadalom védelme az érintett elkövetők

[16] FEHÉR (1993), 13, 25-27, 28-30.
[17] FRIEDMANN Ernő: Büntetendő cselekmény és közveszélyesség, *Jogtudományi Közlöny*, 1907/46. 394-395. *és*
DOMOKOS Andrea: Farina és Rivière esete – A beteg elméjű bűnelkövető, *Jogtörténeti Szemle*, 2011/2. 22.
[18] SZABÓ (1988), 523.
[19] VIGH József: A kárhelyreállító igazságszolgáltatás eszközei a hazai büntető igazságszolgáltatás rendszerében, *Jogelméleti Szemle*, 2003/2. (forrás: https://jesz.ajk.elte.hu/vigh14.html#_ftn1)

elszigetelésével és gyógyításával valósítható meg, ennek érdekében a büntetés elhagyását indítványozták, és helyette társadalomvédelmi intézkedést javasoltak. Az antropológiai és szociológiai alapú vizsgálódások középpontjába az elkövetőt és annak veszélyességét állították. A büntetés morális töltetű fogalmát az intézkedések etikailag semleges rendszerével kívánták felváltani, ez azonban odáig vezetett, hogy egyes intézkedések szigorúbbnak lettek volna tekinthetők, mint a büntetések, mivel a veszélyesség szempontjának túlzott előtérbe helyezése mellett már nem érvényesült a cselekmény és a büntetés közti viszony korlátozó elve. Lombroso arra a szélsőséges álláspontra helyezkedett, hogy a preventív intézkedések alkalmazására nem csupán azokkal szemben kell, hogy sor kerüljön, akik már megvalósítottak bűncselekményt, hanem azokkal szemben is, akiknek veszélyes állapota bűncselekmény jövőbeni elkövetését valószínűsíti, ily módon a bűnösségi elvet kizárólagosan a veszélyességi elvvel váltotta volna fel. Ez napjainkban az *ante deliktuális* felelősség koncepciójában jut kifejezésre. A gyógyító intézkedések alkalmazását tehát egy pusztán prognosztikus feltételtől tette függővé, melynek léte nem egészen rendszeridegen ugyan a jelenkori jogi szabályozásoktól, ám azoknak máig egyik legvitatottabb és legtöbb gyakorlati problémát felvető eleme.

A másik fő irányzat képviselői, így Franz von Liszt, Adolphe Prins és G. A. van Hamel a büntetés meghagyását, ugyanakkor annak átalakítását szorgalmazták, és preventív, biztonsági jellegű célbüntetés (védelmi büntetés) vagy intézkedés nélküli határozatlan tartamú büntetés kiszabását javasolták. A Liszt nevével fémjelzett közvetítő iskola gondolatisága nyomán a német büntető törvénykönyv 1909-es előtervezete tartalmazott rendelkezést a beszámíthatatlanok és a korlátozottan beszámíthatók gyógyintézeti őrizetéről, aminek elrendelése a büntetőbíró, végrehajtása és megszüntetése pedig a rendőrhatóság feladata volt.

Álláspontom szerint a „kezelő büntetőjog”, melynek keretében a szankciókhoz nem vagy nem elsősorban a gyakran helytelenül démonizált megtorlás szándéka, hanem a nevelés, a gyógyítás pedagógiai-pszichológiai szempontjai kapcsolódnak, nem tekinthető a (neo)klasszikus büntetőjogi iskola eszméjének explicit ellenpólusaként. Épp ellenkezőleg: bár megjelenik az elkövető reszocializációjának, társadalomba való visszavezetésének célkitűzése, annak gyakorlatban való hatékony realizálódása – aminek a jogállamiság kritériumaival mindenkor összeegyeztethetőnek kell maradnia – elképzelhetetlen az egyéni szabadságjogokra és a büntetőjogi szabályozás kereteit meghatározó garanciális szempontokra való tekintet nélkül, melyek épp annyira képezik a

tett-büntetőjogi iskola gondolatiságának lényegét, mint amennyire szem előtt tartandók a kezelő büntetőjog szellemében születő rendelkezések megalkotása és alkalmazása során.

A mai értelemben vett intézkedések előzményeiként a biztonsági, preventív célú utólagos fogvatartás és egyes közigazgatási (rendőri) rendszabályok azonosíthatók. A dualista szankciórendszer kimunkálójaként E. F. Klein büntetéseket és biztonsági eszközöket különböztetett meg, utóbbiaknál az elkövető kriminális veszélyességét határozva meg döntő szempontként. Biztonsági intézkedésekről, így a beszámíthatatlanok, illetve korlátozottan beszámíthatók közbiztonság indokolta intézeti őrzéséről Carl Stooss munkájának eredményeként az 1893-as svájci előtervezet rendelkezett elsőként.[20] Stooss a jogkövetkezmény *quasi* fogalmi elemeként tekintett annak pszichés hatására, valamint az elkövető e hatás érzékelésére való képességére. Helytállóan állapította meg, hogy e kritériumról a szellemileg abnormális elkövetők esetében nem beszélhetünk, így jogosan merül fel az a napjainkig éles vitákat kiváltó és a későbbiekben tárgyalásra kerülő kérdés: fennáll-e egyáltalán ebben a helyzetben az állami „büntetés" lehetősége és/vagy szükségszerűsége?[21]

2.2. A magyar jogfejlődés főbb állomásai

2.2.1. A kóros elmeállapot a büntetőjogban: A Csemegi-kódex és előzményei

Hazánkban az első elmebetegekkel kapcsolatos írásos jogi intézkedés a III. István korából származó *Decretum Gratiani*, mely megtiltotta a házasság felbontását abban az esetben, ha valamelyik házastárs elmezavarban megbetegedett és a másik ennek okán válni óhajtott.[22] Az elkövető kriminális veszélyességén alapuló biztonsági reakcióeszköz már a *Constitutio Criminalis Carolina*-ban megjelent 1532-ben azzal, hogy azokat a személyeket, akiktől bizonyított ténykörülményekből kifolyólag „gonosztetteket" vagy bűncselekményeket kell várni, és elégséges biztosítékot nem tudnak nyújtani, határozatlan időre biztonsági őrizetbe kell helyezni. Az 1550-es években alapított dologházak már reprezentálták a nevelő büntetésvégrehajtásra, valamint a preventív, javító célú és

[20] NAGY Ferenc: *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986. 17-18, 24, 29.
[21] PALLO József: A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei, *Börtönügyi Szemle*, 2006/3. 21-24.
[22] FEJESNÉ VARGA Zita: A kóros elmeállapot kérdésének megjelenése a perújítási eljárásban, *JURA*, 2017/2. 298.

biztonsági reakcióeszközökre való igényt.[23] Ugyanakkor az első olyan forrás, melyben az elmebetegséget orvosi problémaként (is) értelmezték, szembetűnő megkésettséggel, csupán Mária Terézia uralkodásának idejére datálható. 1763. évi dekrétuma akként rendelkezett, hogy ha a bűnelkövető cselekedete őrültségből származik, akkor az őrültek házába vagy kórházba kell szállítani.[24] E jelentős időbeli eltolódás oka a büntetőjogi szemléletmód lassú változásán túl az elmebetegség huzamos időn keresztül jellemző társadalmi tény szintjén való megrekedése, illetve annak a felfogásnak a hiánya, mely szerint a mentális zavart elsősorban a személyiség saját tartományában, az egyén viszonyítási rendszerében szükséges értelmezni és értékelni.[25]

Az 1792. évi törvényjavaslatban megjelent az elkövető „megjavításának" vagy, amennyiben erre már nincs esély, ártalmatlanná tételének célja. Cesare Beccaria és Gaetano Filangieri tanai nyomán formálódott a „jobb megelőzni, mint büntetni" elv, illetve a létfeltételeiben veszélyeztetett társadalom védekezésének eszméje a rá nézve káros cselekményekkel szemben. A beszámításra nézve a javaslat előírta a bűncselekmény tárgyi súlyának, az államra és társadalomra háruló veszélynek és a tettes alanyi bűnösségének figyelembevételét (Principia III. cikk). A bírónak tekintettel kellett lennie a tettes elmebetegségére, műveletlenségére, az elháríthatatlan tudatlanságra, a tévedésre és a részegségre is.[26] A cselekményt csak akkor tekintette beszámíthatónak, ha az egyén szabadon cselekedett, és amit cselekedett, felfogta vagy legalább felfoghatta. A javaslat tehát nemcsak az akarat szabadságát, hanem az ítélőképességet is figyelembe vette.[27] Méltó társa, de legalábbis elődje volt a fél évszázad múlva Deák Ferenc munkásságát és szellemiségét tükröző 1843-i törvényjavaslatnak.[28]

A magyar haladás irányairól elmondható, hogy viszonylagos hűséggel követték a nemzetközi tendenciákat, Stooss korábban kifejtett nézete például éppúgy tetten érhető az 1843. évi törvényjavaslatban, mint Pauler Tivadar korabeli álláspontjában.[29] A javaslat már kifejezetten úgy rendelkezett, hogy „büntetéstől menten maradnak" az őrültek, a tompalméjűek, a siketnémák, valamint azok, akik betegség miatt ideiglenesen oly

[23] NAGY (1986), 10.
[24] FEJESNÉ VARGA, 298.
[25] SZABÓ András: Az elmebetegek helyzete a magyar büntetőjogban, *Jogtudományi Közlöny*, 1985/9. 522. *és* KALAPOS Miklós Péter: Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben?, *Börtönügyi Szemle*, 2008/2. 79.
[26] FINKEY Ferenc: *Az 1792. évi büntetőtörvényjavaslat 150. évfordulója*, Stúdium Könyvkiadó Rt., Budapest, 1942. 15-16, 21-22.
[27] PALLO József: *A gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedések fogalmi és alkalmazási kérdései* (PhD értekezés), Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2009. 104.
[28] FINKEY (1942), 25.
[29] PAULER Tivadar: *Büntetőjogtan I. kötet*, kiadta: Pfeifer Ferdinánd, Pest, 1869. 231-236.

állapotban voltak, hogy tetteik büntethetőségének felfogására szükséges eszmélettel nem bírtak. Kivételesen haladó szelleműnek tekinthető a korabeli európai államokkal összevetve is a javaslat lényegét tekintve korlátozott beszámíthatóságra vonatkozó rendelkezése, mely szerint a beszámítást enyhíti az elkövető őrültsége, betegsége vagy tompaelméjűsége, mely nincs azon a fokon, hogy a beszámítást megszüntesse, de az egyén józan belátását megzavarja.[30] Bár a javaslat rendelkezett a korlátozott beszámíthatóságról, sőt a kapcsolódó pszichikai tényezőkről is, végül még a Csemegi-kódex sem ismerte el annak létjogosultságát.

Az európai államok döntő többségében a büntetőbíró nem volt köteles intézkedni a vád alól felmentett elmebeteg elkövetők elhelyezése iránt – ez alól Anglia, Hollandia, Bulgária, Oroszország és három svájci kanton képezett részben kivételt –, a közveszélyes elmebetegekre nézve preventív közigazgatási intézkedések születtek.[31] Ilyen volt hazánkban a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk. A jogszabály a közbiztonságra veszélyes gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegek esetében egyaránt elrendelte a tébolydában történő elhelyezést eltartás végett, valamint gyógyítási és ápolási céllal. Az elmebetegség megállapításához „közhivatalban lévő orvostudor", emellett, amennyiben a betegnek már volt kezelőorvosa, ezen orvos véleményére volt szükség. Az érintettet a gyógyulást követően haladéktalanul el kellett bocsátani. Nem csupán a jogtudomány, de az orvostudomány változásait is jól érzékelteti, hogy bár a törvénycikkben szerepelt, hogy az elmebeteggel szemben személyes korlátozások és kényszereszközök csak szükség esetén, a beteg és mások megóvása érdekében, kizárólag orvosi előírás alapján alkalmazhatók – a szükségességük megszűntével pedig haladéktalanul megszüntetendők[32] –, a Budapesti Királyi Orvosegylet ennek törlését indítványozta arra hivatkozással, hogy gyógyeljárásról van szó, melyet a tudományos ismeretek alapján kialakított javaslatok szabnak meg, amik az orvosi ismeretek fejlődésével változnak.[33]

Az 1878. évi V. törvénycikk beszámíthatóságot kizáró okként jelölte meg a megzavart elmetehetséget, ha az a szabad akaratelhatározást kizárta, valamint az öntudatlan állapotot, melyek akár együttesen is fennállhatnak. Külön kitételt tartalmazott a

[30] (szerk.) FAYER László: *Az 1843-iki büntetőjogi javaslatok anyaggyűjteménye I. Kötet*, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1896. II. Rész VI. Fejezet. 27, 31.
[31] NAGY (1986), 12.
[32] 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről, 71-72, 75-76. § (forrás: https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87600014.TV&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei?keyword%3D1876.%2520%25C3%25A9vi%2520XIV.%2520t%25C3%25B6rv%25C3%25A9nycikk)
[33] A magyar kir. budapesti orvosegylet 1876 januári véleménye a közegészségügy rendezéséről szóló törvény tervezetéhez (forrás: http://tankonyvek.edu.pl/mati-files/pdf/otka/04_kap.pdf)

siketnémákra vonatkozóan, akik sem bűntett, sem vétség miatt nem voltak felelősségre vonhatók, ha cselekvésük bűnösségének felismeréséhez szükséges belátással nem bírtak. A siketnémákat fejletlen értelmi tehetséggel bíró egyéneknek tekintették, és a tizenhat éven aluli fiatalkorúakkal azonos elbánásban részesültek.[34]

Csemegi Károly a beszámítást a tettes felelőssé tételével, a bűnösséggel azonosította[35], mely megközelítést számos korabeli szerző osztotta abból a megfontolásból, hogy bűnösség csak egy lehet abban az értelemben, hogy a cselekmény beszámítható vagy sem, így nem lehetséges fokozatokat elkülöníteni. Paradox módon mégis elismerték azokat a helyzeteket, melyekben a tünetek „elmosódottan", a beszámítást kizáró elmezavar szintjét el nem érve jelentkeznek, ezeket viszont csupán enyhítő körülményként tartották figyelembe vehetőnek.[36]

Vámbéry Rusztem a beszámíthatóságot „büntetőjogi cselekvőképességként" jelölte meg, mivel nézete szerint ez alakilag a cselekvő személyében rejlő feltételek összessége, melyek lehetővé teszik a bűnösség megállapítását. Tartalmát tekintve a törvény beszámítást kizáró okokra vonatkozó felsorolásából kiindulva négy elemet határozott meg: az öntudatot; a szabad akaratelhatározási képességet; a bűnösség felismeréséhez szükséges belátást; valamint az erkölcsi és értelmi fejlettséget. Helyesen mutatott rá, hogy utóbbi feltétel semmiképp nem tekinthető egyenértékűnek a büntetés iránti fogékonysággal, hiszen az elmebeteg elkövető például fogékony lehet a büntetésre, miközben nyilvánvalóan nincs beszámítható állapotban.[37]

Bár a büntető törvénykönyv még szinonimaként használta a fogalmakat, Finkey Ferenc már elhatárolta egymástól a beszámítás, a felelősség és a bűnösség kategóriáit, legáltalánosabb fogalomként a beszámítást határozva meg, mely magában foglalja a bűnösség megállapítását, a cselekmény jogi minősítését, valamint a büntetés nemének és mértékének megszabását. A beszámításnál álláspontja szerint szűkebb fogalom a felelősség, mely a cselekmény jogi és erkölcsi értékelését és a bűnösség fokának

---

[34] 1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről, 76, 88. § (forrás: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=87800005.TV&txtreferer=94500007.TV) *és*
BALOGH Ágnes et al.: *Magyar büntetőjog Általános rész*, Osiris Kiadó, Budapest, 2015. 140.
[35] 1878. évi V. törvénycikk indokolása a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről (forrás: https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87800005.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D43)
[36] EDVI Illés Károly: *A Büntető Törvénykönyv magyarázata, Első kötet*, Révai Testvérek Kiadása, Budapest, 1894. 260-261, 280. *és*
BALÁS Elemér: *A magyar büntetőjog tankönyve*, Pallas Irodalmi és Nyomdai Részvénytársaság, Budapest, 1901. 30.
[37] VÁMBÉRY Rusztem: *Büntetőjog, I. Füzet*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1913. 184-185.

megállapítását jelenti, míg a legszűkebb kategória a bűnösség, az elkövetett tettért való erkölcsi felelősség, a cselekmény etikai értékelése. A beszámítási képességet a testi, értelmi és erkölcsi fejlettség minimumaként határozta meg, az értelmi fejlettséget megkülönböztetési és elhatározási képességre osztva, míg erkölcsi fejlettség alatt a cselekmény helyességének vagy helytelenségének megkülönböztetésére, a társadalmi szokások és kötelességek felfogására való képességet értette.[38] Angyal Pál Vámbéry-től és Finkey-től eltérően a beszámítási képesség feltételeül kizárólag az értelmi fejlettséget állította. Érdekességként említhető, hogy *de lege ferenda* javaslatként fogalmazta meg a beszámítási képességet kizáró egyéb defektusok, így a teljes vakság, valamint a huzamos társadalmon kívüli lét szabályozását.[39]

A büntetőjogi felelősséget kizáró „szellemi hiányok" meghatározásának három lehetséges módja különböztethető meg: a biológiai módszer, a lehetséges okok felsorolása; a lélektani módszer, az okok hatásainak, a szellemi defektusoknak a megjelölése; valamint a vegyes módszer, mikor a törvény azt nyilvánítja beszámíthatatlannak, aki bizonyos okból bizonyos szellemi defektusban szenved. A kódex a beszámíthatatlanságot előidéző okok körében mindhárom módszert alkalmazta: a gyermekkor esetében az elsőt, az öntudatlan állapotra és a kényszerre a másodikat, a további okok tekintetében a harmadikat.[40] A kódex szövegezése az elmezavar, illetve a felismerő tehetség hiányának eseteire nézve eltért mind az 1843. évi törvényjavaslat, mind más korabeli büntető törvénykönyvek megközelítésmódjától, melyek taxatív felsorolást tartalmaztak. Csemegi éles kritikával illette azt a megközelítést, mely az egyes kórállapotok felsorolásával másokat egyértelműen kizárt az értékelhetőség köréből.[41] Azon betegségek közül, melyek az elmetehetséget megzavarhatják, az őrültséget, a hülyeséget, a tébolyt, a mániát, az idiotizmust, a foliat és ezek egyes alosztályait említette, meghatározásukat pedig az orvostudományra bízta.[42]

A törvénynek az elmetehetség megzavarására vonatkozó kitételébe Vámbéry szerint nem csupán az elmebetegség, hanem a gyengeelméjűség (imbecillitás) és a tompaelméjűség (idiotizmus) is beleértendő[43], ugyanakkor Finkey kritikával illette azt a

[38] FINKEY Ferenc: *A magyar büntetőjog tankönyve*, Grill Könyvkereskedés, Budapest, 1914. 164-166.
[39] ANGYAL Pál: *A Magyar Büntetőjog Tankönyve II.*, Athenaeum, Budapest, 1943. 28.
[40] VÁMBÉRY, 190.
[41] Ezt az álláspontot a későbbiekben számos más szerző, köztük Balogh Jenő is képviselte. (forrás: BALOGH Jenő: Az elmebetegség és elmegyengeség jelentősége a büntetőjogi beszámíthatóság szempontjából, *Jogtudományi Közlöny*, 1905/36. 296.)
[42] (szerk.) EDVI Illés Károly – GYOMAI Zsigmond: *Csemegi Károly művei, Második kötet*, Franklin-társulat, Magyar Irod. Intézet és Könyvnyomda, Budapest, 1904. 219-221.
[43] VÁMBÉRY, 194.

korabeli bírói gyakorlatot, hogy a gyengeelméjűeket rendszerint beszámítási képességgel bírónak tekintették, és állapotukat csupán enyhítő körülményként vették figyelembe, mivel – álláspontja szerint – éppen ellenállási erejük gyengesége teszi őket hajlamosabbá a bűnelkövetésre. Már ekkor felmerült, hogy e körben az orvosi és a jogászi megközelítésmód eltérésekre, olykor egészen ellentétes megítélésre vezet. Miközben például az orvostudomány a mániákat elmebetegségi alakzatoknak tekintette – e körbe sorolta a piromániát, a kleptomániát, sőt az ún. „gyilkolási mániát" is –, a jogászok ezeket nem ismerték el beszámítást kizáró okként.[44] A korabeli elmekórtan az elmetehetség megzavarására alkalmasnak tekintette valamennyi lelki eredetű betegséget, így a pszichopátiát is.[45]

Fayer László a megzavart elmetehetség időbeli fennállása kapcsán úgy vélte, hogy csupán az szükséges az elkövető felmentéséhez, hogy a pillanatnyi megzavarodás olyan erős legyen, hogy az elkövető másképp ne legyen képes cselekedni, vagyis az akarat szabad elhatározási képességével abban a pillanatban, adott ügyre vonatkozólag ne bírjon. Edvi Illés Károly ezt azon az alapon vetette el, hogy az elmezavart a pillanatnyi megzavarodással azonosította, így túlságosan tágan vonta meg a körét, és szükségtelenül beavatkozott az orvostudomány szférájába is.[46]

A szabad elhatározási képesség körében Csemegi mindenképp szükségesnek látta a megzavart elmetehetséggel történő összefüggésbe hozatalt, és elhatárolta az értelmet elhomályosító, a felismerést akadályozó, a szabad akaratot azonban meg nem szüntető indulati állapotoktól.[47] Ellenkező esetben ugyanis az izgatottságban, a szenvedély hullámzásai alatt, a vágyak és ösztönök ingerei, a bosszú, harag vagy gyűlölet befolyása alatt elkövetett cselekmények is alapot adhatnának az akaratszabadság kizártságára vonatkozó felvetésekre. A szenvedély, az indulat, bár elhomályosítja az értelmet, és akadályozza a tiszta felismerést, nem szünteti meg a szabad akaratot.[48] Finkey Heller Erikkel egyetemben ugyanakkor felvetette, hogy az akarat szabad elhatározási képességére vonatkozó kitétel elhagyható lenne a törvényből, és ez nem változtatná meg a rendelkezés értelmét, sőt visszaszorítaná a kritikát és félreértéseket a determinista orvosok részéről, akik

[44] FINKEY (1914), 169, 188.
[45] HELLER Erik: *A magyar büntetőjog általános tanai*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1945. 159-161.
[46] EDVI, 283.
[47] EDVI – GYOMAI, 215-217.
[48] 1878. évi V. törvénycikk indokolása (forrás: https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87800005.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D43)

úgy vélték, hogy a büntető törvénykönyv és a Bűnvádi Perrendtartás kitételei révén olyan kérdésre kellett választ adniuk, aminek a létezését nem ismerték el.[49]

Edvi kritikával illette, hogy az orvosok sokkal inkább kiterjesztik az elmebetegség, mint egységes kóros folyamat határait ahhoz képest, mint amennyire ezt a bíró a beszámíthatóság tekintetében megteheti, ráadásul a szakértők abbéli állásfoglalása, hogy ki van-e zárva annak lehetősége, hogy a vádlott a tett elkövetésekor elmezavar miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt, a bíró és a szakértő „hatáskörének összezavarására" vezet. A szakvéleménynek nézete szerint a kórelőzmények feltárására és esetlegesen az elmebetegség konkrét típusának megnevezésére kell szorítkoznia, ám ami ezután következik – hogy beszámítható-e a vádlottnak a cselekmény és büntethető-e, illetve milyen mértékben –, kizárólag a bíróság hatáskörébe tartozik.

Az ettől eltérő, illetve ezen mégis túlterjeszkedő szakértői véleményalkotásra példa a következő korabeli eset: felmentő ítéletet hozott a Kúria a vádlott ügyében, aki „6 hónapos törvényes leányát súlyosan megverte és a bölcső fenekéhez vágta, minek folytán az meghalt: mert a szakértők, bár eltérő alapon, oda nyilatkoztak, hogy v. a cselekmény elkövetésekor szabad elhatározásának képességével nem bírt, s mert tisztességes, józan életű és vallásos ember létére csak azért határozván el a cselekmény elkövetését, mert gyermeke nem fiú, hanem leány volt, ez elhatározásának a józan észszel meg nem egyező oka szintén kétséget támasztott elmebeli állapotának józansága iránt". Napjaink joggyakorlatának ismeretében az irrealitással határosnak tűnő olyan esetre is sor került, amikor a bíró a szakértők véleményével ellentétben az elmebeteg elkövető beszámítási képességének fennállását állapította meg: elítéltetett ugyanis a vádlott, „ki borozás után őt arczulütő társát a hirtelen felkapott vasvillával agyonütötte: mert habár az alsófokú szakértők szerint v. indulatát normális módon nem képes szabályozni, elmegyengeségben szenved, s a tett elkövetésekor nem volt beszámítható állapotban, a közegészségügyi tanács pedig kijelentette, hogy akarata szabad elhatározási képességével nem bírt, e mellett 2 tanú azt vallotta, hogy v. bamba, mindazonáltal a C. [Kúria] a tett körülményeit s v. egyéni tulajdonságait közelebb mérlegelve, őt elítélendőnek találta".[50]

[49] FINKEY (1914), 185. *és* HELLER, 160.
[50] EDVI, 279-283.
Ugyancsak ezt a tágan értelmezett bírói szerepfelfogást példázza a „kétes elmeállapotokról" szóló Magyar Jogászegyleti Értekezésekben 1893-ban megjelent azon megállapítás, miszerint „a tisztelt bírói kar az orvosi szakértői véleménynek nemcsak a logikáját teszi kritika tárgyává, hanem ezen túl megy és még a betegség természetére (…) és a vizsgált egyén elmeállapotára vonatkozólag is mintegy kritikát gyakorol az orvos mellett és az orvos felett". (forrás: LAUFENAUER Károly: *Kétes elmeállapotok a törvényszék előtt*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, X. kötet, 3. füzet, Franklin-társulat, Budapest, 1893. 3-4.)

Szintén viták tárgyát képezte a *lucidum intervallum* és az *actio libera in causa* eseteinek megítélése. Az orvostudomány szerint az egyén az átmeneti tünetmentes időszakban sem volt beszámíthatónak tekinthető, míg a jogtudósok körében eltérő vélemények alakultak ki, ám többségük elismerte az egyén beszámíthatóságát ez idő alatt.[51] Edvi e körben is úgy vélekedett, hogy az orvostudomány megközelítése jelentős és talán túlzott mértékben tágítja az elmebetegség fogalomkörét.[52] Vámbéry ezzel szemben úgy foglalt állást, hogy a beszámíthatóság ezen időtartam alatt sem állapítható meg, hacsak nem jár a betegség ideiglenes gyógyulásával. Az *actio libera in causa* esetében – a cselekmény megítélésével kapcsolatban, melyet beszámíthatatlan állapotban hajtottak végre, de arra az elkövető beszámítható állapotban határozta el magát – a beszámíthatóság feltétele volt, hogy az eredmény okozati kapcsolatban álljon az elhatározással. Az ezzel összefüggésben kialakult megközelítést, mely az *actio libera in causa* büntetlenségét arra alapította, hogy az egyén pusztán előkészületi cselekményt valósított meg, mikor magát öntudatlan állapotba helyezte, Vámbéry azon az alapon vetette el, hogy ez csak abban az esetben állna fenn, ha a végrehajtási cselekvés további, külön akaratelhatározást igényelne. Osztom a gondatlan elkövetés vonatkozásában kifejtett álláspontját, megkérdőjelezhető ugyanakkor annak a helyessége, hogy szándékos jogsértésért (*dolus eventualis*) is felelősségre vonható az elkövető akkor, ha a beszámíthatatlanság idején bekövetkező automatikus testmozgásra számított, és ennek bekövetkezése „nem valószínűtlen".[53] Ennek bizonyítása a gyakorlatban elkerülhetetlenül nehézségekhez és bizonytalansághoz vezet. Ahogy Heller általánosságban is rámutatott, az okozati összefüggés megállapítása eleve problémás, azonban még ha ez meg is állapítható, az elkövető bűnössége jellemzően nem. Ha mégis előfordul ilyen eset, az elkövető csupán gondatlanság miatt lesz felelősségre vonható. Sajátos nézőpont, mely mindkét szerzőnél megjelent, hogy ezekben a helyzetekben a cselekvő lényegében önmagát használja eszközül az elkövetésre, és így saját testéért, mint az okozatosság egy láncszeméért felel. Heller ebből adódóan a közvetett tettességgel rokonította a jelenséget.[54]

A beszámíthatatlan elkövetőkkel szemben a jogtudósok többsége, köztük Friedmann Ernő[55] is határozatlan tartamú „kényszerintézkedést" javasolt. Heller a tartam kérdésében – Finkeyhez hasonlóan – kiemelte, hogy annak a közveszélyesség fennállásától,

[51] HELLER, 160.
[52] EDVI, 283.
[53] VÁMBÉRY, 188-189, 195.
[54] HELLER, 132.
[55] FRIEDMANN, 254.

nem pedig az elkövetett cselekmény súlyától kell függnie, mert utóbbi esetben a jogkövetkezmény burkoltan büntetés jelleget öltene, aminek azonban bűnösség hiányában nem lehet helye.[56] Nézetem szerint ugyanakkor számításba kell venni, hogy a cselekmény súlya nyilvánvaló indikátora az elkövető és állapota veszélyességi fokának, mely lényegi szempont kell, hogy legyen a gyógykezelés potenciális időtartamának vizsgálata körében, annál is inkább, mert az intézkedésről való döntés kapcsán ez tekinthető az egyik, ha nem a legobjektívebb kritériumnak. Wlassics Gyula a határozatlan büntetési tételben általában véve a közhatalmi önkény veszélyét és ezáltal az alkotmánytan alaptételeinek veszélyeztetését látta, ugyanakkor az „őrült bűnösök" esetében megfelelő biztosítékok mellett elfogadhatónak tekintette az ilyen „kényszerintézkedést".[57] Fayer viszont ezt épp arra tekintettel vetette el, hogy a garanciák nem biztosítottak, illetve biztosíthatók. Úgy vélte, gyógy- és letartóztató intézetek egész sorára van szükség a közveszélyes elkövetőkkel szembeni adekvát társadalmi védekezés jegyében. Vámbéry egyenesen úgy fogalmazott – messzemenőkig helyeselhetően –, hogy a határozatlan büntetésnek a biztonsági rendszabály „báránymezébe" öltöztetése, és a biztonsági rendszabály „utóbüntetésként" történő alkalmazása szükségképpen igazságtalan eredményre vezet.[58]

A részleges beszámítási képességet, azt a jelenséget, hogy az elkövető egyes cselekményeire nézve beszámíthatatlannak, míg mások vonatkozásában esetlegesen beszámíthatónak tekinthető, a korabeli gyakorlat jellemzően elismerte.[59] Edvi utalt azonban arra, hogy az orvostudomány szemszögéből és annak elmebetegségre vonatkozó egységes megközelítésmódjából, valamint az elmebetegség határainak a jogtudományénál tendenciózusan kiterjesztőbb értelmezéséből adódóan az orvosszakértők részéről az erről való állásfoglalás problémát vet fel.[60]

Bár a korlátozott beszámíthatóságot a kódex nem ismerte, Finkey már felvetette a magyar jogrendszerbe történő integrálás szükségességét. Az ilyen elkövetők kezelésére nézve két fő korabeli álláspont alakult ki: felmerült egyrészt a büntetés enyhítése és azt követően vagy akár azalatt sajátos gondozó és védő intézkedések alkalmazása, többek közt Angyal Pálnál, Friedmann Ernőnél és Baumgarten Izidornál, míg Balogh Jenő, Heller Erik, Moravcsik Ernő és Babari Schwarzer Ottó radikálisabb álláspontot képviselve a hagyományos büntetési eszközök mellőzését és ezen elkövetők sajátos kezelés alá vonását

[56] FINKEY (1914), 185. *és* HELLER, 160.
[57] WLASSICS Gyula: Hazánk és a büntetőjog fejlődése, *Jogállam*, 1905/8. 593-594.
[58] NAGY (1986), 56-57, 60.
[59] VÁMBÉRY, 187. *és* HELLER, 129-130.
[60] EDVI, 279-283.

sürgették.[61] Az első megoldás ellen szólt az a káros hatás, amit a szellemileg és gyakran testileg is gyengébb elítéltekre gyakorolhat, míg a második ellen annak veszélye, hogy az intézet szanatórium jellege menekülési útként szolgál a büntetés elkerülésére törekvők számára. Vámbéry ezekre tekintettel azt javasolta, hogy a bírónak legyen választási lehetősége a két megoldás közt.[62]

A kódex egyik fő érdeme, hogy a kóros elmeállapot fogalmának büntetőjogba emelésével alapvetően meghatározta a későbbi szabályozások irányait és továbbfejlődési lehetőségeit. Ugyanakkor a beszámíthatatlan elkövetőkkel kapcsolatos jogalkalmazásbeli kérdésekre és hiányosságokra a törvényhozás lényegében egyáltalán nem fordított figyelmet, bár azt számos szerző – így Finkey és Angyal is – javasolta. Prins gondolatiságának nyomán gyógyletartóztató intézet létrehozását szorgalmazták, ahol a gyógyítás célja mellett a büntetés szempontja is szerephez jutott volna.[63] Finkey álláspontja jelentősebb módosításokkal hatályos szabályozásunkban is manifesztálódik: nézete szerint azon személyek esetében szükséges a beutalás, akik több mint hat hónapnyi szabadságvesztéssel büntetendő cselekményt követtek el, és veszélyesek a környezetükre vagy a közbiztonságra. Elismerte, hogy a biztonsági rendszabályok az egyéni szabadság jelentős megszorítását eredményezik, mégis ezek bíróság általi alkalmazását tekintette kívánatosnak az elmebeteg, illetve gyengeelméjű elkövetők közigazgatási úton történő gyógyintézetbe helyezése helyett. Magyarországon ekkor még csupán egy elmeállapot megfigyelésére szolgáló országos intézet volt, a Moravcsik Ernő, majd 1909-től Németh Ödön vezetése alatt működő kőbányai gyűjtőfogház, ahonnan az egyéneket az elmebetegség megállapítása esetén elmegyógyintézetekbe, ellenkező esetben (elítélés esetén) börtönökbe szállították. Vezetője közvetlenül az igazságügyi miniszter felügyelete alatt állt, de szakműködésében független volt.[64] Friedmann a közbiztonság érdekében a közveszélyes elmebetegek elmegyógyintézetben történő elhelyezését attól függetlenül javasolta, hogy követtek-e el bűncselekményt[65], ez azonban mind dogmatikai, mind gyakorlati szempontok alapján, a kezeltek biztonságára figyelemmel is aggályos. Irk Albert a bűnelkövetők ezen csoportja részére még új elmegyógyintézetek létrehozását sem tartotta szükségesnek, hanem az általános intézeti keretek közt történő elhelyezésüket javasolta.[66]

---

[61] FINKEY, 169-170.
[62] VÁMBÉRY, 188.
[63] KOVÁCS Zsuzsa Gyöngyvér: *A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése* (doktori értekezés), Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, Debrecen, 2013. 56.
[64] FINKEY (1914), 439-441, 443, 451.
[65] FRIEDMANN, 125, 174-175, 258.
[66] IRK Albert: *A magyar anyagi büntetőjog*, Dunántúl Egyetemi Ny., Pécs, 1928. 294.

Az intézkedés elrendelésére, felülvizsgálatára és megszüntetésére jogosult szerv, illetve hatóság meghatározásában ugyanakkor a közvetítő iskola hazai képviselői közt is jelentős véleménykülönbségek rajzolódtak ki: míg Finkey az elbocsátás tekintetében a közigazgatási hatóság javaslatára alapított bírói döntést pártolta, Angyal a gyógyintézet mellett működő felügyelő hatóságra bízta volna a döntést[67], Friedmann pedig Liszt törvénytervezetével összhangban azt a megoldást tartotta követendőnek, hogy beszámíthatatlanság esetén a bíróság hivatalból, külön határozatban rendelje el a felmentett elmebeteg ideiglenes őrizetbe vételét, és továbbítsa az iratokat az ügyészségnek a gondokság alá helyezési eljárás megindítása céljából, hogy a polgári bíró döntsön a végleges elhelyezés szükségességéről, illetve határozzon orvosi vélemény alapján az intézetből történő elbocsátásról.[68] Angyal nézete napjainkban is megjelenik a kényszergyógykezelésről való gondolkodásban.

2.2.2. Izoláció vagy gyógyítás? A biztonsági őrizet a Csemegi-kódex III. novellájában

A büntetőjog fejlődésének következő állomásaként a tudományos érdeklődés középpontjába a tettes személye került, ennek megfelelően a tett büntetőjogának helyébe a tettes büntetőjoga lépett.[69] A Csemegi-kódex III. novellájában (a továbbiakban: III. Bn.), mely indokolása szerint a kódex legkirívóbb hiányosságait volt hivatott orvosolni, testet öltöttek a tettes-büntetőjogi irányzat egyes eredményei: legfőbb újításként a biztonsági őrizet, illetve az ahhoz kapcsolódó egyes gyakorlati kérdések rendezése tartható számon. Alkalmazásának feltétele bűntett vagy vétség elkövetése – kihágás nem szolgálhatott alapul –, a beszámítás elmebetegség általi kizártsága, valamint az elkövető tizennyolcadik életévének betöltése volt. A fiatalkorú bűnelkövetőkre e szabályozás az indokolás szerint azért nem terjedt ki, mert a velük szemben alkalmazható javító és nevelő intézkedések, valamint az egyéb rendszabályok kedvezőbb elintézést tettek lehetővé.[70] A jogszabály lehetőséget biztosított az elrendelés mellőzésére is első ízben megvalósult vétség esetén, amennyiben az elkövető elmeállapotára tekintettel nem volt valószínűsíthető a bűnismétlés.

[67] ANGYAL Pál: *A magyar büntetőjog tankönyve I.*, Athenaeum, Budapest, 1920. 383-386.
[68] FRIEDMANN, 176.
[69] SCHÄFER István: Biztonság vagy gyógyítás?, *Jogtudományi Közlöny*, 1948/14. 219.
[70] 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása a büntetőtörvények egyes fogyatékosságainak megszüntetéséről és pótlásáról. Az 1. §-hoz. (forrás: https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D51)

A biztonsági őrizet céljai közt explicite megjelent a még primátussal bíró ártalmatlanná tétel mellett az újabb bűntett vagy vétség elkövetésének veszélyével járó elmeállapot megszüntetése, a társadalom védelme és az elkövető kezelése. Tartamának csupán a minimumát határozták meg, egyelőre egy évben, mely az elrendelő határozat jogerőre emelkedésének napján kezdődött, és az elrendelő bíróságnak a tartam letelte előtt három hónappal kellett döntenie az elkövető bűnismétlés veszélyének megszűnte alapján történő elbocsátásáról vagy biztonsági őrizetének újabb egy évvel történő meghosszabbításáról. Érdekesség, hogy már ekkor megjelent törvényi szinten az a napjainkban is alkalmazott gyakorlat, hogy a bíróság az elbocsátást a biztonsági őrizetbe helyezett személy hozzátartozói vagy mások részéről történő felügyelethez kötheti. A bíróság ekkor viszont jogosult volt a felügyelet gyakorlásának ellenőrzésére is, és annak elmulasztása esetén az elbocsátott akár a biztonsági őrizetbe is visszahelyezhető volt. Szintén mérlegelési joga volt arra nézve, hogy az elkövető felfüggesztett szabadságvesztése az elbocsátását követően végrehajtásra kerüljön-e.[71]

Az egyéves minimumtartamot azáltal látták igazoltnak, hogy rövidebb idő alatt nem lenne megvalósítható a biztonsági őrizet célja, a maximumtartam hiányát pedig azáltal, hogy bizonytalan, mennyi ideig van szükség kezelésre az elkövető közveszélyes állapotának megszüntetéséhez, miközben az egyéni szabadság védelmét kellőképp biztosítottnak tekintették a bírói felülvizsgálat és ennek során az elmeorvosi felügyeletet gyakorló személy meghallgatása révén. Az elkövetőt viszont csak akkor kellett meghallgatni, ha állapota alapján „célravezetőnek" tűnt.[72] Határozottan – és megalapozottan – bírálta a szabályozás ezen elemét Horányi Béla arra hivatkozva, hogy az elkövető gyógyulása akár egy évnél rövidebb idő alatt is megvalósulhat, és a további fogvatartás újabb zavartsági állapotot indukálhat, ami egyaránt ellentmond a gyógyításra és a közveszélyes állapot megszüntetésére irányuló célkitűzésnek. Hozzátette, hogy az esetleges szimulálás kiküszöbölésének szándéka önmagában nem igazolhatja a generális minimumtartamot, és bár felmerülhet, hogy ennek hiányában egy-egy elkövetőt rövidebb idejű intézeti tartózkodást követően elbocsátanak, a szakértők bevonásával jelentősen csökkenthető ennek esélye.[73] Kádár Miklós a biztonsági őrizet esetében szintén hangsúlyosnak tekintette a gyógyítást, ugyanakkor a szimulálás kiküszöbölését önmagában

[71] 1948. évi XLVIII. törvénycikk a büntetőtörvények egyes fogyatékosságainak megszüntetéséről és pótlásáról, 1-4. § (forrás: https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TV&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D43)
[72] 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása. A 3. §-hoz. A 4. §-hoz. A 10. §-hoz.
[73] HORÁNYI Béla: Az új büntető novella elmeorvosi szempontból, *Jogtudományi Közlöny*, 1948/2. 300.

véve jelentős célként határozta meg, ami indokolhatja az intézkedés minimumtartamának fenntartását.[74] Álláspontom szerint viszont a szakértői tévedés lehetőségének kiküszöbölésére az anyagi büntetőjogi szabályozás nem vállalkozhat, arra nem hivatott és nem is alkalmas eszköz. A végrehajtás helye külön e célra rendelt intézet vagy a letartóztató-, illetve elmegyógyintézet elkülönített része lehetett.[75] Horányi álláspontja szerint ehelyett a már kialakult gyakorlat folytatása lett volna célszerű, vagyis az eljárás megszüntetése mellett a betegek elmegyógyintézetbe utalása, a zárt intézetből való elbocsátás pedig bírói szemlét követően történhetett volna.[76]

A novellát vitathatatlan érdemei mellett több alapos kritika érte. Schäfer István találóan mutatott rá, hogy a Magyar Jogászok Szabad Szakszervezetének korábbi novellatervezetéből éppen azok az elemek nem kerültek átemelésre, melyek a tettes-büntetőjog követelményeit a legtisztábban kifejezésre juttatták volna.[77] Az eltérés már a címben is megjelent: a szakszervezeti tervezet még „gyógyító őrizetről" rendelkezett, ami utóbb biztonsági őrizetre módosult. Horányi Schäfer-hez hasonlóan hibásnak tartotta a biztonsági őrizet megnevezést, mivel az izolálásra, nem az orvosi prevencióra helyezte a hangsúlyt, és értékcsökkenést, társadalmi megbélyegzést sejtetett. Helyette javasolta például az „átmeneti intézet" megjelölést, ami a bűnözők társadalmából a nem bűnözők felé orientálást reprezentálhatta volna.[78]

Nem csupán technikai jellegű módosítás volt, hanem az egyes célok közti hangsúlyeltolódás kifejeződése, hogy a tervezet még a gyógyítást sorolta első helyre, sőt arról is rendelkezett, hogy a végrehajtás semmi esetre sem lehet megtorló célú vagy büntetés jellegű, míg a novella az ártalmatlanná tételt helyezte előtérbe a végrehajtásra vonatkozó kitétel mellőzésével[79], holott a jogszabály indokolása kifejezetten „szabadságelvonással kapcsolatos gyógyító intézkedésként" hivatkozott rá.[80] Emellett a tervezet több szempont alapján, szűkebben vonta volna meg a gyógyító őrizetbe kerülők körét: kizárólag akkor lett volna alkalmazható, ha „a bűncselekmény körülményeiből, [az elkövető] addigi életmódjából, valamint elmebetegsége neméből és mértékéből alaposan lehet következtetni arra, hogy a jövőben ismét bűncselekményt fog elkövetni". A novella ezzel szemben bármely büntetendő cselekményt megvalósító elmebeteggel szemben

[74] KÁDÁR Miklós: *Magyar büntetőjog - Általános rész*, Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest, 1952. 313.
[75] 1948. évi XLVIII. törvénycikk, 5. §
[76] HORÁNYI, 300.
[77] SCHÄFER, 219
[78] HORÁNYI, 301.
[79] SCHÄFER, 219-220.
[80] 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása. A 3. §-hoz.

lehetővé tette a biztonsági őrizet alkalmazását. Alapos ugyanakkor az a felvetés, hogy az egyszer büntetendő cselekményt elkövető elmebeteg nem szükségképpen „bűntettes-lehetőségű", közveszélyessége megítélésénél pedig nem lehet egyedül irányadó szempont a szimptómaként megjelenő cselekmény. A tervezet haladóbb szellemű volt a tekintetben is, hogy lehetőséget biztosított volna feltételes szabadon bocsátásra a gyógyító őrizetből, sőt a csökkent beszámítási képességűekkel szemben is lehetővé tette volna a büntetés gyógyító őrizetben történő végrehajtását.[81] A jogalkotó is elismerte a korlátozott beszámítási képességre vonatkozó szabályozás szükségszerűségét, annak alapvető feltételei – a megfelelő intézetek, a speciális szakképzettséggel rendelkező személyzet és a korszerű felszerelések – viszont hiányoztak.[82]

Bár a gyógyítás céljának az intézkedés tartalmába való másodlagos felvétele révén kétségkívül „szellőzik a megtorlás gondolatának nehéz levegője"[83], ez nem változtat azon a tényen, hogy a biztonsági őrizet alkalmazásáról való döntéskor a bíró elsődlegesen az elkövető múltja miatt és nem a jövője érdekében jár el, holott a tettes-büntetőjogi irányzat szellemiségének megvalósulásához épp az utóbbira lett volna szükség. Hozzá kell azonban tenni, hogy a novella a tett-büntetőjogi irányzattal sem volt nagyobb összhangban, mivel a beszámíthatatlan egyének esetében alkalmazandó büntetőbírói „kényszerintézkedés" alapjaiban törte át a büntethetőséget a bűnösség mérlegelésére való képességgel összekapcsoló elméletet.[84] A tettes-büntetőjog szemszögéből tehát megkérdőjelezhető volt, hogy a novella kriminológiai értelemben valódi biztonsági rendszabályt intézményesített-e, míg a tett-büntetőjog oldaláról nézve elvetette a megtorlásról és a büntethetőségről kialakított klasszikus eszmerendszert.

[81] GYÖRGYI Kálmán: *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984. 27.
[82] 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása. Az I. fejezethez.
[83] SCHÄFER, 220.
[84] ibid.

2.2.3. Gyógyulásra ítélve: A biztonsági őrizet a Btá.-ban[85]

A „szocialista" büntetőjog-tudomány a tett-büntetőjog mellett foglalt állást, ugyanakkor az elkövetők közti differenciálás – változó tartalommal – meghatározó eredménye volt.[86] Az 1950. év II. törvény már különbséget tett büntethetőséget kizáró és megszüntető okok közt, előbbiek közé sorolva az elmebetegséget és az öntudatzavart. Eszerint nem büntethető, aki a bűntettet olyan elmebeteg állapotban (vagy öntudatzavarban) követte el, mely képtelenné tette a cselekmény társadalmi veszélyességének felismerésére vagy az akaratának megfelelő magatartásra. Figyelemreméltó újítás volt a büntetés korlátlan enyhíthetősége, ha az elkövetőt elmebetegsége, öntudatának zavara, a kényszer vagy fenyegetés csupán korlátozta a cselekmény társadalomra veszélyességének felismerésében vagy az akaratának megfelelő magatartás tanúsításában, azonban a korlátozott beszámítási képesség részletszabályai nem kerültek kidolgozásra, ami a gyakorlatban bizonytalanságot idézett elő. Ezek a rendelkezések nem voltak alkalmazhatók annak javára, aki maga idézte elő állapotát vagy helyzetét abból a célból, hogy a bűntettet elkövesse.

A Csemegi-kódex még monista jogkövetkezményrendszert intézményesített – melyben a bíróság egy meghatározott bűncselekmény jogkövetkezményeként csak egy adott szankciót alkalmazhatott –, ami egyaránt felvetett törvényességi és hatékonysági aggályokat. A Btá. érdemét tekintve ugyancsak monista felfogást követett, a biztonsági őrizet és a javító-nevelő munka törvénybe iktatásával viszont már megjelent két intézkedésjellegű jogkövetkezmény, és ezáltal a dualista szankciórendszer felé történő kezdeti elmozdulás.[87]

A biztonsági őrizet feltételei körében a tizennyolcadik életév betöltésére vonatkozó követelmény elhagyásával fiatalkorúak esetében is lehetővé vált az alkalmazás. A Btá. a III. Bn.-nel összefüggésben felmerült több kritikára választ adott. Az elkövető közveszélyes állapotát az elrendelés feltételévé tette. Míg a Bn. alapján a biztonsági őrizetbe helyezett személyt korábbi gyógyulása esetén sem lehetett egy évnél hamarabb elbocsátani, a Btá. úgy rendelkezett, hogy közveszélyes állapota megszűntét követően haladéktalanul sor kell, hogy kerüljön rá.[88] Bár a szakirodalomban több helyen szerepel, hogy megszűnt a

[85] 1950. évi II. törvény a büntetőtörvénykönyv általános részéről
[86] GYÖRGYI, 30, 32.
[87] NAGY Ferenc – TOKAJI Géza: *A magyar büntetőjog általános része, II. kötet*, JATE Könyvkiadó, Szeged, 1989-1990. 177-180.
[88] 1950. évi II. törvény, 49. §

biztonsági őrizet elrendelése mellőzésének lehetősége vétség esetén, ez nem jelentett érdemi változást arra tekintettel, hogy a bűntett-vétség megkülönböztetést a törvény generális jelleggel vetette el. A bűntett és a vétség közti fő különbség a Btá.-t megelőzően abban állt, hogy bűntettet csak szándékosan lehetett megvalósítani, míg a vétség gondatlan elkövetés esetén is büntetendő volt, feltéve, hogy ezt a törvény külön elrendelte. A jogalkotó nem látott kellő indokot arra, hogy a súlyosabb természetű bűntett csak szándékos elkövetés esetén legyen büntethető, míg az enyhébb súlyú bűncselekmény a törvény által meghatározott esetekben gondatlanságból is. A Btá. az elkövető bűnössége szempontjából azonos elbírálás alá vonta a tágabb, tehát a korábbi vétségeket is felölelő bűntetti kategóriát, és általános szabályként mondta ki, hogy a gondatlanságból elkövetett bűntettet is büntetni kell, kivéve, ha a törvény csak a szándékos elkövetést rendeli büntetni.[89]

A bírói gyakorlat már ekkor kimunkálta az elvet, hogy ha az elkövetett bűntett miatt végrehajtandó szabadságvesztés alkalmazására egyébként sem kerülne sor, a biztonsági őrizetbe helyezés – ami célját és végrehajtását tekintve szabadságelvonással járó gyógyító intézkedés – mellőzendő.[90] Az e megközelítés mögött meghúzódó alapgondolat a későbbi szabályozásokon keresztül napjainkban is érvényesül. Hasonlóképp megjelent az a felfogás – a Legfelsőbb Bíróság büntető kollégiumának állásfoglalása nyomán –, hogy amennyiben a bíróság felügyelet gyakorlásához köti az elbocsátást[91], azt nemcsak a hozzátartozók, illetve más személyek, hanem erre a célra fokozott mértékben alkalmas állami elmegyógyintézet is elláthatja.[92]

Schultheisz Emil 1955-ben az MTA éves Nagygyűlésén tartott előadása kapcsán felszólalva Kovács Zoltán alezredes kifejtette, hogy a biztonsági őrizet helyett bírói intézkedésként kizárólag a kényszergyógykezelésnek lehet létjogosultsága, amit nem csupán méltatlan, de célszerűtlen is börtönszerű viszonyok közt végrehajtani, és a közveszélyes elmebetegekkel szemben államigazgatási intézkedést kell alkalmazni, mivel a biztonsági szempontoknak elmegyógyintézetben is eleget lehet tenni. Gyógyulásuk esetén minden büntetőjogi következmény nélkül javasolta e személyek szabadon bocsátását. Érdekességként említhető, hogy a korlátozott beszámítási képességűek esetében

[89] 1950. évi II. törvény, 10. §, 49. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/1950_2_torveny_3062864) *és*
1950. évi II. törvény indokolása a büntetőtörvénykönyv általános részéről. A 11. §-hoz.
(forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/95000002.TVI/)
[90] BH 1961.1.2794: Győri megyei bíróság Bf. 588/1960. sz. 1960. VIII. 26.
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/1950_2_torveny_3062864)
[91] 1951. évi III. törvény a büntető perrendtartásról, 231. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/1951_3_torveny_5004667)
[92] BH 1958.6.1962: Legf. Bír. Bf. I. 1647/1958. sz. 1958. V. 3.

szabadságvesztés kiszabását vagy gyógyító munkaterápiát javasolt „büntetésviselési képességükhöz” mérten. Schultheisz válaszában a kényszergyógykezelés bevezetését aggályosnak minősítette, mivel ellentétesnek tartotta a Btá. jelentős vívmányaként értékelt, valamennyi bűntett vonatkozásában egységes szabadságvesztés büntetés koncepciójával, és a szabadságvesztés büntetések szaporításának veszélyét látta benne. E nézetét azonban később megváltoztatta, és alapjaiban helyesnek fogadta el a kényszergyógykezelés bevezetésére vonatkozó felvetést.[93] Kovács álláspontjával ellentétben Kádár elvetette az érintett elkövetők államigazgatási vagy közegészségügyi úton történő kezelését, mivel ezáltal az egyén kikerülne az igazságügyi hatóságok hatásköréből, holott a bűntett következményeinek alkalmazása akkor is büntetőbírói feladat, ha az elkövető elmebeteg. Kádár helytállóan mutatott rá arra is, hogy a korabeli gyakorlat, mely szerint nem csupán az volt biztonsági őrizetbe helyezhető, aki a bűntett elkövetésekor elmebeteg volt, hanem az is, akinél ez az állapot csupán az elkövetést követően következett be – feltéve, hogy a további feltételek fennálltak – büntetőjogelméleti alapon nem helyeslehető, és nem is tartható fenn.[94]

2.2.4. A biztonsági őrizettől a kényszerelemet tartalmazó gyógykezelésig: Az 1961. évi Btk.

Az 1961. évi Btk.-ban jelentek meg először önálló cím alatt az intézkedések, köztük a kényszergyógykezelés. A kódex az alternatív dualista rendszer mellett – mely mindkét szankciótípust ismeri és szabályozza, ugyanazon bűncselekmény esetében viszont a bíró csak büntetést vagy intézkedést alkalmazhat – konjunktív dualista elemet is tartalmazott, az alkoholista elkövetők kényszerelvonó-kezelésének büntetés mellett történő alkalmazási lehetőségét.[95] A miniszteri indokolás a beszámítási képességet is definiálta a magatartás irányítására és értékelésére való képességként, ami az értelmi és erkölcsi fejlettségben jut kifejezésre. Hasonló meghatározást adott Losonczy István azzal, hogy a beszámíthatóság az ember azon állapota, melyben magatartása teljesen kifejlődött, teljes és ép alkatú elméjének értelmi, értékelő és céltudatos akarati tevékenysége határozza meg. Bócz Endre szerint a beszámíthatóság azt jelenti, hogy a személyiség valamennyi strukturális rendszere

[93] SZABÓ András: Vita büntetőjogunk kodifikációjának elvi kérdéseiről, *Jogtudományi Közlöny*, 1955/3-4. 451.
[94] KÁDÁR, 313.
[95] NAGY – TOKAJI, 177-180.

hibátlanul koordinált működéssel részt vehetett a cselekményben, mivel a cselekmény idején működőképes állapotban voltak, és adekvát módon kapcsolódtak egymáshoz.[96] Az elkövető beszámítási képességének fennállását, illetve hiányát cselekményenként kellett vizsgálni. Kádár Miklós és Kálmán György hangsúlyozta, hogy az elmebetegség sajátos tüneteinek az adott cselekménnyel kell szerves összefüggésben állniuk. Példaként említették egy epilepsziás személy esetét, akinél az indulati élet és az impulzuskontroll zavara miatt feltehetően kizárt a beszámítási képesség a személy elleni erőszakos cselekmény (testi sértés) vonatkozásában, ugyanakkor okirathamisítás miatt esetlegesen elítélhető lesz, mivel az a betegsége tüneteivel, a kóros lelki elváltozással nem hozható összefüggésbe.

A beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot köre taxatív jelleggel, leszűkítően került meghatározásra, és csupán ezek az okok szolgálhattak alapul az elkövető kényszergyógykezelésére is. Kádár és Kálmán rámutattak, hogy az „akaratának megfelelő magatartás" tanúsítására való képtelenséget érintő kitétel nem adekvát abból a szempontból, hogy minden elmebeteg egyén az „akaratának" megfelelően cselekszik, még ha az lényegileg kóros vagy hibás is. Ehelyett a „felismerésnek megfelelő" magatartás kifejtésére való képtelenséget tartották célszerű megfogalmazásnak[97], mely a későbbi normaszövegekben meg is jelent. Már ekkor kialakult az az általam is helyesnek tekintett és később számos szerző által hivatkozott gyakorlat, hogy amennyiben más büntethetőséget kizáró ok – például jogos védelem – is fennáll egy adott cselekmény vonatkozásában, az elmebeteg vádlottal szemben emiatt kényszergyógykezelés nem rendelhető el.[98]

A beszámítási képességet kizáró – és a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozó – biológiai okok közé a jogalkotó felvette a gyengeelméjűséget, mivel azt számos korabeli elmekórtani tankönyv nem kórfolyamatként, hanem veleszületett károsodásként kezelte, és nem sorolta az elmebetegségek közé. A gyengeelméjűség három fokozatát különböztették meg, a legsúlyosabb fokú idiotizmust, a gyengeelméjűek többségénél jellemző imbecillitást, valamint a legenyhébb fokú debilitást.[99] Ugyanakkor a Btk. nem sorolta a biológiai okok közé a pszichopátiát, amit határállapotként kezeltek az egészség és az elmebetegség közt, ami jellemzően nem korlátozza jelentősebb fokban a

[96] FEHÉR (1993), 77-78.
[97] KÁDÁR Miklós – KÁLMÁN György: *A büntetőjog általános tanai*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966. 383-384.
[98] BH 1973.3.93: Legf. Bír. Bf. I. 834/1972. sz. *és*
BLASKÓ Béla: *Magyar büntetőjog Általános rész* (Kilencedik, átdolgozott kiadás), Rejtjel Kiadó, Budapest – Debrecen, 2023. 524.
[99] KÁDÁR – KÁLMÁN, 382.

beszámítási képességet, mivel a személyiségszerkezet torzulása önmagában nem jelenti azt, hogy az ilyen lelki alkatú személy elmebeli degradációja kóros alapokon nyugszik. Amennyiben az elkövetőt – különösen fejlődése során – káros környezeti hatások érik, ezek a személyiségszerkezet alakulását is jelentősen befolyásolhatják.[100] Azokat a ritka eseteket, amikor a pszichopátia figyelembe vehető mértékben kihatott a beszámítási képességre, az elmebetegség körébe vonták. Az öntudatzavart a törvény a tudatzavar megjelöléssel váltotta fel a korabeli elmekórtan tendenciájával összhangban. Időleges tudatzavar akkor alapozhatta meg a beszámíthatatlanságot és a kényszergyógykezelést, ha az elbíráláskor is fennállt a bűnismétlés veszélye.[101] Gárdai Gyula és Vigh József e mentális zavarok körét túlzottan leszűkítőnek tartotta, és ide sorolta volna a nemi aberráltság eseteit is, mivel álláspontjuk szerint egyes hormonális zavarokkal összefüggésben lévő betegségek szintén jelentős hatással lehetnek az akaratelhatározásra.[102] Ez a megközelítés egyes európai államok, így Belgium és Dánia hatályos szabályozásában is megjelenik.[103] Hozzá kell tenni, hogy ezen elmeállapotok körét a korabeli bírói gyakorlat ugyancsak szükségesnek látta kibővíteni, így számításba vették az ideggyengeséget, az érelmeszesedést, a szívbajt, a patológiás atípusos részegséget és a túlfeszített idegállapotot egyaránt.[104]

Azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban elkövetett cselekménye miatt nem volt büntethető, a bíróság kényszergyógykezelést rendelt el, ha attól kellett tartani, hogy olyan cselekményt követ el, mely egyébként megvalósítja valamely bűncselekmény törvényi tényállását. Haladó felfogást tükrözött az 1971. évi 28. törvényerejű rendelet, mely – a bűntett-vétség megkülönböztetés hazai büntetőjogunkba történő ismételt integrálása nyomán – vétség esetén lehetőséget nyújtott az intézkedés mellőzésére, amennyiben az elkövető személyi körülményei vagy a cselekmény súlya és jellege alapján a társadalom védelme szempontjából szükségtelen volt.[105] Bár az új megjelölés szubsztanciája érzékelhetően az a megváltozott szemlélet volt, mely a beteg gyógyítását az elkülönítéssel egyenrangú – ha nem azt megelőző – célként kezelte[106], Szabó

[100] BH 1971.2.6640: Legf. Bír. Bf. IV. 692/1970. sz.
[101] BH 1967.7.5346: Legf. Bír. B. törv. IV. 1022/1966. sz.
[102] GÁRDAI Gyula – VIGH József: Észrevételek büntetési rendszerünk problémáihoz, *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, 1969/10. 582.
[103] HANSON, Karl – MORTON-BOURGON, Kelly: The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005/6. 1154-1155.
[104] DOMOKOS Andrea: A bűntevő elmetehetségéről – A kóros elmeállapot megítélésének változásai az idők során, *Jogtörténeti Szemle*, 2005/3. 4.
[105] 1971. évi 28. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyv módosításáról és kiegészítéséről, 13. § (forrás: https://jogkodex.hu/jsz/1971_28_tvr_4158439)
[106] KÁDÁR – KÁLMÁN, 755.

András azon aggályának adott hangot, hogy a kényszergyógykezelés legalább részben büntetőjogon kívüli eszköz, mivel pusztán elrendelése tartozik a jogi szabályozás hatókörébe, míg végrehajtása valójában egészségügyi-orvosi szakfeladatnak minősül.[107]

A szabályozást több szerző alappal kifogásolta a tekintetben, hogy túl tágan vonta meg az intézkedés alkalmazási körét. A társadalom védelmének szempontja nem teszi szükségessé, hogy a kevésbé jelentős bűntetteket elkövető, beszámíthatatlan elmebetegek, gyengeelméjűek vagy tudatzavarban lévők is kényszergyógykezelésben részesüljenek. Ennek nyomán Farkas Sándor, a Legfőbb Ügyészség főosztályvezető ügyésze javasolta az elrendelés eseteinek jelentős, kizárólag az erőszakos vagy súlyos bűntettek elkövetőire való leszűkítését.[108] Gárdai és Vigh osztotta véleményét és javaslatát, hogy a kényszergyógykezelés alkalmazását azokra az esetekre szükséges redukálni, mikor az egyén várható magatartása tényleges veszélyt jelent a társadalomra. Ellenkező esetben olyanok kényszergyógykezelésére is sor kerülhetne, akik polgári elmegyógyintézetekben kezelhetők lennének.[109] Szabálysértések esetén kizárt volt az intézkedés alkalmazása, Szabóné Nagy Teréz ugyanakkor a vétségek kapcsán való elrendelés indokolatlanságára is rávilágított.[110] Álláspontja részben a büntetőjog *ultima ratio* jellegéből adódóan, részben az elkövető állapotára és érdekeinek ezzel összefüggő fokozott védelmének szükségességére figyelemmel helyeselhető. A (fiktív) bűnösség vonatkozásában Losonczy úgy foglalt állást, hogy a kóros elmeállapotú elkövetők jelentős része megvalósíthatja a cselekményt szándékosan, illetve gondatlanul egyaránt. Viski László nézete ezzel szemben az volt, hogy a szándékosság megállapításához a cselekmény társadalomra veszélyességének felismerése szükséges, aki tehát beszámíthatatlan, az büntetőjogi értelemben szándékosan nem cselekedhet.[111]

A Btá.-hoz képest a bűnismétlési veszély kapcsán a törvény elhagyta az egyén közveszélyes állapotára vonatkozó kitételt, mivel annak az orvostudomány jóval tágabb jelentést tulajdonított. Ehelyett lényegét tekintve körülírta a feltételt.[112] Nem volt követelmény a beteg teljes gyógyulása, csupán olyan mértékű állapotjavulás, hogy az újabb büntetendő cselekmény elkövetésének lehetőségében álló közveszélyes állapota

[107] SZABÓ (1955), 462.
[108] FARKAS Sándor: A büntetőjog néhány időszerű kérdése, *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, Budapest, 1969. június-július. 338.
[109] GÁRDAI – VIGH, 582.
[110] PALLO József: „Büntetéstől menten…", In: (szerk.) DEÁK Ferenc – PALLÓ József: *Börtönügyi Kaleidoszkóp, Ünnepi kötet Dr. Lőrincz József 70. születésnapja tiszteletére,* Budapest, 2014. 166.
[111] FEHÉR (1993), 78.
[112] Igazságügyi Minisztérium: *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962. 74, 122.

megszűnjön.[113] Utalok rá, hogy empirikus kutatásom által alátámasztottan ez a gyakorlat napjainkban is megfigyelhető a kényszergyógykezelés felülvizsgálatában és az elbocsátásról való döntésben annak révén, hogy az orvostudományban jelenleg uralkodó vélemény szerint egyes mentális betegségek, például a kényszergyógykezeltek körében igen gyakori paranoid skizofrénia[114] maradéktalan gyógyítása eleve nem lehetséges, így a számottevő állapotjavulás elérése és a betegség gyógyszerek szedésével történő „szinten tartása" a reális alternatíva.

Az intézkedés foganatosítási módja körében lényeges új elem volt, hogy kijelölt egészségügyi intézetben vagy gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban került rá sor, melyek közül az előbbi volt súlyosabb formának tekinthető. Egészségügyi intézetben kellett végrehajtani, ha élet, testi épség, egészség vagy közbiztonság elleni, illetőleg egyébként erőszakos jellegű olyan cselekmény miatt rendelték el, mely a büntethetőséget kizáró ok hiányában valamely bűntett tényállását valósította volna meg, és egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabását eredményezte volna. Ennek megállapítása során a bíróságnak a cselekmény tárgyi oldala, azaz külső objektív megjelenésének, előzményeinek és elkövetési körülményeinek alapos elemzésével kellett eldöntenie, hogy büntethetőségi akadály hiányában indokolt lenne-e egy évnél súlyosabb szabadságvesztés kiszabása.[115] Ez a szabály garanciális jelentőségű volt arra az elvre figyelemmel, hogy az elkövető ne kerüljön hátrányos helyzetbe pusztán amiatt, hogy a büntethetőségi akadály fennforgása folytán rá büntetést kiszabni nem lehet. Ezáltal a törvény – negatíve – azt is meghatározta, hogy házi gondozásra csak ezen esetkörökön kívül kerülhetett sor, ha annak objektív feltételei, például a megfelelő elhelyezés, egészségügyi ellátás és a gondozó személyek biztosítva voltak.[116] A házi gondozást olyan beteghez közel álló személy hajthatta végre, aki vállalta ápolását, állandó felügyeletét, és nem utolsó sorban körülményei is alkalmassá tették a feladat ellátására.[117]

Hozzá kell tenni, hogy a végrehajtási forma megváltoztatására a korabeli gyakorlat alapján több lehetőség is volt. Napjainkban kutatásom által is igazoltan generális jelleggel

---

[113] KÁDÁR – KÁLMÁN, 757.
[114] 1. melléklet, II. pont
[115] BH 1967.11.5477: Legf. Bír. B. törv. IV. 567/1967. sz. *és*
BH 1972.5.7051: Legf. Bír. Bf. II. 624/1971. sz.
[116] 1962. évi 10. törvényerejű rendelet indokolása a Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről. A 21. §-hoz. (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/96200010.TRI/ts/10000101/)
[117] 9/1962. (VII. 21.) IM rendelet a büntető bíróságok által elrendelt kényszergyógykezelés foganatosításának részletes szabályairól, 8. § (3) bek. *és*
BH 1971.5.6745: Legf. Bír. Bf. III. 933/1970. sz.

él tovább az ekkor már – igaz, csak esetenként – alkalmazott gyakorlat, hogy a kényszergyógykezelés további szükségességének megvizsgálásakor a bíróság elrendelhette az intézetből való elbocsátást azzal, hogy a kényszergyógykezelést gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban kell folytatni. Ha nem volt olyan hozzátartozó, aki a házi gondozást vállalta vagy vállalhatta, az intézet vezető főorvosának intézkednie kellett az elmebetegek szociális otthonában (vagy elmebeteg otthonban, munkaterápiás intézetben, illetve kórházi elmeosztály családi ápolási telepén) történő elhelyezés iránt.[118] A kényszergyógykezelés évenkénti felülvizsgálata során megfelelő orvosi szakvélemény alapján lehetőség volt a házi gondozás útján való foganatosítás elrendelésére.[119] Ha azonban a kényszergyógykezelést házi gondozásban rendelték végrehajtani, súlyosabb végrehajtási formát – méltányossági megfontolások alapján – csak akkor írhatott elő a bíróság, ha ezalatt a terhelt újabb bűncselekményt követett el. Ekkor is vizsgálni kellett az új büntetőeljárás során, hogy a szigorúbb végrehajtási mód alkalmazása valóban szükséges-e.[120] Ha az ismételt elkövetés miatt a kényszergyógykezelés súlyosabb foganatosítási módját kellett alkalmazni, a már korábban elrendelt kényszergyógykezelés végrehajtását a kijelölt egészségügyi intézetben kellett folytatni.[121]

A Btá.-hoz képest abban is eltérés mutatkozott, hogy a kényszergyógykezelés nem a bírói ítélet jogerőre emelkedésének, hanem a gyógykezelés megkezdésének napján, vagyis azon a napon kezdődött, amikor az egészségügyi intézetbe befogadással, illetve a házi gondozásba vétellel a gyógykezelés ténylegesen hatályosult.[122] A Btá.-hoz hasonlóan a bíróságnak haladéktalanul meg kellett szüntetnie a kényszergyógykezelést, ha szükségessége már nem állt fenn. Az intézeti kezelés és a házi gondozás esetében egyaránt így kellett eljárni.[123] Fiatalkorúval szemben gyógyító intézkedésként kényszergyógykezelés vagy – fogyatékos értelmű, illetve gyengeelméjű elkövetővel szemben – gyógyító nevelés volt elrendelhető. A gyógyító nevelés a

[118] BH 1970.12.6593: Legf. Bír. Bf. V. 173/1970. sz.
[119] BH 1964.5.3982: Legf. Bír. Bf. III. 1091/1963. 1964. I. 13.
[120] BH 1970.4.6371: Legf. Bír. B. törv. II. 383/1969. sz. *és*
BH 1973.10.348: Legf. Bír. B. törv. IV. 87/1973. sz.
[121] BH 1969.8.6127: Legf. Bír. B. törv. I. 32/1969. sz. *és*
BH 1978.3.101: Legf. Bír. B. törv. IV. 1207/1977. sz.
[122] 1962. évi 10. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről, 21. §
(forrás: http://www.jogiportal.hu/index.php?id=2uks3ijbx5sn362m7&state=19790414&menu=view) *és*
BH 1960.10.2713: Legfelsőbb Bíróság B. III. 1234/1960. sz. törvényességi határozata 1960. VIII. 23.
[123] BH 1971.2.6656: Legf. Bír. B. törv. V. 630/1970. sz.

kényszergyógykezeléshez hasonlóan addig tartott, amíg szükségessége fennállt (vagy a fiatalkorú a tizennyolcadik életévét betöltötte).[124]

Ellentmondásos volt a már elrendelt biztonsági őrizet és a ’61-es Btk.-val hatályba lépő kényszergyógykezelés intézményének egymáshoz való viszonya. Vitatható az a korabeli szabályozás, hogy a biztonsági őrizetet elrendelő elsőfokú bíróságnak a Btk. hatálybalépését követő három hónapon belül meg kellett vizsgálnia az ügyet, és döntenie kellett a biztonsági őrizet megszüntetéséről vagy megszüntetés hiányában kényszergyógykezelésre történő átváltoztatásáról és annak végrehajtási módjáról.[125] Ehhez értelemszerűen meg kellett vizsgálnia, fennállnak-e a kényszergyógykezelés törvényi előfeltételei. Míg a biztonsági őrizet rendszerében évenkénti meghosszabbításra került, illetve kerülhetett sor, ez a kényszergyógykezelés, mint határozatlan tartamú szankció bevezetésével nyilvánvalóan értelmét vesztette. Felmerült viszont a kérdés, hogyan kell eljárni a Btk. hatálybalépése előtt elrendelt és egy évvel meghosszabbított biztonsági őrizet esetében. Határozottan ellentmondani látszik a jogbiztonság, az előreláthatóság, de az elkövetővel szembeni méltányosság követelményének is az a kialakult gyakorlat, hogy ha a biztonsági őrizet meghosszabbítását el is rendelték 1962. július 1. napja előtt, annak foganatosítására nem kerülhetett sor, és határozatlan tartamú kényszergyógykezelésként kellett folytatni a végrehajtást.[126]

Bár az egyértelmű volt, hogy kényszergyógykezelés alkalmazásának akkor lehet helye, ha az elkövetéskor beszámíthatatlan állapotban volt az elkövető, arról nem rendelkezett a törvény, sor kerülhet-e rá akkor, ha a bűntett elkövetése után – a büntetőeljárás alatt vagy a végrehajtás során – válik beszámíthatatlanná, mivel ezeknek a kérdéseknek a rendezését a jogalkotó nem az anyagi jog, hanem az eljárási és végrehajtási jog feladatának tekintette.[127] Sajátosan és erősen megkérdőjelezhetően foglalt állást erről a kérdésről Kádár és Kálmán azzal, hogy ilyen helyzetben el kell rendelni az elkövető kényszergyógykezelését, majd elbocsátását követően büntetőjogilag felelősségre kell vonni, mivel a cselekményt beszámítható állapotban követte el. Az azonos cselekménnyel összefüggésben a büntetőjogi joghátrány ismételt alkalmazásának problémáját azáltal látták kiküszöbölhetőnek, hogy az elévülési idő ekkor a kényszergyógykezelés tartama alatt is folyna, mivel az intézkedést nem a bűntett miatt alkalmazzák. Ennek a megközelítésnek

[124] 1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről, 61, 101. §
(forrás: https://www.jogiportal.hu/index.php?id=qko4y25brxtctd8vw&state=19790414&menu=view)
[125] 1962. évi 10. törvényerejű rendelet, 11. §
[126] BH 1962.10.3284: Legf. Bír. Bf. IV. 592/1962. sz. VII. 24.
[127] A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve, 122.

ugyanakkor épp a szerzők adták az egyik alapvető cáfolatát azzal, hogy az intézkedés alapját képező cselekmény elkövetésének közvetlenül a kóros jellegű ok által előidézett beszámíthatatlan állapotra kell visszavezethetőnek lennie, ily módon a kényszergyógykezelés intézménye sem az alapul fekvő cselekménytől, sem az annak elkövetése idején fennálló kóros elmeállapottól nem függetleníthető.[128]

2.2.5. Velünk élő történelem: Az 1978. évi Btk.

A felismerés, hogy a bűnözés a szocialista társadalomban sem csökken automatikusan ahhoz vezetett, hogy a büntetési rendszer továbbfejlesztésének útját elsősorban a differenciáltabb felelősségre vonásban kezdték keresni. A Btk. a felnőttkorúak esetében további intézkedések bevezetésével megerősítette a dualista szisztémát, részben alternatív, részben konjunktív formában. Az „intézkedésszerű büntetések" és a „büntetésszerű intézkedések"[129] rendszerének megszilárdulásával végleg lezárult a büntetőjog Fayer-i értelemben vett „profiltisztaságának" kora. A tett-büntetőjog szemléletével ellentétben a reformiskolák a bűntett helyére a tettes veszélyességét, a proporcionális büntetés helyére a személyiséghez igazodó preventív intézkedéseket kívánták állítani. Az iskolák harca kompromisszumokra vezetett, többek közt a patologikus bűnelkövetőkkel szemben alkalmazható gyógyító intézkedések terén a tettes személyével összefüggő körülmények szélesebb körben történő figyelembevétele által. Györgyi Kálmán egészét tekintve úgy értékelte a törvényt, mint amely döntően a tett-büntetőjog elvi alapjain áll, ugyanakkor az intézkedések szabályozásában jelentős mértékben más elveket juttat kifejezésre.

Az intézkedések meghatározására számos kísérlet történt, melyek jelentős részének eredményeként a szerzők – köztük Györgyi is – arra jutottak, hogy egységes fogalmat adni nem lehet.[130] Nagy és Tokaji általános körülírással élt, az intézkedést a kriminális jogkövetkezmények egyik fajaként, a társadalom büntetőjogi védelmének büntetés melletti másik eszközeként azonosítva, melyet a bíróság a büntetéssel fenyegetett jogellenes cselekmény és/vagy az elkövető sajátosságai miatt büntetés helyett vagy büntetés, illetve más intézkedés mellett rendel el nevelési, gyógyítási vagy pusztán izolálási céllal annak megelőzésére, hogy a jövőben büntetéssel fenyegetett cselekményt kövessen el.

[128] KÁDÁR – KÁLMÁN, 384, 757-759.
[129] NAGY – TOKAJI, 177-180.
[130] GYÖRGYI, 146.

Ugyanakkor elismerték, hogy a szankciók heterogén természete nem teszi lehetővé, hogy tartalmi teljességgel egyetlen definíció alá vonják őket, illetve, hogy az előbbi meghatározás is tartalmaz olyan elemeket, melyek nem kizárólag az intézkedésekre jellemzők. Helyesen mutattak rá, hogy a büntetőjogi intézkedéseket az államigazgatási intézkedésektől elsődlegesen a büntetéssel fenyegetett cselekmény határolja el, ennek megfelelően a büntetések mellett az intézkedések körében is érvényesülnie kell a *nulla poena sine crimine* elvnek, valamint büntetés vagy intézkedés elrendelésére kizárólag akkor kerülhet sor, ha fennállnak a törvényben meghatározott feltételek, a *nulla poena sine lege* elv tehát itt is irányadó.[131]

A törvényjavaslat előkészítése során az intézkedések elnevezéssel összefüggésben a Kodifikációs Bizottság külön jelző alkalmazását javasolta a szankció jellegére való utalásként, például „büntetőintézkedések" vagy „nevelő-gyógyító intézkedések". A Bizottság a büntetésekhez hasonlóan szükségesnek tartotta volna megjelölni az intézkedések célját, annál is inkább, mert a kategória rendkívül változatos szankciókat foglal magában, melyek közös ismérve csupán annyi, hogy bűncselekmények jogkövetkezményei, és nem a joghátrány okozása, hanem a társadalom védelme, illetve az elkövető nevelése és gyógyítása jut meghatározó szerephez az alkalmazásnál. Erre vonatkozóan a következő szövegtervezetet dolgozták ki: „Intézkedések a büntetéssel fenyegetett cselekmények elkövetéséhez fűződő olyan hátrányos jogkövetkezmények, amelyek a büntetési célok elérése érdekében a büntetéseket kiegészítik vagy helyettesítik".[132] Látható, hogy az egységességre való törekvés jórészt ekkor is a formalizmus határmezsgyéjére szorította a meghatározási törekvéseket. Bár számos eltérő csoportosítás jelent meg, a kényszergyógykezelés (és a kényszergyógyítás) gyógyító, illetőleg gyógyító-nevelő kategóriába történő besorolása terén egyetértés mutatkozott.

A törvény a beszámítási képesség fogalmának elemeiként a felismerési és az akarati (a felismerésnek megfelelő magatartás tanúsítására való) képességet határozta meg, melyek bármelyikének hiánya a büntethetőség kizárását vonta maga után, emellett következett belőle, hogy a felismerési képesség magában foglalja a cselekmény társadalomra veszélyességének tudatát is[133], míg a kapcsolódó kommentár a beszámítási képességet a

[131] NAGY – TOKAJI, 67, 327-329.
[132] (szerk.) LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése, IV. kötet*, Igazságügyi Minisztérium Tudományos és Tájékoztatási Főosztály, Budapest, 1985. 565.
[133] (szerk.) JUHÁSZ Zsuzsanna et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*. A 24. §-hoz.
(forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/1/id/97800000.BTK/ts/20120629/lr/24)

bűnösség egyik elemeként, ezáltal az alannyá válás feltételeként azonosította.[134] Az elkövetési magatartás kifejtésekor elképzelhető, hogy a felismerési képesség teljesen hiányzik, de olyan helyzet is előállhat, hogy a kóros elmeállapotú személy a cselekmény következményeit képes felismerni, társadalmi jelentőségét azonban nem tudja megfelelően értékelni. Teljes körű felismerési képességről csak e két konjunktív feltétel megléte esetén lehet szó. Nagy és Tokaji nézete ezzel egybehangzóan az volt, hogy a Btk. cselekmény következményeinek felismerésére való képességet érintő rendelkezéséből szükségtelenül és hibásan került kiiktatásra a „társadalomra veszélyességre" való utalás, ugyanakkor hangsúlyozták, hogy ennek a szövegezésnek érdemi jelentőséget tulajdonítani nem szabad.[135]

Fehér Lenke a beszámíthatósághoz három lehetséges meghatározást társított: legtágabban a büntethetőséget kizáró okok hiánya; szűkebben a büntethetőséget kizáró okok közül az alannyá válást kizáró okok hiánya; legszűkebben pedig kizárólag a kóros elmeállapot hiánya, a felismerési és az akarati képesség fennállása. Az általa elfogadhatónak tekintett fogalom az utóbbi, de legfeljebb az utóbbi két kategóriára terjedt ki.[136] Földvári József beszámítási képesség alatt az ember azon testi-pszichikai állapotát értette, aminél fogva képes cselekményét társadalmilag és erkölcsileg megfelelően értékelni és ennek az értékelésnek megfelelően cselekedni. Érdekesség – bár nem meghatározó szubsztanciális eltérés –, hogy a beszámítási képességet három elemre bontotta, az előrelátási és az értékelő képességre (melyek lényegében a felismerési képességet alkotják), valamint az akarati képességre.[137]

A részleges beszámítási képességet a Btk. elismerte azáltal, hogy a beszámítási képesség kizártságát vagy korlátozottságát mindig az adott elkövetési magatartás viszonylatában kellett vizsgálni.[138] Földvári szerint ez leggyakrabban olyan elmebetegségi kórformáknál fordul elő, amiket egy téves eszmerendszer kialakulása jellemez. Nem tartotta viszont elképzelhetőnek, hogy egyes cselekményeket beszámíthatatlan, míg másokat beszámítható állapotban valósítson meg az elkövető, legfeljebb a korlátozott beszámítási képesség fennforgását látta reálisnak. Hasonlóképp vélekedett a *lucidum*

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről, 27. § (2) Nem büntethető, aki a cselekményt abban a téves feltevésben követi el, hogy az a társadalomra nem veszélyes, és erre a feltevésre alapos oka van.

[134] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)

[135] NAGY – TOKAJI, 94.

[136] FEHÉR (1993), 9.

[137] FÖLDVÁRI József: *Magyar büntetőjog, Általános rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1984. 134-136.

[138] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)

intervallum-ról, mikor nézete szerint legfeljebb korlátozott beszámítási képességűnek tekinthető az elkövető, teljes felelősségről semmiképp nem beszélhetünk.[139] A törvény kommentárja szerint ezzel szemben egyes elmebetegségek teljesen függetlenek lehetnek az elkövetett cselekménytől, míg mások lefolyásukat tekintve időszakos változásokat mutatnak, teljesen tünetmentes időszakok is előfordulhatnak, melyekben a beszámítási képesség nem érintett, míg egy későbbi időszakban akár teljesen megszűnhet. Nem zárta ki tehát annak lehetőségét, hogy a tünetmentes periódusban az elkövető beszámíthatónak tekinthető.

A korlátozott beszámítási képességű elkövetők esetében a bíróságnak továbbra is korlátlan enyhítési lehetősége volt: a bíró joga volt eldönteni, hogy a konkrét ügyben ezt vagy a büntetés enyhítésére vonatkozó egyéb rendelkezéseket alkalmazza. A beszámítási képesség korlátozottsága akkor is enyhítő körülménynek számított, ha a korlátlan enyhítésre nem volt alap.[140] Sajátos megközelítést javasolt Földvári azzal, hogy a büntetés mellett vagy azután gyógyító, illetve biztonsági intézkedés alkalmazására kerüljön sor ezen elkövetőkkel szemben.[141] A kodifikáció során ennek még radikálisabb folytatásaként merült fel az a büntetőjog-dogmatikailag kevéssé helyeselhető – és a végleges szabályozás szintjén nem is manifesztálódó – nézet, hogy a korlátozott beszámítási képességűek vonatkozásában a bíróság kényszergyógykezelést rendelhessen el, ha ezáltal a terhelt társadalomra veszélyessége kiküszöbölhető vagy csökkenthető, valamint a bíróság határozza meg azt is, hogy a szabadságvesztés végrehajtása előtt vagy után kerüljön sor a kényszergyógykezelésre, illetve, hogy az ebből eredő szabadságelvonást hogyan, mennyiben kell beszámítani a szabadságvesztés büntetésbe.[142]

E törvénybe került először integrálásra a kóros elmeállapot gyűjtőfogalma az orvostudomány aktuális eredményeinek felhasználásával. Az 1961. évi Btk.-ban csupán az elmebetegség, a gyengeelméjűség és a tudatzavar szerepelt, melyek kiegészültek a szellemi leépüléssel és a személyiségzavarral. Emellett a felsorolás taxatív jellege megszűnt, mivel az elmeműködés egyéb kóros állapota is képtelenné teheti az elkövetőt cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére vagy az e felismerésnek megfelelő magatartásra. A kóros elmeállapotra vonatkozó büntethetőséget kizáró rendelkezések továbbra sem voltak alkalmazhatók annak javára, aki a bűncselekményt

[139] FÖLDVÁRI, 140-141.
[140] 56. BK vélemény a büntetéskiszabás során értékelhető tényezőkről (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2857305)
[141] FÖLDVÁRI, 140.
[142] (szerk.) LÁSZLÓ, 632.

önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követte el. Nem azonosítható viszont ezzel az az eset, amikor a mértéktelen italozás talaján alakult ki elmebetegség, sem a patológiás részegség különböző alfajai, melyek következtében olyan kóros tudatelborulással járó állapotok jöhetnek létre, melyek megalapozzák a beszámítást kizáró ok megállapítását.[143]

Az elmebetegség általában tartós megbetegedés, mely a magasabb rendű idegműködésben súlyos zavarokat idéz elő, és kihat az abban szenvedő gondolati, akarati és érzelmi világára is.[144] Leggyakoribb kórképei a skizofrénia, a paranoia, a mániás depresszió és a bénulásos elmezavar.[145] A gyengeelméjűség nem betegség, hanem az értelmi teljesítőképesség csökkent állapota, melynek oka lehet az agy veleszületett vagy gyermekkorban szerzett károsodása. Fokozatai közül a debilitást 50-70, az imbecillitást 30-50 IQ közt, az idiotizmust pedig 30 vagy azalatti IQ esetén állapították meg. Nincs azonban kihatással a beszámítási képességre az elkövető primitív személyisége, ha az gyengeelméjűségként nem értékelhető, hanem csupán környezetének és iskolázatlanságának következménye.[146] Fehér Lenke ugyanakkor rámutatott, hogy a gyengeelméjű, valamint a primitív személyiségű, gyenge képességű egyének közt gyakran nem húzható éles határvonal, miközben a kényszergyógykezelés alkalmazása az elmeállapot kóros degenerációjának a személyiségszerkezet károsodott voltától való ilyen elválasztását követelte meg.[147] A szellemi leépülés (demencia) a már kifejlődött értelmi teljesítőképesség különböző kórokú és mértékű végleges, többnyire előrehaladó hanyatlása.[148] Közvetlen megjelenési formája lehet az Alzheimer vagy a Parkinson-kór, kiválthatja azonban más jellegű alapbetegség is, például az AIDS vírus okozta általános fertőzés, bizonyos ipari mérgek vagy akár szén-monoxid. A büntetőjogi beszámíthatóságot csak az előrehaladott szellemi leépülés zárja, illetve zárhatja ki.[149]

Még ellentmondásosabb a tudatzavar és a személyiségzavar megítélése. A tudat a központi idegrendszer legmagasabb rendű funkciója. A tudatzavar általában időleges, múló jellegű, ugyanakkor a néha csak másodpercekig tartó pszichés elváltozás hatása is jelentős

[143] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)
[144] 1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/97800004.TVI/)
[145] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)
[146] BH 1993.3.132: Legf. Bír. Bf. II. 834/1991. sz.
[147] FEHÉR (1993), 71-72.
[148] 1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről
[149] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)

lehet a cselekvésre. Önmagában a tudatzavar egyik formája sem érinti a beszámíthatóságot, csupán legsúlyosabb eseteinek lehet ilyen hatása.[150] Az ideiglenes tudatszűkült állapotok, például a fiziológiás indulat legfeljebb enyhítő körülményként voltak értékelhetők, bár Nagy és Tokaji ezzel szemben megjegyezték, hogy a tudat beszűkülése, elhomályosulása akkor is befolyásolhatja a beszámítási képességet, ha nem kóros jellegű.[151] Elismerte viszont a bírói gyakorlat, hogy a kóros elmeállapot és az erős felindulás együttállása is lehetséges, mely kialakulhat a korábban (állandóan) meglévő kóros elmeállapothoz társuló erős felindulással vagy az erős felindulás mellett fellépő (pillanatnyi, de szintén bizonyított) kóros elmeállapottal. Ezekben a helyzetekben a törvény beszámítási képességet korlátozó kóros elmeállapot miatti büntetésenyhítésre vonatkozó rendelkezését és az emberölési cselekmények vonatkozásában a privilegizált eset fennállását egyaránt figyelembe kellett venni.[152]

Kizárhatta továbbá a beszámíthatóságot a személyiségzavar, melynek egyik legjellemzőbb formája a pszichopátia. Erre vonatkozóan két fő megközelítésmód alakult ki. Az első szerint – melyet a kapcsolódó kommentár is rögzített[153] – csak akkor zárhatja ki vagy korlátozhatja a beszámítási képességet, ha eléri az elemezavar fokát, ha pedig maga a pszichopátia mutat súlyos patológiás vonásokat, azt (a 12. sz. Irányelv alapján) enyhítő körülményként kell értékelni. A másik szerint (amely a 15. sz. Irányelvben is megjelent) a személyiségzavar csak akkor vehető figyelembe, ha a beszámítási képességet kizárta vagy korlátozta, ellenkező esetben enyhítő körülményt sem képez. A törvény céljával az első értelmezés állt inkább összhangban, mivel, ha a jogalkotó kizárólag a pszichopátia talaján fellépő elmebetegséget kívánta volna a 24. § alkalmazási körébe vonni, szükségtelen lett volna külön kiemelni a személyiségzavart a kóros elmeállapot esetei közt. Helytálló Nagy és Tokaji ezzel összefüggő megközelítése, mely szerint, ha a súlyos patológiás vonásokat mutató személyiségzavar korlátozza az elkövető beszámítási képességét, a 24. § alkalmazása nem zárható ki, ezen túlmenően viszont a pszichopátia általában még enyhítő körülményt sem képezhet, mivel egyébként az elkövetők jelentős részét érinti, így a generális jellegű enyhítő körülményként való értékelés a társadalom védelmét gyengítené.[154] Fehér a kodifikáció során az orvosszakértői bizottság javaslatával értett

[150] 1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről
[151] NAGY – TOKAJI, 96.
[152] BH 2011.8.215: Legf. Bír. Bfv. III. 858/2010. határozata emberölés bűntette tárgyában
[153] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)
[154] NAGY – TOKAJI, 96.

egyet a tekintetben, hogy a felsorolt okok közt a „mélyreható személyiségzavart" kellene nevesíteni.[155] Megjegyzem viszont, hogy ez a megfogalmazás nehézségeket eredményezhetett volna a jogalkalmazás számára, és részben indokolatlan differenciálást jelentett volna azoktól az esetektől, amikor a személyiségzavar súlyossága folytán beszámíthatatlanságra vezet.

Az elkövető elmeállapotának vizsgálata során két orvosszakértőt vettek igénybe, akiknek állást kellett foglalniuk abban a kérdésben, hogy az elkövető beszámítási képességet kizáró vagy korlátozó kóros elmeállapotban követte-e el a cselekményt, valamint, hogy feltehető-e, hogy a jövőben hasonló jogellenes cselekményt követ el.[156] A beszámítási képességgel kapcsolatban felmerült kétséget a terhelt javára kellett értékelni.[157] Az elmebeli rendellenesség megítéléséhez a bírónak, a beszámíthatóságéhoz viszont az orvosszakértőnek nem volt elegendő szakképzettsége, szakismerete. A szakértőnek a szigorúan vett orvosi kérdéseken túlmenően a tényállás ismeretében arról is állást kellett foglalnia, hogy a konkrét cselekményben hogyan tükröződtek a kóros elmeállapot jelei, korlátozott beszámíthatóság esetén pedig annak enyhe, közepes vagy súlyos fokát is meg kellett jelölnie. A tényként megállapított elmebetegség tünetei és a beszámítási képesség pszichológiai ismérvei közti kapcsolat orvosszakértői és bírói megítélése és értékelése viszont jelentősen eltérhet egymástól. A szakvélemény tárgyaláson történő ismertetésének – különös tekintettel arra, hogy a bíró jogosult volt ettől eltérni – garanciális szerepe volt az eljárásban.[158] Az ítélet megalapozatlanságát eredményező eljárási szabálysértés valósult meg, ha a bíróság a terheltet kóros elmeállapotára hivatkozással úgy mentette fel, hogy az igazságügyi orvosszakértőket a tárgyalásra nem idézte, hanem csupán a vélemény tárgyaláson történő felolvasására került sor.[159] A szakértő megidézése és tárgyaláson való meghallgatása nem volt továbbá mellőzhető, ha a szakvéleményben érintett jelentős kérdésben aggály merült fel a bíróság részéről.[160]

A kényszergyógykezelésre – mint a kóros elmeállapot folytán nem büntethető elkövetőkkel szemben gyógyításuk, valamint a társadalom védelme céljából alkalmazandó intézkedésre[161] – vonatkozó szabályozás előkészítésekor a Kodifikációs Bizottság a

[155] FEHÉR (1993), 95.
[156] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[157] BH 1992.12.747: B. törv. III. 1580/1991. sz.,
BH 2003.10.393: Legf. Bír. Bf.I.1891/2001. sz. *és*
BH 2004.2.43: Legf. Bír. Bf. I. 891/2001. sz.
[158] FEHÉR (1993), 119-120.
[159] BH 1992.7.452: B. törv. II. 566/1991. sz.
[160] BH 1979.4.145: Legf. Bír. Bf. V. 82/1978. sz.
[161] 1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről

szankció alkalmazásának az élet, a testi épség elleni vagy egyébként erőszakos jellegű cselekményekre történő leszűkítését javasolta a Koordinációs Bizottságnak. Úgy vélték, nem lenne helyes átvenni az 1962. évi 10. törvényerejű rendelet felsorolását – az élet, a testi épség, az egészség vagy a közbiztonság elleni, illetőleg egyébként erőszakos jellegű cselekményekre vonatkozóan[162] –, és a kényszergyógykezelés elrendelését nem az egyébként kiszabható büntetés mértékétől, hanem a társadalom veszélyeztetettségétől kell függővé tenni.

A Koordinációs Bizottság a következő szövegtervezetre tett javaslatot: „Azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban elkövetett cselekménye miatt nem büntethető, a bíróság kényszergyógykezelést rendel el, ha attól kell tartani, hogy olyan cselekményt követ el, amely egyébként megvalósítja valamely bűncselekmény törvényi tényállását. Az olyan cselekmény esetében azonban, 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". A Kodifikációs Bizottság az erről való vita során két alternatív tervezetet készített, melyek közt a fő eltérés az alapul szolgáló cselekmények körének és súlyosságának meghatározásában állt. Az első változat szerint az élet, a testi épség vagy az egészség elleni közveszélyt okozó súlyos büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elmeműködésének kóros állapota miatt nem büntethető és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni. Az ezt támogatók úgy vélték, a Legfelsőbb Bíróságnak kellene iránymutatást adnia arról, mi tekinthető „súlyos" büntetendő cselekménynek, ami feltehetően azt tartalmazná, hogy a büntetendő cselekmény „általában" akkor súlyos, ha egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabásának lenne helye, ugyanakkor ez a kitétel lehetőséget adna az intézkedés alkalmazására egyéves tartamnál enyhébb büntetést érdemlő cselekmény miatt is, így nagyobb mozgásteret biztosítana a jogalkalmazónak, és a kényszergyógykezelés elrendelése is jobban igazodna az egyes egyének tényleges állapotához. A második változat ehhez képest úgy rendelkezett, hogy az élet, a testi épség, az egészség elleni vagy közveszélyt okozó súlyos büntetendő cselekmények alapozzák meg az elrendelést, és az

[162] 1962. évi 10. törvényerejű rendelet, 21. § (1) A kényszergyógykezelést az erre a célra szolgáló külön egészségügyi intézetben kell foganatosítani, ha az élet, a testi épség, az egészség vagy a közbiztonság elleni, illetőleg egyébként erőszakos jellegű olyan cselekmény miatt rendelik el, amely a Btk. 21. §-ának (1) bekezdésében meghatározott büntethetőséget kizáró ok hiányában valamely bűncselekmény tényállását valósítaná meg és egy évi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabását tenné indokolttá.

alkalmazás további feltételeként jelölte meg, hogy az elkövető büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabásának lenne helye.

A többség a második változatot fogadta el követendőként azzal az egyértelműen helyeselhető fenntartással, hogy a nemi erkölcs elleni bűncselekményeket szintén ebbe a körbe szükséges vonni. Rámutattak arra is, hogy a negyedik feltételről alanyi bűnösség hiányában problémás lehet a magalapozott állásfoglalás. Amennyiben viszont ez a kritérium fennáll, logikusan merül fel, hogy a „súlyos" büntetendő cselekményre való utalás szükségtelen, mivel az „egyébként" kiszabandó egyévi szabadságvesztés mellett nem jut önálló szerephez. Felmerült továbbá az az ellenérv, hogy néhány bűncselekményi kategória kiemelése jogpolitikai szempontból helytelen, és a megjelölteken kívül vannak más társadalomra veszélyes súlyos bűncselekmények, melyek elkövetői így figyelmen kívül maradnak az intézkedés szempontjából. Megjegyzem viszont, hogy az intézkedés jellegéből és súlyosságából adódóan mindenképp indokolt az alapul fekvő cselekmények precíz körülhatárolása. Ezek kapcsán – mivel a beszámíthatatlanságra tekintettel kizárt a bűnösség és az alannyá válás, ezáltal hiányzik a bűncselekmény egyik fogalmi eleme – a Btk. a „büntetendő cselekmény" kifejezéssel élt. A további tervezetekben pontosításra került a cselekményi kör a személy elleni erőszakos, valamint a közveszélyt okozó büntetendő cselekményekre kiterjedően. Utóbbi kapcsán viszont jogos, ma is aktuális kérdés és ellenvetés volt, hogy a törvényi megfogalmazás nem egyértelmű, mivel a jogalkotó nyilván nem (kizárólag) a közveszélyokozás törvényi tényállására kívánt utalni.[163]

A Btk. tartalmazott egy felsorolást a személy elleni erőszakos bűncselekményekre[164], a törvényi megfogalmazásból adódóan viszont ez a bűncselekményi kör kizárólag az erőszakos többszörös visszaesés szempontjából került

[163] (szerk.) LÁSZLÓ, 623, 626-630, 632-633.

[164] 1978. évi IV. törvény (módosította: 2010. évi CLXI. törvény egyes büntető tárgyú törvények módosításáról) 137. § 17. erőszakos többszörös visszaeső az a többszörös visszaeső, aki mindhárom alkalommal személy elleni erőszakos bűncselekményt követ el. E pont alkalmazásában személy elleni erőszakos bűncselekmény az alkotmányos rend elleni erőszakos szervezkedés, a lázadás, a népirtás, az apartheid, a polgári lakosság elleni erőszak, a bűnös hadviselés, a hadikövet elleni erőszak, az egyéb háborús bűntett, az emberölés, az erős felindulásban elkövetett emberölés, a testi sértés, a kényszerítés, a lelkiismeret és vallásszabadság megsértése, a közösség tagja elleni erőszak, az egyesülési, a gyülekezési szabadság, valamint a választási gyűlésen való részvétel jogának megsértése, a személyi szabadság megsértése, az emberrablás, az emberkereskedelem, az erőszakos közösülés, a szemérem elleni erőszak, a bántalmazás hivatalos eljárásban, kényszervallatás, jogellenes fogvatartás, a hivatalos személy elleni erőszak, a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak, a hivatalos személy támogatója elleni erőszak, a nemzetközileg védett személy elleni erőszak, a terrorcselekmény, a légijármű, vasúti, vízi, közúti tömegközlekedési vagy tömeges áruszállításra alkalmas jármű hatalomba kerítése, az önbíráskodás, a rablás, a zsarolás, a zendülés minősített esetei és az elöljáró vagy szolgálati közeg elleni erőszak.

rögzítésre, így legfeljebb támpontot nyújthatott. Jogosan alakult ki olyan nézet, hogy nem kell valamennyi felsorolt bűncselekményt figyelembe venni a kényszergyógykezelés szempontjából, miközben a felsoroltakon kívül is felmerülhet az intézkedésre alapot adó személy elleni erőszakos cselekmény.[165] A miniszteri indokolás szerint a személy elleni erőszakos cselekmények közé tartozott a merénylet, az emberölés, az erős felindulásban elkövetett emberölés, a testi sértés, a hivatalos és a közfeladatot ellátó személy, valamint az elöljáró elleni erőszak, az erőszakos közösülés, a szemérem elleni erőszak, a természet elleni erőszakos fajtalanság, a garázdaság és a rablás. A bírói gyakorlatban merült fel az a nézet, hogy az önbíráskodást is e cselekmények közé kellene sorolni. Bár a konkrét bűncselekmény értékelése valóban felmerülhet e körben, az intézkedés alkalmazási spektrumának veszélyes és indokolatlanul tág értelmezése volt, hogy személy elleni erőszakos büntetendő cselekménynek kellene tekinteni minden olyan elkövetési magatartást, melynek megvalósulásához a terhelt részéről a passzív alany testére irányuló, támadó jellegű fizikai ráhatás kifejtése szükséges, a cselekmény erőszakos jellege pedig akkor is megállapítható, ha a terhelti magatartás következtében a sértett testi sérülést nem szenved.[166] Közveszélyt okozó cselekménynek elsősorban a közveszélyokozást tekintették, de az adott tényállástól függően más magatartás, például a közérdekű üzem működésének megzavarása is e körbe volt vonható. Ezek a cselekmények a gyakorlati tapasztalatokra hivatkozással kerültek megjelölésre, mivel a kóros elmeállapotú személyek cselekményei közül ezek voltak a legveszélyesebbek, ezért kizárólag ezeknél látták indokoltnak a kényszergyógykezelés alkalmazását.

Az intézkedés további kritériuma volt – a csekély jelentőségű cselekmények miatti alkalmazás kizárása érdekében –, hogy az elkövetőre büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni. A bíróságnak e feltétel vizsgálatakor a törvényben rögzített büntetéskiszabási elvekre figyelemmel kellett lennie azzal az eltéréssel, hogy az elkövető társadalomra veszélyességét és bűnösségét figyelmen kívül kellett hagyni. A feltételezett büntetést tehát kizárólag a cselekmény tárgyi ismérvei alapján kellett megállapítani.[167] Részben ellentmondott viszont ennek az emberölési cselekmények körében megjelent – és a „fiktív bűnösség” vizsgálata körében ma is alkalmazott – gyakorlat, miszerint a kóros elmeállapotú vádlott esetében a bíróságnak az

[165] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[166] A Legfelsőbb Bíróság Bfv.1026/2008/5. számú határozata önbíráskodás bűntette tárgyában (forrás: https://jogkodex.hu/doc/7402054)
[167] 1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről

elkövetés konkrét tárgyi körülményei alapján állást kellett foglalnia, hogy szándékosan vagy gondatlanságból elkövetett cselekmény állapítható-e meg.[168] Ezzel szemben alappal merült fel az az érv, hogy a hasonló jellegű cselekmények elkövetésének veszélye kizárólag szándékos bűncselekmények esetén feltételezhető, a gondatlan bűncselekmények vonatkozásában fogalmilag kizárt. Az intézkedés elrendelése kizárt volt továbbá, ha a kóros elmeállapotú terhelt által elkövetett cselekmény gondatlanságból elkövetett vétségnek minősült.[169] A cselekmények súly szerinti differenciálása jegyében mellőzni kellett az alkalmazást azzal a kóros elmeállapotú személlyel szemben, aki könnyű testi sértés vétségét követte el.[170]

Az egyévi szabadságvesztésnél súlyosabban büntetendőségnek az alapul fekvő cselekményhez kellett kapcsolódnia, így nem tekintették megalapozottnak a kényszergyógykezelés elrendelését, ha arra pusztán a halmazati büntetés szabályai szerint lett volna lehetőség, és a személy elleni erőszakos cselekmény nem olyan büntetendő cselekménnyel állt halmazatban, mely a kényszergyógykezelést megalapozta volna.[171] Ugyanakkor ennek ellentmondó gyakorlatra is könnyen találunk példát: a kétrendbeli kiskorú veszélyeztetésének bűntettével, maradandó fogyatékosságot okozó testi sértés bűntettével, védekezésre képtelen személy sérelmére elkövetett könnyű testi sértés bűntettével, valamint lopás vétségének kísérletével vádolt terhelt ügyében – tekintettel arra, hogy a vádlott elmeműködésének kóros állapota miatt nem volt büntethető és a szakértői vélemény szerint tartani kellett attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni – a bíróság megvizsgálta, hogy az elkövetett cselekmények büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene-e kiszabni. Ennek kapcsán áttekintette a vádlott oldalán felmerült enyhítő és súlyosító körülményeket a következők szerint: a vádlott javára lett volna értékelhető a büntetlen előélet, a beismerő vallomás, két kiskorú gyermek eltartási kötelezettsége, valamint, hogy egy cselekménye kísérleti szakban maradt, míg a vádlott terhére lett volna értékelhető a többszörösen fennálló halmazat, illetve, hogy cselekményeit több alkalommal visszatérően követte el, és gyermekeinek testi, értelmi és erkölcsi veszélyeztetése ténylegesen be is következett, ami a gyermekeknél súlyos következményekkel járt. A bíróság indokolása szerint a halmazati szabályokra is

[168] BH 1992.4.217: Legf. Bír. Bf. II. 468/1990. sz.
[169] BH 1987.12.423: B. törv. I. 1499/1986. sz.
[170] BH 1982.11.452: Debreceni Megyei Bíróság 1. Bf. 240/1982. sz.
[171] GYÖRGYI Kálmán et al.: *A Büntető Törvénykönyv magyarázata, Első kötet*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986. 204.

figyelemmel állapította meg, hogy a vádlott büntetlen előélete ellenére őt az elkövetett cselekmények miatt egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetéssel sújtotta volna.[172]

A gyakorlatban ma is megjelenik az az aggály, hogy főként a relatíve kevésbé társadalomra veszélyes cselekmények esetében a hosszú ideig tartó kényszergyógykezelés aránytalannak, sőt gyakran a gyógyítás céljára alkalmatlannak bizonyul. A társadalomnak legalább olyan mértékben viselnie kell az újabb büntetendő cselekmény megvalósításának kockázatát, ahogy beszámítható elkövetőknél az elbocsátásukat követően. A törvény által az intézkedés alkalmazási körének leszűkítésével természetszerűen együtt járt a kényszergyógykezelésre utalt elkövetők számának csökkenése, évente nagyjából 50-60 esetben került rá sor.[173] Érdekességként említhetők a következő adatok: 1976-ban 135 személyt fogadtak be az Országos Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe, közülük élet elleni cselekmény miatt 30, erőszakos cselekmény miatt 81 fővel szemben rendeltek el kényszergyógykezelést, 24 beteg pedig a házi gondozás ideje alatt valósította meg az újabb bűncselekmény tényállását.[174] 1985-ben már csupán 63 személyt érintett az intézkedés, majd ez a szám fokozatosan csökkent, 1987-ben 54, 1988-ban 45 esetben került sor az alkalmazásra.[175]

Ezek a cselekmények is csupán akkor alapozták meg a kényszergyógykezelést, ha fennállt a bűnismétlés veszélye.[176] Az alkoholos hallucinózis folytán akut elmezavar kóros elmeállapotában életveszélyt okozó testi sértés kísérletének tényállását megvalósító terhelt esetében például a kényszergyógykezelés mellőzésére került sor, mivel megállapítható volt, hogy a terhelt már gyógyult, alkoholfüggősége megszűnt, a bíróság pedig nem látta reálisnak a bűnismétlés bekövetkeztét.[177] Az intézkedés határozatlan tartamú volt, addig kellett évenkénti felülvizsgálat során hozott döntéssel fenntartani[178], míg szükségessége, vagyis a bűnismétlés veszélye fennállt.[179] A kényszergyógykezelés megszüntetését látta indokoltnak a bíróság akkor is, amikor az intézkedés alá vont elkövető elmeállapota nem javult ugyan, de fizikai állapota (végtagjainak bénulása miatt) olyan mértékben leromlott, hogy amiatt képtelenné vált a kényszergyógykezelés alapjául szolgáló cselekmény

[172] A Veszprémi Járásbíróság B.349/2009/24. sz. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában (forrás: https://jogkodex.hu/doc/9775461)
[173] NAGY – TOKAJI, 339.
[174] (szerk.) LÁSZLÓ, 624.
[175] NAGY – TOKAJI, 340.
[176] 1978. évi IV. törvény, 74. §
[177] BH 2001.8.352: Legf. Bír. Bf.IV.2677/1999. sz.
[178] 1973. évi I. törvény a büntetőeljárásról, 373. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/be_1973_1_torveny_5418594)
[179] 1978. évi IV. törvény, 74. §

elkövetésére, ezáltal nem volt reális esély a bűnismétlésre.[180] A fiatalkorúak esetében a Kodifikációs Bizottság nem tartotta szükségesnek speciális, a felnőttkorúakra vonatkozótól eltérő szabályok megalkotását. Kérdésként merült fel, helye lehet-e az intézkedésnek gyermekkorúak esetében is.[181] Ugyanakkor véleményem szerint a jogos védelem esetköréhez hasonlóan a gyermekkort is, mint büntethetőséget kizáró okot, elsődlegesen kell figyelembe vennie a bíróságnak, és erre tekintettel mellőzendő a kényszergyógykezelés elrendelése.

A törvény a kényszergyógykezelés végrehajtásának egyetlen formáját, az erre kijelölt zárt intézetben, az IMEI-ben történő foganatosítást intézményesítette, ezáltal megszűnt a házi gondozás lehetősége.[182] Ennek célja az volt, hogy az intézet rendje kifejezett összhangban álljon a kényszergyógykezelés sajátos feladatával, valamint, hogy megvalósuljon a társadalom védelme a súlyosabb, erőszakos cselekményt elkövető kóros elmeállapotú egyénekkel szemben.[183] A kényszergyógykezelés hatálya alatt álló személy által elkövetett, a Btk. Különös Részébe ütköző cselekmény miatt a kényszergyógykezelés ismételt elrendelése kizárt volt.[184] A kényszergyógykezelt a büntetés-végrehajtási jogszabályok alapján fogvatartottnak minősült, egy büntetés-végrehajtási intézményben elhelyezett beteggel szemben került sor az intézkedés alkalmazásra, így – bizonyos eltérésekkel – a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésére vonatkozó szabályokat is alkalmazni kellett.[185] Ugyanakkor ez idő tájt is számos állam büntetőjogában jellemző volt a kényszergyógykezelés szabadlábon történő (ambuláns) pszichiátriai megvalósítása, valamint a bíróságok általi „védőfelügyelet" elrendelése, ami által összekapcsolható volt az érintettek kezelése és felügyelete, illetve ellenőrzése.[186]

Alapvető kérdés volt a kodifikáció során, hogy bírói hatáskörben maradjon-e az elrendelésről való döntés, mely tekintetében az egyik meghatározó érvnek szintén a büntetés-végrehajtási keretek közt történő foganatosítás bizonyult, mivel a Bizottság többsége ellentmondásosnak tartotta, hogy egy ilyen intézménybe bírósági határozat nélkül kerüljenek be a betegek. Az ellenvélemény az volt, hogy a bíróság hatásköre e vonatkozásban formálisnak tekinthető. Elvi alapon – a meghallgatott orvosszakértők

[180] BH+ 2000.3.180: Legfelsőbb Bíróság Bf.I.1569/2000. sz.
[181] (szerk.) LÁSZLÓ, 616, 618.
[182] 1978. évi IV. törvény, 74. §
[183] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)
[184] BH 1991.11.420: Legf. Bír. Bf. II. 809/1990. sz.
[185] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[186] NAGY (1981), 30.

álláspontjával egyezően – az első megközelítésmódot követők is célszerűbbnek tartották volna a kezelés büntetés-végrehajtás alóli kivonását, ugyanakkor annak gyakorlati akadályát jelentette a polgári elmegyógyintézetekben jellemző „nyitott-ajtó" rendszer. Megjegyzem, a „nyitott osztályok" rendszere részben az IMEI-ben is megvalósult, azonban a súlyos büntetendő cselekményt elkövető, veszélyeztető betegek szökésének vagy akár szabadon távozásának kockázatát csökkentette, illetve kiiktatta. Érdemi alternatíva tehát csak akkor lehetett volna a polgári elmegyógyintézeti út, ha a kezeltek egyáltalán nem vagy bizonyos ideig nem hagyhatták volna el az intézetet, és további biztonsági intézkedések bevezetésére került volna sor.[187] Györgyi Kálmán és Berkes György szintén utalt rá, hogy az intézkedés büntetőjogi keretek közti szabályozásának egyedüli indokát a zárt körülmények közti végrehajtás képezheti.[188] Horváth Tibor ugyanakkor rámutatott, hogy büntetőjogi felelősség hiányában nem lehet büntetőjogi intézkedésről beszélni, sokkal inkább a büntetőeljárás során kiteljesedő államigazgatási „kényszerintézkedésről" van szó.[189]

Az intézkedés határozatlan tartama és az évente esedékes – az intervallum túlzottan hosszú volta miatt több szerző által alappal kifogásolt – felülvizsgálat jelentette jogállami és garanciális aggályok kiküszöbölésére több javaslat született. Az egyik szerint a bíróság döntene az első tárgyaláson az intézkedés tartamáról, legalább annak minimumát és maximumát meghatározva. Egy másik szerint a tartam nem léphetné túl annak a büntetésnek az időtartamát, amit az elkövető büntethetősége esetén elrendelhettek volna, az absztrakt büntetési keret-tartamot kellene tehát irányadónak tekinteni. Hangsúlyozták, hogy a kényszergyógykezelés nem felelősségi szankció, így „idegen test" a büntetőjog szankciórendszerében[190], ez azonban nem jelenti szükségképpen, hogy ki kell vonni a büntetőjog szférájából. Garanciális és célszerűségi szempontok egyaránt a büntetőjogi szabályozás mellett szóltak, a bírói kompetencia főként a beutalásnál – különösen a polgári úton történő gyógykezeléshez képest – fokozott jogvédelmet jelentett az elkövetők számára.[191]

Az IMEI-ben történő kezeléssel szembeni ellenvéleményként merült fel, hogy a végrehajtás ilyen módja hangsúlyozza a kóros elmeállapotú egyén veszélyes voltát, erősíti az egyébként is fennálló stigmatizációt, és meghosszabbítja a zárt intézeti kezelést azáltal,

[187] (szerk.) LÁSZLÓ, 623-624.
[188] GYÖRGYI, 375.
[189] NAGY (1986), 152-154.
[190] GYÖRGYI, 172.
[191] NAGY – TOKAJI, 338-340.

hogy „túlbiztosításra” készteti az orvosokat. Ehelyett az általános egészségügyi hálózat keretében történő megvalósítást javasolta Fehér Lenke az elrendelés, a felülvizsgálat és a megszüntetés büntetőbírósági hatáskörben hagyása mellett. Ennél radikálisabb formában is megvalósíthatónak látta az egészségügyi szervezetrendszerbe történő integrálást a kényszergyógykezelés szankciójának megszüntetésével és zárt intézeti kezeléssel történő felváltásával, mikor a bíróság kezelés céljából „átadja” az elkövetőt az egészségügyi hatóságoknak, ugyanakkor inkább az első, pusztán a végrehajtás helyének megváltoztatására vonatkozó megoldást preferálta. A második esetben a Btk. vonatkozó szakaszát akként javasolta volna módosítani, hogy azt, aki beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotban büntetendő cselekményt követett el, és tartani kell attól, hogy elmeállapota miatt a jövőben újabb hasonló jellegű cselekményt fog elkövetni, a bíróság zárt intézeti kezelésre utalhatja. Megközelítésének – alapvetően helyes – kiindulópontja, hogy a kezelés célja végső soron a beteg belső szabadsága és érték-integrációja kell, hogy legyen, és ehhez nem szabad erőszakot alkalmazni, ugyanakkor a személyi önállóság csak akkor válik értékelhetővé, ha a beteg tudatában van ennek az értéknek és élvezheti annak előnyeit. Az autonómia túlhangsúlyozása egyébként odáig vezethet, hogy teljes közönyösséget tanúsítunk egymás iránt.[192]

Ha a kényszergyógykezelés feltételeinek bármelyike hiányzott, de az elkövető kóros elmeállapota miatt gondozásra vagy gyógykezelésre szorult, a bíróságnak az illetékes egészségügyi szervet kellett értesítenie. Mivel ez utóbbi nem büntetőjogi intézkedés végrehajtása, a jogalkotó nem látta szükségét, hogy a bíróság hozzon döntést a kezelés elrendeléséről. Azokban az esetekben is egyéb egészségügyi intézményben volt biztosítható a terhelt kezelése, mikor más büntethetőséget kizáró ok – például jogos védelem okán[193] – nem volt alap az intézkedés alkalmazására.[194] A kényszergyógykezelés elrendelése kizárt volt, ha a terhelt a bűncselekmény elkövetése idején még nem volt a beszámítási képességét kizáróan kóros elmeállapotú.[195] Amennyiben a terhelt a büntetőeljárás alatt vált elmebeteggé, az eljárást fel kellett függeszteni.[196] Ha az érintett az elévülés beállta előtt meggyógyult, a büntetőeljárást folytatni kellett, ha azonban erre nem került sor, büntethetősége az elévülés okán megszűnt. Abban az esetben, ha az elítélt a

[192] FEHÉR (1989), 633. *és* FEHÉR (1993), 125-126, 149.
[193] BH 1993.12.724: Legf. Bír. Bf. III. 1365/1993. sz.
[194] Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)
[195] BH 1992.12.747: B. törv. III. 1580/1991. sz.
[196] BH 2011.5.131: Legf. Bír. Bhar. III. 900/2010.

büntetés végrehajtása során vált kóros elmeállapotúvá, és ezért nem lehetett vele szemben a szabadságvesztést végrehajtani, az IMEI-ben kellett elhelyezni, az itt eltöltött idő pedig beszámított a kiszabott szabadságvesztésbe.[197]

2.2.6. Tiszavirág-életű fejlődés: A „relatíve határozott”[198] tartamú kényszergyógykezelés

A kényszergyógykezelés határozatlan tartamát több megalapozott kritika érte. Sérti mindenekelőtt a *nulla poena sine lege* elvét, mely megköveteli a büntetőjogi szankciók pontos és egyértelmű meghatározását.[199] A garanciális szempontok fokozott érvényre juttatására a jogalkotó a régi Btk. módosításával, a 2009. évi LXXX. törvény keretében tett nézetem szerint haladó szellemű, bár rövid életűnek bizonyult lépéseket. Mégis túlzott leegyszerűsítése lenne a jogi valóságnak azt állítani, hogy az intézkedés tartama e törvénynek köszönhetően határozottá vált. A legfőbb vonatkozó rendelkezés, mely szerint a kényszergyógykezelés legfeljebb az alapjául szolgáló cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő cselekmény esetén legfeljebb húsz évig tarthatott[200], csupán az intézkedés maximális lehetséges tartamát jelölte ki, lényegében egy határozottsági momentumot iktatott be a szabályozásba, így az relatíve határozottként definiálható. Okvetlenül érdemes viszont hangsúlyozni, hogy a kényszergyógykezelés tényleges tartama – ezen a korláton belül – változatlanul annak szükségességétől függött, melynek fennállása a bíróság által lefolytatott felülvizsgálati eljárás során került megállapításra.[201] Álláspontom szerint nem lehet helyes az a megközelítés, ami e rendelkezést a határozatlan tartam explicit ellenpólusaként értékeli. A relatíve határozott tartam bevezetése sokkal inkább tekinthető egyfajta szintézisre irányuló törekvésnek a határozatlan tartam jelentette jogbizonytalanság

[197] 1979. évi 11. törvényerejű rendelet a büntetések és az intézkedések végrehajtásáról, 31. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/bv_tvr_1979_11_tvr_1489572)
[198] 1/2011. (VI. 1.) Büntető jogegységi határozat a kényszergyógykezelés végrehajtása, kényszergyógykezelés tartama alatt elkövetett újabb büntetendő cselekmény miatt ismételt kényszergyógykezelés elrendelése és a kényszergyógykezelés tartamának kezdőnapja tárgyában, I. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/9588143)
[199] 2009. évi LXXX. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról. A 26. §-hoz. (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/A0900080.TVI/ts/10000101/)
[200] 2009. évi LXXX. törvény a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról, 25. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/2009_80_torveny_3781483#js157)
[201] 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról, 566. §
(forrás:
https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800019.TV&timeshift=20170419&txtreferer=A0300023.BM)

és a valóban ellentétesnek mondható azon nézet közt, mely a kényszergyógykezelés elrendelésekor a bíróság által hozott ítéletben a konkrét tartam meghatározását pártolta.

Hozzá kell tenni, hogy ha a gyógykezelés szükségessége – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiakban: Eütv.) rögzített feltételek fennállása alapján – ezen idő eltelte után is fennállt, a civil pszichiátriai rendszer vette volna át a feladatellátást. A zárt pszichiátriai intézetben történő elhelyezés érdekében az IMEI főigazgató főorvosa az elbocsátás esedékességének napjával kezdeményezte a bíróságnál a kötelező gyógykezelés elrendelése iránti eljárást és javaslatot tett a kezelést folytató pszichiátriai intézetre. Ha a bíróság elrendelte a gyógykezelést, a főigazgató intézkedett a beteg átszállítása iránt.[202] Bár a szakirodalomban többször ellenérvként jelent meg, hogy a kezelt a felső időkorlátra tekintettel tulajdonképpen „prejudikál", mivel tisztában van vele, hogy annak elérésekor mindenképp el fogják bocsátani[203], a jogszabályi környezet alapján látható, hogy semmiképp nem lehetett attól tartani, hogy a maximális tartam elteltével potenciálisan még veszélyes elkövetők társadalomba való visszaengedésére kerül sor. Megjegyzem, hogy ez a gyakorlat lényegét tekintve ma is tovább él abban a tendenciában, hogy a kényszergyógykezelés alatt álló személyt az IMEI-ből történő elbocsátását követően szociális otthonban helyezik el (protektív családi háttér hiányában), erre azonban már nem a relatíve határozott, hanem a határozatlan tartamú szankció megszüntetését követően kerül sor.

A relatíve határozott tartam bevezetésével természetszerűleg merült fel az a kérdés, hogyan kell eljárni, ha a kóros elmeállapotú személy több olyan cselekményt követ el, melyek miatt az intézkedést külön-külön is el kellene rendelni. A kapcsolódó kommentár szerint ilyen esetekben a legsúlyosabb cselekményre irányadó büntetési tétel felső határát kellett alapul venni.[204] Az alapul fekvő cselekmények és a fiktív bűnösség megítélésével összefüggésben a bírói gyakorlatban ekkor is megjelent az az álláspont, hogy kizárólag a szándékos bűncselekmények tartoznak, illetve tartozhatnak e kategóriába, mivel a hasonló jellegű cselekmények jövőbeni elkövetésének veszélyéről csak ebben az esetben lehet beszélni, gondatlanságból elkövetett cselekmények vonatkozásában a feltétel megvalósulása fogalmilag kizárt.[205]

---

[202] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 200. §
(forrás: https://jogkodex.hu/jsz/eutv_1997_154_torveny_6371978)
[203] STRASSZER Anett: Gondolatok a kényszergyógykezelésről, In: *TAIEX-konferencia az ügyészségi szervezet és az ügyész polgári jogi felelősségéről Európában*, Budapest, 2010. március 7-9. 63.
[204] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[205] ÍH 2010.150: Győri Ítélőtábla Bf. 50/2010/4. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/7973986) *és*
BH 1987.12.423: B. törv. I. 1499/1986. sz.

A bűnismétlés veszélyének kritériumát a bírói gyakorlat tovább konkretizálta azáltal, hogy nem elegendő a bűnismétlés elvont, távoli lehetősége, annak konkrétnak és megalapozottnak kell lennie. Ahogy korábban Nagy Ferenc is kifejtette, alappal tekintették úgy, hogy a társadalomnak az újabb büntetendő cselekmény elkövetésének kockázatát minimális mértékben a kóros elmeállapotú személyek esetében is vállalnia kell, épp úgy, ahogy a beszámítható elkövetők vonatkozásában a szabadlábra helyezéssel, a feltételes szabadságra bocsátással vagy a büntetés végrehajtásának próbaidőre történő felfüggesztésével vállalja. Sajátos és bizonytalansága okán megkérdőjelezhető volt az a továbbra is alkalmazott – egyébként évtizedek óta fennálló és hivatkozott – ítélkezési gyakorlat, mely szerint a társadalom védelme általában nem teszi indokolttá a kényszergyógykezelés elrendelését, ha az elkövető rendszeres ideggondozói vagy elmegyógyászati kezelése, illetve ellenőrzése személyi és családi körülményeire, valamint az orvosi ellátás adott lehetőségeire tekintettel e nélkül is megoldható.

Érdekesség, hogy az alvajáró (szomnambulizmussal érintett), emberölés kísérletét megvalósító elkövető ügyében arra figyelemmel mellőzték a kényszergyógykezelés elrendelését, hogy a tudatzavar e formája, mely a parasomniák (az alvás alatti rendellenes mozgásjelenségek) körébe sorolható, a tudomány aktuális állása szerint nem gyógyítható, hatékony gyógykezelése nem ismert, így az IMEI-ben történő elhelyezéstől nem várható eredmény. A vádlott ideggondozó intézetben történő nyilvántartásba vételét és rendszeres kontrollvizsgálaton való megjelenését látták ehelyett indokoltnak, mivel „az alvási ritmus megtartása, a testi és lelki kimerülés elkerülése mellett” a bűnismétlés veszélye a bizonyosságot megközelítő valószínűséggel kizárható. Az ezzel ellentétes álláspont a vádlottat érintően arra vezetne, hogy akár élete végéig – a 2010. május 1. napján hatályba lépő szabályozás alapján pedig nagy valószínűséggel tizenöt évig – zárt intézetben maradna, mivel betegsége nem gyógyítható. A bíróság alappal reflektált arra, hogy az érintettnek már csak ezen okból sem lehetett érdeke a kóros elmeállapot színlelése, hiszen amennyiben emberölés bűntettének kísérlete miatt sor került volna a felelősségre vonására, ilyen tartamú szabadságelvonással bizonyosan nem kellett volna számolnia.[206]

Az intézkedés kezdete az IMEI-be történő befogadás napja volt.[207] Amennyiben a kényszergyógykezelést ideiglenes kényszergyógykezelés előzte meg, annak tartamát a többi kényszerintézkedéshez hasonlóan be kellett számítani. Az 1/2011. Büntető jogegységi

[206] ÍH 2010.52: Pécsi Ítélőtábla Bf. II. 245/2009/6. határozata emberölés bűntette tárgyában
[207] 1979. évi 11. törvényerejű rendelet, 83. § (2)

határozat (a továbbiakban: BJE) e kérdéssel összefüggésben kimondta, hogy ha ideiglenes kényszergyógykezelést rendeltek el, a kényszergyógykezelés tartamának kezdőnapja az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésének napja.[208] Erről azonban a Btk. nem rendelkezett, holott hasonló rendelkezést tartalmazott az előzetes letartóztatás és a házi őrizet beszámításáról.[209] Egyértelműen pozitív, a felülvizsgálat körében az 1998. évi büntetőeljárási törvényt módosító 2006. évi LI. törvénnyel bevezetett változás volt, hogy az intézkedés felülvizsgálatára az éves gyakoriság helyett immár félévente került sor.[210]

Az intézkedés tartamának megváltozásával természetszerűleg merült fel az átmeneti rendelkezések alkalmazásának kérdése. A Legfelsőbb Bíróság úgy foglalt állást, hogy a 2010. május 1. napja előtt jogerősen elrendelt kényszergyógykezelésnél a relatíve határozott tartam nem tekinthető irányadónak. Kifejezetten vitatható az erre adott indokolása, miszerint a módosítás kizárólag az intézkedés végrehajtását érintette az intézmény érintetlenül hagyása mellett, valamint, hogy a jogalkotó a törvény hatálybalépésével egyidejűleg nem alkotott átmeneti rendelkezést, így csak ez az értelmezés lehet elfogadható. Nem képezheti – illetve képezhetné – vita tárgyát, hogy az intézkedés Btk. által meghatározott tartamának szabályozása messze túlmutat a végrehajtási kérdések körén, és szubsztanciálisan meghatározza a szankciót, miközben egy akár jogalkotói mulasztásként értékelhető hiányosság semmiképp nem szolgálhat kellő alapul a relatíve határozott tartam mellőzésére és az érintett elkövetőkkel szembeni méltányosabb eljárás kizárására.

A Legfelsőbb Bíróság előbbi állásfoglalásából viszont magától értetődően következett, hogy azokban az esetekben, amikor a kezelt a 2010. május 1. napja előtt jogerősen elrendelt kényszergyógykezelés végrehajtása alatt követett el újabb büntetendő cselekményt, 2010. május 1. után sem volt helye az intézkedés ismételt elrendelésének, mivel a határozatlan tartamú intézkedés végrehajtása folytatódott. Más volt a helyzet akkor, ha az újabb büntetendő cselekmény elkövetésére a 2010. május 1. napja után jogerősen elrendelt kényszergyógykezelés alatt került sor. Ilyenkor – a további feltételek fennállása esetén – a kényszergyógykezelést ismét el kellett rendelni. Az intézkedés ilyenkor a gyakorlat szerint legfeljebb a hosszabb tartamú kényszergyógykezelés felső határának megfelelő ideig tarthatott.[211]

---

[208] 1/2011. BJE, IV.
[209] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[210] 2006. évi LI. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról, 244. §
[211] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*

3. A korkép kórképe: A kényszergyógykezelés régi-új szabályozása

3.1. Elvi alapvetések különös tekintettel az intézkedés tartamára

Ahogy az előbbiekből látható volt, amikor a jogalkotó a kényszergyógykezelés tartamát 2010-ben relatíve határozottá tette, az ezt alátámasztó érvelés elsődlegesen a büntetőjog-elmélethez, annak bírói gyakorlat által alakított, cizellált alapelveihez nyúlt vissza, melyek megjelennek egyes hazánk által is ratifikált nemzetközi egyezményekben, valamint alaptörvényi szinten, illetve levezethetők a büntető törvénykönyv átfogó, kontextuális elemzéséből és egyes konkrét rendelkezéseiből egyaránt. E körbe sorolható főként a jogállamiság és a humanitás eszméje, illetve a tettfelelősség, a bűnösségen alapuló felelősség, a szükségesség és az arányosság, a kétszeres értékelés tilalma, valamint a büntetőjog *ultima ratio*, „végső eszköz" jellege.[212] Jelen elemzés szempontjából a jogállamiság, illetve a törvényesség, az anyagi jogi legalitás és az arányosság elve bír kiemelt jelentőséggel. A jogállamiság, annak materiális vetülete, elsődlegesen a jogszabályok tartalmára kiható elvként érvényesül, két legfőbb elemének – az emberi méltóság, illetve a személyi szabadságjogok – tiszteletére pedig a formális törvényi keretek közt a jogalkotónak mindenkor tekintettel kell lennie.

A másik alapelv, az anyagi jogi legalitás a formális jogbiztonság követelményével hozható összefüggésbe, *quasi* annak manifesztációjaként értékelhető. Az ilyen irányú vizsgálódások körében kiindulópontként szolgál az Emberi Jogok Európai Egyezményének 7. cikke[213] (büntetés kiszabásának tilalma törvényi rendelkezés nélkül), az Alaptörvény kapcsolódó rendelkezése[214], a Btk. 1. §-a és az Alkotmánybíróság 11/1992. számú határozata[215] („elévülési határozat").[216] Ez képeződik le a *nullum crimen sine lege*, illetve a *nulla poena sine lege* elvekben, külön érdemes ugyanakkor említést tenni a *nulla poena*

[212] 9/1992. (I. 30.) AB határozat a törvényességi óvás emelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések megsemmisítéséről, V. 5, 7-8. *és*
30/1992. (V. 26.) AB határozat a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény egyes rendelkezései alkotmányellenességének vizsgálatára irányuló indítványok tárgyában, IV. 4-5.
[213] 1993. évi XXXI. törvény az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről, 7. cikk
[214] Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.), XXVIII. cikk (4) Senki nem nyilvánítható bűnösnek, és nem sújtható büntetéssel olyan cselekmény miatt, amely az elkövetés idején a magyar jog vagy – nemzetközi szerződés, illetve az Európai Unió jogi aktusa által meghatározott körben – más állam joga szerint nem volt bűncselekmény.
[215] 11/1992. (III. 5.) AB határozat a köztársasági elnöknek „Az 1944. december 21-e és 1990. május 2-a között elkövetett és politikai okból nem üldözött súlyos bűncselekmények üldözhetőségéről" szóló, az Országgyűlés 1991. november 4-i ülésén elfogadott törvény alkotmányellenességének előzetes vizsgálatára benyújtott indítványa tárgyában
[216] GELLÉR Balázs: *Legalitás a vádpadon*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2013. 42-44.

sine lege certa elvről, mely a kényszergyógykezelés határozatlan tartamának egyik legfőbb kritikai alapját jelenti.[217] Ezen elvárások a pontos törvényi meghatározottságra vonatkoznak, illetve magukban foglalják a határozatlan büntetőtörvény és jogkövetkezmény tilalmát. A jogirodalomban megjelent az az álláspont is, hogy a 2009. évi LXXX. törvény indokolásában szereplő és a szakmabeliek többsége által hivatkozott *nulla poena sine lege certa* elv helyett a határozatlan tartamú intézkedés elvetésének az indoka kizárólag az arányosság követelményével való összhang hiánya lehet.[218] Magam is egyetértek az érvelés azon részével, hogy a büntetőjogi szankció – és nem csupán a büntetés – hossza valamilyen módon arányban kell, hogy álljon az elkövetett cselekmény tárgyi súlyával, és bár ez a viszony az elkövető veszélyességére tekintettel változó mértékben fellazulhat, egy intézkedés alkalmazásakor annak alkotmányos korlátaira figyelemmel semmiképp nem szűnhet meg egészen. Az arányosság kritériumára való hivatkozás álláspontom szerint mégsem zárja ki a *nulla poena sine lege certa* elv alkalmazhatóságát a jelen esetben, sokkal inkább összefonódik azzal.

A szakma képviselői közt nincs ugyan teljes egyetértés abban a kérdésben, hogy ezek az elvek a büntetések mellett az intézkedésekre nézve is irányadók-e, nézetem szerint a szankciórendszer egészét tekintve[219] kell, hogy érvényre jussanak. Egyrészt, bár az intézkedésekhez elsődlegesen gyógyító-nevelő cél társul, vitathatatlanul megjelenik az elkövetett cselekmény szankcionálásának gondolata. Másrészt mind a történeti fejlődés ívéből, mind a büntető jogalkotás teleologikus szempontú vizsgálatából levezethetően, az arányosság követelményére is figyelemmel, logikus elvárásként fogalmazódik meg, hogy az intézkedés ne jelenthessen súlyosabb joghátrányt az elkövetőre nézve, mint bármely büntetés. Ebből következik, hogy egy kóros elmeállapotú elkövető a szankcióalkalmazás eredményeként nem kerülhet, pontosabban nem kerülhetne hátrányosabb helyzetbe, mint egy beszámítható terhelt. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogából is levezethető egyértelmű elvárás, hogy a szabályozás kielégítően pontos legyen ahhoz, hogy az egyén az adott helyzetben, észszerű mértékben előre láthassa magatartásának következményeit, szabadon bocsátásának konkrét feltételeit, illetve időbeli lehetőségeit.[220] A szankció

[217] GÖRGÉNYI Ilona et al.: *Magyar büntetőjog - Általános rész*, Wolters Kluwer Hungary Kft., Budapest, 2019. 474.
[218] HOLLÁN Miklós: Az Új Büntető Törvénykönyv, In: (szerk.) JAKAB András: *A magyar jogrendszer állapota*, MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Jogtudományi Intézet, Budapest, 2016. 379.
[219] SZOMORA Zsolt: Büntetőjogi garanciák az Alkotmányban és az Alaptörvényben, In: (szerk.) DRINÓCZI Tímea – JAKAB András: *Alkotmányozás Magyarországon 2010-2011, I. kötet*, Pázmány Press, Budapest–Pécs, 2013. 260.
[220] Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye, 2003. február 20. (ügyszám: 50272/99), 71.

határozatlanságából eredően az elkövető büntetés-végrehajtási rendszerben történő fogvatartása élethosszig is tarthat, miközben az ezzel rokonítható tényleges életfogytig tartó szabadságvesztés kifejezetten megszorító jellegű feltételei – illetve azokhoz hasonló garanciák – nyilvánvalóan nem jutnak szerephez. Könnyen belátható az is, hogy a kényszergyógykezeltek, akik olyan cselekményeket követnek el, melyek az életfogytig tartó szabadságvesztés alkalmazását nem alapoznák meg, folyamatosan ki vannak téve annak a veszélynek, hogy szabadságelvonásuk hátrányosabbá válik rájuk nézve, mint az azonos cselekményt megvalósító beszámítható terheltekre kiszabott (szabadságvesztés) büntetés, melynek alapkritériuma a kiszámíthatóság és az előreláthatóság.

Napjainkban is megjelenik viszont az a nézet, mely szerint a szankció határozatlanságára elegendő alapul szolgál a társadalomvédelmi elv és a gyógyítás célja.[221] Ez azonban azt jelentené, hogy a törvényhozó ezen céloknak és értékeknek nem csupán a primátusát, hanem egyenesen a kizárólagosságát deklarálja az egyén alapvető szabadságjogaival szemben, az azokba való beavatkozás legelemibb határai törvényi szinten való rendezésének elmulasztásával. Nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a büntetőjogi rendelkezésnek a jogállamiság eszméjét szolgálva úgy kell összeegyeztetnie a társadalomvédelmi és alapjogvédelmi érdekeket, hogy az emberi méltóságot, a jogegyenlőséget és a humanitást szolgálja.[222] A jogbiztonság és az alkotmányos büntetőjog további elvei végig kell, hogy kísérjék bármely szankció teljes „életútját", annak megalkotásától, kereteinek kialakításától, elrendelésén át a végrehajtással bezárólag. A büntető jogalkotás, igazságszolgáltatás és végrehajtás egyetlen átfogó rendszert képez, melynek minden eleme a már ismertetett követelmények mentén kell, hogy szerveződjön. Ahogy a 2010-ben hatályba lépett szabályozásból látható volt, nem kizárt egy olyan megoldás megteremtése, mely egyszerre teszi lehetővé a társadalomra még valóban veszélyes elkövetők szükség esetén élethosszig – de már nem a büntetés-végrehajtás keretében – való kezelését és integrálja adekvátan a büntetőjogi garanciákat a szankcióalkalmazás során. Az orvostudományi és a büntetőjog-tudományi megközelítésmód ilyen formán nem kerül egymással ellentétbe, és a vonatkozó rendelkezés

[221] DOMÁN Auguszta: *A beszámítási képesség a büntethetőségi akadályok rendszerében* (doktori értekezés), Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar Doktori Iskola, Budapest, 2019. 232-233. *és* ROTTLER Violetta: A beszámíthatóság fogalmának pszichopatológiai és normatív megközelítése Európa büntetőjogi szabályozásában, In: (szerk.) KARLOVITZ János Tibor: *Fejlődő jogrendszer és gazdasági környezet a változó társadalomban*, International Research Institute, 2015. 54.

[222] BÁRÁNDY Péter: Jogállami garanciák a Btk.-ban, In: (szerk.) BORBÍRÓ Andrea et al.: *A büntető hatalom korlátainak megtartása: A büntetés mint végső eszköz, Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2014. 12.

nem készteti valamely tudományterület képviselőit indokolatlan, mégis elkerülhetetlen meghasonulásra.

Bár a régi Btk.-val és a 2009. évi LXXX. törvénnyel összevetve a 2012. évi C. törvény büntetőjog-tudományhoz való érdemi (pozitív) hozzájárulása heves viták és olykor még élesebb kritikák kereszttüzébe került, a kényszergyógykezelés szabályozásában dogmatikai szempontból tett és a szakma számos képviselője által alappal kifogásolt[223] visszalépés ténye nehezen vitatható. A jogi és különösen talán a büntetőjogi szabályozás mindig látleletet ad az aktuális korképről, ami ebben az esetben sokkal inkább tekinthető (újfent) gyógyításra váró kórképnek. A jogalkotó, eltekintve attól, hogy a törvényjavaslat indokolásában formailag hibásan definiálta határozottként a kényszergyógykezelés tartamát, elegendőnek látta egy egymondatos indokolással pontot tenni egy olyan szakmai párbeszéd végére, mely lényegében a biztonsági őrizet intézményének kialakítása óta végigkísérte a hazai jogfejlődést, és a szabadságelvonó intézkedést visszavetette a „relatíve határozatlanság bizonytalan ködébe".[224] Eszerint „az akkor [a 2009. évi LXXX. törvénnyel] bevezetett módosításokkal kapcsolatban felmerült jogalkalmazói tapasztalatok mérlegelése eredményeként a törvény visszaállítja a korábbi szabályozást"[225], és az intézkedés tartamát ismét kizárólag a szükségesség kritériuma határozza meg.[226] Ez értelemszerűen nem az elkövető teljes gyógyulását jelenti, hanem állapota olyan mértékű javulását, mely alapján a bűnismétlés, ha nem is általában véve, de legalábbis a hasonló jellegű, súlyosnak tekintett büntetendő cselekmények vonatkozásában valószínűtlenné válik.[227] A felmerült jogalkalmazói tapasztalatok és potenciális nehézségek körében számításba vehető az addig határozatlan tartamú kényszergyógykezelések megítélése és az ezek esetében követendő eljárás a határozatlan, illetve relatíve határozott tartamú szankcióval érintett elkövetők

[223] BÁRÁNDY Gergely – BÁRÁNDY Aliz: Gondolatok az új Büntető Törvénykönyv elvi jelentőségű rendelkezéseiről, *Büntetőjogi Szemle*, 2013/3. 6.,
BÁRÁNDY, 14.,
GELLÉR Balázs – AMBRUS István – VASKUTI András: *A magyar büntetőjog általános tanai II.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2019. 229.,
HOLLÁN, 361, 378-379.,
PALLO József: Gondolatok az atipikus büntetés-végrehajtási feladatokról, *Börtönügyi Szemle*, 2003/4. 71. *és* TÓTH Mihály: Dogmatikai szilánkok az új Btk. elfogadása ürügyén, *Acta Universitatis Szegediensis, Forum Acta Juridica et Politica*, 2013/1. 102.

[224] TÓTH, Uo.

[225] 2012. évi C. törvény indokolása. A 78. §-hoz.
(forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/A1200100.TVI/)

[226] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről, 78. § (2) A kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.

[227] ANTAL Albert – LACZKÓ János – KARDON László: A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés büntetőjogi és büntető-eljárásjogi problematikája, *Börtönügyi Szemle*, 2002/4. 108.

eltérő jogi helyzetére is figyelemmel, a „párhuzamos telés" vagy az ideiglenes (előzetes) kényszergyógykezelés beszámítása.

Az első kérdéskört a jogalkotó pontosabb meghatározás és indokolás nélkül „alkotmányossági problémaként" azonosította.[228] Nehéz megállapítani, hogy a jogbiztonság, a büntető törvény visszaható hatálya vagy a diszkrimináció tilalma képezhette-e a kifogás alapját, illetve, hogy abban szerepe volt-e az átmeneti rendelkezés hiányának és a Legfelsőbb Bíróság abbéli állásfoglalásának, hogy a relatíve határozott tartam nem tekinthető irányadónak a 2010. május 1. napja előtt jogerősen elrendelt kényszergyógykezelések felülvizsgálata és végrehajtása során. Jogosan merül fel ugyanakkor az az ellenérv, hogy miközben a jogalkotó oly kirívóan ellentmondásosnak ítélte az eltérő tartamú kényszergyógykezelések egyidejű fennállását, a határozatlan tartam visszaállításával lényegileg ugyanerre a neuralgikus pontra sikerült újfent tapintania. Abban azonban már nem látott „alkotmányossági problémát", hogy míg a 2010. május 1. napja és a Btk. 2013. július 1-jei hatálybalépése közt elrendelt kényszergyógykezelések relatíve határozott tartamúak (megszűnésükre és megszüntetésükre egyaránt sor kerülhetett), az ezt követően alkalmazott intézkedések határozatlanok (kizárólag megszüntetésük lehetséges).[229] Sőt, a büntetés-végrehajtási törvénybe (a továbbiakban: Bv. tv.) ennek kapcsán már átmeneti rendelkezés is integrálásra került.[230] Emellett a későbbiekben részletesen tárgyalásra kerülő, alappal felvethető, ám semmiképp sem megoldhatatlannak tekintendő jogalkalmazási kételyek és kihívások nem jelenthetnek elfogadható hivatkozási alapot a büntetőjog alapelveivel és betegjogi követelményekkel – véleményem szerint – fokozott összhangban álló, méltányossági szempontokat előtérbe helyező szabályozás elvetéséhez. Ahogy nem létezhet sem részleges, sem relatív dogmatika[231], úgy a büntetőjogi elvrendszer sem kerülhet, nem kerülhetne erodálásra a jogalkotó pragmatizmusának bűvkörében.

---

[228] T/6958. számú törvényjavaslat indokolással - A Büntető Törvénykönyvről, 8.3.10. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról szóló 2009. évi LXXX. törvény 2010. május 1-jével határozott tartamúvá tette a kényszergyógykezelést. Alkotmányossági problémát jelent, hogy a 2010. május 1-je óta elrendelt intézkedések határozott tartamúak (sor kerülhet a megszüntetésükre és megszűnésükre is), míg a korábban elrendelt kényszergyógykezelések továbbra is határozatlan jellegűek, és csak megszüntetésükre kerülhet sor. A kényszergyógykezelés új szabályai számos jogalkalmazási nehézséget is okoznak („párhuzamos" telés, ideiglenes kényszergyógykezelés beszámítása, stb.).

[229] HOLLÁN, 378. *és* 1/2011. BJE, I.

[230] 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról, 436. § (7) A 2010. május 1-jétől 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvény alkalmazásával elrendelt kényszergyógykezelés végrehajtása során a kényszergyógykezelés tartamának eltelte napján – az 1978. évi IV. törvény 74. § (3) bekezdése alapján – a kényszergyógykezelés megszűnik és a beteget el kell bocsátani az intézetből.

[231] TÓTH (Dogmatikai szilánkok), 102.

A relatíve határozott tartammal kapcsolatos problémafelvetés végrehajtási aspektusát képezte a civil pszichiátriai intézményrendszer megnövekedett létszámigényre való felkészültségének hiánya azokban az esetekben, amikor egyes elkövetők gyógykezelésének szükségessége az intézkedés maximális lehetséges tartama elteltét követően is fennáll. A maga egyszerű, kíméletlen realizmusában találó ugyanakkor Nagy Ferenc és Tóth Mihály megállapítása: amennyiben ez szolgálna indokul, az egyetlen értelmezési lehetőség az marad, hogy egyes infrastrukturális körülmények, így az ágy- és ápolószám, nagyobb súllyal esnek latba, mint a személyi szabadságjogok. Bár a maximális tartam eltelte okán évente feltehetően alig tucatnyi kezeltet kellett volna elbocsátani az IMEI-ből, még erre sem került sor, hiszen a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy a relatíve határozott tartam a korábban elrendelt intézkedésekre nem irányadó. A civil pszichiátriai intézeteknek tehát – az IMEI átlagos ápolási idejét[232] és a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozó büntetendő cselekmények büntetési tételét figyelembe véve – csupán 4-5 év múlva kellett volna gondoskodniuk az első néhány beteg átvételéről.[233] Ez egyszersmind azt a baljós képet is előrevetítette, hogy a jogalkotó belátható időn belül nem tartotta orvosolhatónak az infrastrukturális hiányosságokat vagy legalábbis nem priorizálta azok megoldását.[234] Más kérdés természetesen az esetlegesen az intézményrendszerbe kerülők biztonságos kezelési feltételeinek kialakíthatósága és az ehhez szükséges szakképzett személyzet rendelkezésre állása[235], azonban e körben is a gyakorlati keretek kialakítására és fejlesztésére való törekvésnek kellene (kellett volna) előtérbe kerülnie a büntetőjogi dogmatika eróziójával szemben. Hozzá kell tenni, hogy az IMEI-ből évente nagyjából 200 ápolt közül körülbelül 15-18 személyt egyébként is szabadon bocsátanak, e személyeknek csupán 4%-a visszaeső, és ők sem feltétlenül újabb erőszakos cselekményt követnek el.[236] Évente tehát az a valóban elenyésző számú elkövető, akiknek civil

[232] https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/kerdesek
[233] TÓTH (Dogmatikai szilánkok), 102.
[234] NAGY Ferenc: A szankciórendszer, *Jogtudományi Közlöny*, 2015/1. 15.
[235] Megjegyzem, a CPT 2023-ban az IMEI mellett egyes civil pszichiátriai létesítményekben is vizsgálatot folytatott, és az IMEI-re, illetve az utóbbi intézményekre vonatkozóan tett egyes megállapításai szembetűnő hasonlóságot mutatnak többek közt a betegek elhelyezése és lakhatási körülményeik, a (zárt osztályon történő) kezelés farmakoterápiára korlátozódása, az egyénre szabott kezelési terv (esetenkénti) hiánya, továbbá a személyzeti hiány területén, így a civil pszichiátriai intézmény- és ellátórendszer további fejlesztése ugyancsak szükséges. (forrás: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 26 May 2023, Strasbourg, 3 December 2024. 78.)
[236] TÓTH Mihály: Az új Btk. bölcsőjénél, *Magyar jog*, 2013/9. 534.

pszichiátriai intézetbe történő átszállítása és kezelése továbbra is indokolt volt, semmiképp sem jelenthetett adekvát hivatkozási alapot a határozatlan tartamú szankció visszaállítására.

3.2. Az intézkedés elrendelésének feltételrendszere

3.2.1. A beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot és a bűnismétlés veszélye

A hatályos szabályozás értelmében a kényszergyógykezelés elrendelésére kizárólag akkor kerülhet sor, ha a kóros elmeállapota folytán beszámítási képességgel nem rendelkező, személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekményt megvalósító elkövető esetében fennáll a hasonló jellegű cselekmény elkövetésének veszélye, és büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene vele szemben kiszabni.[237] E négy konjunktív feltétel hivatott biztosítani, hogy a szankció alkalmazása a büntetőjog *ultima ratio* jellegével összhangban valóban a legsúlyosabb esetekre korlátozódjon. A felismerési és akarati képességből összetevődő beszámítási képességet csak a törvényben felsorolt belső (biológiai) és külső okok (kényszer, fenyegetés) zárhatják ki.[238] A beszámítási képesség meghatározása kétféle módon történhet: a jogalkotó explicite definiálja és a törvényben körülírja azokat a feltételeket, amik a beszámítási képesség megállapításához szükségesek, vagy – ahogy hazánkban is látható – a beszámítási képesség fennálltát kiindulópontnak tekintve negatív módszert alkalmaz, és kizárólag azokat az okokat nevesíti, amik a beszámítási képességet kizárják.[239]

A Btk.-ban a gyermekkorral összefüggésben szintén megjelenik a belátás fogalma[240] a bűncselekmény következményeinek felismerése kapcsán. A szakirodalomban megjelent olyan álláspont, hogy ez a szövegezés arra enged következtetni, hogy a belátási képesség a beszámítási képesség elemeként, annak részeként értékelendő.[241] Ugyanakkor

---

[237] 2012. évi C. törvény, 78. § (1) bek.

[238] (szerk.) RABÓCKI Ede – BERKES György: *Magyar Büntetőjog I-III. - régi Btk. - Kommentár a gyakorlat számára*, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2012. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/8642189)

[239] Ezt a megoldást indokolja a törvényszerkesztés egyszerűbb volta mellett, hogy az egyének döntő többsége rendelkezik beszámítási képességgel. (forrás: SZABÓ (1985), 524.)

[240] 2012. évi C. törvény, 16. § Nem büntethető, aki a büntetendő cselekmény elkövetésekor a tizennegyedik életévét nem töltötte be, kivéve
a) az emberölés [160. § (1)–(2) bekezdés], (…)
elkövetőjét, ha a bűncselekmény elkövetésekor a tizenkettedik életévét betöltötte, és az elkövetéskor rendelkezett a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátással.

[241] DOMÁN Auguszta: *A beszámítási képesség a büntethetőségi akadályok rendszerében, doktori értekezés tézisei*, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2019. 2.

véleményem szerint nem hagyható figyelmen kívül az a körülmény, hogy a beszámítási képesség az alannyá válás általános feltételének tekinthető, míg a belátási képesség egy további speciális jellegű kritériumot jelenít meg az életkorral összefüggésben, amit a törvény terminológiailag is elkülönít. Utóbbi értelmezést látszik alátámasztani – nem kifogástalan megfogalmazással – az igazságügyi szakértői működésről szóló rendelet, mely szerint a büntetőeljárás során, ha a szakkérdés tizenkettedik életévét betöltött, de tizennegyedik életévét be nem töltött fiatalkorú terhelt beszámítási és belátási képességének vizsgálata, a terhelt beszámítási képességét a Btk. 17. §-a szerint kell vizsgálni, és a beszámítási képesség vizsgálatát követően – amennyiben a terhelt beszámítható – a szakértő a belátási képességről is állást foglal.[242] Bár azt a megközelítést helyesnek tartom, hogy gyermekkorú elkövetők esetében a szakértőnek a véleményalkotás során a Btk. által támasztott követelménnyel összhangban külön ki kell térnie a belátási képesség fennállására, a rendelet ennek talán szükségtelen túlhangsúlyozásában odáig jut, hogy kategorikusan elválasztja a beszámítási és a belátási képesség fogalmát, ami sem elvi szempontból nem megalapozott, sem a szakértői gyakorlat koherenciáját nem látszik előmozdítani.

Hozzá kell tenni, hogy a Polgári Törvénykönyv ugyancsak rendelkezik belátási képességről az érintett cselekvőképessége, ügyei vitelére való képessége kontextusában, illetve a vétőképtelen személy károkozásáért való felelősség körében. A belátási képesség fogalma a két jogterületen és kódexben alapvetően eltérő. A polgári jogban a cselekvőképességet érintő részleges vagy teljes korlátozás akkor merül fel, ha az egyén ügyei viteléhez szükséges belátási képessége mentális zavara következtében csökkent vagy hiányzik.[243] Bár a büntetőjog kóros elmeállapot fogalma párhuzamba állítható a polgári jog mentális zavar terminológiájával[244], a büntetőjogi értelemben vett beszámítási képesség természetesen nem azonos és nem is jár szükségszerűen együtt a polgári jogi cselekvőképességgel, ahogy a beszámítási képesség hiánya sem a cselekvőképtelenséggel.[245] Kutatásaim során is azt tapasztaltam, hogy a beszámíthatatlanságot eredményező kóros elmeállapotú kényszergyógykezelteknek csupán

[242] 31/2008. (XII. 31.) IRM rendelet az igazságügyi szakértői működésről, 19/A. § (1) bek.
[243] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, 2:9. §, 2:19. §, 2:21. § 2:38. §, 6:544-547. §
[244] DOMOKOS Andrea: A belátási képesség a büntetőjogban, In: (szerk.) DOMOKOS Andrea: *5 éves a Büntető Törvénykönyv*, Acta Caroliensia Conventorum Scientiarum Iuridico-Politicarum XXIII. Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 2018. 40.
[245] BH 1990.3.82: Baranya Megyei Bíróság 2. Bf, 310/1989. sz. *és*
GELLÉR Balázs – AMBRUS István: *A magyar büntetőjog általános tanai I.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017. 304.

egy része áll cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alatt, míg más betegek polgári jogi értelemben teljes cselekvőképességgel rendelkeznek.[246]

A kóros elmeállapot értelemszerűen nincs feltétlenül kihatással az elkövető beszámítási képességére, illetve annak hatása esetenként változó lehet, így vizsgálatára és értékelésére mindig egyedileg kell, hogy sor kerüljön.[247] A Btk. megfogalmazásából és a pszichiátriai praxisból egyaránt az tűnik ki, hogy a felismerési, illetve az akarati képességre együttesen vagy külön-külön egyaránt befolyással bírhat, így bár a kényszertől és a fenyegetéstől való elhatárolása a büntethetőséget kizáró okok körében a „belső-külső" jelleg alapján elfogadható, azzal a szakirodalomban megjelent nézettel nem értek egyet, mely a kóros elmeállapotot úgy tekinti, hogy az kizárólag a felismerési képességre hat ki, míg utóbbi az akarati képességet befolyásolja.[248] Az alapján sem tűnik ez indokoltnak, hogy a törvény vonatkozó rendelkezését tekintve akár olyan eset is előállhat, amikor az elkövetőnek csupán az akarati képességét érinti a kóros elmeállapot, míg felismerési képességét nem zárja ki vagy korlátozza.[249] Ez a szakértői gyakorlatban igen ritkán fordul elő, ám nem példa nélküli.[250] Emellett, ahogy arról korábban szó volt, a kóros elmeállapotnak, mint biológiai jellegű büntethetőséget kizáró (vagy korlátozó) oknak az elkövető beszámítási képességére való kihatása mindig a konkrét büntetendő cselekmény tekintetében vizsgálandó[251], és egyaránt fenn kell állnia a cselekmény elkövetése és elbírálása idején.[252] Amennyiben a kóros elmeállapot csupán korlátozta az elkövetőt cselekménye következményeinek felismerésében vagy abban, hogy e felismerésnek

---

[246] 1. melléklet, II. pont

[247] BH 2003.10.393 *és*
BELOVICS Ervin: *Büntetőjog I. Általános rész* (Ötödik, hatályosított kiadás), ORAC Kiadó Kft., Budapest, 2023. 225.

[248] (szerk.) POLT Péter: *Új Btk. Kommentár, 1. kötet, Általános rész*, Nemzeti Közszolgálati és Tankönyv Kiadó, Budapest, 2013. 129.

[249] 2012. évi C. törvény, 17. § (1) 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.

[250] Ilyen helyzet merült fel például egy kényszerbetegségben szenvedő, tisztasági kényszeres (a kényszergyógykezelés elrendelését egyébként nem megalapozó cselekményt elkövető) terhelt esetében, aki felismerte, hogy tisztítószereket lopni tilos, az adott üzletben számos alkalommal fizetett is a termékekért, azonban, amikor esetenként nem volt elég jövedelme, hogy a folyamatos takarításhoz megvásárolja őket, eltulajdonította azokat.

[251] Így például az ÍH 2011.99: Fővárosi Ítélőtábla 3. Bhar. 63/2010/6. sz. határozatban is szerepelt utalás olyan igazságügyi elmeorvos-szakértői nyilatkozatra, mely szerint el kell választani az eljárás tárgyát képező vagyon elleni, illetve személy elleni erőszakos cselekményt, mivel a terhelt betegségének előbbihez nincs köze, míg azt, hogy valakit megüt, reálisnak tartotta mentális zavara hatására.

[252] BH 2001.8.352,
BH 2018.3.74: Kúria Bpkf. III. 1.584/2017. II.,
BÁRÁNYOS Bernadett et al.: *Büntetőjog Általános rész*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015. 48. *és*
(szerk.) KARSAI Krisztina: *Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvhöz*, Wolters Kluwer Hungary, Budapest, 2019. 82.

megfelelően cselekedjen, a kényszergyógykezelés alkalmazására nincs alap, hiszen a terhelt büntethető, de a büntetés korlátlanul enyhíthető.[253]

A beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot rendszertani besorolása kapcsán nincs teljes egyetértés a jogtudomány képviselői közt. Az elterjedtebb felfogás szerint bűnösséget kizáró okként kezelendő[254], más megközelítésben viszont tényállásszerűséget kizáró, az alannyá válást lehetetlenné tevő tényezőként értelmezik.[255] A nézőpontbeli különbségek gyakorlati szerephez jutnak a már korábban hivatkozott olyan esetekben, amikor a kóros elmeállapot mellett más büntethetőséget kizáró ok, például jogos védelem is megalapozza az elkövető felmentését.[256] Az első felfogás értelmében – mivel a jogellenesség fogalmi eleme hiányzik a bűncselekmény megvalósulásához, és a logikai láncolatban csupán ennek vizsgálata után, ennek fennállása esetén kerülhetne sor a bűnösség analízisére – a jogos védelemi helyzet fennálltára szükséges alapítani a felmentő ítéletet. Ez az érvelés az utóbbi megközelítés esetében már kétségessé válik, nézetem szerint azonban továbbra is indokolt maradna a sorrendiség felállítása arra hivatkozással, hogy a kóros elmeállapotú elkövető ne kerüljön hátrányosabb helyzetbe, és ne essen kedvezőtlenebb elbírálás alá, mint egy beszámítható terhelt. Mivel a jogos védelmi helyzet alapján utóbbi mentesülne a büntetőjogi jogkövetkezmények alól, ennek előbbi esetében szintén meg kell valósulnia.

A hatályos Btk. – a korábbival ellentétben – már példálózó jelleggel sem nevesíti a mentális zavarokat, melyek alapul szolgálhatnak a kóros elmeállapot megállapítására, ami elsősorban az orvostudomány folyamatos fejlődésére vezethető vissza. A szakirodalomban természetesen ezzel ellentétes megközelítésre is akad példa, melynek alapját az képezi, hogy a jogalkalmazókat és a szakértői gyakorlatot egyaránt orientáló kategóriák kerültek ezáltal kiiktatásra.[257] Kérdéses azonban, hogy ez az „orientáció” valóban az egységesség irányába mutatott-e. Figyelembe kell venni, hogy az orvostudományi és jogtudományi fogalmak általában csak részleges átfedésben vannak egymással, ha ugyan nem különülnek el egészen. A pszichiáterek és pszichológusok által alkalmazott tipizálások, az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

[253] 2012. évi C. törvény, 17. § (2) bek. *és* GÖRGÉNYI et al., 475.
[254] Például (szerk.) POLT, 130.
[255] FÖLDVÁRI József: *A büntetés tana*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1970. 175-178. *és* KŐHALMI László: A kóros elmeállapot és a beszámítási képesség büntetőjogi szabályozása, *Büntetőjogi Szemle*, 2012/3. 35.
[256] GÖRGÉNYI et al., 475.
[257] (szerk.) KÓNYA István: *Magyar Büntetőjog I-IV. - új Btk. - Kommentár a gyakorlat számára*, ORAC Kiadó, Budapest, 2024. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/7261216)

(a továbbiakban: DSM-5)[258] és az Egészségügyi Világszervezet által közzétett *International Classification of Diseases* (ICD-10, magyar fordításban Betegségek Nemzetközi Osztályozása, a továbbiakban: BNO-10)[259] a régi Btk. felsorolásától eltérő megnevezésekkel és eltérő rendszerben osztályozzák az egyes mentális zavarokat.

Ennek gyakorlati jelentőségét szemlélteti, hogy az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz. módszertani levele alapján az igazságügyi pszichiátriai szakértői vizsgálatok és véleményezés körében a kórismét a BNO szerint ajánlott megadni[260], amire vonatkozóan egyébként a bírói gyakorlatban is látható hivatkozás.[261] Példaként említhető, hogy a kapcsolódó szakirodalom szerint orvosi szempontból csupán a pszichózisok[262] vonhatók az „elmebetegség" körébe, míg a régi Btk. hatálya alatt a joggyakorlatban ide tartozónak tekintették az elmebetegségek maradványtüneteit is. A pszichiátriában az elmebetegség fogalma valójában nem is használatos, helyette a „szkizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok", illetve a „hangulatzavarok" kategóriája elfogadott, míg a pszichopátiát az „antiszociális személyiségzavar" megnevezés alatt tárgyalja a releváns irodalom, miközben utóbbi kritériumai a pszichopátiaként ismert zavar jellemzőinek csupán egy részét – főként a viselkedést – fedik le.[263] Sőt, maga a betegség kifejezés sem preferált a pszichiátria területén annak potenciálisan stigmatizáló hatására figyelemmel, míg a jogi szabályozásokban rendszeresen megjelenik.

A formális differenciákon túl látható, hogy a régi Btk. felsorolása – orvostudományi nézőpontból – tartalmát tekintve is megkérdőjelezhető volt. Miközben nem jelentek meg benne olyan állapotok, mint a disszociatív identitászavar, külön nevesítette a

---

[258] American Psychiatric Association (APA): *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5), American Psychiatric Publishing, Washington DC – London, 2013.

[259] World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 2nd Edition*, *Tenth Revision*, 2004.
(forrás: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42980/9241546530_eng.pdf)

[260] Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz. módszertani levele az igazságügyi pszichiátriai szakértői vizsgálatokról és véleményezésről. 6.

[261] BH+ 2003.10.461: Legfelsőbb Bíróság Bf.I.891/2001.: „A szakreferens által tett azon megállapítás, hogy a személyiségzavar nem betegség, hanem állapot, nem fogadható el, hiszen BNO 1, DSM IV. a betegségek nemzetközi osztályozása, de az általános pszichiátriai gyakorlat is a személyiségzavart betegségként értékeli, hasonlóan például a gyengeelméjűséghez (ami szintén állapot)."

[262] A pszichózis olyan állapot, melyben a beteg kapcsolata a valósággal megszűnik. Észlelése, információfeldolgozása, a környezetből jövő ingerekre történő válaszkészsége oly mértékben torzul, hogy a legegyszerűbb adaptív funkciók fenntartására sem – vagy alig – képes; a realitáskontroll elvész, jellemzővé válnak a hallucinációk. A cselekmény elkövetésekor fennállt pszichózis esetén a beszámítási képesség kizárt. Leggyakoribb megjelenési formája [melyet saját, a kényszergyógykezeléssel összefüggésben végzett kutatásom során tett megfigyeléseim is alátámasztanak] a skizofrénia, mely a görög eredetű „skizo" (hasít) és a „phren" (szellem) szavakból származik, jelentése „kettéhasadt elme", ami érzékelteti a gondolati folyamatok széttöredezettségét, a valóságtól való elszakadást. A leggyakoribb alcsoport a betegségen belül a paranoid skizofrénia. (forrás: DOMÁN (doktori értekezés tézisei), 7-8.)

[263] KÓHALMI, 34.

személyiségzavarokat[264] és a gyengeelméjűséget.[265] Utóbbiak törvénybe iktatása – tekintettel arra, hogy kivételesen alapozhatják csak meg a beszámítási képesség kizártságát vagy korlátozottságát[266] – megcáfolni látszik azt az érvelést, hogy a jogalkotó a leggyakoribb kórformákat kívánta nevesíteni. A gyengeelméjűség esetében általános tézis, hogy az érintett elkövető csak akkor lehet képes fizikailag a büntetendő cselekmény megvalósítására, ha gyengeelméjűsége enyhe fokú, ami viszont nem alapozza meg a Btk. 17. §-ának alkalmazását.[267] A példálózó felsorolás elhagyása révén tehát a hatályos kódex egyrészt kiiktatott bizonyos fogalmi és tartalmi ellentmondásokat, másrészt mind az ítélkezési gyakorlat, mind az orvostudományi kutatás számára – helyeselhetően – tágabb teret engedett. Ugyanakkor nézetem szerint még napjainkban is van létjogosultsága az igénynek egy új szakértői módszertani levél kiadására, hogy a szakkérdésben laikus jogalkalmazó számára követhetővé, ellenőrizhetővé váljon az alkalmazott módszertan és az egyes rendszeresebben előforduló kórformákkal összefüggő vizsgálati kritériumrendszer. Ugyancsak indokolt ez arra tekintettel, hogy bár a Btk. már nem tartalmazza a fenti fogalmakat, más kapcsolódó jogszabályokban továbbra is szerepelnek, például a büntetőeljárási törvényben (a továbbiakban: Be.), amikor arról rendelkezik, hogy amennyiben a terhelt az elkövetés idején nem volt kóros elmeállapotú, de a büntetőeljárás során „elmebeteggé" válik, az eljárást fel kell függeszteni.[268] Látható, hogy olykor a jogi szabályozáson belül is terminológiai eltérések mutatkoznak, amiket szintén célszerű lenne a kóros elmeállapot gyűjtőfogalmával áthidalni a büntető-jogtudományok fogalmi

[264] A személyiségzavaroknak mintegy tíz fajtája különíthető el, melyek közül csupán a szkizotip, az antiszociális és a borderline személyiségzavar esetén állhat elő olyan súlyos fokú pszichotikus állapot, ami megalapozhatja a Btk. 17. §-ának alkalmazását. A paranoid személyiségzavar nem eredményezi a beszámítási képesség kizártságát vagy korlátozottságát, mivel súlyosabb esetei paranoid pszichotikus zavarként vagy paranoid skizofréniaként azonosíthatók, melyek már az elmebetegség körébe esnek. (forrás: KULCSÁR Gabriella: A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák, *Rendészeti Szemle*, 2007/7-8. 162.)

[265] Az angolszász szakirodalom nyomán egyre inkább a „mentális retardáció" megjelölés válik elterjedtté. (forrás: BALOGH et al., 145.)

[266] 3/1998. Büntető jogegységi határozat a Btk. 24. § (1) bekezdésében felsorolt okok miatt, az 1973. évi I. törvény (Be.) 49. § (2) bekezdése alapján a védő kirendelésének vizsgálatáról (forrás: https://jogkodex.hu/doc/4599914)

[267] KULCSÁR, 159-160.

[268] 2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról,

394. § (1) Az ügyészség és a nyomozó hatóság felfüggeszti az eljárást, ha (…)

b) az elkövető tartós, súlyos betegsége vagy a bűncselekmény elkövetése után bekövetkezett elmebetegsége miatt az eljárásban nem vehet részt.

487. § A bíróság felfüggeszti az eljárást, ha a vádlott tartós, súlyos betegsége vagy a bűncselekmény elkövetése után bekövetkezett elmebetegsége miatt nem képes az e törvényben meghatározott jogait gyakorolni és kötelezettségeit teljesíteni.

rendszerének egységesítése érdekében. Ezen túlmenően meghatározó jelentőséggel bírna a bírák alapvető igazságügyi elmeorvosi ismereteket nyújtó továbbképzése.[269]

Tekintettel arra, hogy a régi Btk. szerint elsődlegesen számításba vehető kórképek alapvető jellemzőit a történeti áttekintés során felvázoltam, e fejezetben csupán néhány specifikus kérdés- és esetkör tárgyalására kerül sor. E mentális zavarok közül – melyekre gyakran látható hivatkozás a kapcsolódó jogirodalomban és a gyakorlatban egyaránt – az elmebetegség megállapítását esetenként megalapozhatják a szenvedélybetegségek is (alkoholizmus, gyógyszer- és kábítószerfüggőség), így az alkoholizmussal összefüggésben felmerülő delírium tremens vagy az elmebetegség szintjét elérő, kábítószerelvonás okozta tünetegyüttes.[270] Hasonlóképp kialakulhat a szenvedélybetegségek talaján a szellemi leépülés, mely a demencia egyéb eseteivel azonosan ítélendő meg, és a hanyatlás mértéke bír meghatározó jelentőséggel. Bár a beszámítási képességre való érdemi kihatás szempontjából csekélyebb jelentőséggel bír, a gyengeelméjűség körében napjainkban is nehézséget jelent a debilis (enyhe fokban gyengeelméjű) és a „normalitás" alsó határövezetébe sorolható személyek elhatárolása. Ez csak az elkövető életvezetése, beilleszkedési képessége, a gyengeelméjűség és a büntetendő cselekmény közti kapcsolat, valamint a cselekmény jellege együttes vizsgálatával lehetséges. Érdemes emellett utalni egyes speciális esetkörökre, így a tudatzavarral gyakran összekapcsolódó rövidzárlati cselekményekre, valamint az indulati reakciókra. Utóbbi körben az indulat kóros (patológiás), illetve éplélektani alapon kialakult (fiziológiás) jellegének van meghatározó szerepe. Meg kell azonban jegyezni, hogy a pszichiátria e fogalmakat sem használja, így azoknak diagnosztikai kritériumai sincsenek.[271]

Míg a rövidzárlati cselekmény és a kóros indulat a Btk. 17. §-a szerint bírálandó el[272], a fiziológiás indulatot másutt kell értékelni[273]: az erős felindulást az emberölés privilegizált eseténél, az ijedtséget és a menthető felindulást a jogos védelemnél és a végszükségnél.[274] Ugyanakkor a fiziológiás indulat, mint ideiglenes tudatszűkült állapot

[269] KARDOS Dóra: A beszámíthatóság megléte, avagy a tény- és jogkérdés határai, In: (szerk.) RIMASZÉCSI János: *Jogalkotás és jogalkalmazás a XXI. század Európájában IV*., Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ), Budapest, 2018. 84.
[270] Azonban a Btk. kóros elmeállapotra vonatkozó rendelkezései (17. §) nyilvánvalóan nem alkalmazhatók annak javára, aki a bűncselekményt önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követi el (2012. évi C. törvény, 18. §).
[271] KULCSÁR, 160.
[272] BALOGH et al., 148.
[273] (szerk.) BELOVICS Ervin – POLT Péter: *A Büntető Törvénykönyv kommentárja*, ORAC Kiadó, Budapest, 2023. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/1832826)
[274] 2012. évi C. törvény, 161. §, 22. § (3) bek., 23. § (2) bek.

önmagában nem alapozza meg az erős felindulás megállapítását; ehhez az indulat olyan magas foka szükséges, melynek következtében az elkövető belső egyensúlya megbomlik, tudata elhomályosul, és ennek folytán a megfontolás szokásos mértékének megtartása lehetetlenné válik. Ennek fennállása – mivel a kóros elmeállapot fogalma alá nem vonható – szakértő közreműködése nélkül, a bíróság által kerül megállapításra.[275] Emellett egyértelműen kizárásra került a bírói gyakorlatban a beszámítási képességre kiható kóros elmeállapot köréből az érzékszervi fogyatékosság és a pszichés elváltozás.[276]

Szintén ezen kívül esnek – bár a jogtörténeti fejlődés korábbi szakaszaiban megítélésük eltérő volt – a viselkedészavarok, például a pirománia és a kleptománia, valamint a parafíliák. Az e zavarokkal érintett elkövetők vonatkozásában a kényszergyógykezelés nyilvánvaló alkalmazhatatlanságára és a büntetés-végrehajtási intézetben történő fogvatartás reszocializációs célra való alkalmatlanságára figyelemmel felmerült a szakirodalomban az a nézet, hogy egy a szankciórendszerbe beillesztendő új, büntetés mellett elrendelhető intézkedésnek, „farmako- és pszichoterápiára kötelezésnek" kellene őket alávetni.[277] Álláspontom szerint viszont a büntetőjog kizárólag a beszámítási képességre való kihatással összefüggésben foglalkozhat – és ilyen esetekben kell is foglalkoznia – az elkövető kóros elmeállapotának kérdésével. A gyógyítás integrálása a büntetőjogi keretrendszerbe már önmagában kitágítja annak határait, azonban a legsúlyosabb esetekben ezt a bűnismétlés megakadályozása körében mind a társadalom védelme, mind az elkövető egyéni érdeke indokolttá teszi. Az ezen kívüli esetekben azonban a büntetőjog egyébként rendszeridegen szerepvállalása elveszíti megalapozottságát. Bár a magyar jogalkotás aktuális szemléletmódjából és irányából kétségtelenül nem ez következik, ma is aktuálisnak tartom Montesquieu nézetét: „ha nem feltétlenül szükséges egy törvényt megalkotnunk, akkor feltétlenül szükséges, hogy ne alkossuk meg".[278] A fenti rendellenességek gyógyítása természetesen ettől függetlenül szükséges, ám nem a büntetőjog szférájában új, indokolatlanul tágan értelmezhető szankció bevezetésével, hanem az egészségügyi szervezetrendszer keretei közé integráltan.

A kóros elmeállapot fennállásának és az elkövető beszámítási képességére gyakorolt potenciális hatásának megítélése átfogó szakértői vizsgálatot igényel. A szakértői vélemény a bizonyítás egyik eszköze, melynek bizonyító ereje a megválaszolandó

[275] (szerk.) RABÓCKI – BERKES (forrás: https://jogkodex.hu/doc/8642189)
[276] BH+ 2007.2.51: Legf. Bír. Bfv.II.805/2006.
[277] NIKULA János: A kóros elmeállapotok egyes válfajainak pszichiátriai és büntetőjogi értékelése, *Bűnügyi Szemle*, 2009/4. 23.
[278] MONTESQUIEU, Charles de Secondat: *The Spirit of Laws*, Batoche Books, Kitchener, 2001. 617.

szakkérdésekkel kapcsolatos minden ellentmondást érintő és feloldó, tudományosan megalapozott érvein alapul.[279] Egyértelműen állást kell foglalni abban, hogy a megállapított ítéleti tényállás alapján az adott elkövetési időpontban, az adott cselekmény tekintetében, a terhelt adott állapotában a beszámítási képessége fennállt-e.[280] Amennyiben a vádlott elmeállapotának pontos kórismét rögzítő, az ellentmondásokat feloldó egységes orvosszakértői megítélése nem lehetséges, a bíróság a kétséget az elkövető javára értékelve foglal állást, hogy a cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában valósította-e meg, mely képtelenné tette avagy korlátozta a cselekmény következményeinek felismerésében, illetve abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.[281]

Míg a régi Be. rögzítette, hogy az elmeállapot vizsgálatánál két szakértőt kell alkalmazni[282], az új Be. egyáltalán nem tartalmaz erre vonatkozó előírást. Sőt, a kapcsolódó indokolásban kifejezésre jut, hogy a jogalkotó szakítani kívánt a régi Be. rendelkezéseivel, lévén, hogy az eljáró szakértők száma nem büntetőeljárás specifikus kérdés.[283] Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy más törvényben, így a Bv. tv.-ben vagy az igazságügyi szakértőkről szóló törvényben[284] sem történt meg a kérdés rendezése, így jelenleg rendeleti szintű szabályozás van hatályban, amely azonban könnyebb módosíthatóságára és garanciális szempontokra figyelemmel aggályokat vet fel. Eszerint, ha a büntetőeljárásban a terhelt elmeállapotának orvosszakértői vizsgálatára kerül sor, a vizsgálatot végző szakértők közül az egyiknek igazságügyi pszichiátria (igazságügyi elmeorvostan), a másiknak pedig igazságügyi orvostan vagy igazságügyi pszichiátria (igazságügyi elmeorvostan) képesítéssel kell rendelkeznie.[285] A Bv. tv. a kényszergyógykezelés felülvizsgálata vonatkozásában erre gyakorlatilag csupán egy visszautalást tartalmaz azzal, hogy az eljárásban az IMEI orvosa az elmeorvos-szakértői vélemény kialakításában egyik

[279] BH+ 2003.10.461
[280] ÍH 2011.99
[281] Így például a bíróság a BH+ 2003.10.461. sz. határozatban úgy találta, hogy a korábban készített igazságügyi elmeorvos-szakértői vélemények közti ellentmondás nyomán kért felülvizsgálati szakvélemény előterjesztésekor nem elegendő a korábbi véleményeket csupán kivonatosan értékelni, hanem ki kell térni az esetleges objektív mérési adatokat tartalmazó teszteredmények áttekintésére is. A felülvélemény az ellentétes elmeszakértői vélemények egyes megállapításainak értékelését csak kiragadva végezte el, érdemét tekintve pedig nem tartalmazott indokolást a terhelt elmeállapotát érintő konklúziókhoz kapcsolódóan. Önmagában ugyanis az a körülmény, hogy a vádlott személyiségtorzulását, tudatszűkületét elismerve, ám annak patológiás jellegét tagadva állította büntetőjogi beszámítási képességének teljességét – ezt alátámasztó és a vizsgálati megállapításokon nyugvó érvek hiányában – átfogó elmeszakértői értékelésnek nem tekinthető.
[282] 1998. évi XIX. törvény, 101. § (2) bek.
[283] T/13972. számú törvényjavaslat indokolással - a büntetőeljárásról. A 188. §-hoz. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2460571)
[284] 2016. évi XXIX. törvény az igazságügyi szakértőkről
[285] 31/2008. IRM rendelet, 17. § (1) bek.

szakértőként közreműködhet.[286] Ez nem jelenti azt, hogy a vizsgálat lefolytatásánál, annak valamennyi szakaszában mindkét szakértőnek együttesen jelen kell lennie; elegendő, ha az adott vizsgálati fázist az eltérő kompetenciáknak megfelelően az a szakértő látja el, akinek tudományterületéhez, illetve szakterületéhez az adott kérdés tartozik. Így nem kifogásolható például, ha az elmeállapot vizsgálatánál a pszichiáteri szakmai szabályok (protokoll) szerint végzendő kikérdezésnél a társszakértőként közreműködő általános orvos, mint orvosszakértő nincs jelen.[287]

A 14. számú szakértői módszertani levél alapján a vizsgálat során elemezni kell a tettes pszichés állapotát az elkövetés idején, így különösen azt, mutatkoztak-e nála pszichopatológiai tünetek, például kóros észrevevések, tudatzavar vagy kóros motiváció. Lényeges, hogy magatartása mennyire illett az adott helyzethez és körülményekhez, meg kell ismerni személyiségszerkezetét, annak esetleges patologikus elváltozásait, értelmi képességeit, fel kell tárni akarati és érzelmi szférájának működését és zavarait. Az életvezetésre, valamint a társadalmi beilleszkedésre vonatkozó információk egyetlen szakvéleményből sem hiányozhatnak, ám egyes kórformák, különösen a személyiségzavarok esetében fokozott jelentőséggel bírnak. A pszichopátia kapcsán kulcsfontosságú a személyiségzavar súlyosságának kimutatása is, hogy a személyiség egészében vagy egyes összetevőiben, továbbá következményes magatartásmódjaiban az elfogadott általános normáktól miként tér el, a szociális alkalmazkodást is nagymértékben megnehezíti-e és az emberi kapcsolatok súlyos zavarához vezet-e. A gyakorlatban, ahogy arra már utaltam, szintén ellentmondásos lehet az enyhébb formákban előforduló gyengeelméjűség megítélése, míg a súlyosabb gyengeelméjűség kórisméjében ritkán adódik véleménykülönbség. Bár a beszámíthatóság megítélésekor a vizsgált személy társadalmi beilleszkedése, munkavégzése, a cselekmény kivitelezési módja, következményeinek felismerése jut meghatározó szerephez, és a kórismézett debilitás általában nem zárja ki a beszámíthatóságot, ezt a bíróság gyakran „ellentmondásként” értékeli, és felülvéleményezést rendel el, különösen a visszaesők ügyeiben, akikre vonatkozóan esetleg több szakértő alkotott már korábban véleményt.[288]

[286] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (8) bek.
[287] Ennek az értelmezésnek felel meg a Be. 196. § (1) bekezdésének azon rendelkezése is, mely szerint, ha a vizsgálatban több szakértő működött közre, a szakvéleményben fel kell tüntetni, hogy melyik szakértő milyen vizsgálatot végzett. (forrás: (szerk.) BELEGI József: *Büntetőeljárás jog I-III. - régi Be. - Kommentár a gyakorlat számára*, Második kiadás, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2017. https://jogkodex.hu/doc/6584028)
[288] Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz. módszertani levele, 6-7.

Vizsgálat tárgyává kell tenni a felismert kórfolyamatok dinamikáját, különösen azt, hogy a kóros tünetek összefüggésben állnak-e a cselekménnyel. Jelentős körülmény, hogy a cselekmény idegen-e az elkövető személyiségétől (énidegenség) vagy nem tekinthető ellentétesnek addigi életvezetésével.[289] Az ítélkezés szempontjából meghatározó jelentőséggel bírnak a terhelt magatartásának előzményei, a cselekmény lezajlása és az elkövető tett után tanúsított magatartása.[290] Az alapkérdés tehát egy mentális zavar és a magatartás közti kapcsolat, mely kiegészül az agyi morfológiai eltérés-magatartás viszonyrendszerével: a diagnózisalapú klinikai szemlélet mellett a magatartásalapú megközelítés ugyancsak lényeges. Ezt támasztja alá, hogy azonos diagnózisú egyének beszámítási képességének szakértői értékelése egészen eltérő eredményre vezethet.[291] Az orvostudományban viszonylagos egyetértés mutatkozik – egyébként a jogtudományi megközelítésmóddal egyezően – abban a tekintetben, hogy bizonyos személy elleni erőszakos cselekményekre hajlamosító, a tudatot e vonatkozásban befolyásoló elmetorzulás egyáltalán nem biztos, hogy egy vagyon elleni cselekmény esetében is kizáró vagy befolyásoló tényezőként hat.[292] Ugyanakkor a konkrét cselekmény elkövetésekor fennállt elmeállapotról való utólagos véleményalkotás tényleges szakmai megalapozottsága, illetve megalapozhatósága kérdéses. Az elkövetéskor esetlegesen fennállt kóros elmeállapotról való véleményalkotás követelménye technikailag azt jelenti, hogy hónapokra, sőt akár évekre visszamenőleg szükséges állásfoglalást kialakítani, amihez kapcsolódóan nem áll rendelkezésre sztenderd módszertan. Thomas Szasz magyar származású amerikai pszichiáter egyenesen arra a szélsőséges álláspontra helyezkedett, hogy a szakvélemény kizárólag a beteg vizsgálat időpontjában fennálló mentális állapotát tükrözheti, az elmeállapot retrospektív megállapíthatóságának felvetése pedig *prima facie* abszurd.[293]

Mi sem példázza ennek komplexitását jobban, mint a kóros elmeállapot fogalmának az igazságügyi pszichiátriai szakértői praxisban kimunkált tartalmi követelményei, melyek szerint az a meghatározott ideig tartó, de zajló és az adott mentális zavar tüneteivel fennálló állapot vehető e körben figyelembe, melynél a következők együttesen teljesülnek:

---

[289] (szerk.) RABÓCKI – BERKES (forrás: https://jogkodex.hu/doc/8642189)
[290] BH+ 2003.10.461
[291] HORVÁTH György: Kihívások és lehetőségek a XXI. században: a beszámítási képesség az újabb idegtudományi eredmények tükrében, *Magyar Jog*, 2020/6. 368.
[292] BITÓ Katalin – UJVÁRI Ákos: A beszámítási képességet érintő kóros elmeállapot néhány jogi és orvosi kérdése, *Ügyvédek Lapja*, 2010/6. 29. *és* NIKULA, 13.
[293] DOMÁN Auguszta: Az igazságügyi orvosszakértő feladatának nehézségei a beszámítási képességet illetően, *Büntetőjogi Szemle*, 2019/1. 38.

- a vizsgált személy mentális zavarban szenved, és a vizsgált időpontban/időintervallumban jól meghatározható pszichopatológiai tüneteket mutat,
- e tünetek hozzájárulnak az egyén viszonyulásához a külvilág felé, determinálják viselkedését és ok-okozati összefüggésbe hozhatók a terhére rótt cselekménnyel, azaz a mentális zavar aktuális tünetei határozzák meg az adott büntetőeljárást megalapozó magatartás kialakulását, vagy abban legalábbis szerepet játszanak, és
- a tünetek a felismerési és az akarati képességet a cselekménnyel összefüggésben érintik, ami kapcsán alapvetően arra a kérdésre szükséges választ adni, hogy képes-e az elkövető másként viselkedni, képes-e „nem elkövetni" a cselekményt.[294]

Érdekességként utalok arra, hogy az *Innocence Project* keretében áttekintett 137 ügyben előterjesztett 205 szakvélemény közül 92 bizonyult tévesnek még olyan látszólag objektívebben értékelhető területeken is, mint a szerológiai vizsgálatok.[295] Csupán elképzelni lehet – már ha képzeletünk határai ily messzire engednek merészkedni –, hogy ha ilyen és ehhez hasonló kérdésekben is előfordul, sőt viszonylagos gyakorisággal merül fel a tévedés lehetősége, mi várható az olyan kevésbé egzakt területeken, mint az érintett személy múltbeli elmeállapotáról való véleményalkotás. Hozzá kell tenni, hogy szintén nehézséget jelent a gyakorlatban az orvostudományban nem, csupán a jogtudomány szférájában használt és elvárt terminológiák tartalommal való megtöltése. Példaként szolgál erre többek közt maga a korlátozott beszámítási képesség, melynek fokáról (enyhe, közepes vagy súlyos) szintén szükséges nyilatkozni a szakvéleményben. Ezek azonban nem objektív, mérhető kategóriák, egymáshoz való viszonyuk sem került általános jelleggel meghatározásra, így a kérdés teljes mértékben a szakértő szubjektív ítéletén alapul[296], ezáltal pedig a bíróságnak nincs lehetősége annak érdemi értékelésére.

Amennyiben a terhelt pszichés állapotát ambuláns vizsgálattal nem lehet véleményezni, az orvosszakértőnek megfigyelést kell javasolnia. Ha a szakvélemény szerint a terhelt elmeállapotának hosszabb idejű megfigyelése szükséges, a bíróság – a vádirat benyújtásáig az ügyész indítványára – a terhelt elmeállapotának megfigyelését rendeli el. Ennek helyszínéül fogva lévő terhelt esetén az IMEI, szabadlábon lévőnél a jogszabályban meghatározott pszichiátriai fekvőbeteg-intézet szolgál. A megfigyelés

[294] SOMOGYI Andrea: *Egy igazságügyi pszichiáter szakértő tapasztalatai az elmúlt 10 évben*, 2025. március 27., Magyar Kriminológiai Társaság ülése: „Határterületen és egymásra utalva: pszichiátria és büntető igazságszolgáltatás Magyarországon és Európában"
[295] ELEK Balázs: A büntetőügyekben eljáró szakértők felelősségének rendszere, *Büntetőjogi Szemle*, 2022/1. 50.
[296] DOMÁN (Az igazságügyi orvosszakértő), 35-36.

főszabályként egy hónapig tarthat, ami a megfigyelést végző intézet véleménye alapján egy hónappal meghosszabbítható.[297]

A másik kritérium, melyről a véleményt garanciális okokból együttesen előterjesztő szakértőknek állást kell foglalniuk, a „prognosztikus feltételként" is ismert speciális bűnismétlés veszélye. Ennek megítélése szintén gyakori ellentmondások forrása, hiszen amennyiben már nem egy aktív patológiás állapotról van szó, például, ha egy paranoid skizofrén betegnél a kezelés hatására elhalványultak a téveseszmék és a hallucinációk, és a személyiség ismét konzisztenssé vált, aligha jósolható meg nagyobb bizonyossággal, hogy az adott egyén követhet-e el a jövőben újabb hasonló jellegű cselekményt, mint egy beszámítható elkövető esetében. A *treatment* ideológián alapuló büntetőpolitika a XX. század közepén főként az Egyesült Államokban a beszámítható elkövetők esetében is kísérletet tett a bűnismétlési prognózis felállítására, ennek eredményeként pedig irreálisan elhúzódtak a határozatlan tartamú szabadságvesztések, és fenntarthatatlanul zsúfolttá váltak a büntetés-végrehajtási intézetek, miközben számottevően romlott a visszaesési ráta.[298]

A kérdés összetettségét jól példázza a következő eset: a hivatalos személy elleni erőszak bűntettét megvalósító, korábban fejsérülést szenvedett és erre visszavezethetően – szinte kizárólag kismennyiségű alkoholfogyasztáskor jelentkező – rövid eszméletvesztéssel járó, beszámítási képességet kizáró epilepsziás ködös állapotba kerülő terhelt ügyében kimondásra került, hogy ha attól kell tartani, hogy a kényszergyógykezelés alatt álló személy alkoholfogyasztása folytán beállott tudatzavarban újabb büntetendő cselekményt követne el, a kényszergyógykezelést csak akkor lehet megszüntetni, ha valószínű, hogy rendszeres orvosi ellenőrzés és felügyelet nélkül sem fog a jövőben alkoholt fogyasztani. Érdemes reflektálni arra, hogy bár a jogeset a '70-es évekből származik, több olyan tárgykört tartalmaz, melyekkel napjaink büntetés-végrehajtási és pszichiátriai praxisában is indokolt foglalkozni. Ide tartozik a terhelt rendszeres ellenőrzésének jelentősége az ideggondozó intézetben való megjelenési és magatartásáról való számadási kötelezettség formájában vagy az érintett gondozását és ellátását vállaló személy kiemelt felelőssége és a kapcsolódó felvetés, hogy e személy is nagyobb gonddal „őrködik és vigyáz" a kezelt magatartására, ha a vállalt kötelezettségek betartását ellenőrzik, mintha arról senkinek nem kellene számot adnia. Ekkor még explicite hangot

[297] 2013. évi CCXL. törvény, 411-412. §
[298] BACSÁK Dániel: Kényszergyógykezeltek utógondozása – Jó gyakorlat egy bentlakásos pszichiátriai intézetben, *Börtönügyi Szemle*, 2016/4. 96.

adtak annak a nézetnek, hogy orvosi kontroll hiányában a beteg által gyógyszerei megfelelő szedésére nincs biztosíték, ezt a gondozást esetlegesen vállaló személy sem tudja garantálni, sőt az tőle nem is várható el.[299]

A bűnismétlési veszélyre vonatkozó talán legfontosabb, a bírói gyakorlatban levezetett kritérium, hogy nem elegendő a veszély elvont, távoli lehetősége, az a körülmény, hogy annak előfordulási valószínűségét nem lehet minden kétséget kizáró bizonyossággal elvetni. Az intézkedés alkalmazásához konkrétabb, kézzelfoghatóbb veszély szükséges, olyan ideg- és elmeorvosi szakvéleménnyel alátámasztott feltételezés, ami szerint a büntetendő cselekmény megismétlése alaposan feltehető.[300] A Magyar Helsinki Bizottság az IMEI-ben tett látogatása nyomán készített jelentésében felvetette, hogy a betegek „veszélyességének", a bűnismétlés kockázatának szakértői értékelését – mind az intézkedés elrendelése, mind annak felülvizsgálata körében – indokolt lenne standardizált módszer(ek), például a HCR-20 kézikönyv[301] alkalmazásához kapcsolni, ami a bíróság számára is megkönnyíthetné az érdemi reflexiót és összehasonlítást.[302] A HCR-20 kérdőívet – mely alapján a beteget érintő egyes múltbeli, klinikai (aktuális) és jövőbeni kockázatkezelési tényezők alacsony, közepes, illetve magas kockázati kategóriába sorolhatók – napjaink pszichiátriai praxisában alkalmazzák, ugyanakkor ez nem szakmai protokoll, és ahogy arra korábban utaltam, a kényszergyógykezelés orvosi értékelést igénylő feltételei körében emellett szintén vizsgálat tárgyát kell, hogy képezze a betegség

[299] BH 1971.4.6710: Legf. Bír. B. törv. III. 855/1970. sz.
[300] ÍH 2010.52
[301] A HCR-20 kézikönyv az erőszakos viselkedés és a bűnismétlési veszély feltárását célzó eszközök közül a világon jelenleg a legelterjedtebb. Az elnevezés három fő értékelési dimenzióra, valamint a vizsgált tételek számára utal. E dimenziók a következők:
- *historical* [történeti], például erőszakos vagy más antiszociális magatartási előzmény, személyes kapcsolatok alakulása, munkavállalás, mentális zavar és/vagy pszichoaktív szerfogyasztás fennállta,
- *clinical* [klinikai, jelenlegi tényezők], például az aktuális erőszakos képzetek, illetve szándék és a mentális zavar megfigyelhető tünetei,
- *risk management scale* [jövőbeni kockázatkezelési tényezők], például szakmai tervek, lakhatási körülmények, személyes támogatás biztosítása.

Valamennyi kockázati tényező háromfokozatú értékelési szisztéma alapján kerül besorolásra (alacsony, közepes, illetve magas kockázati kategóriába), konkrét értékelési irányelvek mentén. A HCR-20 nem minősül klasszikus értelemben vett pszichológiai tesztnek vagy skálának, nem alkalmaz numerikus pontszámokat, nincsenek meghatározott küszöbértékek sem. Célja, hogy elősegítse a releváns tényezők szisztematikus figyelembevételét és ezáltal megalapozza a vizsgált személy által a jövőbeni erőszakos cselekmények elkövetése szempontjából jelentett kockázat szakmai megítélését.
(forrás: https://arizonaforensics.com/wp-content/uploads/2014/06/HCR-20.pdf *és* https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7684770/)
[302] Magyar Helsinki Bizottság: A Magyar Helsinki Bizottság jelentése az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben 2013. augusztus 7-9-én tett látogatásról, 16. (forrás: https://helsinki.hu/wp-content/uploads/HHC_jelentes__IMEI_vegleges.pdf)

lefolyása, a beteg tünetei (például téveszméinek tartalma, rendszere, hallucinációinak jellege) és a kezeléssel való együttműködése.

A bíróság az elkészült szakvéleményt nem köteles elfogadni, azonban ezen döntéséről határozata indokolásában számot kell adnia, valamint kötik a Be.-ben más szakértő alkalmazására vonatkozóan rögzített szabályok.[303] Liszt szavaival élve, *„A bírót az orvos véleménye sem nem köti, sem nem fedezi”*.[304] A bírói gyakorlat abban is következetes, hogy önkényesnek tekinti azt a jogalkalmazást, mely során a bíró az ítéletet a saját maga által szolgáltatott bizonyítékra alapítja. Erre tekintettel írja Csák Zsolt, hogy a bírónak a szakértői véleményben „bíznia kell”, azt vitatni pedig csak szigorú eljárásrend betartásával van lehetősége.[305] Megjegyzem, mind a kóros elmeállapot beszámítási képességre való kihatása, mind a speciális bűnismétlési veszély kérdéskörének ambivalenciája, hogy a bíró, aki a szakértői véleménytől eltérhet, az esetek többségében nem rendelkezik az ehhez szükséges kompetenciával és háttértudással. A szabad bírói döntés és mérlegelés – elvi szinten – garanciális elemként, a szakértő által készített vélemény vonatkozásában bizonyosfajta kontrollmechanizmusként érvényesül az eljárásban. Ugyanakkor a „szabad bizonyítás elve” annyira mégsem szabad, hogy a bíró érdemben felülvizsgálja a szakértő véleményét, és még ha kétsége merül is fel, ítélete megalapozatlanságának kockázatát különösen az adott tudományterület specifikus ismereteinek hiányában nemigen vállalja.[306] A gyakorlatban saját kutatásaim által is alátámasztottan sokkal inkább a „szakértői bíráskodás” dominanciája figyelhető meg, így fokozott hangsúlyt szükséges helyezni a jog- és orvostudomány fogalmi keretei összhangjának megteremtésére és a jogalkalmazók szakirányú továbbképzésére.

---

[303] 2017. évi XC. törvény, 197. § (1) bek.

[304] idézi: DOMOKOS (2005), 4.

[305] idézi: ELEK, 50. *és* 2017. évi XC. törvény, 197. § (1) Ha a szakvélemény valamely fogyatékossága miatt aggálytalanul nem fogadható el, így különösen, ha
a) nem tartalmazza a szakvélemény jogszabályban előírt kötelező tartalmi elemeit,
b) nem egyértelmű,
c) önmagával, illetve a szakértő rendelkezésére bocsátott adatokkal ellentétes, vagy
d) a helyességéhez nyomatékos kétség fér,
a bíróság, az ügyészség, illetve a nyomozó hatóság felhívására a szakértő felvilágosítást ad, vagy a szakvéleményt kiegészíti.
(2) Ha a szakértőtől kért felvilágosítás vagy a szakvélemény kiegészítése nem vezetett eredményre, más szakértőt kell kirendelni. A szakértő kirendelésére irányuló indítványban, illetve a kirendelő határozatban meg kell jelölni a korábbi szakvélemény elfogadhatóságával kapcsolatos aggályokat.

[306] TÓTH Mihály: Az orvosi tevékenység néhány időszerű büntetőjogi aspektusa, In: (szerk.) BORBÍRÓ Andrea et al.: *A büntető hatalom korlátainak megtartása: A büntetés mint végső eszköz, Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2014. 442. *és*
Ld. még SZALONTAI Máté: A kényszergyógykezelés problémás elemei, *Jog és Állam*, XI. Jogász Doktoranduszok Országos Szakmai Találkozója, Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2016.

3.2.2. A büntetendő cselekmény jellege és a hipotetikus bírói döntés

A kényszergyógykezelés elrendelésére a régi és a hatályos Btk. szerint egyaránt a személy elleni erőszakos, illetve a közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetése szolgálhat alapul. A személy elleni erőszakos cselekményeknek a régi Btk.-ban nem szerepelt generális jelleggel alkalmazható és alkalmazandó felsorolása. Törvényileg rögzített támpontul így csak az erőszakos többszörös visszaeső fogalmához, valamint a terrorcselekményhez kapcsolódó speciális értelmező rendelkezések szolgáltak.[307] A hatályos törvény értelmező rendelkezései közt szereplő személy elleni erőszakos cselekmények köre ehhez képest már a kódex egészére nézve irányadó.[308] Ennek oka azonban sokkal inkább jogszabályszerkesztési, semmint tartalmi eltérés, mivel az adott pontban már nem szerepel utalás arra, hogy kizárólag az erőszakos többszörös visszaesői minőség szempontjából bír relevanciával. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy e felsorolás érdemét tekintve megegyezik a régi Btk. limitált körben kialakításra került és alkalmazott cselekményi körével[309], melyet épp azért értek gyakorta kritikák, mert a kényszergyógykezelés vonatkozásában például egyes cselekményeket látszólag indokolatlanul tett az elrendelés lehetséges alapjává, míg másokat ugyanígy mellőzött. Említésre érdemes differencia lényegében csak a testi sértés kapcsán manifesztálódik,

[307] 1978. évi IV. törvény, 137. § 17. pont, 261. § (9) bek. a) pont

[308] LÁSZLÓ Balázs: Erőszak, erőszakos magatartás, személy elleni erőszakos cselekmény - értelmezési kérdések a csekély súlyú, tömegesen előforduló bűncselekmények körében, *Büntetőjogi Szemle*, 2018/1. 52., KIS Norbert – HOLLÁN Miklós: *Büntetőjog I. Általános rész* (2. átdolgozott kiadás), Dialóg Campus Kiadó, Budapest – Pécs, 2013. 334. *és* GÖRGÉNYI et al., 475.

[309] 2012. évi C. törvény, 459. § (1) bek. 26. személy elleni erőszakos bűncselekmény: a) a népirtás [142. § (1) bekezdés], az emberiesség elleni bűncselekmény [143. § (1) bekezdés], az apartheid [144. § (1)–(3) bekezdés], b) a hadikövet elleni erőszak (148. §), a védett személyek elleni erőszak [149. § (1)–(2) és (4) bekezdés], az egyéb háborús bűntett (158. §), c) az emberölés [160. § (1)–(3) és (5) bekezdés], az erős felindulásban elkövetett emberölés (161. §), a testi sértés [164. § (3)–(6) és (8) bekezdés], d) az emberrablás [190. § (1)–(4) bekezdés], az emberkereskedelem és kényszermunka [192. § (1)–(6) bekezdés], a személyi szabadság megsértése (194. §), a kényszerítés (195. §), e) a szexuális kényszerítés (196. §), a szexuális erőszak [197. § (1)–(4a) bekezdés], kapcsolati erőszak (212/A. §), f) a lelkiismeret és vallásszabadság megsértése (215. §), a közösség tagja elleni erőszak [216. § (2)–(3) bekezdés], az egyesülési és a gyülekezési szabadság megsértése [217. § (1) bekezdés], g) az alkotmányos rend erőszakos megváltoztatása [254. § (1) bekezdés], a lázadás [256. § (1)–(2) bekezdés], h) a bántalmazás hivatalos eljárásban [301. § (1)–(2) bekezdés], a bántalmazás közfeladatot ellátó személy eljárásában [302. § (1)–(2) bekezdés], a kényszervallatás [303. § (1)–(2) bekezdés], a jogellenes fogvatartás (304. §), i) a hivatalos személy elleni erőszak [310. § (1)–(3) és (5) bekezdés], a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak (311. §), a hivatalos személy vagy közfeladatot ellátó személy támogatója elleni erőszak (312. §), a nemzetközileg védett személy elleni erőszak [313. § (1) bekezdés], j) a terrorcselekmény [314. § (1)–(2) bekezdés], a jármű hatalomba kerítése [320. § (1)–(2) bekezdés], k) a rablás [365. § (1)–(4) bekezdés], a zsarolás (367. §), az önbíráskodás [368. § (1)–(2) bekezdés], l) a zendülés minősített esetei [442. § (2)–(6) bekezdés] és az elöljáró vagy szolgálati közeg elleni erőszak [445. §].

annak számításba vehető esetei kerültek valamelyest korlátozásra: nem tekinti ide tartozónak a törvény a könnyű testi sértés alapesetét, valamint a súlyos testi sértésre irányuló előkészületet. A kényszergyógykezelés alkalmazási spektrumából utóbbi egyébként automatikusan kizárásra is kerülne abból adódóan, hogy a Btk. egy évig terjedő szabadságvesztés kiszabását teszi lehetővé az előkészületre nézve. Ezáltal a kvalifikált cselekmények közt már csak az emberölés az, amelynek előkészületi stádiuma is nevesítésre kerül.[310] A Btk. értelmező rendelkezését a terrorcselekményre vonatkozó hatályos jogszabályhellyel összevetve már számottevőbb eltérések körvonalazódnak, figyelemmel értelemszerűen arra, hogy e felsorolás – a régi Btk. logikájával egyezően – a személy elleni erőszakos bűncselekmények mellett a közveszélyt okozó vagy fegyverrel kapcsolatos cselekményeket is magában foglalja.[311]

A személy elleni erőszakos cselekmények törvényi felsorolása abban az értelemben mindenképp jogi „fikciónak" tekinthető, hogy nem tartalmaz minden olyan büntetendő cselekményt, ami személy elleni erőszakkal vagy azzal is megvalósítható. Ugyanakkor számos felsorolt cselekmény elkövetésére nem csupán erőszakkal, hanem fenyegetéssel is sor kerülhet, ahogy a rablás (élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetés alkalmazásával), a zsarolás és az önbíráskodás (fenyegetéssel történő kényszerítés) vagy akár a hivatalos, illetve közfeladatot ellátó személy elleni erőszak (fenyegetéssel való akadályozás vagy intézkedésre kényszerítés) esetében látható. Megjegyzem, bár a kényszergyógykezelés gyakorlata szempontjából csekélyebb relevanciával bír, a szabályozás logikáját tekintve mindenképp sajátosnak mondható, hogy akár veszélyeztető magatartás is számításba vehető e körben, ahogy a nemzetközileg védett személy elleni erőszak esetében megfigyelhető.[312]

A rendelkezés pusztán grammatikai szempontú áttekintéséből inkább az adódna, hogy a rögzített cselekmények valamennyi lehetséges elkövetési magatartását számításba szükséges venni a bírói döntéshozatal során. A szabadságelvonással járó intézkedés *ultima ratio* jellegére és ezzel összefüggésben az alapul szolgáló cselekmények súlyosságára vonatkozó, a Btk. hatályos szövegéből is kitűnő elvárásra figyelemmel viszont álláspontom

[310] Bár a kényszergyógykezelés szempontjából nem bír különösebb relevanciával, hozzáteszem, hogy a jogalkotó saját logikájával látszólag szembe megy, amikor az olyan bűncselekmények előkészületét, mint a népirtás vagy az emberiesség elleni bűncselekmény – melyek előkészülete egyébként súlyosabban büntetendő mint az emberölésre irányuló – kizárja a rendelkezés spektrumának meghatározásakor, miközben az emberölés előkészületét integrálja.
[311] 2012. évi C. törvény, 314. § (4) bek.
[312] ibid. 365. § (1) bek. a) pont, (2) bek., 367. § (1) bek., (2) bek. b) pont, 368. § (1) bek., 310. § (1) bek. a)-b) pont, 313. § (1) bek. c) pont

szerint e cselekmények leginkább akkor alapozhatnák meg a kényszergyógykezelés alkalmazását, ha az elkövetésre ténylegesen személy elleni erőszak alkalmazásával kerül sor. E leszűkítőbb, elvi és dogmatikai alapokhoz visszanyúló megközelítésre a hatályos törvény általánosan irányadó értelmező rendelkezéséből nem vonható egyértelmű következtetés. Sőt, a Kúria gyakorlatában látható példa olyan állásfoglalásra, hogy nem különíthető el a konkrét (személy elleni) erőszakkal, illetve a fenyegetéssel elkövetett cselekmény (rablás), hanem mindenképp személy elleni erőszakos büntetendő cselekményként kell figyelembe venni a kényszergyógykezelés alkalmazása szempontjából.[313] Ugyanakkor a szelektív megközelítés nem volna egészen idegen a szabályozás logikájától, hiszen például a kapcsolati erőszak valamennyi lehetséges elkövetési magatartása nevesítésre kerül a személy elleni erőszakos cselekmények közt a Btk. 212/A. §-ára való hivatkozással, miközben nehezen képzelhető el, hogy a kényszergyógykezelés elrendelhetőségének vizsgálatakor a közös gazdálkodás körébe vagy közös vagyonba tartozó anyagi javak elvonása (és ezzel a sértett súlyos nélkülözésnek való kitétele)[314] számításba vehető lenne.[315] A Kúria megközelítésére tekintettel még ez sem zárható ki egyértelműen, mindamellett sem reálisnak, sem célravezetőnek nem mutatkozik. Így azt az álláspontot tartom elfogadhatónak, hogy a kényszergyógykezelés elrendelésére a Btk. értelmező rendelkezésében felsorolt cselekmények esetében van lehetőség azzal, hogy a bíróság ezeket sem veheti alapul átfogó jelleggel és minden előzetes mérlegelés nélkül, hanem a konkrét tényállási elemek vizsgálata révén lehetséges és szükséges állást foglalni a cselekménynek az intézkedés alkalmazási körében való figyelembe vehetőségéről.

Több helyen megjelenik a szakirodalomban az az álláspont, hogy a kvalifikált cselekményi kört azért szükséges különösen például a garázdasággal vagy a zaklatással, *ad absurdum* ezek alapesetével is kibővíteni, mert ennek hiányában nem csupán a kényszergyógykezelés alkalmazására nincs alap, hanem kötelező gyógykezelés sem rendelhető el, ily módon pedig ezen elkövetők helyzetére a jogrendszer nem tud adekvát

[313] A Kúria Bfv.1616/2015/8. számú precedensképes határozata rablás bűntette tárgyában, 18.
[314] 2012. évi C. törvény, 212/A. § (1) bek. b) pont
[315] Hozzáteszem, hogy a kapcsolati erőszak megítélése a kényszergyógykezelés elrendelése kapcsán akkor sem minden ellentmondástól mentes, amikor a tényállás (a 212/A. § (2) bekezdésében szereplő) könnyű testi sértés vagy tettleges becsületsértés rendszeres elkövetése útján valósul meg. E cselekmények önmagukban értelemszerűen nem szolgálhatnának a kényszergyógykezelés alapjául, sőt ez akkor sem merülhetne fel, ha az elkövető különös vagy többszörös visszaesőnek minősülne. Ezzel szemben, ha ugyanezeket a cselekményeket rendszeresen egy speciális, a kapcsolati erőszak tényállásában meghatározott passzív alany sérelmére követi el, már felmerül a kényszergyógykezelés alkalmazhatósága.

eszközzel reagálni.[316] Az Eütv. értelmében ugyanis a kötelező gyógykezelésre és ezáltal a beteg zárt pszichiátriai intézetben való elhelyezésére irányuló eljárást az ügyész kezdeményezi a büntetőeljárást követően, ha a büntetendő cselekmény elkövetőjénél a kényszergyógykezelés egyéb törvényi feltételei fennállnak, azonban büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél nem súlyosabb büntetést kellene kiszabni.[317] Kétségtelenül manifesztálódik egy joghézag a szabályozásban, azonban ez véleményem szerint elsősorban nem a büntetőjogi szabályozás területét érinti, ezáltal nem a büntetőjogi szankció kereteinek kitágítását, sokkal inkább az Eütv. szerinti kötelező gyógykezelés szélesebb körben történő alkalmazhatóvá tételét indokolhatja.

A garázdaság, amennyiben dolog elleni erőszakkal valósult meg, értelemszerűen a régi Btk. hatálya alatt sem alapozhatta meg a kényszergyógykezelést.[318] Nem csupán a régi, hanem a hatályos kódex kapcsán is vitatott (volt) viszont a személy elleni erőszakkal elkövetett garázdaság értékelése. Kétségtelen, hogy a Btk. – egyébként hivatalosnak nem minősülő – indokolása nem törekszik eloszlatni minden kétséget, mikor a személy elleni erőszakos cselekményeket kifejezetten az erőszakos többszörös visszaesői minőséggel, illetve a büntetéskiszabással kapcsolja össze, majd „*súlyos* erőszakos személy elleni bűncselekményekre" utal.[319] Felmerült az az érv, hogy a korábbi és a hatályos törvény kényszergyógykezelésre vonatkozó rendelkezése megegyezik, a régi Btk.-hoz fűzött miniszteri indokolás pedig a releváns cselekmények közt a garázdaságot is tartalmazta. Ugyanakkor nézetem szerint az aktuális értelmező rendelkezés szövegéből, az „e törvény alkalmazásában" kitételből egyértelműen következik, hogy más, az érintett szakaszban szereplő definíciókhoz hasonlóan – eltérő speciális, megszorító jellegű rendelkezés hiányában – a személy elleni erőszakos cselekmények felsorolása valamennyi Btk.-beli tényállásra megfelelően irányadó. Emellett pedig nem hagyható figyelmen kívül, hogy a két kódex vonatkozó rendelkezésének azonossága nem jelenti, nem is jelentheti automatikusan azt, hogy ezek alkalmazási köre is változatlan maradna.[320]

---

[316] HÉVÍZI Enikő: A kényszergyógykezelés és annak gyakorlati problémái, *Diskurzus*, 2020/2. 11-12, 16. *és* DOMÁN (doktori értekezés tézisei), 21-23.
[317] 1997. évi CLIV. törvény, 200. § (2a) bek. a) pont
[318] BH 2015.5.117: Kúria Bfv. III. 1.474/2014. határozata garázdaság bűntette tárgyában, I.
[319] Az Általános Rész több helyen is használja a személy elleni erőszakos bűncselekmény kategóriáját: egyrészt az erőszakos többszörös visszaeső fogalmában, másrészt a büntetés kiszabása körében. Erre figyelemmel a törvény egyértelműen meghatározza a súlyos erőszakos személy elleni bűncselekmény fogalma alá tartozó bűncselekmények körét. (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/1/id/A1200100.TV/ts/20250101/lr/426)
[320] BH 2017.7.211: Kúria Bfv. II. 174/2017. határozata garázdaság vétsége tárgyában, [11], [22], [27]-[28], BH 2020.3.62: Kúria Bfv. II. 759/2019.,
A Kúria Bfv.174/2017/7. számú precedensképes határozata garázdaság vétsége tárgyában, [32] *és*

Hozzáteszem, a garázdaság értelmező rendelkezésbe való integrálásának felvetéséből lényegében automatikusan adódna például a rendbontás tényállásának számításba vehetősége is, hiszen nehezen látható be, hogy egy másik személy elleni erőszakkal ugyancsak megvalósítható, büntetési tétele és minősített esetei körében számos azonosságot mutató cselekmény miként maradhatna ebben az esetben figyelmen kívül.[321] Nem lehet tehát az egyes cselekményeket önmagukban, kontextustól függetlenül vizsgálni. Bármely javaslat megfogalmazásakor törekedni kell a szabályozás céljainak és koherenciájának megtartására. Ez esetben látható, hogy nehezen lenne elkerülhető a cselekményi kör indokolatlan kiszélesítése és ezáltal a szabályozás parttalanná válása. Megjegyzem, ha e cselekményekkel a Btk. értelmező rendelkezése kiegészítésre is kerülne, a kényszergyógykezelés további feltételét, a hipotetikus bírói döntés próbáját életszerűtlen, hogy kiállják. Saját kutatásaim során a vizsgált elkövetők körében csupán egy kezelt volt, aki – a régi Btk. hatálya alatt – garázdaság vétségét valósította meg, és ez az eset is speciálisnak volt tekinthető arra figyelemmel, hogy többszörös visszaesőnek minősült.[322] Nézetem szerint a cselekményi kör kiszélesítésének hiányzik minden dogmatikai megalapozottsága egy kirívóan súlyos, határozatlan tartamú szabadságelvonással járó szankció esetében. Ennek akkor lehetne valamelyest létjogosultsága, ha az intézkedés relatíve határozott tartama – melyet ironikus módon jellemzően épp a cselekményi kör kibővítését leginkább propagáló szerzők bírálnak a legélesebben – visszaállításra kerülne és ezáltal a szabadságelvonáshoz megfelelő (többlet)garancia kapcsolódna.[323]

Átgondolásra érdemes, hogy a hatályos szabályozás alapján egyes szubszidiárius jellegű cselekmények, mint a kényszerítés vagy a kapcsolati erőszak is bekerültek az értelmező rendelkezés és így a kényszergyógykezelés alkalmazási körébe.[324] Egyrészt felmerül az az érv, hogy az ilyen cselekményeknek maga a Btk. tulajdonít helyettesítő, kisegítő jelleget más személy elleni erőszakos cselekményekkel összevetve, így a

---

A Kúria Bfv.959/2018/7. számú precedensképes határozata garázdaság vétsége tárgyában, [19]-[20]

[321] 2012. évi C. törvény, 340. §

[322] 1. melléklet, I. pont

[323] A kényszergyógykezelést tekintve kevésbé releváns, ugyanakkor az értelmező rendelkezés körének megvonása szempontjából az egyik legszembetűnőbb hiátus az egyesülési és gyülekezési szabadság kapcsán, hogy míg a 217. § (1) bekezdése szerinti alapeset – melynek elkövetési magatartása az erőszakkal vagy fenyegetéssel történő akadályozás, büntetési tétele pedig három évig terjedő szabadságvesztés – nevesítésre kerül, a Btk.-ba később beiktatott 217/A. § kívül esik a rendelkezésen, holott elkövetési magatartásként az erőszakkal vagy fenyegetéssel történő ellenszegülést, illetve bántalmazást rögzíti. Lehetne természetesen azzal érvelni, hogy e bűncselekmény vétségnek minősül és csupán két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, azonban e logikát cáfolni látszik a kapcsolati erőszak (212/A. § (1) bekezdése szerinti) szubszidiárius, szintén vétségnek minősülő és két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő alapesetének integrálása az értelmező rendelkezésbe.

[324] 2012. évi C. törvény, 195-196. §

kényszergyógykezeléssel összefüggésben indokolatlan a számításba vételük. Másrészt a jogalkotó a büntetési tételkeret meghatározásával nyilvánvalóan kifejezésre juttatja a cselekmények eltérő tárgyi súlyát. Az értelmező rendelkezésben szereplő személy elleni erőszakos cselekményeket tekintve látható, hogy az értékelésre kerülő tárgyi súly „minimumát" jellemzően a három évig terjedő szabadságvesztéssel való büntetendőség képezi.[325] Ezt a logikát csak a kapcsolati erőszak alapesete (212/A. § (1) bekezdése) látszik megbontani, azonban ez a tényállás egyértelműen kivételes jellegűnek tekinthető a felsorolásban, valamint ennél is irányadó az a garázdaság és zaklatás (alapesete) kapcsán felvetett szempont, hogy a hipotetikus bírói döntés körében valószínűtlen, hogy egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztés kerülhetne kiszabásra. Ahogy arra korábban utaltam, mindenekelőtt a relatíve kevésbé társadalomra veszélyes deliktumoknál bizonyulhat a hosszú ideig tartó szabadságelvonás aránytalannak, sok esetben a gyógyítás, a javulás céljára is alkalmatlannak.[326]

Részben a kapcsolati erőszak tényállása kapcsán érdemes még röviden kitérni a kizárólag magánindítványra való büntethetőség esetleges szerepére a kényszergyógykezelésre alapul szolgáló cselekményi kört tekintve. Nézetem szerint e követelmény önmagában nem kell, hogy kihasson az intézkedés alkalmazhatóságáról való bírói döntésre, hiszen ugyanez a helyzet a szexuális kényszerítés vagy a szexuális erőszak alapesetével (amennyiben a szexuális kényszerítés elkövetésére erőszakkal, illetve az élet vagy a testi épség elleni közvetlen fenyegetéssel kerül sor)[327], melyek vonatkozásában nem kétséges az intézkedés elrendelhetősége, illetve elrendelésének indokoltsága. Hozzá kell tenni azt is, hogy a beszámíthatatlan kóros elmeállapotú elkövető esetében a magánindítvány hiánya, mint a büntetőjogi felelősségre vonás egyéb, eljárási jellegű akadálya már nem is bírna relevanciával, mivel a büntethetőséget kizáró ok fennállására figyelemmel bűncselekmény nem valósul meg.

Természetesen az előbbivel ellentétes, a releváns cselekményeknek inkább a leredukálását pártoló álláspont szintén manifesztálódik a szakirodalomban. Hivatkozásként szolgálnak például azok az esetek, amikor az elkövető pszichotikus állapotában agresszívan viselkedik a kiérkező mentőtisztekkel (közfeladatot ellátó személy elleni erőszak) vagy ezzel összefüggésben ellenáll a rendőri intézkedésnek (hivatalos személy elleni erőszak),

[325] Például a súlyos testi sértés alapesete és a könnyű testi sértés egyes minősített esetei (164. § (3)-(4) bek.), a személyi szabadság megsértésének alapesete (194. § (1) bek.) vagy a kényszerítés (195. §).
[326] NAGY Ferenc: A szabadságelvonással járó szankcióról az új Btk.-ban, *Börtönügyi Szemle*, 2014/4. 17.
[327] 2012. évi C. törvény, 212/A. § (4) bek., 196. § (1) bek., 197. § (1) bek. a) pont

ugyanakkor számottevőbb személyi sérülés okozására nem kerül sor. Szintén felmerülnek olyan helyzetek, amikor a betegek mentálisan zavart állapotban – akár időskori demenciában – idéznek elő személyi sérüléssel nem, de jelentős anyagi kárral járó balesetet (közveszély okozása).[328] Véleményem szerint a kényszergyógykezelés hipotetikus bírói döntés formájában rögzített kritériuma ezekben a helyzetekben ugyancsak elegendő alapul szolgál a kevésbé súlyos esetek kiiktatására a szabadságelvonó intézkedés spektrumából.

Tagadhatatlanul vannak azonban más, a Btk. értelmező rendelkezésében nevesítésre nem került cselekmények, melyek számításba vétele tárgyi súlyukra is tekintettel fokozott megfontolásra lenne érdemes. Különösen igaz lehet ez egyes minősített esetekre, melyek kiemelése az aktuális szabályozás rendszerétől sem állna távol, hiszen így tett például a jogalkotó a zendülés tényállása vonatkozásában.[329] Felmerülhet többek közt a kényszerítés hatósági eljárásban – különösen büntetőügyben való elkövetés esetén –, a jármű önkényes elvételének minősített esete, mely megvalósulhat személy elleni erőszakos magatartással (és büntetési tételét tekintve egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő) vagy a magánlaksértés minősített esete(i), főképp, ha a más lakásába, egyéb helyiségébe vagy ezekhez tartozó bekerített helyre való bemenetelre, illetve bent maradásra (személy elleni) erőszakkal és minősítő körülmény fennállása, például fegyveresen vagy felfegyverkezve történő elkövetés mellett kerül sor (mely szintén egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő)[330].

Abban a kérdésben, hogy az alapul szolgáló cselekményeknek kizárólag a szándékos vagy a gondatlan alakzata is figyelembe vehető az intézkedés elrendelése során, számos eltérő értelmezés látott napvilágot. Losonczi István például a pszichológia és a pszichiátria ismeretanyagára hivatkozva egyértelműen arra az álláspontra helyezkedett, hogy a beszámíthatatlan elkövetők jelentős része képes szándékos és gondatlan magatartás tanúsítására egyaránt. Ehhez képest Viski arra mutatott rá, hogy a szándékosság alapja a cselekmény társadalomra veszélyességének felismerése, így akinél ez hiányzik, büntetőjogi értelemben szándékosan sem cselekedhet.[331] Több hivatkozás történt a jogirodalomban, többek közt a kapcsolódó kommentárokban arra a bírói gyakorlatra, mely szándékos cselekmények esetében látta alkalmazhatónak a kényszergyógykezelést[332], így nem

[328] KRÁMER Lili – BACSÁK Dániel: Bolondok Börtöne – Egy Ország Gyógyítása, *Liget*, 2020/8. 31-32.
[329] 2012. évi C. törvény, 459. § (1) bek. 26. személy elleni erőszakos bűncselekmény: (…)
l) a zendülés minősített esetei [442. § (2)–(6) bekezdés]
[330] ibid. 278. § (2) bek., 380. § (2) bek. a) pont, 221. § (4) bek.
[331] PALLO József: A beszámítási képesség jogi megítélésének aspektusai, *Börtönügyi Szemle*, 2009/4. 25.
[332] (szerk.) BELOVICS – POLT (forrás: https://jogkodex.hu/doc/1832826) *és* (szerk.) KARSAI, 208.

tekintette elrendelhetőnek az intézkedést gondatlanságból elkövetett emberölés esetén sem, azzal a már említett hivatkozással, hogy a hasonló jellegű cselekmények elkövetésének veszélye kizárólag szándékosság esetén értelmezhető.[333]

Bár a (fiktív) gondatlanság megítélésének, illetve elvetésének alapjait a beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotú terheltekkel és kényszergyógykezelésükkel összefüggésben nem elvitatható módon a jogalkalmazásban rakták le, napjainkban adekvátabbnak mutatkozik a Btk. értelmező rendelkezését alapul venni arra tekintettel, hogy e szakasz a személy elleni erőszakos cselekmények közül egyértelműen kizárja a gondatlan alakzatokat, ahogy az emberölés vagy a testi sértés nevesített esetei kapcsán látható.[334] Némileg összetettebb a helyzet a közveszélyt okozó cselekményeket tekintve, hiszen magának a közveszély okozásának, ami természetszerűleg a legalapvetőbb cselekmény e körben, nevesített és büntetendő a szándékos, illetve a gondatlan elkövetése egyaránt[335], valamint a szakirodalom ide sorolja a közérdekű üzem működésének megzavarását, melynek szándékosan, illetve gondatlansággal történő megvalósítása ugyancsak felmerülhet.[336] Sajátos kérdés, hogy míg a szabadságelvonó intézkedés természetével nyilvánvalóan az állna inkább összhangban, hogy kizárólag a legsúlyosabb esetekben kerüljön alkalmazásra, egyébként pedig más, adott esetben büntetőjogon kívüli megoldások valósuljanak meg, épp a cselekmény jellegére vonatkozó kritérium törvényi szabályozása implikálja az ellenkezőjét: a szándékosság mellett a gondatlanság, illetve a bűntettek mellett a vétségek e körbe vonását. Hozzáteszem, ennek törvényi rögzítésére ugyanúgy sor kerülhetne, ahogy a jogalkotó egyes konkrét Btk.-beli rendelkezések, például a terrorcselekmény vonatkozásában meghatározta a figyelembe vehető személy elleni erőszakos, valamint a közveszélyt okozó (vagy fegyverrel kapcsolatos) cselekmények körét.[337]

Ezen kívül a vétségek számba vehetőségét látszik alátámasztani a személy elleni erőszakos cselekmények értelmező rendelkezésben szereplő taxatív felsorolásában a kapcsolati erőszak vétségnek minősülő, két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő alapesetének rögzítése.[338] Valamelyest enyhít azonban e körülményen, hogy a szóba jövő cselekmények jellege a társadalomra való kiemelt veszélyességet hordozza magában,

[333] BH 1987.12.423 *és* ÍH 2010.150
[334] 2012. évi C. törvény, 459. § (1) bek. 26. pont személy elleni erőszakos bűncselekmény: (…)
c) az emberölés [160. § (1)–(3) és (5) bekezdés], (…) a testi sértés [164. § (3)–(6) és (8) bekezdés]
[335] ibid. 322. § (4) bek.
[336] (szerk.) KARSAI, 208. (2012. évi C. törvény, 323. § (5) bek.)
[337] 2012. évi C. törvény, 314. § (4) bek.
[338] ibid. 212/A. § (1) bek.

továbbá, hogy a bíróságnak döntését mindenekelőtt a tárgyi oldali (objektív) büntetéskiszabási tényezőkre kell alapítania. Természetesen eleve ellentmondásos a jelen helyzetben szándékosságról, illetve gondatlanságról beszélni, hiszen a kóros elmeállapot vitathatatlanul kizárja a bűnösséget, mint a bűncselekmény fogalmi elemét a vizsgálódások spektrumából. Amiről tehát szó van, az a hipotézisben megbúvó fikció: a hipotetikus bírói döntéshozatalban az elkövető fiktív bűnössége[339] által potenciálisan játszott szerep, melyre – bírósági gyakorlat által is alátámasztottan – az objektív tényezőkből szükséges következtetést levonni.[340]

Ahogy arra korábban utaltam, az intézkedés negyedik, egyben utolsó törvényi feltétele, hogy az elkövető büntethetősége esetén egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztés kerülne kiszabásra. Bár ez olykor – tévesen – úgy jelenik meg a szakirodalomban, hogy a kritérium az alapul fekvő büntetendő cselekmény büntetési tételére vonatkozik[341], ami egyébként számos más ország szabályozását tekintve igaz, a hazai gyakorlatban egy a Btk. által előírt büntetési tételnél jóval komplexebb értékelést, érdemét tekintve egy hipotetikus bírói döntést fog át. Ennek során a bíróság döntően a tárgyi oldali büntetéskiszabási tényezőket kell, hogy számításba vegye. Az alanyi tényezők közül csupán az elkövető társadalomra veszélyessége, illetve a (fiktív) bűnösség foka juthat szerephez. Értelemszerűen tekintettel kell lenni az egyéb enyhítő és súlyosító körülményekre[342], melyek érdemben befolyásolhatják a *quasi* belső monológ eredményeként születő „ítéletet". A konkrét értékelésnél támpontul szolgálhat többek közt a III. sz. Büntető Elvi Döntés (a továbbiakban: III. BED) vagy a 3/2013. Büntető jogegységi határozat az élet és testi épség büntetőjogi védelme tárgyában.

---

[339] KIS – HOLLÁN, 335.

[340] Például, a BH 1992.4.217. határozat meghozatala előtt a bíróság vizsgálat tárgyává kellett, hogy tegye az anya (fiktív) bűnösségét, aki a gyermekét magához szorítva a vonatból kiugrott, és a kizuhanás következtében a gyermek olyan súlyos sérüléseket szenvedett, hogy a helyszínen meghalt, miközben a terhelt, aki a cselekmény elkövetésekor beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotú volt, nyolc napon belül gyógyuló sérüléseket szenvedett. A bíróság hangsúlyozta, hogy az objektív körülmények vizsgálata útján kell következtetni arra, hogy amennyiben a vádlott ép lélektani adottságokkal rendelkezett volna, a tudata magatartásával összefüggésben átfogta volna-e a gyermek halála bekövetkezésének lehetőségét és ha igen, szándékosság vagy gondatlanság miatt terhelné büntethetősége esetén büntetőjogi felelősség. A konkrét ügyben a Legfelsőbb Bíróság úgy találta, hogy – mivel nem volt kellő következtetési alap annak megállapítására, hogy a terhelt kívánta volna gyermeke életének kioltását vagy abba belenyugodott volna – csupán arra vonható megalapozott következtetés, hogy a vádlott ép tudati állapotát feltételezve felismerte volna, hogy cselekménye eredményeként a sértett életét veszíthetné, azonban a lehetséges következmény elmaradásában könnyelműen bízva követte (volna) el tettét, így tudatos gondatlanság állapítható meg.

[341] KOVÁCS (2013), 31. *és* HÉVÍZI, 13.

[342] (szerk.) POLT, 109. *és* Btk. 80. § (1) A büntetést a törvény szerint, az abban meghatározott keretek közt, céljának szem előtt tartásával úgy kell kiszabni, hogy az igazodjon a cselekmény tárgyi súlyához, a bűnösség fokához, az elkövető társadalomra veszélyességéhez, valamint az egyéb enyhítő és súlyosító körülményekhez.

Előbbi – igaz, az önhibából eredő és tudatzavart okozó ittas vagy bódult állapotban történő elkövetés esetére – éppen arra vonatkozóan ad iránymutatást, hogy a cselekmény tárgyi oldalához képest miként minősülhet szándékosan, illetve gondatlanságból elkövetettként. A kényszergyógykezelés hipotetikus bírói döntésre irányuló feltétele kapcsán alkalmazott logikához és fikcióhoz hasonlóan a III. BED úgy rendelkezik, hogy a bűncselekmény tényállását megvalósító cselekményt elkövető személyt úgy kell tekinteni, mintha beszámítási képessége birtokában lenne, illetve lett volna, amiből az is következik, hogy a (fiktív) bűnösség értékelésére ugyancsak sor kell, hogy kerüljön az ügy összes körülményének együttes és összefüggésükben való vizsgálata alapján.[343] Bár a 3/2013. BJE értelemszerűen az emberölésre, illetőleg a testi sértésre irányuló szándék megállapításánál számításba veendő tárgyi és alanyi tényezőket veszi számításba, melyekből következtetés vonható az elkövetéskori tudattartalomra, az objektív elemek kapcsán tett megállapításai szélesebb körben is irányadók lehetnek. Így a bíróságnak tekintettel kell lennie többek közt a cselekmény megvalósításához használt eszközre, az elkövetés módjára, a sértettnek (esetlegesen) okozott sérülés helyére és jellegére, valamint az elkövető kijelentéseire. Az előre kitervelt emberöléssel összefüggésben a BJE annyit rögzít, hogy annak megállapítását nem zárja ki, ha az elkövető beszámítási képességében korlátozott, kóros elmeállapotú, mivel a véghezvitel módjából és/vagy az elkövetést követően tanúsított magatartásból visszamenőleg következtetni lehet az előre kiterveltségre. Ugyanakkor az ölésre irányuló céltudatos törekvés az egyenes szándék meglétét feltételezi, így az előre kitervelten történő elkövetés – akárcsak az aljas célból történő elkövetés (mivel a célzat fennállása az egyenes szándék meglétét feltételezi) – kizárt, ha az elkövető szándéka eshetőleges.[344] Hozzáteszem, fér hozzá némi kétség, hogy a gyakorlatban egy beszámíthatatlan kóros elmeállapotú elkövető esetében – amennyiben az előre kiterveltség vagy az aljas célból történő elkövetés elvi szinten megállapítható lenne – hogyan kerülhetne sor az egyenes, illetve az eshetőleges szándék kellő bizonyossággal való elhatárolására. Ennek hiányában ugyanis, hasonlóan például a szakvéleményadás körében a kóros elmeállapottal összefüggésben felmerülő potenciális bizonytalansághoz, a kétséget a terhelt javára lenne szükséges értékelni.[345]

[343] III. számú Büntető Elvi Döntés az ittas vagy bódult állapotban elkövetett bűncselekményekért való felelősségről

[344] 3/2013. Büntető jogegységi határozat a Legfelsőbb Bíróságnak az élet és testi épség büntetőjogi védelméről szóló 15. számú Irányelve újjáalakításának tárgyában

[345] Nyereségvágyból vagy aljas indokból elkövetett emberölés megállapíthatóságánál ez a kérdés nem merül fel ilyen markánsan, mivel ezek eshetőleges szándékkal is megvalósíthatók.

3.3. Az intézkedés fenntartásának szükségessége

A Btk. az intézkedés elrendelésének kritériumait követően, annak megszüntetése kapcsán utal még a szükségesség kritériumára, melynek tartalmát a 30/2007. BK vélemény (a továbbiakban: 30. BKv.) konkretizálta.[346] Ehhez kapcsolódóan a vizsgálat tárgyát az képezi, hogy az alanyi jellegű feltételek, melyek a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozták, továbbra is fennállnak-e. Ennek érdekében a büntetés-végrehajtási bírónak az intézkedés felülvizsgálatára és esetleges megszüntetésére irányuló eljárása során[347] számításba kell vennie, hogy a kezelt „meggyógyult-e, illetve a bűnismétlés veszélye fennáll-e, valamint, hogy a kényszergyógykezelés – a beteg esetleg megváltozott egészségi állapotára is figyelemmel – a társadalom védelme szempontjából a továbbiakban nem szükségtelen-e". A szükségesség körében tehát a tárgyi jellegű kritériumok már nem jutnak szerephez.

Érdemes utalni arra, hogy míg a kényszergyógykezelés elrendelése szempontjából kizárólag a speciális bűnismétlési veszély bír relevanciával, a 30. BKv. a megszüntetés kapcsán már általában véve szól a bűnismétlés veszélyéről.[348] Ugyanakkor a bírói gyakorlatot tekintve látható, hogy a felülvizsgálati eljárást megelőzően a bíróság által a szakértőkhöz intézett kérdések közül a bűnismétlést érintő mégsem generális jelleggel kerül megfogalmazásra, hanem arra irányul, hogy – tekintettel az IMEI által küldött legutóbbi „soros vélemény" (kórrajzkivonat) tartalmára – továbbra is fennáll-e annak megalapozott veszélye, hogy a kényszergyógykezelt a jövőben olyan személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekményt követne el, mely miatt vele szemben büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni. Tehát, bár a 30. BKv. nem konkretizál, a gyakorlat az intézkedés elrendelésének feltételét veszi alapul. Álláspontom szerint ez a megközelítés helytálló, hiszen ennek hiányában az elkövető szabadon bocsátása kapcsán olyan – konkrét jogszabályi alapot nélkülöző – többletkövetelmény kerülne alkalmazásra, amit a jogalkotó a szankció alkalmazásakor sem tett figyelembe vehetővé. Emellett nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a határozatlan tartamú szabadságelvonás esetében feltétlenül szükséges garanciális szempontok érvényre juttatása nem csupán alátámasztja, de meg is követeli ezt az értelmezést.

[346] 2012. évi C. törvény, 78. § (2) A kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.
[347] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (1) bek.
[348] 30/2007. BK vélemény a kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról, I.

Az intézkedés határozatlan tartamára tekintettel a jogalkalmazásban értelemszerűen az a megközelítés érvényesül, hogy annak hatálya alatt a kényszergyógykezelés ismételt elrendelésére az egyéb törvényi feltételek megvalósulása esetén sincs lehetőség, mivel a két külön határozattal elrendelt kényszergyógykezelés párhuzamos végrehajtása fogalmilag kizárt.[349] Amellett, hogy ez a nézet helyeselhető, fogalmilag egyáltalán nem választja el az elrendelés és a végrehajtás kérdéskörét. Elvi szinten nem kizárt egy elkövetett újabb büntetendő cselekmény nyomán és az egyéb jogszabályi kritériumok teljesülése esetén az intézkedés ismételt elrendelése, melynek végrehajtására viszont nyilvánvalóan nem kerülhet sor párhuzamosan, így nem a szankció alkalmazása, csupán végrehajtása kerülne elhalasztásra a folyamatban lévő kényszergyógykezelés lezárultáig. Ugyanakkor álláspontom szerint elvi és gyakorlati szempontok egyaránt azt indokolják, hogy újabb kényszergyógykezelés elrendelésére ne kerüljön sor ilyen helyzetben, mivel a szankció folyamatban lévő végrehajtása jelzi, hogy az elkövető még a speciális bűnismétlés veszélye szempontjából sem tekinthető gyógyultnak, illetve az IMEI-n belül megvalósuló újabb büntetendő cselekménye potenciálisan a kezelésre adott kedvezőtlen reakciókkal állhat összefüggésben. Amennyiben pedig a kezelt elbocsátására sor kerülhetne, ezt követően egy ismételten büntetés-végrehajtási keretek közti intézkedés foganatosítása, az azonos környezetbe való visszakerülés megkérdőjelezné az állapotjavulás tartósságát és megnövelné a recidíva kockázatát.

[349] BH 1991.11.420 *és*
BH+ 2009.6.246: Legf. Bír. Bfv.II.850/2008. határozata közfeladatot ellátó személy elleni erőszak bűntette tárgyában

3.4. A kényszergyógykezelés anyagi büntetőjogi szabályozása *de lege ferenda*

„Helyes büntetési rendszer csak helyes elméleti alapokon alakítható ki. A mindennapi gyakorlat és a megjelölt célok közti különbség pedig csak olyan realitás, amely arra ösztönöz, hogy tudatos tevékenységgel minél nagyobb mértékben biztosítsuk a célok megvalósítását."[350] Gárdai Gyula és Vigh József gondolatai több mint fél évszázad távlatából napjaink jogalkotója számára is alaposabb megfontolásra lennének érdemesek. A kényszergyógykezelés relatíve határozott tartama és ezzel összefüggésben a 2009. évi LXXX. törvénnyel korábban bevezetett módosítások visszaállítása a büntetőjogi garanciarendszerre figyelemmel nem csupán célszerűnek, de szükségesnek is mutatkozik. Ahogy a büntetőjog nem avatkozhat be például az orvostudomány szférájába a kezelés mikéntjének meghatározásakor, nem kérdőjelezheti meg annak elfogadott és alkalmazott tudományos téziseit, és nem veheti át feladatkörét, ugyanúgy az orvostudományi megközelítés sem írhatja felül a kialakítandó jogi keretek meghatározásakor a büntetőjog alapelveinek érvényre juttatását, hiszen ellenkező esetben nem érvényesülhetne a büntetőjog, mint „szankciós zárkő"[351] szerepe a jogrendszerben. Bár a 2012. évi Btk. indokolása a 2009. évi LXXX. törvény kapcsán meglehetősen homályosan utalt bizonyos jogalkalmazási problémákra, melyek a relatíve határozott tartamú intézkedés fenntartását látszólag lehetetlenné teszik, a gyakorlat mélyrehatóbb vizsgálata alapján korántsem tűnik ilyen sötétnek a felvázolható kép. Magam is célszerűnek tartom ugyanakkor áttekinteni a Btk. módosítására irányuló javaslatom kapcsán, hogy egyes jogalkalmazási kérdéseket hogyan lehetne rendezni, amennyiben a relatíve határozott tartam visszaállításra kerülne. Az ilyen irányú vizsgálódások során az egyik érdemi – bár nem megkérdőjelezhetetlen – támpontként az 1/2011. BJE szolgál.

Érdemes reflektálni arra, hogy míg az elvi kiindulópont a relatíve határozott tartam intézményesítése körében értelemszerűen az, hogy egy kóros elmeállapotú elkövető ne kerülhessen kedvezőtlenebb helyzetbe, mint egy büntethető terhelt, még a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés esetén sem lesz egy beszámíthatatlan egyén az utóbbival azonos helyzetben, hiszen az intézkedés felső határának megállapításakor az alapul fekvő büntetendő cselekményre előírt büntetési tétel kizárólagosan irányadó, míg egy beszámítható elkövető esetében ugyanazon cselekmény miatt kiszabott

[350] GÁRDAI – VIGH, 578.
[351] 30/1992. (V. 26.) AB határozat, IV.

szabadságvesztés büntetés tartamának meghatározásakor a büntetés enyhítésének szabályaira, illetve az ügyben felmerülő enyhítő körülményekre figyelemmel lenne a bíróság. Ezt mégsem látom kifejezetten problémásnak arra tekintettel, hogy az intézkedés megszüntetésére azonnal sor kell, hogy kerüljön a felső időkorláton belül, amint annak szükségessége már nem áll fenn.

Sajátos helyzet, hogy a Btk.-ban rögzített személy elleni erőszakos cselekmények közt több olyan szerepel, melyek vegyes bűnösséggel valósíthatók meg, az eredményre csak az elkövető gondatlansága terjed ki. Elegendő a halált okozó testi sértés, a jármű hatalomba kerítése (halált okozva) vagy a zendülés (halált okozva) tényállását felidézni.[352] A relatíve határozott tartamú szankció kapcsán az intézkedés felső időkorlátjának meghatározásakor felvetődik, hogy tekintettel lehet-e és kell-e lenni azokra a minősítő körülményekre, melyek vonatkozásában az elkövetőt csupán gondatlanság terheli, miközben a kényszergyógykezelést megalapozó cselekmények esetében mind a jogirodalom, mind a joggyakorlat uralkodó felfogása szerint kizárólag a szándékosság juthat szerephez. Ennek megválaszolásához nézetem szerint célszerű elválasztani az intézkedés elrendelésének lehetséges jogalapját és az alkalmazás körébe eső tartammeghatározást. Az elrendelést lehetővé tevő (személy elleni erőszakos) cselekmények alapesete a bűnösség szempontjából kivétel nélkül szándékos jellegű. A tartam jogalkalmazási természetű kérdésében pedig hasonlóan érdemes eljárni, mint a hipotetikus bírói döntés körében a fiktív bűnösség megállapításánál és a beszámítható elkövetővel szembeni eljárást alapul venni. Hátrányosabb helyzetbe értelemszerűen nem kerülhet egy beszámítható terhelthez képest a beszámíthatatlan elkövető, amennyiben az intézkedés maximális lehetséges tartama az esetlegesen fennálló minősítő körülményre tekintettel kerül meghatározásra. Indokolatlan különbségtételt jelentene ugyanakkor, ha a megvalósult minősített esetet figyelmen kívül hagyva és erre vonatkozó jogalap hiányában pusztán az alapeset büntetési tételére figyelemmel történne a kényszergyógykezelés maximumának meghatározása.

Célszerű továbbá röviden kitérni arra a kérdéskörre, hogy a hipotetikus bírói döntés jelenlegi törvényi megfogalmazása kellően konkrétnak tekinthető-e vagy szükségesnek mutatkozik további specifikáció, esetleg a vonatkozó rendelkezés tartalmi szűkítése. Már a Btá. hatálya alatt felmerült a bírói gyakorlatban, hogy biztonsági őrizet alkalmazására kizárólag azokban az esetekben kerüljön sor, amikor az elkövetőt – beszámíthatósága

[352] 2012. évi C. törvény, 164. § (8) bek., 304. § (2) bek. c) pont, 320. § (2) bek., 442. § (3)-(4)

esetén – végrehajtandó szabadságvesztésre ítélnék.[353] Bár ez a megközelítés véleményem szerint logikus abból a szempontból, hogy amennyiben egy beszámítható terhelttel szemben nem kerülne sor szabadságelvonásra, egy beszámíthatatlan elkövetőnél se legyen alkalmazható a határozatlan (vagy épp relatíve határozott tartamú) szabadságelvonás, ennek a Btk.-ba való kifejezett integrálását nem látom szükségesnek[354] arra tekintettel, hogy a feltételezett büntetést a cselekmény tárgyi ismérvei alapján kell megállapítani[355], a szabadságvesztés büntetés végrehajtásának felfüggesztésére pedig különösen az elkövető személyi körülményeire figyelemmel kerülhet sor.[356]

3.4.1. A halmazati és egyéb büntetéskiszabási szabályok alkalmazása

Ahogy saját kutatásom során is körvonalazódott, azoknak a helyzeteknek az értékelése, amikor a kóros elmeállapotú elkövető több büntetendő cselekményt valósít meg (és ezeket egy eljárásban bírálják el), korántsem pusztán elméleti jellegű kérdés.[357] A halmazati büntetéskiszabási szabályok alkalmazási spektrumának meghatározásánál különösen indokolt azoknak az eseteknek a vizsgálata, amikor a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozó valamely büntetendő cselekmény az elkövető által megvalósított más olyan cselekménnyel áll halmazatban, amely – különösen a Btk. személy elleni erőszakos cselekményekre vonatkozó értelmező rendelkezését tekintve – nem lenne számításba vehető a szankció alkalmazása során. Ez a kérdés egyaránt felmerül a határozatlan és a relatíve határozott tartamú intézkedés esetében a hipotetikus bírói döntés törvényi feltétele kapcsán, annak megítélésénél, hogy az elkövető büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést szabnának-e ki vele szemben. Ahogy korábban ismertettem, a régi Btk. hatálya alatt a jogalkalmazás ellentétes válaszokat adott

[353] BH 1961.1.2794

[354] Hozzáteszem, a szakirodalomban olyan nézet is megjelent, mely szerint – figyelemmel arra, hogy a Btk. hipotetikus bírói döntésre vonatkozó feltétele nem úgy került megszövegezésre, hogy az elkövetővel szemben büntethetősége esetén „egyévi szabadságvesztésnél hosszabb”, hanem „egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb” büntetést kellene kiszabni – a jogalkotó eleve csak a hipotetikusan végrehajtandó szabadságvesztésre ítélést tette a kényszergyógykezelés elrendelésének lehetséges alapjává, mivel az egy évnél hosszabb tartamú, de végrehajtásában felfüggesztett szabadságvesztés esetében az „egy évnél súlyosabb” kitétel nem teljesül. (forrás: BELOVICS Ervin – BÉRCES Viktor: *Büntető eljárásjog*, ORAC Kiadó Kft., Budapest, 2023. 354.)

[355] 1978. évi IV. törvény indokolása. A 74. §-hoz.

[356] 2012. évi C. törvény, 85. § (1) bek.

[357] Saját megfigyeléseim alapján példaként említhető a halmazatban álló súlyos testi sértés kísérlete és a személyi szabadság megsértésének bűntette; a rablás bűntettének kísérlete, a személyi szabadság megsértésének bűntette és a kapcsolati erőszak bűntette; vagy az emberölés bűntette, az életveszélyt vagy halált okozó testi sértés bűntettének kísérlete és a súlyos testi sértés bűntettének kísérlete. (1. melléklet, I. pont)

arra, hogy elrendelhető-e az intézkedés, ha az egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kizárólag a halmazati büntetéskiszabási szabályokra tekintettel látná megalapozottnak a bíróság.

Dogmatikailag helyesnek tartom azt a megközelítést, hogy ha a személy elleni erőszakos (vagy közveszélyt okozó) cselekmény olyan büntetendő cselekménnyel áll halmazatban, ami a kényszergyógykezelést jellegénél fogva egyébként nem alapozza meg, és a hipotetikus bírói döntés alapján kizárólag a halmazati büntetéskiszabási szabályokra figyelemmel kerülhetne sor az intézkedés alkalmazására, a kényszergyógykezelés elrendelését mellőzni kell[358], és az elkövetővel szemben az Eütv. szerinti kötelező gyógykezelésnek van helye. Természetesen bármely, az elkövetők közti különbségtételt – legyen szó akár a beszámítható, illetve a beszámíthatatlan személyekkel szembeni eljárás összevetéséről, akár specifikusan a kóros elmeállapotú elkövetők csoportján belüli eltérő jogi helyzetről és annak értékeléséről – alapos vizsgálat tárgyává kell tenni annak indokoltsága szempontjából. Álláspontom szerint a differenciálás ebben a kontextusban megalapozott.

Közvetetten a Btk. személy elleni erőszakos cselekményeket átfogó taxatív felsorolása, valamint a közveszélyt okozó cselekmények (kizárólagos) számításba vehetőségére vonható következtetés az 1/2011. BJE-ben szereplő, a relatíve határozott tartamú intézkedéssel összefüggő azon utalásból, hogy a kényszergyógykezelést elrendelő határozatban a tartam felső határát meg kell állapítani, ami különösen indokolt azokban az esetekben, amikor „több személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó bűncselekmény kerül elbírálásra”.[359] Lényeges, hogy a kényszergyógykezelés törvényi feltételei konjunktív jellegűek, így azok értelmezésére is együttesen és egymással való összefüggésüket vizsgálva kell, hogy sor kerüljön. Érdemes utalni arra, hogy a tevékeny megbánás kapcsán a Btk. kifejezetten szabályoz hasonló helyzetet, mely szerint a vonatkozó rendelkezés akkor is irányadó, ha a bűnhalmazatban lévő bűncselekmények közül az élet, testi épség és az egészség elleni, az emberi szabadság elleni, az emberi méltóság és egyes alapvető jogok elleni, a közlekedési, a vagyon elleni vagy a szellemi tulajdonjog elleni bűncselekmény a meghatározó.[360] Ez a megközelítés a bűncselekménnyel okozott kár jóvátételének minél szélesebb körben történő lehetővé tétele szempontjából helytálló, és alkalmas annak példázására, hogy a bűnhalmazat alkalmazási spektrumának kódexbeli rendezése

[358] GYÖRGYI et al., 204.
[359] 1/2011. BJE, IV.
[360] 2012. évi C. törvény, 29. § (1)-(2) bek.

kifejezetten egyes általános részi rendelkezésekre vonatkoztatva sem idegen a szabályozás logikájától. Ugyanakkor a szabadságelvonással járó szankció kizárólag végső esetben való alkalmazhatóságának elvéből kiindulva a konkrét helyzetben ezzel ellentétes végkövetkeztetés vonható le. Nézetem szerint szükséges tehát különbséget tenni a büntetendő cselekmények közt annak megfelelően, hogy jellegük alapján külön-külön megalapozhatják-e a kényszergyógykezelés elrendelését.

Bár az alapul fekvő cselekmények súlyosságát tekintve viszonylag csekély az esély arra, hogy két olyan cselekmény esetében, melyek jellegüket tekintve külön-külön megalapozhatják az intézkedés alkalmazását, kizárólag a halmazati büntetéskiszabási szabályokra figyelemmel kerülhetne sor az egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztés kiszabására, ilyen helyzetben véleményem szerint indokolttá válhat a kényszergyógykezelés elrendelése, hiszen a törvény a hipotetikus bírói döntés körében az elkövető büntethetőségére való utalással valamennyi büntetéskiszabási szabályt mérlegelés tárgyává teszi. Ugyanakkor az a korábban említett kérdéskör, mely a bűntettek és vétségek közti esetleges megkülönböztetés és szelekció létjogosultságára vonatkozik az intézkedés alkalmazása kapcsán, álláspontom szerint ma már kevésbé adekvát arra tekintettel, hogy a személy elleni erőszakos cselekmények tételes felsorolásában egyértelműen nevesítésre kerül bűntett és vétség egyaránt. Az pedig, hogy a Btk. a hipotetikus bírói döntés körében kifejezetten az elkövető „büntethetősége esetén” kitételt tartalmazza, arra enged következtetni, hogy a halmazati büntetéskiszabási szabályok mellett a visszaesői minőséget vagy épp a bűnszövetségben, illetve bűnszervezetben történő elkövetést egyaránt számításba kell vennie a bíróságnak. Megjegyzem, bár saját kutatásomban volt példa arra, hogy az elkövetővel szemben – a régi Btk. hatálya alatt – garázdaság vétsége miatt és többszörös visszaesőként került sor kényszergyógykezelés alkalmazására, a (különös, többszörös vagy erőszakos többszörös) visszaeső törvényi fogalmát tekintve korántsem problémamentes a cselekmények elkövetése szándékosságának megítélése és figyelembevétele a beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapotú egyének esetében. Bár a fiktív bűnösség a bírói gyakorlat szerint az aktuális szabályozásban a hipotetikus bírói döntés körében megjelenhet értékelhető tényezőként, a szándékosság, mint a visszaesői minőség eleme voltaképp fogalmi ellentmondást jelent a beszámíthatatlan személyek ügyeiben.

A másik kérdéskör a szankció relatíve határozott tartamának visszaállítása esetére annak vizsgálata, hogy főként a bűnhalmazat hogyan befolyásolná a kényszergyógykezelés felső időkorlátjának meghatározását. Kérdéses, hogy ennek vizsgálata a

kényszergyógykezelés maximumának meghatározásakor összekapcsolódik-e az intézkedés elrendelhetőségével vagy adott esetben elválasztható attól. Tehát, ha az alapul fekvő kvalifikált, halmazatban álló cselekményekre figyelemmel a hipotetikus bírói döntés eredményeként elrendelhető lenne az intézkedés, annak felső időkorlátja következő lépésben történő rögzítésénél is csak azokra a cselekményekre lehet-e tekintettel a bíróság, melyek jellegüknél fogva megalapozzák a kényszergyógykezelést, vagy a maximális tartam kapcsán akár már az elkövető által megvalósított egyéb cselekmények is figyelembe vehetők lennének. Álláspontom szerint utóbbira nemleges a válasz, hasonlóan a hipotetikus bírói döntés kapcsán kifejtett érveléshez. Az elrendelést megalapozó feltételeken kifejezett jogszabályi alap hiányában és az elkövető hátrányára a bíróság a tartammeghatározás körében sem indokolt, hogy túlterjeszkedjen.

A halmazati büntetéskiszabási szabályok alkalmazása szempontjából a relatíve határozott tartamú intézkedés hatálya alatt széles körben elfogadottá vált az a nézet, hogy az alapul fekvő cselekmények közül a legsúlyosabb büntetési tételének felső határát szükséges alapul venni.[361] Erre szolgál például, amikor a terhelttel szemben kényszergyógykezelés elrendelésére két személy elleni erőszakos cselekmény, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel fenyegetett hatósági eljárás akadályozása bűntettének kísérlete és két évig terjedő szabadságvesztéssel fenyegetett könnyű testi sértés vétsége miatt került sor.[362] A bíróság a szankció tartamának maximumát a súlyosabb bűncselekmény büntetési tételének felső határára figyelemmel öt évben állapította meg.[363] Kétséges azonban annak adekvátsága, hogy a több kvalifikált büntetendő cselekményt megvalósító elkövetővel szemben ugyanaz lehet a relatíve határozott tartamú szankció felső határa, mint az egy – az előzőek közül a legsúlyosabb büntetési tételével azonosan szabályozott – cselekményt megvalósító esetében. Eszerint, egy kutatásombeli példát alapul véve, nem volna eltérés a tartam maximumában két olyan elkövető esetében, akik egyike emberölést valósít meg, míg a másik ezzel halmazatban életveszélyt vagy halált okozó testi sértést és súlyos testi sértést. Sőt, az sem járna semmiféle hatással az intézkedés felső időkorlátjára, ha az elkövető egy helyett több, azonos büntetési tételű cselekményt valósítana meg, miközben az elkövetett cselekmények jellege és számossága nyilvánvaló indikátora lehet az elkövető veszélyességének.

[361] (szerk.) JUHÁSZ et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez*
[362] Az akkor hatályos szabályozás alapján a könnyű testi sértés vétsége még figyelembe vehető volt a kényszergyógykezelés alkalmazási körében.
[363] A Kúria Bfv.268/2012/5. számú precedensképes határozata hatósági eljárás akadályozása bűntett tárgyában

Kétségtelen ugyanakkor, hogy az elkövetőre nézve az előbbinél hátrányosabb elbírálást eredményezne az a megközelítés, mely alapján a büntetési tétel felső határa a legmagasabb büntetési tétel felével emelkedne.[364] A (régi) Btk. szövegezéséből, mely szerint a kényszergyógykezelés „az (1) bekezdés szerinti [személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó] cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő bűncselekmény esetén legfeljebb húsz évig tart", szintén az látszik inkább megállapíthatónak, hogy a legsúlyosabb cselekmény büntetési tételének felső határa válik irányadóvá. E körben a hipotetikus bírói döntés kapcsán rögzített azon kérdés, hogy a bíróság hogyan járna el az elkövető büntethetősége esetén, már nyilvánvalóan nem bírhat relevanciával. Alapos lehet a legsúlyosabb cselekmény alapulvétele az intézkedés gyógyító céljára és a szabadságelvonás *ultima ratio* jellegére figyelemmel. Ugyanakkor a kérdés jogalkotó általi rendezése a relatíve határozott tartam visszaállítása esetén mindenképp indokoltnak mutatkozik.

3.4.2. A kényszergyógykezelés fiatalkorúakkal szembeni alkalmazása

Úgyszintén lényeges kérdés, mely elemzés tárgyát kell, hogy képezze, a relatíve határozott tartamú intézkedés fiatalkorúakkal szembeni alkalmazásának mikéntje, pontosabban annak vizsgálata, hogy az érintett elkövetőkkel szembeni eljárás és a kényszergyógykezelés felső időkorlátjának meghatározása során tekintettel kell-e lennie a bíróságnak a (régi) Btk. Általános Részében az őket érintő speciális büntetéskiszabási szabályokra vagy ugyanúgy kell eljárnia, ahogy felnőttkorúak esetében. A hatályos kódexhez hasonlóan a régi Btk. a fiatalkorúakra nézve szabadságvesztés kiszabását – összhangban a büntetési célokkal, így az érintett helyes irányba történő fejlődésével és a társadalom hasznos tagjává válásával[365] – kivételes jelleggel és kizárólag az Általános Rész szerint maximált tartamban tette lehetővé.[366]

A kapcsolódó bírói gyakorlat azt az álláspontot képviselte, hogy nem a speciális büntetéskiszabási szabályoknak, hanem a (régi) Btk. Különös Részében megállapított büntetési tételkeretek felső határának van jelentősége. A kérdés megválaszolásához elhatárolták egymástól az elkövető büntethetősége esetén történő „büntetéskiszabás",

[364] 2012. évi C. törvény, 81. § (3) bek.
[365] 1978. évi IV. törvény, 108. § *és* 2012. évi C. törvény, 106. §
[366] 1978. évi IV. törvény, 110. § *és* 2012. évi C. törvény, 109. §

illetve a „büntetési tétel” fogalmát; előbbi kapcsán utalva a (régi) Btk. speciális büntetéskiszabási rendelkezéseire, valamint arra, amikor a huszadik életévét be nem töltött személlyel szemben az életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabásának tilalma jelenik meg a törvényben, míg utóbbira példaként hívták fel a kódex azon szabályait, melyek arra vonatkoznak, hogy a büntetési tételnél enyhébb büntetés milyen más tételkeretek közt szabható ki. Ebből levezetve állapították meg, hogy a speciális büntetéskiszabási szabályok kizárólag akkor kerülhetnének alkalmazásra, ha a rendelkezés úgy szólna, hogy „az elkövetővel szemben cselekménye miatt a büntethetősége estén kiszabható leghosszabb büntetési tartammal azonos a kényszergyógykezelés tartama”.[367] Kétségtelen, hogy a jogalkotó a tartammeghatározás kapcsán kifejezetten büntetési tételre utalt, miközben a büntethetőség esetén kiszabható szabadságvesztés mérlegelését a hipotetikus bírói döntés kritériumába integrálta. Az imént ismertetett megközelítés mégis kérdésessé válik annak fényében, hogy lényegét tekintve kizárólagosan a kódex textualista, grammatikai szempontú értelmezéséből indul ki, mellőzve az intézkedés hátterében meghúzódó alapvető elvek figyelembevételét.

Nagyobb horderejűnek és megalapozottabbnak mutatkozik az az érvelés, hogy a kényszergyógykezelés elrendelése szempontjából nem az elkövető életkorának, hanem betegségének és gyógyítása szükségességének van meghatározó jelentősége, illetve a kóros elmeállapot esetében egyáltalán nem törvényszerű, hogy bárminemű súlyosságbeli különbség mutatkozzék egy fiatal-, illetve egy felnőttkorú elkövető közt, sőt az is könnyen elképzelhető, hogy előbbi kóros elmeállapota és társadalomra veszélyessége sokkal inkább megalapozza a kezelés szükségességét. Mindenekelőtt mégis arra kell figyelemmel lenni, hogy a kóros elmeállapotú elkövető ne kerüljön hátrányosabb helyzetbe, mint amilyenbe büntethetősége esetén kerülne. Fiatalkorúak esetében ugyanez kell, hogy mérceként és támpontként szolgáljon, hiszen amennyiben a fiatalkorú büntethető lenne, vele szemben szabadságvesztésre ítélése esetén alkalmazandók lennének az Általános Részben foglalt speciális büntetéskiszabási szabályok, melyek nyilvánvalóan enyhébb elbírálást eredményeznének. Ugyancsak számításba kell venni, hogy amennyiben a jogalkalmazói gyakorlatban vitás, illetve egyértelműen el nem döntött kérdés merül fel, az elkövető számára kedvezőbb elbírálást szükséges előnyben részesíteni.[368] Hozzá kell tenni, hogy

[367] EH 2011.2303: Legf. Bír. Bfv. I. 293/2011. határozata testi sértés bűntette (életveszélyt okozó testi sértés bűntette) tárgyában *és*
BH+ 2012.1.2: Legf. Bír. Bfv.III.615/2011., II.

[368] Épp ebből adódóan nem tekinthető például ebben a körben irányadónak az a különös visszaesőket érintően egyébként helyesen kialakult álláspont, hogy esetükben a különös részi szabályok válnak alkalmazandóvá,

amennyiben a speciális büntetéskiszabási szabályok figyelembevételével elrendelt és ezáltal az azonos büntetendő cselekményt megvalósító felnőttkorú elkövetőkénél rövidebb tartamú kényszergyógykezelés maximális tartamát követően a gyógykezelés szükségessége továbbra is fennállna, a civil pszichiátriai rendszer éppúgy gondoskodhat – és gondoskodnia kellene – ezen elkövetők ellátásról és kezeléséről, mint felnőttkorúak esetében. Ugyanakkor az IMEI börtönkórház-jellegére és – ahogy kutatásomból kitűnik – főként fiatalkorúak számára inadekvát körülményeire tekintettel nem is célszerű, hogy az érintettek ottani szabadságelvonása a törvényességi és méltányossági szempontok együttes figyelembevételével meghatározott időnél tovább terjedhessen. Mindezek alapján célszerűnek látszik törvényi szinten rögzíteni, hogy a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés fiatalkorúakkal szembeni alkalmazásakor a bíróságnak az ítéletben az intézkedés maximális tartamát a Btk. Általános Részében meghatározott speciális büntetéskiszabási szabályokra tekintettel kell megállapítania. Ugyancsak indokolt ez annak fényében, hogy ilyen megközelítés esetén a Legfelsőbb Bíróság kifejezetten utalt az eltérő rendelkezés megalkotásának szükségességére.[369]

amikor az e minőségben történő elkövetést a törvény a bűncselekmény súlyosabban minősülő eseteként rendeli büntetni [1978. évi IV. törvény, 97. § (3) bek. *és* 2012. évi C. törvény, 89. § (3) bek.]. Ilyen helyzetekben a kódex Általános Részének főszabályától való eltérés a súlyosítás tilalmára tekintettel egészen kézenfekvő. A fiatalkorúakra vonatkozóan ugyanakkor az Általános Rész rendelkezéseinek figyelmen kívül hagyása jelentős jog- és érdeksérelemmel járna.

[369] EH 2011.2303 A Legfelsőbb Bíróság reflektált arra, hogy az akkori szabályozás nem tartalmazott külön rendelkezést a tárgyban, és a speciális büntetéskiszabási szabályok alkalmazási körét a jogalkotó egyértelműen meghatározta a büntethetőség elévülése határidejének számítására, valamint a visszaesőkre vonatkozó rendelkezésekre való utalással [1978. évi IV. törvény, 110. § (5) bekezdés], a kivételek ilyen konkrét rögzítettségéből pedig szintén arra következtetett a testület, hogy a kényszergyógykezelés tartama maximumának megállapításakor az Általános Rész e szabályai figyelmen kívül kell, hogy maradjanak.

3.4.3. A relatíve határozott tartam alkalmazási körének meghatározása és az intézkedés ismételt elrendelhetősége

Az 1/2011. BJE-ben felmerült kérdések közül talán a leghangsúlyosabb, hogy alkalmazandónak tekintendő-e a kényszergyógykezelés maximális időtartamára vonatkozó előírás a 2009. évi LXXX. törvény hatálybalépésekor (2010. május 1. napján) folyamatban lévő intézkedésekre nézve is. Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium 2010-ben a Legfőbb Ügyészségnek írt átiratában azt az álláspontot képviselte, hogy – jogerősen elbírált ügyekről lévén szó – a Btk. 2. §-ának alkalmazása kizárt.[370] Az akkori Fővárosi Bíróság határozatainak egy része ezzel érdemben egyezően, más része azonban egészen eltérően közelítette meg a kérdést. Egyes esetekben az 1979. évi 5. törvényerejű rendelet (Btké.) 4. §-a alapján – mely szerint a (régi) Btk. hatálybalépése előtt jogerőre emelkedett határozattal kiszabott fő- és mellékbüntetést, illetve elrendelt intézkedést a korábbi jogszabály alapján kell végrehajtani[371] – nem tekintették irányadónak a relatíve határozott tartamot a már folyamatban lévő kényszergyógykezelésekre, és a Btk. 2. §-ának alkalmazását fogalmilag kizártnak minősítették. Más ügyekben viszont nézetem szerint alappal merült fel az a szempont, hogy az intézkedés elrendelésének időpontjától függetlenül az új szabály alkalmazandó, mivel az ellenkező megoldás indokolatlan diszkriminációt eredményezne a kényszergyógykezeltek közt. Ezen álláspont képviselői közt is különbségek mutatkoztak ugyanakkor abban, hogy a Btk. (2. §-a), az 1979. évi 11. törvényerejű rendelet (a továbbiakban: Bv. tvr.) 84/B. §-a vagy esetleg ezek együttes figyelembevételével látták megalapozottnak a relatíve határozott tartam alkalmazandóságát.

Az egyik megközelítés szerint a Btk. 2. §-ának figyelembevétele feltétlenül indokolt, mivel a felülvizsgálati eljárás lefolytatásakor a terheltre nézve kedvezőbb helyzetet teremtő jogszabály van hatályban.[372] Megjegyzem, felülvizsgálati eljárás lefolytatása során a Legfelsőbb Bíróság is hozott ezzel egyező tartalmú határozatot.[373] A másik nézőpont szerint a Btk. időbeli hatályra vonatkozó szabályán túl számításba kell venni, hogy a jogalkotó a (régi) törvénykönyv módosításával egyidejűleg a Bv. tvr.-be iktatta, hogy a beteget azon a napon kell elbocsátani az IMEI-ből, amelyen a

[370] STRASSZER, 65.
[371] 1979. évi 5. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról, 4. §
[372] Ugyanez az álláspont jelent meg a következő döntésekben: BH 2011.11.298: Legf. Bír. Bfv. III. 214/2011. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában *és* BH+ 2012.1.2, I.
[373] BH+ 2011.9.379: Legf. Bír. Bfv.III.214/2011. sz. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában, I. *és* EH 2011.2303

kényszergyógykezelés relatíve határozott tartama eltelt (vagy a kényszergyógykezelés megszüntetéséről a bíróság értesítőlapja az IMEI-be megérkezik).[374] A harmadik álláspont szerint kizárólag a Bv. tvr.-re lehetséges hivatkozni, miközben a Btk. 2. §-ának alkalmazása kizárt abból adódóan, hogy nem elbírálásról, hanem az intézkedés felülvizsgálatára irányuló eljárásról van szó. A felülvizsgálati eljárás kétségkívül sajátos megítélés alá esik a büntetőjog rendszerében. Miközben a régi Be. különleges eljárások közti szabályozása helyett[375] az új Be. hatálybalépésével a vonatkozó rendelkezéseket a jogalkotó a Bv. tv.-be integrálta[376], ezzel mintegy kifejezésre juttatva az eljárásjogi megközelítéstől a végrehajtási jogi szemlélet irányába való elmozdulást, az nem képezi vita tárgyát, hogy a felülvizsgálat nem tekinthető újabb érdemi eljárásnak (elbírálásnak), hanem egy a végrehajtás folyamatába illeszkedő, garanciális momentumként értékelhető eleme a szabályozásnak. Magam is úgy vélem tehát, hogy a Btk. időbeli hatályra vonatkozó rendelkezése – mely a cselekmény elkövetése és elbírálása idején konkuráló jogszabályok közt ad eligazítást, nem pedig a már jogerősen elbírált ügyben a szankció elrendelésekor és végrehajtásakor felmerülő jogszabályi különbségekre nézve – ebben a kérdésben nem irányadó.

Ahogy arra korábban utaltam, a Legfelsőbb Bíróság úgy foglalt állást, hogy a felső időkorlát alkalmazása a már folyamatban lévő kényszergyógykezelések esetében, tekintettel az átmeneti rendelkezésalkotás akkori hiányára, nem volt lehetséges.[377] Figyelemreméltó ugyanakkor az a megközelítés, mely szerint az átmeneti szabályok – ha megalkotásra is kerülnek – szinte kizárólag a korábbi állapot átmeneti fenntartásáról rendelkeznek, nem arról, hogy az újonnan hatályba lépő szabályok eltérő rendelkezés hiányában minden ügyben alkalmazandók. Az új eljárási és végrehajtási előírások hagyományosan és főszabályként a folyamatban lévő ügyekben is alkalmazandók, így az átmeneti szabályok hiánya nem a korábbi állapot fenntartása mellett szóló érv, épp ellenkezőleg, inkább az azonnali alkalmazást látszik alátámasztani.[378] Ezzel együtt a jogalkalmazás eddig tapasztalt bizonytalansága és a jövőbeni esetleges kételyek eloszlatása érdekében a magam részéről mégis célszerűnek tartanám a relatíve határozott tartam

[374] 1979. évi 5. törvényerejű rendelet, 84/B. §
Hozzáteszem, a Bv. tvr. 5. §-a alapján a büntetést és az intézkedést az ítéletben, illetőleg a jogszabályban meghatározott tartamban kell végrehajtani.
[375] 1998. évi XIX. törvény, 566. §
[376] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. §
[377] 1/2011. BJE, I.
[378] TÓTH Mihály válasza Varga Zoltán kúriai bírónak az 1/2011. BJE megalkotását megelőzően (mely észrevételek a határozat megalkotása során végül figyelmen kívül maradtak)

visszaállítása esetén az átmeneti rendelkezés törvénybe iktatását és a felső időkorlátra vonatkozó rendelkezés alkalmazási spektrumának kiterjesztését.

Ennek megalapozásához érdemesnek – és egyébként elkerülhetetlennek – mutatkozik a büntetőjog alapelveihez, így a *nulla poena sine lege*, az emberiesség, a méltányosság és a diszkrimináció tilalma tételeihez visszanyúlni. Elvi jelentőségű, hogy a hatályos büntetőtörvény által már nem tartalmazott szankciónem nem hajtható végre. Ezt példázza, hogy a szigorított őrizet Btk.-ból való kiiktatásával 1989-ben valamennyi ilyen típusú szankció, melynek végrehajtása folyamatban volt, természetszerűleg megszűnt. Kétségtelen, hogy a kényszergyógykezelés, mint szankció a módosítás eredményeként nem szűnt meg, azonban a Legfelsőbb Bíróság állásfoglalása, mely szerint a határozatlan tartamú intézkedés relatíve határozott tartamúvá válása és ennek a Btk.-ba való integrálása pusztán végrehajtási kérdés, nyilvánvalóan nem állja meg a helyét. További megfontolás tárgyát nem az kell, hogy képezze elsősorban, hogy a *nulla poena sine lege* elv a büntetések kiszabása mellett az intézkedések alkalmazására ugyancsak irányadó – ez viszonylag egyértelmű –, hanem, hogy a szankció (nemének és mértékének) végrehajtása tekintetében is figyelemmel kell rá lenni. A javítóintézeti nevelés tartamát, mely korábban határozatlan tartamú szankció volt, 1995-ben egytől három évig terjedően határozta meg a jogalkotó. Hasonló helyzet állt elő a közérdekű munka száznapos maximális tartamának 1997-ben történt ötvennaposra csökkentésekor.[379] E változások hatálybalépésével valamennyi javító-intézeti nevelés határozott idejűvé vált, és a korábban kiszabott – az új törvényi maximumnál hosszabb – közérdekű munka ötven napot meghaladó részét nem hajtották végre. Ezen kívül magam is osztom azt az álláspontot, hogy a határozatlan idejű szankció bizonytalanságából adódó emberiességi és méltányossági megfontolások szintén amellett szólnak, hogy ne kerüljön sor súlyosan diszkriminatív különbségtételre a kényszergyógykezelésüket 2010. május 1. napja előtt, illetve ezután megkezdő személyek közt.[380]

E kérdéskörrel összefüggésben reflektált a BJE arra, hogy miközben a határozatlan tartamú kényszergyógykezelés, illetve szabadságelvonás tartama alatt elkövetett újabb büntetendő cselekmény vonatkozásában nem merült fel az intézkedés ismételt elrendelése, a szankció relatíve határozott tartamúvá válása átalakítja ezt a helyzetet. A Legfelsőbb Bíróság megközelítése szerint – a határozott tartamú szabadságvesztés büntetések

[379] 1978. évi IV. törvény, 78. §, 118. §, 49. §
[380] TÓTH Mihály válasza Varga Zoltán kúriai bírónak

mintájára, bár az intézkedés gyógyító céljára, pontosabban annak teljesülésére mérsékeltebb figyelemmel – a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés alatt elkövetett újabb büntetendő cselekmény miatt az intézkedés elrendelésének és esetleges későbbi végrehajtásának nincs akadálya.[381] A jogalkotó viszont jogalkalmazási nehézséget látott a „párhuzamos telés" kérdésében. Alappal vethető fel ugyanakkor, hogy az erre adandó potenciális megoldás nem lett volna sem példátlan, sem komolyabb erőfeszítést igénylő, hiszen a 2009. évi LXXX. törvény más jogintézmény, a szabadságvesztés végrehajtásának felfüggesztése vonatkozásában kifejezett rendelkezést tartalmazott hasonló esetre[382], mely szerint, ha az elkövetőt többször ítélik próbaidőre felfüggesztett szabadságvesztésre, és a szabadságvesztések próbaideje még nem telt el, valamennyi próbaidő párhuzamosan telik.[383] Ennek a Btk.-ban való rendezése a relatíve határozott tartamra vonatkoztatott rendelkezés formájában – a felső időkorlát visszaállítása esetén – szintén indokolt. Helyesen foglalt tehát állást véleményem szerint a Legfelsőbb Bíróság is, amikor deklarálta, hogy amennyiben a kezelttel szemben a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés jogerős elrendelését követően megvalósított újabb büntetendő cselekménye miatt ismételten kényszergyógykezelést alkalmaznak, az intézkedés(ek) végrehajtása a rövidebb tartamig párhuzamosan, annak eltelte után pedig legfeljebb a hosszabb tartam lejártáig tarthat.[384]

Azokban az esetekben viszont, amikor a 2010. május 1. napja előtt elrendelt és a Legfelsőbb Bíróság szerint végrehajtásában határozatlan idejű szankcióként tovább folytatódó kényszergyógykezelés alatt valósít meg újabb büntetendő cselekményt a kezelt, a kényszergyógykezelés ismételt (immár relatíve határozott tartamú) elrendelésére – hasonlóan a két határozatlan idejű intézkedés „párhuzamosságának" kizárása kapcsán kialakult bírói gyakorlathoz – nincs mód.[385] Bár ezzel a megközelítéssel magam is egyetértek, utalok arra, hogy a Bíróság a végrehajthatatlanságból vont közvetlen következtetést az elrendelés kizártságára, melyek bár összefüggnek egymással, nem járnak

[381] 1/2011. BJE, III.
[382] HOLLÁN, 378.
[383] 1978. évi IV. törvény, 91. § (5) bek. (beiktatta: 2009. évi LXXX. törvény, 30. § (2) bek.)
[384] Elvi szinten felmerülhetne ilyen helyzetben egy az összbüntetéshez hasonló jogintézmény alkalmazása is. Ugyanakkor a gyakorlatban ez mégsem tekinthető reálisnak, hiszen kizárólag az intézkedés maximális lehetséges tartama ismert, illetve meghatározott – amennyiben pedig kizárólag ez lenne alapul vehető, a kényszergyógykezelt hátrányosabb helyzetbe kerülhetne, mint egy büntethető elkövető –, emellett a gyógyítás céljával sem állna kellő összhangban.
[385] 1/2011. BJE, II-III.

és nem is járhatnak együtt szükségszerűen, ahogy például az elkövető ismételten életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélését érintő törvényi rendelkezésből látható.[386]

3.4.4. Az előzetes kényszergyógykezelés beszámítása

Az előzetes (az új Be. hatálybalépése előtt ideiglenes) kényszergyógykezelés olyan személyi szabadságot érintő bírói engedélyes kényszerintézkedés, mely a bűnismétlés megakadályozása érdekében rendelhető el, ha megalapozottan feltehető, hogy a terhelt kényszergyógykezelésének van helye.[387] Felvetődik a kérdés, hogy az előzetes kényszergyógykezelés ideje beszámítható-e a (relatíve határozott tartamú) intézkedés tartamába. Álláspontom szerint – a Legfelsőbb Bíróság korábbi megközelítésével egyezően – erre igenlő a válasz, így az előzetes kényszergyógykezelés beszámítása a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelésbe annak visszaállítása esetén törvényi rendelkezést igényel.[388] Ezt támasztja alá egyébként, hogy a felülvizsgálati eljárás lefolytatásának hathónapos határidejét és az adaptációs szabadság feltételeként megállapított határidőt is az előzetes kényszergyógykezelés végrehajtásának kezdő napjától szükséges számítani.[389] Bár a kényszergyógykezeléssel analógnak mondható szankciót nem tartalmaz a Btk., érdemes utalni arra, hogy egy részben hasonló jellegű intézkedés, a javítóintézeti nevelés kapcsán rendelkezett a jogalkotó az előzetes fogvatartás és a bűnügyi felügyelet beszámításáról.[390] A (relatíve határozott tartamú) kényszergyógykezelés szabadságelvonó jellegét tekintve kétségkívül indokoltnak mutatkozhat, hogy az elkövetőnek az intézkedés elrendelését megelőzően történt fogvatartása beszámítható legyen a kényszergyógykezelés jogcímén történő szabadságelvonásba. Ugyanakkor ez a megközelítés értelemszerűen kevésbé áll összhangban az intézkedés gyógyító céljával.

---

[386] 2012. évi C. törvény, 45. § (7) Nem bocsátható feltételes szabadságra az elítélt, ha ismételten életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélik. Ha a korábbi életfogytig tartó szabadságvesztést még nem hajtották végre, az ismételten kiszabott életfogytig tartó szabadságvesztés nem hajtható végre.

[387] 2017. évi XC. törvény, 277. § (5) bek.

[388] 1/2011. BJE, IV.
Indokolt a külön jogszabályi rendelkezés megalkotása arra figyelemmel is, hogy a Legfelsőbb Bíróság állásfoglalása szerint a régi Btk. hatálya alatt – annak 99. §-ára tekintettel, mely kizárólag az előzetes fogvatartás és a házi őrizet beszámításáról rendelkezett – nem volt mód az ideiglenes kényszergyógykezelés beszámítására.

[389] 1998. évi XIX. törvény, 566. § (2) bek. *és* 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (5) bek., 329. § (2) bek., 338. § (3) bek.

[390] 2012. évi C. törvény, 125. § (1) Az elrendelt javítóintézeti nevelésbe be kell számítani az előzetes fogvatartás és az olyan bűnügyi felügyelet teljes idejét, amelynek során a bíróság a terhelt számára előírta, hogy lakást, egyéb helyiséget, intézményt, vagy ahhoz tartozó bekerített helyet engedély nélkül nem hagyhat el.

A gyógyítás effektív megkezdésének hangsúlyossága a Bv. tv. kényszergyógykezelést és előzetes kényszergyógykezelést érintő szabályozásából is következik, többek közt abból a rendelkezésből, hogy az előzetes kényszergyógykezelésbe a más gyógyintézetben töltött időt be kell számítani, miközben, ha az előzetes kényszergyógykezelést megelőzően a beteg elmeállapotát az IMEI-ben megfigyelték, ennek tartama nem számítható be.[391] A szabályozás struktúrájával és logikájával tehát az áll összhangban, hogy a kényszerintézkedések köréből kizárólag az előzetes kényszergyógykezelés legyen beszámítható az intézkedés tartamába. Elhatárolási és további differenciálási alap lehetne még az egyes kényszerintézkedések beszámíthatóságának megítélésekor, hogy azok foganatosítására az IMEI-ben került-e sor, ám álláspontom szerint – egyezően az ismertetett szabályozásban implicite megjelenő nézőponttal – egy eshetőleges és kizárólag végrehajtási jellegű szempont ebben az esetben sem szolgálhat önmagában véve elégséges érvként a további kényszerintézkedések beszámítása mellett. Ezen kívül a Legfelsőbb Bíróság akként foglalt állást az 1/2011. BJE-ben, hogy az előzetes letartóztatásban (házi őrizetben) töltött idő a kényszergyógykezelés tartamába nem számítható be.[392]

[391] 2013. évi CCXL. törvény, 424. § (5), (2) bek.
[392] 1/2011. BJE, IV.

4. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata

4.1. A szabályozás áttekintése

A kényszergyógykezelés felülvizsgálatát érintő büntető eljárásjogi szabályozás történeti alakulását végigkövetve látható, hogy annak alapjait lényegében már a biztonsági őrizet hatálya alatt lerakták. A biztonsági őrizettel összefüggésben az alapügyben eljárt elsőfokú bíróság az őrizet tartamának letelte előtt három hónappal (hivatalból) ismételten meg kellett, hogy vizsgálja az ügyet, és amennyiben azt állapította meg, hogy az őrizetbe helyezett személy már nem közveszélyes, elrendelte elbocsátását – ellenkező esetben pedig újabb egy évre további biztonsági őrizetét. Ugyanakkor ezen az intervallumon belül is meg kellett szüntetni a biztonsági őrizetet, ha a bíróság – akár az őrizetbe helyezett személynek, házastársának, törvényes képviselőjének vagy védőjének kérelmére, akár az intézet vezetőjének előterjesztésére „folyamatba tett" eljárás eredményeképp – arra a következtetésre jutott, hogy a biztonsági őrizet alatt álló személy elmebetegsége megszűnt. A bíróság számára a büntető perrendtartás már ekkor előírta a tárgyaláson, végzéssel történő döntéshozatalt. Az eljárás során meg kellett hallgatni az ügyészt, a védőt, „a körülményekhez képest" a biztonsági őrizetbe helyezett személyt, valamint azt, aki fölötte az intézetben az elmeorvosi felügyeletet gyakorolta. Ahogy viszont korábban említettem, amennyiben a bíróság az elbocsátást hozzátartozó vagy más személy általi felügyelet gyakorlásához kötötte, jogosult volt a felügyelet ellenőrzésére, sőt annak elmulasztása esetén lehetőség volt a biztonsági őrizetbe történő visszahelyezésre.[393]

E szabályok érdemben azonos tartalommal kerültek integrálásra a büntető eljárásról szóló 1962. évi 8. törvényerejű rendeletbe azzal az értelemszerű eltéréssel, hogy a rendelet már a kényszergyógykezelésre vonatkozóan tartalmazta őket, valamint az esetleges megszüntethetőség tárgyában tartott tárgyaláson a kezelt feletti elmeorvosi felügyeletet gyakorló személy meghallgatása nem volt kötelező, arra a bíróságnak csupán lehetősége volt, ha az eset körülményei alapján indokoltnak látta. E jogszabály rögzítette viszont azt az alapvető rendelkezést, hogy a terhelt elmeállapotának vizsgálatánál (és ezen kívül bírósági boncolásnál) két szakértőt kell alkalmazni.[394] Felülvizsgálati eljárásról az 1973. évi I. törvény rendelkezett elsőként, évenként lefolytatandó eljárást intézményesítve,

[393] 1951. évi III. törvény, (1)-(4) bek.
[394] 1962. évi 8. törvényerejű rendelet a büntető eljárásról, 287. § (5) bek., 66. § (2) bek.

kiemelve továbbá, hogy a bíróságnak tanácsban kell határoznia. A bíróság mellőzhette a kényszergyógykezelés kérelemre való felülvizsgálatát, ha erre hat hónapon belül már sor került.[395] E törvény az intézkedéssel érintett személy kezelőorvosának meghallgatására vonatkozóan nem tartalmazott kifejezett rendelkezést. A régi Be. hatálya alatt 2006-ban félévesre módosult a korábban egy évben megállapított törvényi felülvizsgálati intervallum[396], amennyiben pedig az intézkedést ideiglenes (előzetes) kényszergyógykezelés előzte meg, a felülvizsgálati határidőt a kényszerintézkedés megkezdésének napjától[397] kellett számítani.[398] Ez a határidőmegállapítás indokolt arra tekintettel, hogy a korszerű gyógyszeres kezelés egyre szélesebb körű lehetősége révén viszonylag rövid időn belül bekövetkezhet olyan változás a kezelt állapotában, amely a kényszergyógykezelés megszüntetését indokolja. Emellett a módosítás emberi jogi szempontból[399], az Emberi Jogok Európai Bíróságának későbbiekben bemutatásra kerülő esetjogára és az európai államok többségének szabályozási modelljére figyelemmel is adekvátabbnak mutatkozik. A régi Be. a kezelőorvos meghallgatásának, véleménye kikérésének esetleges szükségességét azzal hidalta át, hogy lehetőséget teremtett rá, hogy a felülvizsgálat lefolytatásához beszerzendő elmeorvos-szakértői vélemény kialakításában egyik szakértőként közreműködjön.[400]

Ahogy arra korábban reflektáltam, az új Be. megalkotásakor a kényszergyógykezelés felülvizsgálatában koncepcionális változásra került sor: az eljárás 2018. július 1. napjától büntetés-végrehajtási bírói hatáskörbe került, a jogalkotó pedig a Bv. tv.-be iktatta be a vonatkozó rendelkezéseket a Be.-ben különleges eljárásként történő további szabályozás helyett.[401] Kérdéses, hogy az egyesbíróként való eljárás a tanácsban való döntéshozatal helyett nem eredményez-e – legalábbis formálisan – csökkentést a felülvizsgálattal összefüggő garanciákat tekintve. Emellett látható, hogy az új törvényi

[395] 1973. évi I. törvény, 373. § (1)-(3) bek.
[396] 2006. évi LI. törvény, 244. §
[397] 1998. évi XIX. törvény, 566. § (2) bek.
[398] Ehhez igazodóan és az 1973. évi I. törvény logikájával egyezően rögzítette a jogszabály, hogy a bíróság akkor mellőzhette a kényszergyógykezelés kérelemre való felülvizsgálatát, ha erre három hónapon belül már sor került. (forrás: 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról, 566. §, (3) bek.)
[399] (szerk.) BELEGI József: *Büntetőeljárás jog I-II. - új Be. - Kommentár a gyakorlat számára*, Harmadik kiadás, ORAC Kiadó, Budapest, 2024. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2852658) *és*
HEVÉR Tibor: Gyanús vagy kóros? – Rezümé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól, *Magyar Jog*, 2007/6. (forrás: https://szakcikkadatbazis.hu/doc/2224590)
[400] 2002. évi I. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról, 273. § (2) bek.
[401] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § *és*
(szerk.) JUHÁSZ Zsuzsanna: *Nagykommentár a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvényhez* (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/375/id/A13Y0240.KK/ts/20240701/)

rendezés eredményeként a Bv. tv.-ben jelenleg két helyen szerepel a kényszergyógykezelés felülvizsgálata ugyanezen címmel, egyrészt az általános szabályok közt a bíróság és az ügyészség végrehajtással kapcsolatos feladatainál, másrészt az intézkedések végrehajtása körében.[402] Ugyanakkor a Be. indokolása szerint a törvény „különleges eljárásokként fenntartja az anyagi jogi intézményekhez kapcsolódó szükségszerű eljárásokat"[403], így a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának kiemelése e körből csupán a hatásköri változással tűnik indokolhatónak.

Az eljárás során meg kell hallgatni az ügyészt, a védőt és a kényszergyógykezelés alatt álló személyt, feltéve, hogy állapota miatt megjelenhet és jogainak gyakorlására képes. A kezelt vonatkozásában e döntés meghozatalára az IMEI főigazgató főorvosa jogosult.[404] A felülvizsgálat lefolytatásához (is) szükséges véleményt adó szakértők száma, melyre nézve kifejezett rendelkezést jelenleg az igazságügyi szakértői működésről szóló rendelet tartalmaz[405], olyan kérdés, melynek a régi Be. szabályozásához hasonlóan a törvényi szinten való rögzítése ismételten célszerű lenne. Ezen kívül módosultak a kapcsolódó bírósági illetékességi szabályok, így jelenleg a Budapest Környéki Törvényszék és a Fővárosi Törvényszék büntetés-végrehajtási bírája jogosult felülvizsgálati eljárás lefolytatására – előbbi, amennyiben elsőfokon nem budapesti székhelyű bíróság járt el, utóbbi pedig, ha elsőfokon budapesti székhelyű bíróság ítélkezett.[406]

[402] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. §, 329. §
[403] 2017. évi XC. törvény indokolása. Huszonegyedik rész - A különleges eljárások. (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/A1700090.TVI/)
[404] 2013. évi CCXL. törvény, 329. § (3) bek.
[405] 31/2008. IRM rendelet, 17. § (1) bek.
[406] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (4) bek.

4.2. Empirikus kutatási eredmények az intézkedés felülvizsgálata tárgyában

Hazánkban a kényszergyógykezelés felülvizsgálatára vonatkozóan az első és egyben utolsó átfogó empirikus kutatás a Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (*Mental Disability and Advocacy Center*, a továbbiakban: MDAC) által került lefolytatásra, melynek eredményeit 2004-ben publikálták. A jelentés az MDAC kétéves vizsgálatának tapasztalatain alapult, melynek során egy bíróságon 60 véletlenszerűen kiválasztott eljárást kísértek figyelemmel. Az MDAC elemzés tárgyává tette többek közt a tárgyalások átlagos tartamát, a szakértők, valamint a kényszergyógykezeltek tárgyaláson való jelenlétét, illetve annak hiányát, a (hatékony) jogi képviselet biztosítását a kezeltek számára, a bírói döntést az intézkedés megszüntetése, illetve fenntartása tárgyában, továbbá a fellebbezés esetleges megtörténtét.[407]

A kényszergyógykezelésre irányuló kutatásaim során mintegy két évtized távlatából indokoltnak és időszerűnek tűnt egy az előbbihez hasonló, komparatív jellegű empirikus kutatás lefolytatása az intézkedés felülvizsgálatát érintő aktuális hazai gyakorlat feltárása érdekében. Ennek megvalósításakor a lehető legteljesebb összehasonlíthatóság érdekében az MDAC által alkalmazott módszertant és vizsgálati szempontrendszert vettem alapul. 2023 és 2024 közt egy bíróságon 92 tárgyaláson vettem részt, melyek 59 kényszergyógykezelt ügyében zajlottak. A kutatási időszakban 31 kezelt esetében két és 1 kezelt esetében három felülvizsgálati eljárást volt alkalmam megfigyelni. Miközben a vizsgálati intervallum rövidebb volt, mint az MDAC esetében, az ügyek kiválasztása nem véletlenszerűen történt. Ennek hátterében technikai, illetve szervezési ok állt: a bíróság aktuális gyakorlatában ugyanis valamennyi, az adott hónapban esedékes felülvizsgálati eljárás lefolytatására egy napon került sor. Így 2023 áprilisa és 2024 januárja közt (egy hónapot kivéve) valamennyi, az adott bíróságon lefolytatott felülvizsgálatot lehetőségem nyílt figyelemmel kísérni.[408] Az MDAC által vizsgált szempontok mellett az elemzésem kiterjedt egyes további tényezőkre, különösen

- a kényszergyógykezeltek által megvalósított büntetendő cselekményekre,
- az intézkedés kezdő időpontjára – figyelemmel arra, hogy a kényszergyógykezelés kezdete főszabályként az IMEI-be történő befogadás napja, amennyiben viszont

[407] Mental Disability and Advocacy Center (MDAC, Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány): *Megvont szabadság – Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*, Budapest, 2004. 5-7.

[408] Ezen az intervallumon belül 2023 áprilisától júliusáig havonta, szeptemberben, októberben, majd decemberben, valamint 2024 januárjában került sor felülvizsgálati eljárások lefolytatására.

előzetes kényszergyógykezelés előzte meg és annak végrehajtását nem szakították meg, az intézkedés kezdetének a kényszerintézkedés kezdő napja tekintendő[409],

- a szankció relatíve határozott tartamának visszaállítására vonatkozó javaslatomra is tekintettel arra, hogy a vizsgálat időpontjában a kényszergyógykezelés tartama meghaladta-e az elkövető által megvalósított (legsúlyosabb) büntetendő cselekmény büntetési tételének felső határát, és ha igen, mennyivel,
- a kényszergyógykezeltek körében előforduló mentális zavarokra,
- az adaptációs szabadságra bocsátás felülvizsgálatot megelőző esetleges megtörténtére, valamint
- az IMEI „soros véleménye" (kórrajzkivonat) és a bíróság által kirendelt két szakértő által a kezelt aktuális állapotáról adott vélemény közti esetleges ellentétre a kényszergyógykezelés megszüntethetősége kérdésében.

A kutatás részletes háttéranyaga értekezésem 1. számú mellékletét képezi.

4.2.1. Az elkövetett büntetendő cselekmények és a kényszergyógykezelés tartama[410]

A kutatási időszakban az érintett 59 elkövetőről megállapítható volt, hogy összesen 81 büntetendő cselekményt valósítottak meg, és a kényszergyógykezeltek 24%-a (n=14) követett el két vagy több büntetendő cselekményt. A továbbiakban azokkal a cselekményekkel foglalkozom részletesebben, melyek a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozhatják. Ennek során figyelemmel voltam arra, hogy a régi Btk. hatálya alatt valamelyest eltérő – bővebb – volt az alapul szolgáló cselekményi kör. Így azt az esetet is számításba vettem, amikor kizárólag (többszörös visszaesőként elkövetett) garázdaság vétsége miatt került sor az intézkedés elrendelésére, továbbá, amikor a kényszergyógykezeltnek a régi Btk. szerint elbírált ügyében elvi szinten több büntetendő cselekménye szolgálhatott alapul a szankció alkalmazására, így a könnyű testi sértés alapesete is.[411] Erre tekintettel megállapítható, hogy a büntetendő cselekmények közül 70

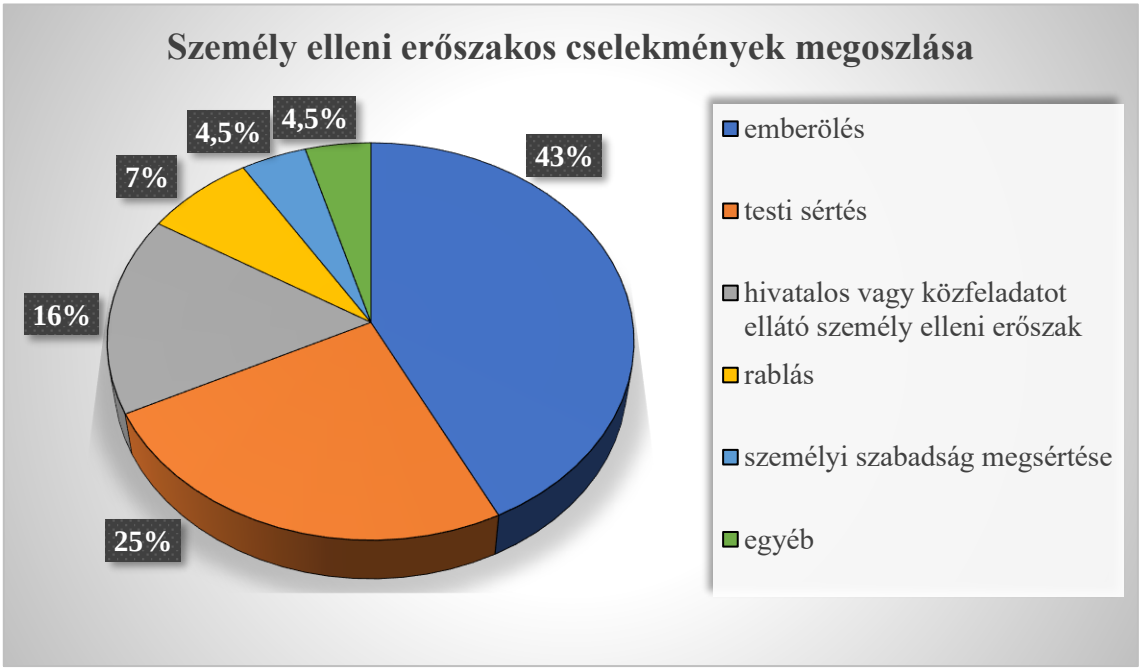
[409] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, 4. §
Az előzetes kényszergyógykezelés értelemszerűen azokban az ügyekben került figyelembevételre, melyekben erre vonatkozó adat a kutatás során felmerült.

[410] 1. melléklet, I. pont

[411] A Btk. alapján történő ítélethozatal esetén a kódex személy elleni erőszakos cselekményekre vonatkozó értelmező rendelkezésére, a kvalifikált cselekményi kör meghatározottságára tekintettel e cselekmények már nyilvánvalóan nem lennének számításba vehetők.

volt olyan, ami a kényszergyógykezelés alkalmazása szempontjából (a régi Btk., valamint a hatályos büntető törvénykönyv alapján) figyelembe vehető.

E cselekményeket részletesebben áttekintve megállapítható, hogy közveszélyokozást csupán 2 elkövető valósított meg, más „közveszélyt okozó" cselekmény pedig nem merült fel a kutatás során. Egyértelmű tehát a személy elleni erőszakos cselekmények dominanciája (97%-ban), azon belül pedig az emberölések és a testi sértések aránya meghatározó. Előbbi 29 esetben valósult meg – ebből 1 alkalommal került sor kényszergyógykezelés elrendelésére emberölés előkészülete alapján –, míg utóbbi 17 ügyben merült fel, ezáltal együttesen a személy elleni erőszakos cselekmények 68%-át tették ki. Az élet, a testi épség és az egészség elleni cselekmények után a leggyakoribbak a hivatalos személy elleni, illetve a vagyon elleni erőszakos cselekmények voltak – hivatalos személy elleni erőszak 8, valamint közfeladatot ellátó személy elleni erőszak 3, illetve rablás 5 esetben. Előfordultak még az emberi szabadság elleni, a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni, valamint a gyermekek érdekét sértő és a család elleni cselekmények – személyi szabadság megsértése 3, szexuális erőszak 1, illetve kapcsolati erőszak további 1 esetben, emellett, ahogy arra korábban utaltam, a régi Btk. hatálya alá tartozóan a köznyugalom elleni cselekmények (garázdaság 1 ügyben). Az intézkedésre alapul nem szolgáló és így ezen elemzés szempontjából figyelmen kívül maradt cselekmények közül egyébként (a Btk. hatálya alatt) a garázdaság merült fel leggyakrabban 4 elkövető vonatkozásában, emellett a könnyű testi sértés alapesete 2 ügyben, ezen kívül előfordult rongálás, fogolyszökés, zaklatás, becsületsértés és kiskorú veszélyeztetése.



3.1. ábra: Az elkövetett személy elleni erőszakos büntetendő cselekmények megoszlása (n=68)

Elemzés tárgyává tettem, hogy a kényszergyógykezelést megelőzően hány elkövetővel szemben rendeltek el előzetes (ideiglenes) kényszergyógykezelést. E kényszerintézkedésre a szabadságelvonás szempontjából a letartóztatás szabályai irányadók, célját tekintve viszont természetszerűleg eltér attól.[412] Elrendelésének feltétele, hogy megalapozottan lehessen következtetni arra, hogy a terhelt kényszergyógykezelését kell elrendelni.[413] Célja egyfelől tehát az, hogy a terheltet az újabb büntetendő cselekmény elkövetésében megakadályozza, és ezáltal a társadalom védelmét biztosítsa, másrészt lehetővé teszi, hogy az elkövető gyógyítása az erre kijelölt zárt intézetben megkezdődjön.[414] Ennek kapcsán a bírói gyakorlat rögzítette, hogy a „megalapozottan feltehető" kitétel csupán általános valószínűségre utal és annak konkrét nagyságára, illetve fokozott fennállására az ügyben felmerült valamennyi ténynek és adatnak, az eset összes körülményének együttes vizsgálatát követően lehet következtetni.[415]

Az előzetes kényszergyógykezelés kezdő napja az a nap, amelyen a beteget az IMEI-be befogadták.[416] Tartamát tekintve vádemelés előtti és vádemelés utáni szisztéma különíthető el. A vádemelés előtt elrendelt kényszerintézkedés az elsőfokú bíróságnak a tárgyalás előkészítése során hozott határozatáig, de legfeljebb 6 hónapig tart, és a bíróság

[412] FINSZTER Géza et al.: *Büntetőeljárási jog I.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2024. 357.
[413] 2017. évi XC. törvény, 301. § (2) bek, 277. § (5) bek.
[414] (szerk.) BELEGI (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2852658)
[415] ÍH 2024.93: Fővárosi Ítélőtábla 16.Bpkf.10.437/2024/5.
[416] 2013. évi CCXL. törvény, 424. § (2) bek.

alkalmanként legfeljebb 6 hónappal hosszabbíthatja meg.[417] Felülvizsgálatára hathavonta kerül sor.[418] A vádirat benyújtását követően a kényszerintézkedésről az ítélőbíróság dönt, és annak intervalluma megegyezik a letartóztatásával, vagyis az elsőfokú bíróság ügydöntő határozatának kihirdetéséig tart. A törvény – akárcsak letartóztatás esetén – a bírósági szakban eljárási cselekményekhez köti a kényszerintézkedés tartamát: amennyiben az elsőfokú bíróság ügydöntő határozata nem emelkedik jogerőre, a bíróságnak a határozat kihirdetése után döntenie kell az előzetes kényszergyógykezelésről. Amennyiben fenntartja (elrendeli), a másodfokú eljárás jogerős befejezéséig tart.[419] Az előzetes kényszergyógykezelés alkalmazásának elterjedtségét mutatja, hogy a vizsgált személyek közt csupán 10 olyan volt, aki nem állt korábban a hatálya alatt, és közülük négy elkövetővel szemben külföldön került sor a kényszergyógykezelés(nek megfelelő jogintézmény) alkalmazására – a hazai bíróság pedig végzés formájában rendelkezett az intézkedés végrehajtásának átvételéről –, további egy elkövető pedig ismeretlen helyen tartózkodott a szankció elrendelésekor, így annak végrehajtása csak később kezdődhetett meg.

Az előbbiekre figyelemmel ugyancsak áttekintettem a folyamatban lévő kényszergyógykezelések kutatás időpontjában fennálló tartamát. A vizsgált kezeltek közül ketten töltöttek (határozatlan helyett) relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelést az IMEI-ben. A több büntetendő cselekményt megvalósító kényszergyógykezelt ügyében az intézkedés maximális lehetséges tartamának meghatározására – a korábbi bírói gyakorlat szerint – a legsúlyosabb büntetendő cselekmény büntetési tétele felső határának alapulvételével került sor. Megállapítható, hogy az 59 kezelt közt 8 olyan volt, akik esetében az intézkedés tartama elérte (n=1) vagy meghaladta (n=7) az elrendelés alapját képező cselekmény büntetési tételének felső határát.

Utóbbiak közül egy esetben – 3 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő súlyos testi sértés kísérletével összefüggésben a kényszergyógykezelés megkezdésétől számított 3,5 év elteltével – a vizsgálati időszakban sor került az intézkedés megszüntetésére. A fennmaradó ügyeket elemezve látható, hogy 2 esetben 1 évvel, míg a továbbiakban lényegesen nagyobb mértékben lépte túl a szabadságelvonással járó szankció azt az időkorlátot, ami a relatíve határozott tartam intézményesítése esetén irányadó lenne.

[417] 2017. évi XC. törvény, 301. § (5)-(6) bek.
[418] Ugyanakkor a kényszerintézkedés megszüntetését – a kényszergyógykezeléshez hasonlóan – az arra jogosult személyek bármikor indítványozhatják. (forrás: FINSZTER et al., 357.)
[419] (szerk.) BELEGI (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2852658)

Nehezen tűnik elképzelhetőnek, mégis megkerülhetetlen realitás, hogy egy garázdaság vétségét megvalósító elkövetőt a vele szembeni határozatlan ideig tartó szankció alkalmazásának lehetősége okán 15 éve tartó szabadságelvonásnak vetnek alá a büntetés-végrehajtási rendszerben, 13 évvel tovább, mint amennyi ideig az alapul fekvő cselekmény okán kiszabható szabadságvesztés tartana – ugyanezen rendszer keretei közt. Hasonló a helyzet a 3 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő súlyos testi sértést megvalósító kényszergyógykezelt 16 éve tartó vagy a 2 évtől 8 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő rablást elkövető kezelt 14 éve folyamatban lévő szabadságelvonása esetében. Az utolsó e körbe tartozó ügyben, melyben súlyos testi sértés kísérlete és személyi szabadság megsértésének bűntette szolgált alapul a kényszergyógykezelés elrendelésére – abból kiindulva, hogy az irányadó gyakorlat szerint ebben az esetben is csupán az egyik cselekmény büntetési tételének felső határa (mindkettő 3 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő) vehető figyelembe –, a 14 éve tartó intézkedés szintén számottevően meghaladta a büntetési tétel felső határát, a vizsgálat időpontjában 11,5 évvel.[420]

Mindezek alapján rögzíthető, hogy a határozatlan tartamú, a büntetés-végrehajtási rendszerben foganatosított szabadságelvonás eredményeként az érintett kényszergyógykezeltek hátrányosabb helyzetbe kerültek, mint az azonos cselekményt megvalósító beszámítható és büntethető elkövetők. Az érintett kezeltek száma is a szakirodalomban korábban megjelent azon megközelítést támasztja alá, hogy a civil pszichiátriai rendszer felkészültségének hiánya és az esetlegesen hamarabb szabadon bocsátandók ellátására való alkalmatlansága nem lehet (érdemi) érv a szankció relatíve határozott tartamának visszaállítása ellen. Bár az érintettek száma nem kirívó – a kutatási időszakban a kényszergyógykezeltek körülbelül 14%-a –, az esetükben felmerülő jog- és érdeksérelem annál inkább az.

[420] 1. melléklet, I. pont

4.2.2. Az IMEI állásfoglalása a felülvizsgálati eljárással összefüggésben[421]

A felülvizsgálati eljárás lefolytatásához az IMEI főigazgató főorvosa minden esetben a kezelt állapotára vonatkozó részletes kórrajzkivonatot küld az illetékes büntetés-végrehajtási bírónak.[422] A kutatás során nyert adatok tanúsága szerint ennek tartalmát képezi többek közt a kezelt kórtörténetének összefoglalása, az exploráció (feltáró beszélgetés), a kezelt aktuális belgyógyászati, neurológiai és pszichés állapota. Mindezekre figyelemmel kerül sor az IMEI részéről a kényszergyógykezelés esetleges megszüntethetőségéről való állásfoglalásra. Ennek során az Intézet értelemszerűen kitér arra is, ha a kezelt elbocsátása esetére hozzátartozójától befogadó nyilatkozat érkezett vagy valamely szociális otthon, esetleg addiktológiai gondozó férőhelyet tud számára biztosítani. Ezen kívül szerepel még a kórrajzkivonatban, hogy a beteg adaptációs szabadságra bocsátható-e, gondnokság alatt áll-e, valamint, hogy a felülvizsgálati tárgyaláson megjelenésre alkalmas állapotban van-e.

4.2.2.1. A kényszergyógykezeltek tárgyaláson való jelenléte

A Bv. tv. előírja, hogy a tárgyaláson a kényszergyógykezelés alatt álló személyt meg kell hallgatni, feltéve, hogy állapota miatt megjelenhet és jogainak gyakorlására képes. Érdemi kérdés, melyben az IMEI-nek, pontosabban a főigazgató főorvosnak döntenie kell, hogy a kényszergyógykezelés felülvizsgálata tárgyában tartott tárgyaláson a beteg – egészségi állapota alapján – a megjelenésre alkalmas-e. A kezelt tárgyaláson való jelenlétének konkrét egészségügyi akadály hiányában, pusztán célszerűségi szempontokra tekintettel történő mellőzése feltétlen eljárási szabálysértés.[423] Akadály esetén a főigazgató főorvosnak haladéktalanul értesítenie kell az eljáró büntetés-végrehajtási bírót.[424] Az MDAC által vizsgált ügyekben 60 bírósági tárgyalásból a beteg 2 alkalommal nem volt jelen, az intézkedést pedig mindkét esetben fenntartották.[425] Az általam megfigyelt esetekben az IMEI 2 kezelt kapcsán állapította meg, hogy nincsenek a megjelenésre alkalmas állapotban. Az egyik páciens számára mozgáskorlátozottsága képezte (volna) a részvétel akadályát, míg a másik beteg hiperkinetikus és figyelemhiányos

[421] 1. melléklet, II. pont
[422] 2013. évi CCXL. törvény, 329. § (1)-(2) bek.
[423] BH 1977.12.537: Legf Bír. Bf. III. 1213/1977. sz.
[424] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (3) bek., 329. § (3) bek.
[425] Mental Disability and Advocacy Center, 20.

magatartászavarban (ADHD), valamint közepes fokú értelmi fogyatékosságban szenvedett markáns viselkedésromlással. Előbbi végül megjelenhetett a konkrét tárgyalási napon, ugyanakkor az utóbbi és további 2 kényszergyógykezelt a későbbiekben felmerült egészségi indok alapján nem vett részt az aktuális felülvizsgálati eljárásban. A kényszergyógykezelést valamennyi esetben fenntartotta a bíróság, a döntést a (kirendelt) védő tudomásul vette.[426]

Egyetértek az MDAC és a Társaság a Szabadságjogokért (a továbbiakban: TASZ) azon felvetésével, hogy a beteg megjelenéséről való döntés diszkrecionális jellege, az annak kapcsán hiányzó iránymutatás, valamint az indokolási kötelezettség és a jogorvoslati lehetőség hiánya önkényességre adhat alapot[427], miközben a kezelt eljárásban való részvételi lehetőségének biztosítása alapvető jelentőségű büntetőeljárási garancia. Az MDAC azt az ajánlást fogalmazta meg 2004-ben, hogy a főigazgató főorvos döntési jogköre generális jelleggel kerüljön megszüntetésre, és a továbbiakban kizárólag a bíróság határozhasson.[428] Ugyanakkor a beteg egészségi állapotáról érdemben a főigazgató főorvos tud nyilatkozni, aki a folyamatos megfigyelés révén a legnaprakészebb információkkal rendelkezik, illetve azokat megfelelő szakértelem birtokában tudja értékelni. A bírónak pedig – amennyiben nem csupán automatikus elfogadást, hanem érdemi reflexiót igényelne az IMEI döntésének „felülbírálata" – kétség esetén szakértőt kellene igénybe vennie a döntéshozatalhoz. Osztom tehát azt az álláspontot, hogy bizonyosfajta kontrollmechanizmus kialakítása indokolt, ugyanakkor az elsődleges állásfoglalásra továbbra is a főigazgató főorvos a legalkalmasabb. Mindenképp célszerű a kezelt megjelenéséről való döntés során az elsődlegesen számításba veendő szempontok és egy átfogóbb kritériumrendszer kidolgozása, valamint az IMEI állásfoglalásának részletes indokolással ellátott – elsősorban a kórrajzkivontban történő – dokumentálása. Tekintettel a kérdés egészségügyi és orvostudományi meghatározottságára, valamint arra, hogy a bíróság által kirendelt szakértők nem csupán megismerik a kórrajzkivonatot, hanem ahhoz képest időben később – és így a felülvizsgálat időpontjához közelebb esően – véleményt adnak a kezelt állapotát illetően, reális megoldás lehet, hogy a bíróság arra vonatkozóan is kérdést intézzen a szakértőkhöz, hogy a kezelt a tárgyaláson megjelenésre alkalmas állapotban van-e, és ez határozza meg a kezelt eljárásban való részvételét. Ugyanakkor

[426] 1. melléklet, II. pont, IV. pont
[427] Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Pszichiátria és betegjogok*, Budapest, 2002. 45. (forrás: https://tasz.hu/wp-content/uploads/2024/02/Pszichesbetegj2002.pdf)
[428] Mental Disability and Advocacy Center, 20, 36.

értelemszerűen ettől függetlenül adódhatnak olyan, közvetlenül az eljárás előtt felmerülő súlyos egészségügyi okok és helyzetek, melyek indokolhatják a kezelt jelenlétének hiányát és amelyekről kizárólag az IMEI tud számot adni. Ezekben a helyzetekben szintén alapvető jelentőségű az átlátható szempontrendszer alkalmazása, annak dokumentálása és a bíróság megfelelő tájékoztatása.

Sajátos gyakorlat, mely a koronavírus világjárvány alatt alakult ki, ám azóta is folyamatosan alkalmazott, hogy a kezeltek meghallgatására – amennyiben a tárgyaláson „megjelenésre alkalmas" állapotban vannak – online formában kerül sor. A bíró, az ügyész, a védő és a nyilvános tárgyalás esetleges további résztvevői a bíróság valamely tárgyalótermében tartózkodnak. A kezelt és mellette az IMEI valamely ápolója az Intézet egy erre kijelölt helyiségéből jelentkeznek be a videóhívásba. Az általam megfigyelt valamennyi esetben ilyen formában zajlott a felülvizsgálat. Ez eltér mind az MDAC kutatási tapasztalataitól, mind a saját, 2017-ben folytatott bírósági szakmai gyakorlatom során megfigyeltektől, amikor csaknem minden ügyben a kényszergyógykezelt személyes jelenlétében történt az intézkedés felülvizsgálata. Az MDAC kutatásában még a bíróság valamely tárgyalótermében lefolytatott eljárásokról számolt be, melyek során „a barna pizsamához hasonlító egyenruhát viselő – és esetenként az IMEI-s őrhöz bilincselt – beteget bevezetik a tárgyalóterembe".[429] Ez a rövid megállapítás is utal arra, hogy a kényszergyógykezelt büntetés-végrehajtási bíró elé állítása, az IMEI-ből a bíróságra való átszállítása és maga a tárgyalás, illetve annak körülményei fokozott pszichés megterheléssel járnak, illetve járhatnak a betegre nézve, emellett többlet terhet eredményeznek a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer számára.

2017-ben szerzett tapasztalataim alapján kifejezetten előremutatónak tartottam – és ma is implementálásra érdemesnek tekintem – azt a gyakorlatot, hogy a büntetés-végrehajtási bíró az eljárás valamennyi további szükségszerű résztvevőjével, így az ügyésszel és a kezelt védőjével az IMEI-ben tartotta meg a tárgyalásokat. Ezáltal nem csupán a kezeltekre és a végrehajtási rendszerre háruló terhek váltak csökkenthetővé, hanem a bíró is reálisabb képet kaphatott a betegek aktuális állapotáról. A kényszergyógykezeltek online meghallgatása a Covid-19 járvány és az ezzel összefüggő korlátozások idején kétségtelenül logikus és az adott körülmények közt alkalmas eszköz volt a személyes jelenlét áthidalására. Ugyanakkor a bíró nyilvánvalóan közvetlenebb tapasztalatokat szerezhet és ezáltal megalapozottabb döntésre juthat a kezeltekkel való

[429] ibid. 10.

személyes interakció révén, amikor viselkedés- és verbális, illetve nonverbális kifejezésmódjukat átfogóan tudja vizsgálni. Ezen kívül hatékonyabban biztosítható a védővel való kapcsolattartás. E szempontokra tekintettel megfontolandó az IMEI-ben tartott felülvizsgálati tárgyalások visszaállítása.

Kiegészítő jelleggel utalok rá, hogy az IMEI a kórrajzkivonatban szintén kitér arra, hogy a kényszergyógykezelt gondnokság alatt áll-e. Ha a betegnek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége tartósan, teljeskörűen hiányzik, vagy belátási képessége tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent, és nem áll gondnokság alatt, az IMEI főigazgató főorvosa a gyámhatóság útján kezdeményezi a gondokság alá helyezés iránti per megindítását.[430] A kutatás során felmerült adatok alapján az 59 kényszergyógykezelt közül, akik ügyében felülvizsgálat zajlott, 33-an álltak cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alatt, 1 (fiatalkorú) elkövető pedig gyámság alatt, azaz a vizsgált kezeltek közel 58%-a. Ennek gyakorlati jelentőségét többek közt az adja, hogy a hivatalból hathavonta lefolytatott eljáráson túl a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának kérelemre is helye van, a kezdeményezésre jogosult kör pedig magában foglalja a kezelt törvényes képviselőjét. Emellett az intézkedés felülvizsgálatáról hozott végzés ellen többek közt a beteg törvényes képviselője jogosult fellebbezésre.[431] A megfigyelt tárgyalások során egy alkalommal volt példa arra, hogy a kényszergyógykezelt gondnoka jelentett be fellebbezést a bírói döntés – az intézkedés fenntartása – ellen.[432]

[430] 2013. évi CCXL. törvény, 328. § (5) bek.
[431] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. §
(6) A kényszergyógykezelés felülvizsgálatának az ügyészség indítványára, a kényszergyógykezelés alatt álló, annak házastársa, élettársa, törvényes képviselője vagy a védő kérelmére, továbbá az IMEI főigazgató főorvosa előterjesztésére is helye van.
(9) A kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról hozott végzés ellen a kényszergyógykezelés alatt álló házastársa, élettársa és törvényes képviselője is fellebbezhet.
[432] 1. melléklet, IV. pont

4.2.2.2. Az adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége

Ahogy említettem, az IMEI (amennyiben az intézkedés fenntartását javasolja) meghatározza, hogy adott-e a lehetőség a kényszergyógykezelt adaptációs szabadságra bocsátására. Az adaptációs szabadság törvényi előfeltételei akkor teljesülnek, ha a kényszergyógykezelés megkezdésétől számítva hat hónap eltelt, és a beteg gyógyulása érdekében, a jogszabályban meghatározottak szerint felállított Adaptációs Bizottság javaslatára az IMEI főigazgató főorvosa engedélyezi.[433] Ennek során figyelembe kell venni a beteg állapotát, szociális körülményeit, azt a cselekményt, melynek elkövetése miatt a kényszergyógykezelést elrendelték, továbbá valamennyi feltárható kockázati tényezőt, különös tekintettel a környezettanulmányra.[434] Az adaptációs szabadság tartama legfeljebb harminc nap, ami egy alkalommal legfeljebb harminc nappal meghosszabbítható, emellett több alkalommal engedélyezhető.

Eltöltése kizárólag a beteg gondozására alkalmas és azt írásban vállaló személynél lehetséges[435], ami a gyakorlatban azt jelenti, hogy egy természetes személy vállalja a beteg folyamatos felügyeletét.[436] Ez a kritérium jelentősen leszűkíti a jogintézmény alkalmazási körét, hiszen a kényszergyógykezeltek jelentős része nem rendelkezik megfelelő protektív háttérrel, az engedélyezések gyakorisága éppen a fogadókészség hiánya miatt évről évre csökkenő tendenciát mutat[437], miközben az IMEI-ből való átmeneti és felügyelt elbocsátás kulcsfontosságú lenne a társadalomba való visszailleszkedés szempontjából.[438] Ugyanakkor, ha az átmeneti befogadást vállaló hozzátartozója van is a kezeltnek, a tágabb környezet elfogadókészsége gyakran hiányzik. Ezt példázza, hogy egy felülvizsgálat során a bírói kérdésre, hogy a kényszergyógykezeltet bocsátották-e már adaptációs szabadságra („kért-e adaptációs szabadságot a főigazgatótól"), a beteg úgy nyilatkozott, hogy amiatt hiúsult meg, mert „a szomszédok nem látták volna ott szívesen", így – további bírói

[433] 2013. évi CCXL. törvény, 338. § (1)-(2) bek.
[434] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 10. § (4) bek.
A Bv. tv. a reintegrációs őrizet elrendelése feltételeinek megállapítására és a környezettanulmány elkészítésére vonatkozó rendelkezései alapján a környezettanulmány kiterjed többek közt a befogadó nyilatkozatot tevő lakáshasználati jogára és a lakás elektromos áramellátására, a befogadó környezetre és a lakásban lakó más személyeknek az érintett befogadására való készségére. (forrás: 2013. évi CCXL. törvény, 76. § (2) bek. s) pont)
[435] 2013. évi CCXL. törvény, 338. § (4) bek.
[436] HAMULA János – UZONYI Adél: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet csoportterápiás rendszerének bemutatása, *Börtönügyi Szemle*, 2015/4. 45.
[437] KOVÁCS Zsuzsa Gyöngyvér: Gondolatok a kényszergyógykezelésről, In: (szerk.) SMUK Péter: *Az állam és jog alapvető értékei, 1. kötet*, Széchenyi István Egyetem Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola Konferenciája, Győr, 2010. 146. *és* BACSÁK (2016), 97.
[438] VÍZVÁRINÉ DELI Éva: Egészségügyi szakmai munka az IMEI-ben, *Börtönügyi Szemle*, 2000/2. 87.

kérdésre reagálva – nem is kérelmezte a későbbiekben.[439] Mindenképp indokolt tehát annak megvizsgálása, hogy az adaptációs szabadság intézménye hogyan lenne kiterjeszthető további kezeltekre a gyógyítás és a reszocializáció céljaival összhangban.

Az adaptációs szabadság formájában történő ideiglenes elbocsátáshoz természetszerűleg további feltételek, illetve garanciák kapcsolódnak: a beteg köteles az IMEI főigazgató főorvosa által meghatározott időpontban vagy időközönként, külön rendelkezés hiányában pedig a szabadság megkezdésétől számítva kéthetente pszichiátriai szakrendelőben orvosi ellenőrzésen megjelenni.[440] Ha az ellenőrzés során a beteg állapotának romlását állapítják meg, az orvos vagy a beteg gondozását vállaló személy javaslatára haladéktalanul intézkedni kell a beteg IMEI-be történő visszaszállításáról. Az ellenőrzésen való megjelenés elmulasztása esetén a főigazgató főorvos jogosult az adaptációs szabadság megszüntetésére.[441]

Az Alapvető Jogok Biztosának az IMEI-ben tett látogatásáról és megfigyeléseiről 2017-ben közzétett (legutóbbi) jelentése szerint – az IMEI 2016. február 16. napi létszámjelentése alapján – 215 ápolt közül 1 személy tartózkodott adaptációs szabadságon.[442] Kutatásom során is csupán 1 olyan személy volt, akit az intézkedés megszüntetését megelőzően adaptációs szabadságra bocsátottak. Arra vonatkozóan nem merült fel adat, hogy a további kezelteket, akiknek szabadon bocsátására a vizsgálati időszakban sor került, a kényszergyógykezelés megszüntetését megelőzően adaptációs szabadságra bocsátották-e. Az adaptációs szabadság kizárásának alapjaként – bár annak konkrét indokát az IMEI a felülvizsgálatok körülbelül egynegyedénél (n=22) adta – leggyakrabban a kényszergyógykezelt (inadekvát) pszichés állapota merült fel (17 alkalommal), míg a további ügyekben jelezte az Intézet, hogy családi háttér, illetve befogadó környezet hiányában nem lehetséges az adaptációs szabadságra bocsátás.

[439] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május
[440] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 11. § (1) bek.
[441] 2013. évi CCXL. törvény, 338. § (5)-(6) bek.
[442] Az alapvető jogok biztosa mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, Budapest, 2017. február 22. 8.

4.2.3. A bíróság által kirendelt szakértők állásfoglalása a felülvizsgálati eljárással összefüggésben

A felülvizsgálati eljáráshoz szükséges elmeorvos- és orvosszakértői vélemény beszerzése, melyet a szakértők jellemzően egyesített formában készítenek el. A vizsgált ügyek mindegyikében így került sor a szakvélemény benyújtására. Az eljárásban az IMEI orvosa az elmeorvos-szakértői vélemény kialakításában egyik szakértőként közreműködhet, erre azonban az általam figyelemmel kísért ügyekben nem került sor, így az IMEI részéről a főigazgató főorvos és a beteg kezelőorvosa szolgáltatta a kórrajzkivonatot, míg a bíróság két szakértőt rendelt ki a betegek állapotának (további) vizsgálatához. A megfigyelt 92 felülvizsgálati eljárásban kirendelt „szakértőpárosra" nézve megállapítható, hogy 90 felülvizsgálathoz ugyanaz a két szakértő szolgáltatott (egyesített) véleményt, míg a fennmaradó 2 ügyben egy másik szakértőpárost rendelt ki a bíróság. 2 kényszergyógykezelt – az intézkedés fenntartásával záruló – tárgyalás során a következő felülvizsgálathoz más szakértőpáros kirendelését kérelmezte, a bíró pedig mindkettőjüknek jelezte, hogy teljesíteni fogja a kérelmet.[443]

A bíróság alapvetően három kérdést intéz a szakértőkhöz a véleményadást megelőzően:

- Jelenleg szenved-e a terhelt az elmeműködés bármely kóros állapotában, különösen elmebetegségben, gyengeelméjűségben, szellemi leépülésben, illetve tudat- vagy személyiségzavarban?
- Egyetért-e a szakértő az IMEI legutóbbi „soros véleményének" tartalmával, fennáll-e annak megalapozott veszélye, hogy a kényszergyógykezelt a jövőben olyan személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekményt követne el, mely miatt vele szemben – büntethetősége esetén – egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni (bűnismétlési veszély)?
- Amennyiben a szakértő nem ért egyet az IMEI legutóbbi véleményének tartalmával, annak részletes indokolása?

A bíróság felhívja továbbá a szakértőket, hogy amennyiben egyéb észrevételük van, azt ismertessék.

Az IMEI és a szakértők is nyilatkoznak tehát a kényszergyógykezeltek esetében (esetlegesen) fennálló mentális zavarról, illetve zavarokról és azok természetéről. A

[443] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május, 2023. október

korábban ismertetett eltérések a jogtudományi és az orvostudományi terminológiák közt egyébként az általam figyelemmel kísért ügyekben ugyancsak tetten érhetők voltak. A szakértők véleménye szerint a kezeltek 71%-ánál (n=42) volt megfigyelhető a skizofrénia valamely altípusának előfordulása. Leggyakoribbnak a paranoid skizofrénia, a tudathasadásos elmezavar téveseszmékkel társult formája tekinthető. Több esetben merült még fel személyiségzavar (n=5), depresszió, illetve depresszív epizód (n=3) és pszichoaktív anyagok fogyasztásának talaján kialakult mentális zavar (n=3). Ugyanakkor az alkohol-, illetve kábítószerfogyasztás több más kezelt mentális zavarával összefüggésben is előfordult (n=5), így összesen a betegek mintegy 14%-ánál állt fenn korábban megállapítottan pszichoaktív szerfogyasztás. Ezen kívül adódott példa arra a jogirodalomban és joggyakorlatban is hivatkozott esetre, amikor epilepszia – és ahhoz társuló személyiségtorzulás –, mint kóros elmeállapot állt fenn a kezeltnél. A kutatási időszakban 1 fiatalkorú beteg ügyében zajlott felülvizsgálat, melyben a kóros elmeállapot értelmi fogyatékossággal társult magatartászavarból eredt.[444]

A szakvélemények változatlan tartalommal rögzítik az IMEI által küldött kórrajzkivonatot, és reflektálnak az abban foglaltakra. A kórrajzkivonatot és a szakértőknek a kényszergyógykezelés megszüntethetőségéről való állásfoglalását összevetve az MDAC még úgy találta, hogy a kirendelt orvosszakértő minden esetben egyetértett a kezelőorvos véleményével, így megkérőjelezhetővé vált az eljárásban a második orvosszakértő kirendelésének célja.[445] Az általam megfigyelt tárgyalások alapján e kérdéskörrel összefüggésben a következők rögzíthetők:

- a kórrajzkivonatban az IMEI által a beteg szabadon bocsáthatóságáról adott állásfoglalás 10 esetben volt ellentétes a bíróság által kirendelt szakértőpároséval,
- valamennyi esetben az IMEI tett javaslatot a kényszergyógykezelés megszüntetésére, és a szakértők zárták ki annak lehetőségét,
- a bíróság minden ilyen ügyben az intézkedés fenntartása mellett döntött, és a szakértőpáros által írásban előterjesztett szakvéleményt vette alapul, ezzel összefüggésben további eljárási cselekményre, így a szakértők személyes meghallgatására nem került sor. Olyan eset, amikor az IMEI a kényszergyógykezelés fenntartását látta volna indokoltnak, de a kirendelt szakértők ennek ellenében az

[444] 1. melléklet, II. pont
[445] Mental Disability and Advocacy Center, 37.

intézkedés megszüntetésére tettek volna javaslatot, kutatásom során nem merült fel, és a bíró által a tárgyalás során közöltek alapján saját praxisában sem fordult elő.[446]

Személyes megfigyeléseim a szakértők – és a beteg kezelőorvosa – tárgyaláson való jelenléte szempontjából azonosak voltak az MDAC kutatásában szereplőkkel[447]: a vizsgált eljárások közül egy alkalommal sem volt jelen a kezelőorvos és/vagy a szakértők.[448] A Be. természetesen előírja, hogy amennyiben a szakértők véleménye eltér, azt az egymás jelenlétében való meghallgatásukkal lehet tisztázni[449], ám a törvény vagy más vonatkozó jogszabály arra nézve nem tartalmaz iránymutatást, ha az IMEI és a szakértők által adott vélemény közt áll fenn ellentét. Az MDAC ajánlása szerint a beteg kezelőorvosa és a szakértő(k) jelenlétét egyaránt kötelező jelleggel kellene megkövetelni valamennyi eljárás során.[450] Álláspontom szerint e garanciális követelmény törvénybe iktatása valóban indokoltnak mutatkozik, legalább azokban az esetekben, amikor az IMEI és a kirendelt szakértők véleménye eltér a kényszergyógykezelés megszüntethetősége tárgyában. E körben figyelemmel kell lenni arra, hogy a szakértők (és a kezelőorvos) jelenléte hiányában, amennyiben a bíró kérdést akarna hozzájuk intézni, el kellene napolnia a tárgyalást.[451] Emellett az MDAC alappal mutatott rá, hogy ebben a helyzetben sem a kényszergyógykezeltek, sem védőik nem kérdezhetik a szakértőket, ami a jogi képviselet hatékony ellátása és a kezelti érdekérvényesítés ellenében hat.[452] Ennek gyakorlati megvalósítása sem ütközne különösebb akadályba, hiszen erre akár online formában is sor kerülhet, ahogy a kényszergyógykezeltek eljárásban való részvétele jelenleg megoldott, ami sem anyagi, sem infrastrukturális szempontból nem eredményezne addicionális terhet a büntető igazságszolgáltatási rendszerre nézve. Ugyanakkor azt a gyakorlatot megkérdőjelezhetőnek tartom, hogy az eljárásokból implikálhatóan a szakértők online formában hallgathatják meg a kezelteket. Ilyenkor szintén alapvető relevanciával bírnak a betegek bíró általi személyes meghallgatása kapcsán kifejtett érvek és szempontok, sőt – tekintettel arra, hogy a bíróság érdemben a szakvéleményre alapítja a döntését[453] – azoknak fokozott jelentőséget szükséges tulajdonítani.

[446] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május
[447] Mental Disability and Advocacy Center, 5, 37.
[448] 1. melléklet, V. pont
[449] 2017. évi XC. törvény, 197. § (3) bek.
[450] Mental Disability and Advocacy Center, 37.
[451] 2017. évi XC. törvény, 518. § (1) bek.
[452] Mental Disability and Advocacy Center, 37.
[453] 1. melléklet, IV. pont

Az MDAC 2004-ben publikált kutatásában kifejezte abbéli aggályát, hogy a kényszergyógykezeltek és védőik számára a szakvélemények nehezen hozzáférhetők, ami ellehetetleníti az érdemi reagálást és vitatást. Ugyanakkor a megfigyelők azt tapasztalták, hogy a bíró a tárgyalások során felolvasta az IMEI orvosának jelentését.[454] Kutatásom során a kényszergyógykezelés fenntartásával záruló tárgyalások közül 8 alkalommal jelezték a betegek bírói kérdésre, hogy nem kapták meg a szakvéleményt, míg további 4 főnek közvetlenül a tárgyalás előtt adták át, ami nem tette lehetővé a megfelelő áttekintést. A védő ezek kapcsán nem tett észrevételt. A gyakorlatban a felülvizsgálatok során alapvető jelentőségű, hogy ilyen helyzet ne fordulhasson elő, és valamennyi kényszergyógykezelt, illetve védő számára adott legyen a lehetőség a szakvélemények alapos áttekintésére és az azokra való érdemi reflektálásra. A büntetés-végrehajtási bíró minden esetben konkrét kérdést intézett a kényszergyógykezeltekhez arra vonatkozóan, hogy megkapták-e és elolvasták-e a szakvéleményt. Arra nem irányult minden esetben kérdés, hogy a kezeltek megértették-e a szakvéleményben foglaltakat, ugyanakkor a bíró valamennyi ügyben ismertette annak tartalmát – amennyiben a kezelt úgy nyilatkozott, hogy előzetesen (nagy vonalakban) megismerte a véleményt, röviden, nemleges válasz esetén valamivel részletesebben –, és amikor a szakértők nem láttak lehetőséget a beteg elbocsátására, illetve álláspontjuk ellentétes volt az IMEI által megfogalmazottal, a bíró kitért annak indokára.

4.2.4. A kényszergyógykezelés megszüntetésére irányuló javaslat

A korábban említett esetek közt, amikor az IMEI és a szakértők eltérő álláspontot képviseltek az intézkedés megszüntethetősége kérdésében, 2 olyan volt, amikor a szakértők az IMEI-vel ellentétben úgy vélték, hogy a beteg állapota még nem teszi lehetővé a szabadon bocsátást, illetve az állapotjavulás mértéke nem éri el a kívánt szintet. Az egyik ügyben a kezelt protektív családi háttere és hozzátartozójától érkezett befogadó nyilatkozat mellett sem látták érdemben kiküszöbölhetőnek a bűnismétlés veszélyét. A másik, ennél sajátosabb ügyben az IMEI jelezte, hogy az intézkedés két éve tartó alkalmazása érdemben eredménytelen maradt (a betegtől autoanamnézis nem volt felvehető, általános és pszichés állapota miatt nem volt explorálható, így érdemi információt sem nyertek tőle), a szakértők viszont az intézkedés fenntartását javasolták.[455] Kétségtelen, hogy a bírói gyakorlat

[454] Mental Disability and Advocacy Center, 6, 10.
[455] 1. melléklet, II. pont

mellőzte például az intézkedés alkalmazását olyan helyzetben, amikor az IMEI-ben történő kényszergyógykezeléstől eredmény nem volt várható, és helyette a civil pszichiátriai intézményben történő elhelyezést részesítette előnyben, hiszen ellenkező esetben a kezelt élete végéig a büntetés-végrehajtási intézetben kerülhetne fogvatartásra. Ugyanakkor a hivatkozott helyzetben a kezelt mentális zavara ismert volt, az orvostudomány aktuális állása szerint gyógyíthatatlan[456], míg a jelen ügyben – bár valószínűsége nehezen ítélhető meg – fennáll egy esetleges későbbi exploráció és ennek nyomán történő adekvátabb kezelés lehetősége a bűnismétlés veszélyének csökkentése érdekében.

Ennek kapcsán érdemes kitérni arra, hogy még sarkalatosabb kérdés azoknak az ügyeknek a megítélése, amikor a beteg kezelésére az IMEI, illetve annak gyakorlata és a fogvatartás körülményei egyértelműen inadekvátnak bizonyulnak. Ez a probléma mindenekelőtt fiatalkorúak esetében merül fel. A CPT 2005-ben és 2009-ben tett látogatásai után újonnan 2023 májusában vizsgálta az IMEI-ben kezeltek fogvatartásának körülményeit, mellyel kapcsolatban megállapításait 2024-ben tette közzé. Rögzítette többek közt, hogy az IMEI különösen alkalmatlannak bizonyulhat a fiatalkorúak elhelyezésére és kezelésére, továbbá javasolta, hogy az IMEI-ben történő fogvatartásuk lehetőségét a jogalkotó szüntesse meg.[457] Kutatásom során a fiatalkorú kényszergyógykezelt ügyében az IMEI jelezte, hogy az igényeihez illeszkedő fejlesztés nem valósítható meg, és a kezeléstől érdemi javulás nem várható, elhelyezésére pedig hosszabb ideje egyszemélyes formában kerül sor. Alkalmasabbnak látták volna a speciális fejlesztő intézményben történő további kezelést, mivel a szükséges feltételek és eszközök az Intézetben nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor elfogadható alternatívát a kényszergyógykezelt gyámja és szociális munkás bevonása mellett sem találtak. A fiatalkorúak IMEI-ben való kezelése álláspontom szerint csupán akkor bírhat létjogosultsággal, ha az Intézet rendelkezik a kívánt feltételekkel, amit a bíróságnak már a kényszergyógykezelés elrendeléséről való döntés során vizsgálnia és értékelnie kell. Amennyiben pedig a kezelés megkezdését követően válik nyilvánvalóvá, hogy az IMEI nem tekinthető alkalmasnak az adott elkövető gyógyítása céljának elérésére, a felülvizsgálati eljárásban logikusan adódó elvárás, hogy az IMEI véleménynyilvánítását követően haladéktalanul kerüljön sor a kényszergyógykezelés megszüntetésére, és az érintett más, speciális kezelési igényeinek megfelelő intézményben kerüljön elhelyezésre.

[456] ÍH 2010.52
[457] CPT (2024), 6.

Visszatérve azokhoz a további ügyekhez, melyekben az IMEI és a kirendelt szakértők közt ellentmondás volt a kényszergyógykezelés megszüntethetősége tárgyában, a szakértők az intézkedés fenntartásának szükségességét a kezelt elbocsátása esetén történő megfelelő elhelyezési lehetőségének hiányára alapították, azaz a protektív családi háttér hiányára vagy, amikor az IMEI több esetben jelezte, hogy a betegek szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, arra, hogy a férőhely még nem egyértelműen biztosított.[458] Tapasztalataim szerint, amennyiben a szociális otthontól megérkezik a nyilatkozat a férőhely effektív elérhetőségéről, az IMEI a kényszergyógykezelés megszüntetésére irányuló javaslatot küld a bíróságnak, és a bíróság soron kívül kirendeli a szakértőket a véleményadás érdekében.[459]

Ezzel összefüggésben érdemes viszont utalni egy a kényszergyógykezeltek szabadon bocsáthatóságáról való véleményalkotás során megfigyelt anomáliára. A Bv. tv. az IMEI-ből való elbocsátás kapcsán rögzíti, hogy a súlyos beteg vagy önálló életvitelre képtelen beteg elbocsátása előtt kellő időben értesíteni kell a törvényes képviselőt, a gondozásra vagy egyéb ellátására kötelezett személyt, és gondoskodni kell az elbocsátott hazaszállításáról, vagy szükség esetén kezdeményezni kell a megfelelő gyógyintézetben vagy a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást nyújtó intézményben történő elhelyezését; a szükséges intézkedéseket pedig a főigazgató főorvos teszi meg.[460] Az IMEI által közzétett és nyilvánosan elérhető információk szerint a kényszergyógykezelés megszüntetésének feltétele a beteg tartósan kompenzált állapota és a kezeléssel való együttműködés, továbbá lényeges, hogy a kezeltnek legyen elfoglalható helye a pszichiátriai betegek otthonában vagy amennyiben családjához távozik, annak feltételei biztosítottak legyenek.[461] A különféle ellátóintézmények lényegében átvezető,

---

[458] 1. melléklet, II. pont

[459] 2013. évi CCXL. törvény, 327. § (1) bek. *és* Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. december

[460] 2013. évi CCXL. törvény, 341. § (2) bek.

[461] https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/kerdesek

A kényszergyógykezelés kérelemre történő felülvizsgálatához (például a Jogkódexen) elérhető iratminta e kritériumok iskolapéldáját adja: „(…) Hiszt Erika az elmeműködés kóros állapotában, a hasadásos elmezavar téveszmékkel jellemezhető formájában mint mentális zavarban szenved.

Az utóbbi három hónapban Hiszt Erika állapota azonban rohamos javulásnak indult. Szülei elmondása szerint a vele való kommunikáció érhetőbbé vált, tudata folyamatosan tiszta, éber, tájékozottsága térben, időben megfelelő. Gyógykezelését elfogadja, együttműködő. Állapota a kezelés hatására stabilizálódott. Szülei az otthoni terápiás környezetet biztosítanák, amiről a nyilatkozatukat mellékelten csatolom.

A fentiekre figyelemmel álláspontom szerint indokolt annak soron kívüli felülvizsgálata, hogy Hiszt Erika kezelése a továbbiakban folytatható-e az IMEI-n kívül, otthoni környezetben. Jelenlegi állapotából ugyanis alapos következtetés vonható le arra, hogy gyógyszeres kezelés fenntartása mellett sem áll fenn a veszélye újabb bűncselekmény elkövetésének.

Ügyfelem a kényszergyógykezelés megszüntetése esetén a szülei lakásában élne életvitelszerűen, így édesanyja és édesapja is gondoskodni tudna arról, hogy a gyógyszeres kezelése folytatódjon.” (forrás: Kérelem kényszergyógykezelés felülvizsgálatára [Bv. tv. 69/B. § (6) bek.], iratminta, 2021.02.10.)

illetve áthidaló szerepet játszanak az IMEI és a társadalomba való közvetlen visszaengedés közt. A bíró az egyik ritka esetben, amikor a kezelt számára a kényszergyógykezelés megszüntetését követően addiktológiai gondozó vállalta, hogy férőhelyet biztosít, annak feltételeiről is kérdezte a beteget a tárgyaláson, és a kapott információk alapján a rehabilitáció főszabályként egy évig tart, ami eredménytelenség esetén meghosszabbítható, ellenkező esetben a gondozott elbocsátásra kerül.[462] A kirendelt szakértők állásfoglalásaiból látható, hogy jelentős szerepe van az elkövető oldalán a betegségbelátás mellett a bűntudat kialakulásának – tárgyalás során bírói észrevételként is elhangzott, hogy ennek hiányában nem reális a szabadon bocsátás[463] –, továbbá annak, hogy a beteg „jövőképe reális elemeket tartalmazzon", így (befogadó hozzátartozó hiányában) a szociális otthonban való elhelyezés elfogadását.

Utóbbi alátámasztja azt az általam megfigyelt gyakorlatot, hogy a szabadon bocsátásnak a kezelt hozzátartozója általi befogadásától vagy szociális otthoni elhelyezésének biztosítottságától való függővé tétele valamennyi ügyben generális jelleggel érvényesül. Érdekesség, hogy bár jogszabály ezt nem követeli meg, a szakértők kivétel nélkül alkalmazzák akként, hogy összekapcsolják a bűnismétlés veszélyével arra hivatkozással, hogy kizárólag a protektív háttér fennállása esetén valószínűsíthető, hogy a kezelt nem fog a későbbiekben olyan büntetendő cselekményt megvalósítani, ami miatt vele szemben büntethetősége esetén egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztést szabnának ki. Emellett, még ha a kezelt rendelkezik is olyan hozzátartozóval, aki vállalja befogadását, nyilvánvalóan hangsúlyos kérdés, hogy az érintett személy ténylegesen alkalmas-e a beteg felügyeletének ellátásra. Az egyik – intézkedést fenntartó – felülvizsgálat során a bíró maga is kitért arra, hogy bár a beteg az egyik hozzátartozója ingatlanában lakhatna szabadon bocsátása esetén, nem egyértelmű, hogy ellátása és felügyelete megfelelően biztosított, illetve biztosítható lenne.[464]

Bár az intézkedés megszüntetését ennek megkövetelése értelemszerűen megnehezíti, azzal egyet lehet érteni, hogy az évekig tartó zárt intézeti kezelés után lényeges a társadalomba való visszailleszkedés érdekében, hogy a betegek rendelkezzenek bizonyosfajta protektív háttérrel, és állapotuk szinten tartása érdekében főként gyógyszereik folyamatos szedése fölött az ellenőrzés megvalósuljon. Ugyanakkor az

[462] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2024. január
A bíró arra vonatkozóan is intézett kérdést a kezelthez, hogy a sikeres rehabilitációt követően hová menne, és a beteg válasza szerint hozzátartozójához, aki befogadná vagy saját (örökölt) lakásába.
[463] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. április
[464] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. október

aktuális gyakorlat lényegében implicite építi be a feltételt valamennyi ügybe, miközben annak alkalmazására csak a jogszabály által meghatározott szűkebb körben lenne alapvetően lehetőség. Arra pedig nem tértek ki egyértelműen a szakértők, illetve a bíróság, hogy a kezeltek, akiknek az IMEI a szabadon bocsátását javasolta, kifejezetten súlyos betegek vagy önálló életvitelre alkalmatlanok lennének. A jogszabály szövege és a szabályozás logikája arra enged következtetni, hogy a rögzített kritériumok fennállása esetenként és egyedileg vizsgálandó, az értékelés eredményére pedig szükséges lenne kitérni mind a szakvéleményben, mind a bírói döntéshozatal során. Amennyiben az elhelyezésre vonatkozó kritérium alkalmazása általában véve indokoltnak mutatkozik, annak a jogszabályban ekként való rögzítése is szükséges. Hozzáteszem, ez reálisabb lenne, ha a szankció maximális lehetséges tartamának meghatározottsága révén a szabályozásban érvényesülne olyan garancia, amely az intézkedés megszüntetéséhez kapcsolódó megszorítóbb jellegű feltételt valamelyest ellensúlyozhatná.

A feltétel generális jelleggel történő intézményesítése ezen kívül csak akkor bírhat létjogosultsággal, ha a kezelt (befogadására alkalmas és azt vállaló) hozzátartozó hiányában a kényszergyógykezelés szükségességének megszűntét követően haladéktalanul elbocsátásra kerülhet a büntetés-végrehajtási intézetből, azaz, ha a szociális otthoni elhelyezések rendszere megfelelően működik. Jelenleg is komoly problémát jelent azonban, hogy a szociális otthoni férőhely felszabadulására várva a kényszergyógykezeltek hónapokat, sőt akár éveket töltenek az IMEI-ben ahhoz képest, mint amikor az Intézet indokoltnak látná az elbocsátásukat. Az egyik ügyben a kényszergyógykezelt álláspontja szerint az intézkedéssel összefüggésben „a gyógyító-pszichiátriai és a büntető-javító célzat is teljesült”, ennek nyomán pedig arról kérdezte a bírót, hogy amíg sorra kerül a szociális otthon várólistáján, megoldható-e a civil pszichiátriai intézményben való elhelyezése. A bíró jelezte, hogy jogszabály alapján erre nincs lehetőség.[465] Az MDAC szintén rámutatott, hogy a bírónak nincs hatásköre arra, hogy a beteget más gyógyító intézménybe utalja.[466] A mostani gyakorlat viszont nem csupán a jogalap hiányában történő fogvatartás problémáját veti fel, hanem a gyógyítás és a tartós állapotjavulás elérésének céljával is ellentétes. A szociális otthonoktól a kezeltek elhelyezhetőségével kapcsolatban érkezett válaszok közül csupán néhányra utalok.

[465] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. december
[466] Mental Disability and Advocacy Center, 39.

Az egyik otthon várólistáján a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának időpontjában 58 fő volt, akiknek 90%-a azonnali, sürgős, soron kívüli elhelyezést kért. Az intézmény folyamatosan teljes létszámmal működik, így (egyelőre) nem tudtak a kezelt számára férőhelyet biztosítani. Olyan kérelmezőjük is van, aki már több, mint 5 éve várja az elhelyezését, mert üresedés csak halálozáskor van, így évente körülbelül 4-5 ember számára tudnak helyet adni. Egy másik esetben a szociális otthon nyilvántartásba vette a (soron kívüli) elhelyezésre irányuló kérelmet, mely a soron kívüli férfi várólistán a 94. helyre került. A nagyszámú várakozók miatt a várakozási idő akár a 10 évet is meghaladhatja, és a beköltözést közvetlenül megelőző állapot határozza meg a férőhely konkrét biztosíthatóságát, a nyilvántartott kérelem teljesítésének indokoltságát pedig évente felülvizsgálják. Ezzel összefüggésben utalok arra, hogy a kérelem valamennyi kezelt esetében, akiknek az IMEI az elbocsátását és a szociális otthoni elhelyezését javasolja, a férőhely soron kívüli biztosítására irányul. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény alapján, ha az ellátást igénylő soron kívüli elhelyezését kezdeményezték, az intézményvezető dönt az igény indokoltságáról, továbbá – több soron kívüli elhelyezésre vonatkozó igény esetén – az igények teljesítésének sorrendjéről.[467] Az ilyen és ehhez hasonló tényállapotok kapcsán több mint fél évszázad távlatából kísérteties ismerősséggel csengenek Farkas Sándor 1969-ben a Büntetőjogi Bizottság ülésén elhangzott szavai: „Nemegyszer tapasztalható, hogy az ilyen elkövetők hosszabb ideig méltánytalanul kénytelenek hátrányos helyzetet elviselni. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy az ilyen betegek nem ritkán éveket töltenek az intézetben csak azért, mert nincsen olyan személy, aki a házi gondozásukat vállalná, vagy férőhely hiányában nincsen olyan polgári elmegyógyító intézet, amely őket befogadná, nyilvánvalóvá válik, hogy az ilyen betegek méltánytalanul súlyos helyzetbe kerülnek anélkül, hogy azt a társadalom védelmének szempontjai szükségessé tennék”.[468]

A CPT 2024-es jelentése, illetve a magyar kormány erre adott válaszában szereplő információk alapján az IMEI-nek országosan 38 olyan intézménnyel van kapcsolata, melyekben az elbocsátást követően a kezeltek elhelyezésre kerülhetnek. 2023-ban a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (a továbbiakban: BvOP) és az IMEI egyeztetést folytatott a Belügyminisztérium Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságával, az Egészségügyért Felelős Államtitkársággal és az Országos Kórházi

[467] 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 94/B. § (2) bek.
[468] FARKAS, 338.

Főigazgatósággal. Ennek kapcsán megállapodás született arról, hogy az IMEI állandó nyilvántartást vezet az elbocsátási folyamatról, és a vonatkozó információkat jelenti a BvOP-nak.[469] Ugyanakkor álláspontom szerint ezek a lépések – bár pozitív kezdetet jelentenek – önmagukban nem alkalmasak a kényszergyógykezeltek elhúzódó fogvatartása problémájának megoldására. Látható, hogy a szociális otthonokhoz érkező kérelmek jelentős része soron kívüli elhelyezésre irányul, az intézményvezetők döntési jogköre pedig diszkrecionális. A gyakorlatban megnyugtató módon csak akkor kerülhetne rendezésre a kérdés, ha megfelelő kapacitással bíró intézményhálózat kerülne kialakításra.

Értelemszerűen szükséges áttekinteni azokat az ügyeket is, melyekben ténylegesen sor került a kényszergyógykezelés megszüntetésére. Az MDAC kutatásának tanúsága szerint a vizsgált eljárások mintegy 12%-ában (60 felülvizsgálat során 7 esetben) került sor az intézkedés megszüntetésére.[470] Saját kutatásomban hasonló arány manifesztálódott, 92 tárgyalás alatt 11 elkövető kényszergyógykezelését szüntette meg a bíróság.[471] Az érintettek közt hasonló volt azoknak az aránya, akik hozzátartozójuktól rendelkeztek befogadó nyilatkozattal (n=6) és azoké, akiknek szociális otthon biztosított férőhelyet (n=5). Megállapítható, hogy az intézkedést kizárólag akkor szüntette meg a bíróság, amikor az IMEI részéről a beteg kezelőorvosa, illetve a főigazgató főorvos és a kirendelt szakértők egyesített véleményükben egyaránt javasolták a kezelt szabadon bocsátását. Megfigyeléseim egybehangzók voltak az MDAC által 2004-ben kifejtettekkel: a bíróság és a védők egy esetben sem kérdőjelezték meg a szakvéleményt, akkor sem, amikor a beteg nyilvánvalóan nem értett egyet a szakértők álláspontjával.[472] Az IMEI által a CPT felé a 2023. májusi látogatással összefüggésben közölt adatok alapján 2023 elejétől számítva 36 kezelt kényszergyógykezelését szüntették meg, és az adott év végéig további 19 beteg elbocsátása volt prognosztizálható[473], ami a későbbi adatok tanúsága szerint ténylegesen meg is történt.[474]

---

[469] CPT (2024), 78.
[470] Mental Disability and Advocacy Center, 20.
[471] Bíróság által történő tanúmeghallgatásra egy alkalommal, a kényszergyógykezelés megszüntetésével záruló ügyben került sor. Tanúként a kezelt két hozzátartozóját idézte a bíróság, akiknek a beteg szabadon bocsátása esetén történő befogadása körülményeiről és az általuk biztosított feltételekről kellett számot adniuk. (Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2024. január)
[472] 1. melléklet, IV. pont *és* Mental Disability and Advocacy Center, 5.
[473] CPT (2024), 78.
[474] FEKETE Szabolcs: A kényszergyógykezelés végrehajtása az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben, előadás, 2024. október 25.
(forrás: https://kozossegiellatasok.hu/doc/Kenyszergyogykezeles_folyamata.pdf)

Az általam figyelemmel kísért 11, az intézkedés megszüntetésével záruló felülvizsgálatot részletesebben áttekintve rögzíthető, hogy 1 esetben az intézkedés tartama meghaladta az alapul fekvő cselekményre előírt büntetési tétel felső határát (fél évvel), 1 esetben pedig a kényszergyógykezelés ideje hozzávetőleg elérte e felső határt (10 évtől 20 évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztéssel büntetendő cselekmény kapcsán a szabadságelvonás tartama 19 év és 3 hónap volt). A további ügyekben a kényszergyógykezelés megszüntetésére ennél az időpontnál gyakran érdemben hamarabb sor került, ami arra enged következtetni, hogy a szükségesség kritériumára ténylegesen reflektál a gyakorlat. Ezek közül 6 ügyben a kezelt elbocsátása annál is hamarabb történt, mint amennyi büntethetősége esetén az elkövetett cselekmény alapján vele szemben kiszabható szabadságvesztés büntetési tételének alsó határa lett volna. Ennek kapcsán az látható, hogy a kezelteket érintő mentális zavarok a ciklotímia (a hangulati élet zavara); depresszió, illetve depresszív epizód; kábítószerfogyasztás indukálta pszichotikus tünetek és ehhez társuló paranoid zavar; valamint kóros jellegű pszichoaktív szerfogyasztás mentén kialakult mentális- és viselkedészavar voltak.[475] A bíró a megszüntetésről való döntés, illetve végzés kihirdetése során figyelmeztette a kezelteket, hogy a felírt gyógyszereiket továbbra is szükséges szedniük, valamint a területileg illetékes pszichiátriai intézményben rendszeres orvosi ellenőrzésen és konzultáción kell részt venniük.[476]

[475] 1. melléklet, I-II. pont
[476] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2024. január

4.2.5. A felülvizsgálati eljárások menete

Ahogy korábban kifejtettem, az eljárások lebonyolítására havonta egy tárgyalási napon, a kezeltek online formában való részvétele mellett kerül sor. Miután a bíró megkérdezi a kezeltektől, hogy megkapták-e és elolvasták-e a szakvéleményt, a további kérdések hasonlóak azokhoz, amelyekről az MDAC is számot adott kutatásában: a kezelt hogyléte, az IMEI-ben esetlegesen végzett munkája (ételtálalás, mosogatás, takarítás, stb.), a csoportos, illetve terápiás foglalkozásokba való bekapcsolódása és a hozzátartozókkal való esetleges kapcsolattartása merült fel leggyakrabban. Ezen kívül megfigyeléseim alapján rendszeresen előfordult a bíró részéről a kezelt által aktuálisan tapasztalt tünetekre és gyógyszeres kezelésére, illetve esetenként annak korábbi változtatására vonatkozó kérdés. Az MDAC által hivatkozott olyan helyzet, amikor a bíró egyetlen kérdést sem intézett a beteghez a tárgyalás során, kutatásomban nem fordult elő. Az MDAC szerint ugyanakkor ezek az információk az ügy szempontjából nem bírnak jelentőséggel, és a bíróság rajtuk keresztül nem nyer mélyebb betekintést a kezelt mentális állapotába, a szakvéleményekkel kapcsolatos véleményébe vagy a szabadon bocsátásával kapcsolatos álláspontjába.[477]

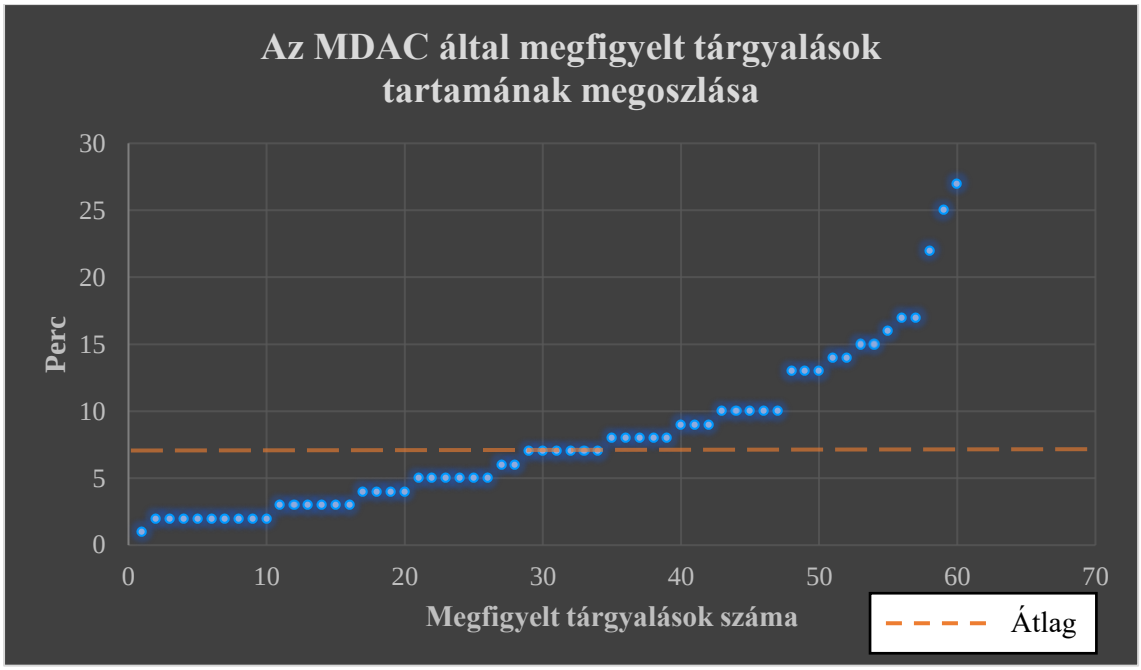
Arra azonban érdemes utalni, hogy a kezelt egyszerűbb kérdésekre adott válaszai, illetve a válaszadás módja, mely a bíró által is könnyebben értékelhető, a szociális és terápiás tevékenységekbe való bekapcsolódása, valamint az esetleges protektív háttér meglétének és tényleges funkcionálásának feltárása olyan szempontok, melyek a társadalomba való visszailleszkedés lehetőségének konkretizálásában és annak megítélésében segítik a bírót. Más kérdés, hogy az egyes tényezőknek mekkora szerepet lehet és érdemes tulajdonítani a döntés során azon – hasonló tartalommal több esetben felmerült – bírói kijelentés fényében például, hogy amennyiben a kezelt nem tanúsít „aktív(abb)" magatartást az IMEI-ben, például munkavégzés vagy foglalkozáson való részvétel formájában, nem reális a szabadon bocsátás.[478]

A tárgyaláson a részvételre alkalmas egészségi állapotúnak ítélt kényszergyógykezelt mellett a Bv. tv. kötelező jelleggel előírja az ügyész és a védő megahallgatását.[479] A gyakorlatban ezek a garanciák – a TASZ és az MDAC megfigyeléseivel összhangban – saját kutatásom során is formálisak voltak, az ügyész és a

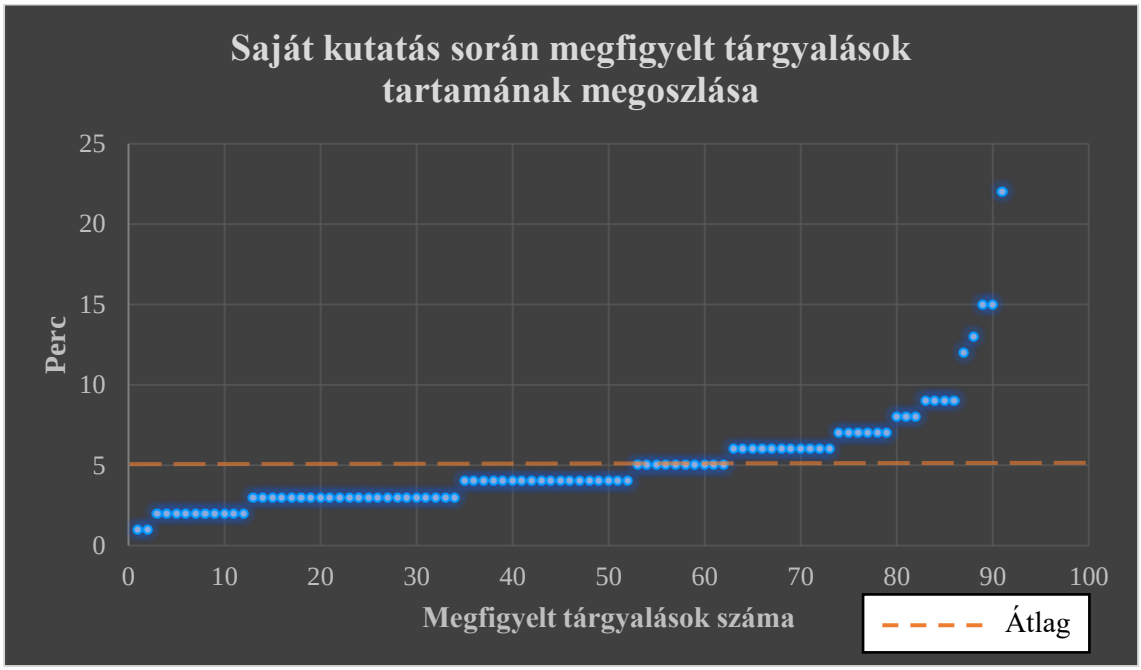
[477] Mental Disability and Advocacy Center, 28.
[478] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május (3 ügyben), 2023. december
[479] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. § (3) bek.

védő valamennyi esetben tudomásul vette a bíróság döntését, az ügyésznek kérdése két alkalommal volt[480], a védőnek hozzászólása, észrevétele pedig kizárólag azokban a ritka esetekben, amikor a kényszergyógykezelt kifejezett kérdést intézett hozzá vagy határozottan vitatta a szakvéleményben foglaltakat és/vagy az intézkedés fenntartását. Az MDAC által megfigyelt tárgyalások átlagos hossza 7 perc volt, egyes eljárások az Alapítvány jelentése szerint 3 percnél rövidebbek voltak. Rámutattak, hogy a bíróknak ezen időtartam alatt meg kell hallgatniuk az ügyész előadását (ilyen vizsgálatom során nem merült fel), a kényszergyógykezeltet és/vagy védőjét (utóbbi sem fordult elő), meg kell vizsgálniuk az elmeorvosi véleményt (amit kutatásom tanúsága szerint a bíróság a tárgyalást megelőzően áttekintett), ki kell hirdetniük a végzést, és ismertetniük kell annak indokolását. Az MDAC úgy találta, hogy ez az intervallum nem teszi lehetővé a kényszergyógykezelések kellően alapos felülvizsgálatát.[481] Saját vizsgálatom adatait részletesebben elemezve áttekintettem az eljárások átlagos tartamát, ugyanakkor arra is kitértem, hogy az intézkedést fenntartó és megszüntető tárgyalások intervalluma közt megfigyelhető-e bármilyen eltérés. A felülvizsgálatokat összességében nézve (n=92) az átlagos időtartam 5 perc volt. Ugyanez volt megfigyelhető az intézkedés fenntartásával záruló tárgyalások esetében (n=81). Ezen belül azok a felülvizsgálatok, melyek során az IMEI javasolta a kezelt szabadon bocsátását, de a szakértők állásfoglalása szerint és a bíróság döntése alapján fenn kellett tartani a kényszergyógykezelést (n=10), átlagosan 7 percig tartottak. Azon eljárások tartama, melyek a kényszergyógykezelés megszüntetésével zárultak (n=11), átlagosan 6 perc volt.[482]

[480] Mindkét ügyészi kérdés a kényszergyógykezelés megszüntetésével záruló ügyekben merült fel, a kezelthez intézetten. Az egyik esetben arra irányult, hogy a kezelt – amíg állást nem talál – megfelelő megtakarítással rendelkezik-e, a másik alkalommal pedig az képezte a kérdés tárgyát, hogy a beteg lakóhelyéhez képest elérhető közelségben van-e a pszichiátriai gondozó, ahol a szabadon bocsátást követően rendszeresen meg kell jelennie. (Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2024. január)
[481] Mental Disability and Advocacy Center, 5, 22.
[482] 1. melléklet, III. pont



3.2. ábra: Az MDAC által megfigyelt tárgyalások (átlagos) tartama (2001-2003)
(forrás: MDAC, 2004.)



3.3. ábra: Saját kutatásom során megfigyelt tárgyalások (átlagos) tartama (2023-2024)

4.2.6. A kényszergyógykezeltek hatékony jogi képviselete[483]

Ahogy az előzőekből kitűnik, a felülvizsgálatok során érdemben a szakvélemény bíró általi rövid ismertetésére és néhány kérdés kezeltnek történő feltételére, illetve megválaszolására kerül sor. Az eljárások döntő többségében kirendelt védő járt el, és a bíróság gyakorlata alapján jellemzően ugyanazt a védőt rendelte ki. Az eljárások túlnyomó részében egyébként az ügyész személye is változatlan volt. Az MDAC és a TASZ arra a következtetésre jutott, hogy a betegeket kirendelés alapján képviselő ügyvédek általában nem kellően felkészültek, ügyfelükkel először a tárgyaláson találkoznak, így az eljárás ilyen szempontból rutinszerű és felületes.[484] Saját kutatásomban is volt rá példa, hogy a kezelt az (eltérő nemű) ügyész és védő közül nem tudta, melyikük látja el jogi képviseletét, és az ügyészhez intézte kérdését.

Megfigyeléseim alapján a bírói döntéssel szemben fellebbezésre a felülvizsgálatok kevesebb mint 8%-ában (n=7) került sor. Ezek közül 1 esetben, ami korábban már említésre került, a kényszergyógykezelt gondnoka élt a fellebbezési jogával. A további érintett eljárásokban a kezelt részéről történt fellebbezés a kényszergyógykezelés fenntartásáról hozott végzés ellen. A védő egy felülvizsgálat során sem jelentett be fellebbezést, akkor sem, amikor a kényszergyógykezelt részéről erre sor került, illetve, amikor a kezelt szándéka egyértelműen erre irányult. Érdemes kitérni arra, hogy további 7 olyan ügy volt, melyben a kezelt a tárgyalás kezdetén arra a bírói kérdésre, hogy egyetért-e a szakvéleménnyel, nemleges választ adott, esetenként kifejezetten utalva arra, hogy a kényszergyógykezelés fenntartása ellen van kifogása. Ez többek közt olyan formában hangzott el a betegek részéről, hogy „nem értek egyet [a szakvéleménnyel], de nem tudok tenni ellene"; „nem értek egyet [a kényszergyógykezelés fenntartásával], de elfogadom"; illetve „nem [fogadom el a fenntartást], de nem tudok vitába szállni vele".[485]

Egy alkalommal a védő a kezelt kérdésére – a fellebbezés lényegének tisztázását követően – jelezte, hogy a szakvéleményt [a jogászok] nem tudják vitatni, „kész tények elé vannak állítva". Egy másik ügyben a képviselt személy azt a konkrét kérdést intézte a védőhöz, hogy „mi történne, ha fellebbezne", amire azt a választ kapta, hogy „semmi, jogászok döntik el másodfokon is, hogy szabadon bocsátják-e, ők nem mehetnek szembe a

[483] 1. melléklet, IV. pont
[484] Társaság a Szabadságjogokért, 46.
[485] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május (2 ügy), 2023. szeptember

szakvéleménnyel", tehát egy ilyen eljárás formális lenne; ő [a védő] pedig csak akkor szokta kezdeményezni, ha eredményesnek látná, de az adott kezelt esetében nem ez a helyzet. A kényszergyógykezelt (és/vagy a védő) részéről az adott ügyben fellebbezés nem történt.[486] Egy másik felülvizsgálat során a védő informálta a bíróságot – amikor a kényszergyógykezelt sérelmezte a huzamosabb ideje történő fogvatartást –, hogy egy hónappal korábban jártak nála a kezelt szülei, akiket tájékoztatott, hogy amíg „akár az IMEI, akár a szakértők nem javasolják a kényszergyógykezelés megszüntetését, addig a jogászok nem tehetnek semmit". A védő azon felülvizsgálatok során, amikor a kezelt nem volt jelen, kérdés és észrevétel nélkül tudomásul vette a bírói döntést. Ezek a megnyilvánulások nem is olyan meglepőek annak fényében, hogy a nyilvánosan (például a Jogkódexen) elérhető iratminta a kényszergyógykezelés felülvizsgálatával kapcsolatos eljárásban való védői észrevételre vonatkozóan a következőt rögzíti: „A szakértők alapos, körültekintő, a kényszergyógykezelt múltjára, valamint jelenlegi fizikai és pszichés állapotára is kiterjedő részletes véleményt alkottak, ezért az abban foglalt szakkérdéseket nem áll módomban vitatni, a kényszergyógykezelés szükségessége továbbra is fennáll".[487] Hasonló helyzet manifesztálódik a bíró esetében, ami tükröződik az olyan, a kényszergyógykezelthez intézett kijelentésben, hogy „az orvosok tudják megmondani az Intézetben, hogy Ön beteg-e, nyilván nem fogják szükségtelenül bent tartani".[488]

A védelemhez való jog érvényesülése szempontjából kiemelendő az Emberi Jogok Európai Bíróságának (a későbbiekben részletesen tárgyalásra kerülő) esetjogában megjelent azon megközelítés, mely szerint különbséget kell tenni a védő kirendelése és a hatékony jogi segítségnyújtás közt.[489] A védőnek tehát – az egyezménysértés elkerülése érdekében – érdemben hozzá kell járulnia a kényszergyógykezeltek jogainak védelméhez és érdekeik, illetve szándékuk érvényre juttatásához. Szintén érdemi elvárásként fogalmazódik meg, hogy a kezelt és védője, előbbi fokozottan kiszolgáltatott helyzetére is figyelemmel, akadálymentesen és kellő felkészülési időt engedve hozzáférhessen a szakvéleményhez. Ennek hiányában nem érvényesülhet a „fegyveregyenlőség" alapvető követelménye. Erre a Bíróság Nikolova Bulgária elleni ügyében is rávilágított, kifejtve, hogy a szabadságelvonás törvényességének vizsgálatára irányuló eljárásnak mindenkor kontradiktóriusnak kell lennie, és eleget kell tennie a felek közti fegyveregyenlőség

[486] 1. melléklet IV. pont
[487] Észrevétel kényszergyógykezelés felülvizsgálatával kapcsolatos eljárásban, iratminta, 2021.02.10. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/1769513?ofs=65#js8)
[488] Kényszergyógykezelés felülvizsgálata, 2023. május
[489] Magalhães Pereira Portugália elleni ügye, 2002. február 26. (ügyszám: 44872/98), 60.

kívánalmának. A fogvatartás törvényességének hatékony megkérdőjelezéséhez a védőnek hozzáférést kell biztosítani valamennyi, az eljárás szempontjából releváns irathoz, illetve adathoz. A kényszergyógykezeltek esetében ezeket az információkat elsősorban a szakvélemények tartalmazzák, amiből szintén levezethető a követelmény, hogy azokhoz a kezelt és védője akadálymentesen hozzájuthasson.[490] Az alárendeltség és a tehetetlenség állapota, ami a pszichiátriai intézményekben fogvatartottakat jellemzi, az Emberi Jogok Európai Egyezménye betartásának vizsgálatakor fokozott figyelmet követel.[491] Az MDAC úgy foglalt állást, hogy amennyiben az állam által biztosított védő soha nem vitatja a kezeltek fogvatartásának alapját, az egyezménysértés gyakorlatilag elkerülhetetlen.[492]

A Be. alapján a védő köteles többek közt a terhelttel (kényszergyógykezelttel) a kapcsolatot késedelem nélkül felvenni, a kezelt érdekében minden törvényes „védekezési" eszközt és módot kellő időben felhasználni, valamint a képviselt személynek a védekezés törvényes eszközeiről felvilágosítást, jogairól tájékoztatást adni.[493] Az ügyvédi tevékenységről szóló törvény (a továbbiakban: Ügyvédi tv.) értelmében a kirendelt védő köteles az ügyben eljárni, és a terhelttel, valamint – ha az ügy természete lehetővé teszi – a képviselt személlyel a kapcsolatot késedelem nélkül felvenni.[494] A Magyar Ügyvédi Kamara etikai szabályzata szerint a védő a jogorvoslat lehetőségével minden olyan esetben él, amikor annak jogi lehetősége fennáll és védence is élt ezzel (vagy, ha önállóan bejelentett jogorvoslatával védence érdekeit bizonyosan szolgálja).[495] Bár az Ügyvédi tv. rögzíti, hogy aki az ügyvédi tevékenység gyakorlásából eredő, jogszabályban, alapszabályban vagy etikai szabályzatban meghatározott kötelességét megszegi, fegyelmi vétséget követ el[496], ezzel kapcsolatos fegyelmi eljárás nem fordul elő.[497] Magam is osztom az MDAC azon felvetését, hogy fokozott hangsúlyt szükséges fektetni a védők szakmai tevékenységére, továbbá célszerű egy a kényszergyógykezeltekre figyelemmel kialakítandó „panaszmechanizmus" intézményesítése. Emellett biztosítani szükséges, hogy a betegek megfelelő tájékoztatást kapjanak az őket érintő eljárásokról és az azokkal kapcsolatos jogaikról, valamint, hogy a tájékoztatás számukra érthető és könnyen elérhető formában rendelkezésre álljon.[498]

---

[490] Nikolova Bulgária elleni ügye, 1999. március 25. (ügyszám: 31195/96), 58.
[491] Herczegfalvy Ausztria elleni ügye, 1992. szeptember 24. (ügyszám: 10533/83), 82.
[492] Mental Disability and Advocacy Center, 28.
[493] 2017. évi XC. törvény, 42. § (4) bek.
[494] 2017. évi LXXVIII. törvény az ügyvédi tevékenységről, 36. § (2) bek.
[495] 6/2018. (III. 26.) MÜK szabályzat az ügyvédi hivatás etikai szabályairól és elvárásairól, 8.13. pont
[496] 2017. évi LXXVIII. törvény, 107. §
[497] HEVÉR (forrás: https://szakcikkadatbazis.hu/doc/2224590)
[498] Mental Disability and Advocacy Center, 38.

5. A kényszergyógykezelés végrehajtása

5.1. A szabályozás áttekintése

Szögesdróttal megerősített külső falak és épületen belüli nyitott ajtós rendszerű[499] osztályok. Büntetés-végrehajtási törvényben meghatározott kényszerítő eszközök[500] és farmako-, illetve pszichoterápia. Hivatásos szolgálati viszonyban állók és szakorvosok. Pszichológusok és ápolók, akik egy része „a fehér köpenyt időnként egyenruhára cseréli".[501] Ezekben a kettősségekben is leképeződik a kényszergyógykezelés, mint szabadságelvonó, gyógyító jellegű szankció természetének és az ezzel érintett elkövetők, mint fogvatartottak és betegek helyzetének eredendő Janus-arcúsága. Az intézkedés végrehajtására vonatkozó egyes jogszabályokat áttekintve a rendelkezések körének fokozatos bővülése figyelhető meg. Miközben azonban a betegjogokat érintő szabályozás térnyerése egyértelmű, az IMEI büntetés-végrehajtási szervezetrendszerbe való integráltsága és egészségügyi intézmény jellege közti gyakori hangsúlyeltolódásokból korántsem vázolható fel hasonlóan töretlen tendencia.

Már a 9/1962. (VII. 21.) IM rendelet rögzítette, hogy a kényszergyógykezelés célja a beteg gyógyítása és a bűnismétlés megakadályozása. Ahogy arra korábban utaltam, a szankció foganatosítása ekkor egyaránt lehetséges volt egészségügyi intézetben, valamint házi gondozásban. Hozzáteszem, hogy az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtása már ekkor is csak intézeti keretek közt történhetett. Az egészségügyi intézetben végrehajtandó kényszergyógykezelés, valamint az ideiglenes kényszergyógykezelés helyéül az Országos Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet szolgált, mely – akárcsak napjainkban az IMEI – Budapest X. kerületében a Kozma utca 13. szám alatt működött. Az Intézet a belügyminiszter felügyelete alatt állt, míg a gyógyító tevékenység felett az egészségügyi miniszter gyakorolt szakfelügyeletet. Az Intézet vezetője (a kényszergyógykezelés foganatba vételétől számított egy év letelte előtt négy hónappal) a beteg állapotára vonatkozó részletes kórrajzkivonatot és jelentést kellett, hogy az elsőfokon eljárt bíróság elé terjesszen, aminek tartalmaznia kellett többek közt, hogy a beteg meggyógyult-e, illetőleg állapota jelentősen javult-e, nem kell-e tartani attól, hogy olyan cselekményt követ el, amely egyébként megvalósítja valamely bűntett törvényi tényállását,

[499] KOVÁCS (2010), 144.
[500] 2013. évi CCXL. törvény, 336. §
[501] HAMULA – UZONYI, 41.

továbbá, hogy tárgyalásra való előállítása célravezető-e vagy sem. Az intézetvezetőnek a rendszeres felülvizsgálatok közt is haladéktalanul előterjesztést kellett tennie a bírósághoz az intézkedés megszüntetése iránt, ha a beteg állapotára figyelemmel úgy vélte, hogy szükségessége már nem áll fenn.[502] Az 5/1974. (VI. 16.) IM rendelet deklarálta, hogy a beteggel szemben – jogszabályban meghatározott eltérésekkel, mint az intézet elhagyásának tilalma, a kapcsolattartás vagy a foglalkoztatás – az elmegyógyintézetben ápoltakra irányadó szabályokat kell alkalmazni. Az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtására eszerint egyaránt lehetőség volt az Intézetben vagy elmeosztályon, amiről az ügyész vagy a bíróság a kényszerintézkedést elrendelő határozatában rendelkezett. Az Intézetben való foganatosítás akkor volt szükséges, ha alaposan lehetett következtetni arra, hogy a bíróság a kényszergyógykezelésnek az Intézetben történő végrehajtását fogja elrendelni vagy nem jogerős ítéletében így rendelkezett.[503]

Az 1979. évi 11. tvr. már rögzítette, hogy a kényszergyógykezelést és az ideiglenes kényszergyógykezelést az erre kijelölt, zárt büntetés-végrehajtási egészségügyi intézetben, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben kell végrehajtani, az intézkedés kezdete pedig az IMEI-be történő befogadás napja. A kényszergyógykezelés célja pontosításra került azáltal, hogy a beteget az orvostudomány mindenkori állása szerinti szakszerű ellátásban kell részesíteni, hogy ezáltal állapotának romlását megakadályozzák és egészségét mielőbb, a lehetséges mértékig helyreállítsák. Az intézkedés végrehajtása során biztosítani kellett a beteg felügyeletét, szakellátásához szükséges megfelelő elhelyezését, anyagi és egyéb egészségügyi ellátását, szociális és jogi érdekeinek védelmét, valamint életvitelszerű „benntartózkodásához" az IMEI rendjével összhangban lévő feltételeket. A betegjogok körében e jogszabályban már megjelent a vallásgyakorlás, illetve cizellálásra kerültek a kapcsolattartást érintő rendelkezések. Kényszerítő eszközök alkalmazására kizárólag az Eütv. szerinti okok miatt és módokon kerülhetett sor. A büntetés-végrehajtási szervezetről szóló törvényben meghatározott kényszerítő eszközök közül a beteggel szemben kizárólag korlátozott testi kényszer (megfogás vagy lefogás) volt alkalmazható – azaz ellökés, elvezetés vagy önvédelmi fogás nem[504] –, és ez is csupán akkor, ha a beteg engedély nélküli távozását az IMEI-ből vagy felügyelet mellett az IMEI-

[502] 9/1962. (VII. 21.) IM rendelet, 1-2. §, 5. § (1)-(2), (5) bek., 8. § (1) bek., 7. § (1) bek.
Érdemét tekintve hasonló szabályokat tartalmazott az ennek helyébe lépő 6/1966. (VII. 24.) IM rendelet a bíróság által elrendelt kényszergyógykezelés végrehajtásának részletes szabályairól
[503] 5/1974. (VI. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés végrehajtásának részletes szabályairól, 3. § (2)-(3) bek., 8. § (1)-(2) bek.
[504] 1995. évi CVII. törvény a büntetés-végrehajtási szervezetről, 16. § (3) bek.

n kívüli tartózkodása helyszínéről másként nem lehetett megakadályozni. Alapvető jelentőségű volt, hogy a törvényerejű rendelet lehetőséget biztosított az adaptációs szabadságra bocsátásra a jelenleg hatályos szabályozáshoz hasonló feltételekkel.[505] A 9/1979. (VI. 30.) IM rendelet kiegészítő szabályokat tartalmazott, többek közt az Intézet vezető főorvosának döntési jogosultságáról a beteg hatóság előtti megjelenése kapcsán, illetve pontosítást eszközölt abban a körben, amikor a beteg állapota alapján a rendszeres felülvizsgálatok közt is előterjesztést kell tenni a bíróságnak az intézkedés megszüntetésére. Utóbbival összefüggésben konkretizálta, hogy a megszüntetésre irányuló javaslat feltétele, hogy nem kell attól tartani, hogy a kényszergyógykezelt olyan újabb cselekményt követ el, ami miatt kényszergyógykezelés lenne elrendelhető vele szemben, tehát már e jogszabály is a speciális bűnismétlés veszélyének hiányával kapcsolta össze a beteg elbocsáthatóságát. Értelemszerűen felmerült az igény azoknak a helyzeteknek a rendezésére, amikor a beteg más jellegű betegségének gyógykezelésére az Intézetben nincs lehetőség, így ebből a célból más kórházba kell szállítani. A jogszabály ennek a lehetőségét teremtette meg, kitérve arra, hogy a beteg megfelelő felügyeletét ilyen helyzetben is biztosítani kell.[506]

A 36/2003. (X. 3.) IM rendeletben az IMEI büntetés-végrehajtási szervezetrendszerbe illeszkedése jóval nagyobb hangsúlyt kapott: az Intézetet a büntetés-végrehajtásért felelős miniszter irányítása alatt működő, zárt jellegű, országos feladatkörű büntetés-végrehajtási egészségügyi intézetként jelölték meg, melynek felügyeletét a Belügyminisztérium, szakfelügyeletét pedig a BvOP látja el. Ezen kívül a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtása fölött az egészségügyi miniszter külön jogszabály szerint gyakorolt szakfelügyeletet, a tapasztaltakról pedig a büntetés-végrehajtásért felelős minisztert kellett tájékoztatnia. Az IMEI-t vezető főigazgató főorvosra utalva a jogszabály kiemelte, hogy egyben az Intézet parancsnoka. Ugyanakkor e rendelet még tartalmazta azt a hatályos jogszabályokban már nem, kizárólag az IMEI szervezeti és működési szabályzatában[507] szereplő elemet, hogy az Intézet, mint országos feladatkörű igazságügyi-pszichiátriai fekvőbeteg-gyógyító intézet, szakmai kapcsolatot tart fenn a pszichiátria és az igazságügyi pszichiátria területén működő intézményekkel, valamint más országos intézetekkel, továbbá részt vesz a szakterületén

[505] 1979. évi 11. törvényerejű rendelet, 83-84/A. §
[506] 9/1979. (VI. 30.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, 3. § (3) bek., 4. § (2)-(3) bek.
[507] Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata, 15. d) pont (forrás: https://bv.gov.hu/sites/default/files/imei_szmsz_jovahagyott_2022.pdf)

szervezett országos és nemzetközi kutatási programokban.[508] Sőt, a jelenleg hatályos 13/2014. (XII. 16.) IM rendeletből (a továbbiakban: Rendelet) szembetűnően hiányoznak általában véve az IMEI jogállására vonatkozó szabályok, és az Intézet alapító okirata is pusztán annyit rögzít, hogy annak irányító szerve a Belügyminisztérium, középirányító szerve pedig a BvOP[509], miközben az Intézet szervezeti és működési szabályzatában szerepel csak utalás arra, hogy a közegészségügyi, járványügyi és egészségvédelmi tevékenység, valamint az egészségügyi ellátás felett a Nemzeti Népegészségügyi Központ (jelenleg: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ), illetve Budapest Főváros Kormányhivatalának Népegészségügyi Főosztálya gyakorol felügyeletet.[510] Az IMEI jogállását érintő rendelkezéseket célszerű lenne (ismételten) jogszabályi szinten rögzíteni.

A reszocializációt előmozdítani hivatott eszközök kapcsán a jogszabály részletesebben kitért a munkaterápiás foglalkoztatásra, melyet elsősorban intézetfenntartási munka formájában biztosít az IMEI. Szintén lehetőség nyílt arra, hogy a betegek gyógyulásuk érdekében, orvosilag indokolt esetben, egészségügyi szakkíséret és biztonsági felügyelet mellett a főigazgató főorvos engedélyével az intézetet elhagyhassák, például külső munkáltatás (vagy kirándulás) céljából. Az adaptációs szabadság körében érdemi új elemeket tartalmazott a jogszabály, köztük, hogy a főigazgató főorvos az Adaptációs Bizottság szakmai álláspontját figyelembe véve hozza meg döntését, és kifejezetten megjelölte a Bizottság tagjait: a főigazgató főorvost, az orvos igazgatót, az osztályvezető főorvosokat, a klinikai-pszichológiai osztály vezetőjét, az adaptációs szabadságot kezdeményező orvost, a jogi, társadalombiztosítási és nyilvántartási osztály képviselőjét, valamint az IMEI betegjogi képviselőjét. Az aktuális szabályozás ehhez képest garanciális szempontból kevésbé egzakt, mivel csupán arra utal, hogy az Adaptációs Bizottság tagjait a főigazgató főorvos jelöli ki, diszkrecionális jogkörrel, és az IMEI betegjogi képviselője meghívott résztvevő, akinek jelenléte nem kötelező.[511] A betegjogi képviselő részvételének (ismételt) kötelezővé tételét a kezeltek jog- és érdekérvényesítésének előmozdítása végett mindenképp indokoltnak tartom. Ugyancsak lényeges volt annak konkretizálása, hogy az adaptációs szabadság kizárólag a beteg gondozására alkalmas és azt írásban vállaló

[508] 36/2003. (X. 3.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól, működéséről, 1-3. §
[509] Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet: Alapító okirat módosításokkal egységes szerkezetbe foglalva (okirat száma: A-135/1/2019), 3. pont
[510] Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata, 13. pont
[511] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 10. § (3) bek.

személynél tölthető el, illetve a kapcsolódó orvosi ellenőrzés rendjének kialakítása. A kényszergyógykezelés megszüntetése kapcsán ekkor jelent meg az a napjainkig továbbélő és korábban már hivatkozott rendelkezés, hogy a súlyos beteg vagy az önálló életvitelre nem alkalmas beteg elbocsátása előtt kellő időben gondoskodni kell az elbocsátott hazaszállításáról, illetve szükség esetén kezdeményezni kell a megfelelő fekvőbeteg intézményben vagy a pszichiátriai betegek otthonában történő elhelyezését, amihez a szükséges intézkedéseket a főigazgató főorvos teszi meg.[512]

A kényszergyógykezelés végrehajtására vonatkozó hatályos szabályokat alapvetően a Bv. tv. vonatkozó fejezete és a Rendelet tartalmazza.[513] Utóbbi, akárcsak a 36/2003. (X. 3.) IM rendelet, demonstrálja az IMEI széleskörű feladatait egyrészt fekvőbeteg gyógyintézetként – ahol többek közt a kényszergyógykezelés és az előzetes kényszergyógykezelés végrehajtása, egyes kóros elmeállapotú szabadságvesztésre ítéltek és letartóztatottak, illetve az elmeállapot megfigyelésére beutaltak kivizsgálása és kezelése zajlik –, másrészt a járóbeteg-ellátás keretében a büntetés-végrehajtási intézetben elhelyezett fogvatartottak pszichiátriai, ideggyógyászati és addiktológiai szakrendelői ellátását, valamint a kábítószer birtoklásával összefüggésben engedélyezett elterelés esetén a szükséges kezelés, illetve ellátás megállapítása érdekében történő vizsgálatot biztosító intézményként. A betegek és a beutaltak közti elhatárolás ennek nyomán is látható, ami egyébként már a 36/2003. (X. 3.) IM rendeletben megjelent. A kényszergyógykezelés és az előzetes kényszergyógykezelés alatt állók, illetve azok, akik számára a bíróság a szabadságvesztés végrehajtási helyeként az IMEI-t jelölte ki, a betegek körébe sorolandók.[514]

A betegek elhelyezésére és ellátására vonatkozóan további rendelkezéseket iktatott be a jogszabály. Előbbi kapcsán a fekvőbeteg intézetekre vonatkozó szabályok irányadók azzal, hogy a biztosítandó légtér és egyéni elhelyezést szolgáló élettér mértéke

[512] 36/2003. (X. 3.) IM rendelet, 9-10. §, 12. §, 14. § (3) bek.

[513] A végrehajtás érdekében a bíróságra háruló feladatokra vonatkozó szabályokat a 9/2018. (VI. 11.) IM rendelet rögzíti. (forrás: 9/2018. (VI. 11.) IM rendelet a fogva tartott személy esetében a büntetőeljárás lefolytatása, továbbá a büntetőügyekben hozott határozatok végrehajtása során a bíróságokra és egyéb szervekre háruló feladatokról)

[514] Ehhez képest a 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 1. §-a alapján beutaltnak minősül:
a) az a fogva lévő terhelt, akinek a bíróság az elmeállapota megfigyelését rendelte el,
b) az a terhelt, akinek a letartóztatását – a bíróság rendelkezése alapján – az IMEI-ben kell végrehajtani,
c) az, akit a szabadságvesztés, az elzárás, a közérdekű munka helyébe lépő szabadságvesztés, a pénzbüntetés helyébe lépő szabadságvesztés, a letartóztatás, a rendbírság helyébe lépő elzárás vagy a szabálysértési elzárás végrehajtása során kóros elmeállapot vagy szervi-idegrendszeri megbetegedésre utaló tünetek alapján a büntetés-végrehajtási intézet orvosa az IMEI-ben történő kivizsgálásra vagy kezelésre beutalt,
d) az a szabadságvesztésre ítélt, akinek a kivizsgálása a gyógyító-terápiás részlegre történő elhelyezésről való döntés érdekében szükséges.

vonatkozásában a szabadságvesztés, az elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbírság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól szóló rendelet előírásait kell alkalmazni, tehát a zárkában vagy a lakóhelyiségben – ideértve a kórtermet is – elhelyezhető létszámot úgy kell meghatározni, hogy minden fogvatartottra 6 m^3 légtér és egyéni elhelyezés esetén legalább 6, közösen elhelyezett fogvatartottak esetén személyenként legalább 4 m^2 élettér jusson.[515] A kezeléssel összefüggésben érdekes elem – melynek megvalósulása a kényszergyógykezelés gyakorlatában az intézkedés jellegét tekintve nem minden kétségtől mentes –, hogy míg a beteg a kezelést egészében véve értelemszerűen nem utasíthatja vissza, és az ellátást végző orvos megválasztásához való joga az IMEI-ben korlátozott, a kezelés módozatai, az ennek során alkalmazni kívánt beavatkozások tekintetében megilleti a visszautasítás joga.[516]

Időszerű volt, hogy a jogalkotó azokra a helyzetekre is reflektáljon, amikor a beteg (vagy a beutalt) bűncselekmény sértettjévé válik. Ekkor az IMEI-nek minden szükséges intézkedést meg kell tennie annak érdekében, hogy a Be. sértett jogaira, védelmére, illetve a vele szembeni kíméletes eljárásra vonatkozó szabályainak érvényesülését a fogvatartás során – elsősorban a megfelelő tájékoztatással – elősegítse, a főigazgató pedig intézkedik annak érdekében, hogy a sértett és a terhelt ne kerülhessen elhelyezésre azonos kórteremben, továbbá esetlegesen egy időben való szállításuk külön járművel történjen.[517] A Bv. tv.-be 2024-ben – feltehetően a CPT 2023-as látogatásától és az abban szereplő megállapításoktól sem függetlenül – integrálásra került, hogy az IMEI kórtermében a korábban öngyilkosságot megkísérlő vagy a saját, illetve mások testi épsége elleni cselekményt elkövető beteg megfigyelése érdekében, a megfigyelés elrendelésével közvetlenül nem érintett betegek kíméletével helyezhető el elektronikus megfigyelési eszköz[518], valamint, ha a beteggel szemben kényszerítő eszközt alkalmaznak, olyan kórteremben kell elhelyezni, ahol állapota elektronikus megfigyelési eszközzel nyomon követhető. Hasonló rendelkezéssel egészült ki egyébként a Bv. tv. elítéltek megfigyelésére vonatkozó általános szabálya is, mely korábban csupán annyit tartalmazott, hogy elektronikus megfigyelési eszköz nem alkalmazható például az orvosi rendelő, orvosi diagnosztikai és egyéb egészségügyi ellátásra szolgáló helyiség megfigyelésére. A

[515] 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet a szabadságvesztés, az elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbírság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól, 121. § (1) bek.
[516] 2013. évi CCXL. törvény, 330. § (2) bek.
[517] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 2. §, 33. § (1) bek., 37/A. §
[518] 2013. évi CCXL. törvény, 3. § 5. elektronikus megfigyelési eszköz: zárt rendszerű biztonságtechnikai eszköz, amely elektronikus formában kép, hang vagy kép és hang együttes felvételére, továbbítására és rögzítésére alkalmas.

módosítás eredményeként viszont a büntetés-végrehajtási intézet kórtermében és a betegszobában a korábban öngyilkosságot megkísérlő vagy a saját, illetve mások testi épsége elleni cselekményt elkövető elítélt megfigyelése érdekében, a megfigyelés elrendelésével közvetlenül nem érintett ellátottak kíméletével lehetőség nyílik elektronikus megfigyelési eszköz elhelyezésére.[519]

A korábban kifejtett, a kényszergyógykezelés relatíve határozott tartamának visszaállítására vonatkozó javaslatommal összefüggésben hozzáteszem, hogy mind a Bv. tv., mind a Rendelet tartalmaz (átmeneti) rendelkezéseket arra nézve, hogyan kell eljárni azokban az esetekben, amikor az intézkedés maximális lehetséges tartama eltelt, külön kitérve arra, ha a gyógykezelés szükségessége továbbra is fennáll, így ezek – a relatíve határozott tartam ismételt intézményesítése esetén – adekvát kiindulópontot jelentenek a végrehajtással kapcsolatos rendelkezések szempontjából. Eszerint a kényszergyógykezelés kezdő napját a (megszakítás nélküli) előzetes kényszergyógykezelés figyelembevételével kell meghatározni, annak kezdő napjához igazodik.[520] Ha elbocsátáskor a beteg gyógykezelésének szükségessége továbbra is fennáll, az IMEI főigazgató főorvosa az elbocsátás esedékességének napjával történő elhelyezés érdekében az Eütv.-ben foglaltak szerint kellő időben – a kényszergyógykezelés végső napjának lejárta előtt legalább harminc nappal – kezdeményezi a bíróságnál a kötelező gyógykezelés elrendelése iránti eljárást. Ha a bíróság elrendeli a kötelező gyógykezelést, a főigazgató főorvos intézkedik a beteg átszállítása iránt a kijelölt pszichiátriai intézetbe.[521]

[519] 2023. évi XCVII. törvény büntetőjogi tárgyú és ehhez kapcsolódóan egyéb törvények módosításáról, 71. §, 49. §
[520] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 39. §
[521] 2013. évi CCXL. törvény, 436. § (8) bek.

5.2. Az IMEI helye a büntetés-végrehajtási szervezetrendszerben

Az IMEI 1896. november 1. óta változatlan helyen, a jelenlegi Budapesti Fegyház és Börtön területén működik. A Letartóztatottak és Elítéltek Országos Megfigyelő és Elmegyógyító Intézeteként alapított intézmény fő feladatát kezdetben a kétes elmeállapotú letartóztatottak elmeállapotának megfigyelése és a mentális zavarban szenvedő elítéltek ápolása jelentette. Működését mintegy hetven ággyal, akkor korszerűnek számító kis kórtermi zárkákkal kezdte meg. A mentálhigiénés mozgalom átmeneti térnyerése után a biztonsági őrizet bevezetése és az izoláció hangsúlyossága éreztette hatását az Intézet jellegében, az 1950-es években a feladatára is utaló Elmebetegek Biztonsági Intézete nevet viselte. Az 1961. évi Btk. által intézményesített kényszergyógykezelés az Intézet beteglétszámának jelentős növekedését, egyúttal pedig egyes infrastrukturális hiányosságok felerősödését hozta magával. A Budapesti Fegyház és Börtönnel való együttműködés mellett fokozatosan kialakultak azok a területek, melyek indokolttá tették szervezeti önállóságát, amit az 5/1974. (VI. 16.) IM rendelet rögzített. A gyógyítási cél és a terápiás szemlélet térnyerése nyomán az 1980-as évek közepétől lehetővé vált a betegek osztályok közti szabad mozgása, és kibővült a terápiás foglalkoztatás köre.[522]

A 2000-es évektől a CPT, az Alapvető Jogok Biztosa, a Magyar Helsinki Bizottság és az MDAC Intézetben folytatott vizsgálatai nyomán készített jelentések és javaslatok, valamint a személyes látogatásaim során tapasztaltak alapján a kényszergyógykezelés végrehajtása kapcsán az egyik legalapvetőbb – és legrégebbre visszanyúló – problémának az IMEI jogállása és elhelyezkedése tekinthető. Már 1992-ben megtörtént a javaslattétel az új IMEI létesítésére, mivel meglévő telephelye inadekvátnak mutatkozott a további szakmai fejlődés előmozdítására.[523] Az MDAC 2004-es jelentésében az IMEI-t úgy írta le, mint „börtön a börtönben”.[524] Dogmatikailag vitatható, ugyanakkor a praktikum szempontjából igencsak találó a szakirodalomban megjelent azon hivatkozás, mely a kényszergyógykezelés alatt állókat „elítélt-gyógykezeltek”-ként azonosítja.[525] A CPT 2005-ös és 2009-es látogatásai során egyaránt arra a következtetésre jutott, hogy a folyosókat elválasztó fémrácsok és a fegyveres őrök jelenléte represszív környezetet

[522] ANTAL Albert – LACZKÓ János: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet rövid története, *Börtönügyi Szemle*, 2002/4. 95-97.
[523] BAGOSSY Mária: A kínzás tilalmának érvényesülése a kényszergyógykezelés végrehajtása során, *JURA*, 2020/1. 12, 15.
[524] MDAC, 11.
[525] BELOVICS Ervin – VOKÓ György: *A büntetésvégrehajtási törvény magyarázata*, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2014. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2116706)

teremt, így indokolt az Intézet elköltöztetése, továbbá a magyar kormány részéről az egészségügyért felelős minisztérium felügyelete alá vonása lehetőségének megvizsgálása annak érdekében, hogy inkább a gyógyító, semmint a büntető jelleg érvényesüljön.[526] 2006-ban több miniszter együttes feladataként határozta meg a kormány egy (vagy több) központi egészségügyi szolgáltató szervezet létrehozására vonatkozóan vizsgálat lefolytatását és javaslat készítését, mely számos szerv, köztük az IMEI teljes vagy részleges összevonásával jöhetett volna létre.[527] Az 1060/2012. Kormányhatározat célul tűzte ki az IMEI, a Büntetés-végrehajtás Központi Kórháza, valamint a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részlege közös telephelyre integrálását a Szent László Kórház területén[528], ugyanakkor a BvOP a Magyar Helsinki Bizottság által az Intézetben tett 2013-as látogatást követően már múlt időben írt ezen intézményegyesítési tervről[529], és 2018-ban a kormány visszavonta az erről szóló határozatot.[530] Maguk az IMEI-t vezető, illetve az ott foglalkoztatott szakemberek is hangot adtak ugyanakkor azon álláspontjuknak, hogy a XIX. században épült, pavilonszerű épületek és ebből adódó struktúrájuk nem felel meg a modern pszichiátriai intézetekkel szemben támasztott építészeti elvárásoknak és követelményeknek.[531]

Sajnálatos, hogy az IMEI az egyéni kutatások iránti „nyitottság" szempontjából is osztja a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer egyéb intézeteinek aktuális hazai sorsát. Az épületen belül ugyan (elviekben) nyitott osztályok vannak, a független megfigyelők viszont prognosztizálhatóan a felügyeletet gyakorló Belügyminisztérium által szigorúan zárt ajtókkal találkoznak. Elégséges a kutatások, illetve az ezekre irányuló kérelmek elutasításához, ha az érintett szerv számára nem járnak előnnyel? Feladatául és szerepéül szánható ez egyáltalán bármely független kutatásnak? Vagy, amennyiben a személyi

[526] European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 March to 8 April 2005, Strasbourg, 29 June 2006. 48. *és*
European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: 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, Strasbourg, 2010. június 8. 40-41.
[527] 2118/2006. (VI. 30.) Korm. határozat az államháztartás hatékony működését elősegítő szervezeti átalakításokról és az azokat megalapozó intézkedésekről, 6. i)
[528] 1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest), a Büntetés-végrehajtás Központi Kórház (Tököl) és a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részleg (Algyő-Nagyfa) közös telephelyre integrálásával összefüggő feladatokról, 1.
[529] BAGOSSY, 13.
[530] 1457/2018. (IX. 25.) Korm. határozat a büntetés-végrehajtási intézetek férőhely-bővítési programjához kapcsolódó egyes kérdésekről, 5.
[531] HAMULA – UZONYI, 36.

állomány számára megítélésük szerint (túlzott) terhet jelent néhány kérdés megválaszolása egy interjú keretében? Az Intézet főigazgató főorvosával ezen indokok alapján nem volt lehetőségem interjút készíteni az aktuális állapotokról, így a további, gyakorlatorientált kérdések elemzésekor elsősorban a CPT legutóbbi, 2023-as látogatásáról készült jelentését veszem alapul. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy a (jogtudományi) kutatás keretében az elmélet és a praxis szerves egységet alkot, ennek fenntartásában pedig a gyakorlati szakemberek és döntéshozók kiemelt felelősséggel bírnak.

A CPT 2024-es jelentésében fenntartotta, hogy az IMEI Budapesti Fegyház és Börtön területén való elhelyezkedése aggályosnak tekinthető, bár a magyar kormány hivatkozása szerint a kényszergyógykezeltek büntetés-végrehajtási intézetben történő elhelyezése statikus és dinamikus biztonsági szempontokra figyelemmel létjogosultsággal bírhat. A testület ez alkalommal már kifejezetten javasolta, hogy az Intézet – külön egészségügyi minisztérium hiányában – mindenekelőtt az egészségügyért felelős kormányzati szervek felügyelete alá kerüljön.[532] A magyar kormány konkrétumokban nem bővelkedő válasza szerint a 2035. december 31-ig tartó programozási időszakra vonatkozó ágazati beruházási tervek és az állami építési beruházási keretprogram körében az IMEI átfogó felújítására is sor kerülhet, egyúttal pedig „a lehető legteljesebb együttműködés érdekében" vizsgálat tárgyát képezi az Intézet átstrukturálásának, illetve relokalizációjának kérdése.[533] Utóbbiak tényleges megvalósulásának szükségességére korábban már számos szerző rámutatott[534], ám mindezidáig érdemi előrelépés nem történt.

Ahogy arra korábban reflektáltam, a kényszergyógykezelés, mint büntetőjogi felelősség hiányában alkalmazott szankció kétségkívül rendszeridegen jogkövetkezmény, ugyanakkor a büntetőeljárási keretek – potenciális kriminalizáló, illetve stigmatizáló hatásuk mellett – elvi szinten többletgaranciákat is képesek biztosítani a kóros elmeállapotú elkövetők számára, és következetes érvényesülésük, illetve érvényesítésük esetén érdemi érvet jelentenek a szabályozás jellegének megtartása mellett.[535] A kérdés viszont, hogy ez az érvelés a büntetés-végrehajtásban történő foganatosítást tekintve hasonlóan adekvátnak tekinthető-e, megújuló viták tárgyát képezi. Pallo József alappal mutatott rá, hogy az

[532] CPT (2024), 63-64.
[533] Government of Hungary: Response of the Hungarian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Hungary from 16 to 26 May 2023, Strasbourg, 3 December 2024. 72.
[534] DOMOKOS (2005), 5-6., ANTAL – LACZKÓ, 98., ANTAL – LACZKÓ – KARDON, 109., BAGOSSY, 15., KRÁMER– BACSÁK, 33-34.
[535] VOKÓ György – LAJTÁR István: A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei, *Belügyi Szemle*, 1997/12. 18-21.

elmegyógyítás olyan komplex orvosi tevékenység, melyet csak kiválóan felszerelt és komoly szociálpolitikai háttérrel rendelkező közegben lehet a siker reményével végrehajtani, ezen kívül kiemelt jelentőségű *quasi* népegészségügyi feladat, melyet nem lehet a büntetés-végrehajtási szervezeten belül mintegy „melléküzemágként" működtetni. Erre figyelemmel a kényszergyógykezelés és az előzetes kényszergyógykezelés végrehajtását a büntetés-végrehajtáson kívül eső, szervezetileg önálló forenzikus (törvényszéki) klinikán javasolta megvalósítani, mely az igazságügyi és a szociális „tárcák" közös felügyelete alatt állna.[536] A Magyar Helsinki Bizottság emellett hangsúlyozta, hogy a biztonsági előírások és a terápiás környezet egymás ellenében ható tényezők abban az értelemben, hogy minél szigorúbb egy kórház biztonsági fokozata, annál nehezebb és költségesebb a megfelelő terápiás kezelések biztosítása.[537]

Az IMEI egészségügyi keretrendszerbe történő (fokozott) integrálását magam is célszerűnek tartom azzal, hogy arra értelemszerűen kizárólag a szükséges biztonsági intézkedések megtartása, illetve kialakítása mellett van lehetőség, és elsősorban az Intézet egészségügyi szervezetrendszerhez történő közelítése, kórház-jellegének előtérbe helyezése kell, hogy nagyobb hangsúlyt kapjon. Emellett az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (a továbbiakban: OPNI) 2007-es „egészségügyi reform" nyomán történt bezárásával a civil pszichiátriai rendszerben szintén máig ható problémák jelentkeztek, az ágyszámleépítéstől az ambuláns pszichiátriai ellátás finanszírozásának csökkentésén át a megfelelő létszámú szakszemélyzet hiányával bezárólag[538], így az OPNI ismételt megnyitása ugyancsak megfontolásra érdemes.

[536] PALLO (2003), 70-71.
[537] Magyar Helsinki Bizottság, 13.
[538] NAGY (2014), 16.

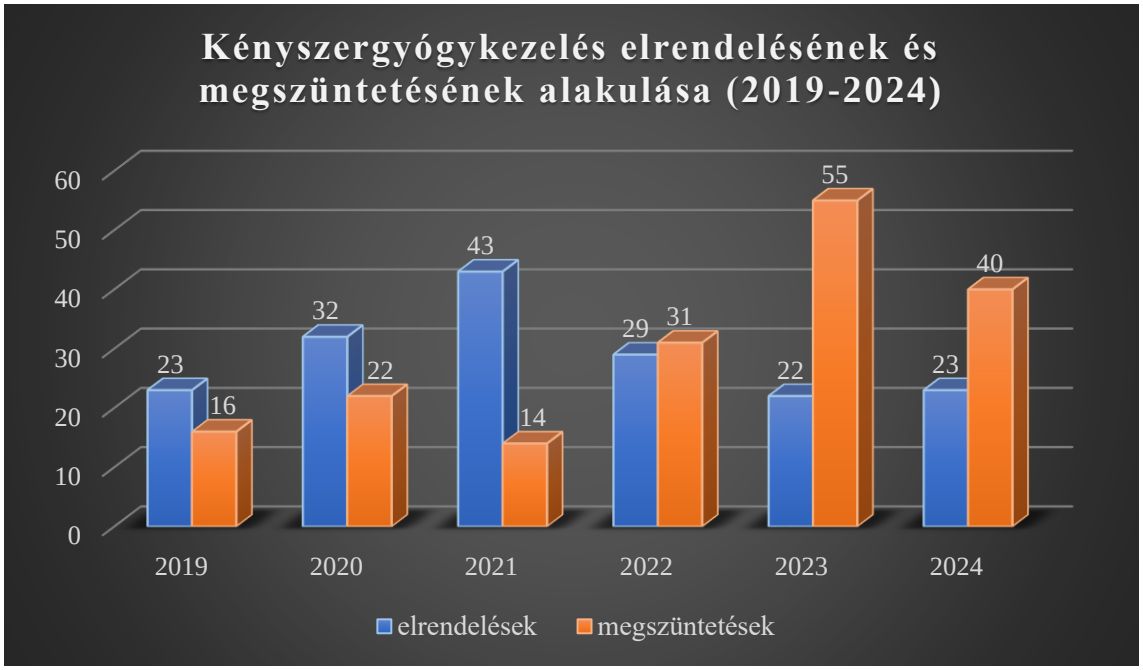
5.3. A kényszergyógykezeltek helyzete az IMEI-ben

Az elmúlt évek eddig közzétett adatai, az egyes évek utolsó napján rögzített információk alapján a kényszergyógykezeltek száma 2019-ben 188 (az összes jogerősen elítélt, letartóztatott, elzárást töltő és kényszergyógykezelt személyt tekintve a fogvatartottak 1,15%-a)[539], 2020-ban pedig 198 fő volt (a fogvatartottak 1,2%-a).[540] Jelentősebb növekedésre 2021-ben került sor, az év végén 251 személy (a fogvatartottak 1,34%-a) állt kényszergyógykezelés alatt[541], míg 2022-ben 245 fő (a fogvatartottak 1,26%-a).[542] 2023 végére látható valamivel komolyabb csökkenés az intézkedés hatálya alatt állók számában, amikor 219 kényszergyógykezelt tartózkodott az IMEI-ben, azonban az is megfigyelhető, hogy arányuk a fogvatartotti populáción belül az előző évhez képest minimális mértékben változott, a fogvatartottak 1,22%-át tették ki.[543]

A Covid-19 járvány idején, részben azzal összefüggően az intézkedés elrendelési gyakoriságának (átmeneti) növekedése figyelhető meg a megszüntetések számának csökkenésével párhuzamosan. Ez a tendencia 2021-ben tetőzött, amikor 43 elrendelés mellett csupán 14 megszüntetésre került sor. Míg az elrendelések száma éves szinten 2019-2021 közt meghaladta a megszüntetésekét, 2022-ben közel azonos arány figyelhető meg, majd 2023-ban, a CPT látogatásának évében történt érdemi fordulat, amikor számottevően megnövekedett az elbocsátások száma, illetve az elrendelésekhez viszonyított arányuk. Míg 2019 és 2021 közt évente átlagosan 17 esetben szüntetett meg a bíróság kényszergyógykezelést, 2022-ben már 31, 2023-ban pedig 55 alkalommal. 2024-ben valamelyest mérséklődött az elbocsátások száma, ám még ekkor is 40 fő szabadon bocsátására került sor.[544]

---

[539] SVECZ Miklós: A fogvatartotti létszámokban megfigyelhető tendenciák, *Börtönstatisztikai Szemle*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BvOP), Budapest, 2020. 7, 17.
[540] (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2020*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2021. 23.
[541] (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2021*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2022. 16.
[542] (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2022*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2023. 16.
[543] (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2023*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2024. 18.
[544] FEKETE (forrás: https://kozossegiellatasok.hu/doc/Kenyszergyogykezeles_folyamata.pdf)



4.1. ábra: Kényszergyógykezelés elrendelésének és megszüntetésének száma 2019-2024 (forrás: https://kozossegiellatasok.hu/doc/Kenyszergyogykezeles_folyamata.pdf)

Az Intézet huzamos ideje 311 fős kapacitással rendelkezik[545], a CPT 2023. májusi vizsgálatakor 291 ápolt – 256 férfi és 35 női páciens – kezelése zajlott. Közülük 216 fő kényszergyógykezelés és 23 fő előzetes kényszergyógykezelés alatt állt, míg a további ápoltak IMEI-ben való elhelyezése más jogcímen történt. Saját kutatásom eredményeivel összhangban a testület is arra a megállapításra jutott, hogy a betegek túlnyomó többsége paranoid skizofréniában, mint mentális zavarban szenved, míg 10%-uknál szellemi fogyatékosság figyelhető meg.[546] A kényszergyógykezelés és az előzetes kényszergyógykezelés alatt állók gyógyítása az Intézetben négy férfi és egy női Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályon történik.[547] Az MDAC 2004-ben így adott számot az IMEI-n belüli viszonyokról: „Maximum 14 ágy van minden egyes kórteremben. A betegek 6 órakor kelnek. 7.15-kor van a reggeli, aztán kapnak gyógyszert. Délelőtt 11.30-ig van valami aktív tevékenység, de ez eléggé ritkán fordul elő. A folyosókat és a kórtermeket ők takarítják. 11.30-kor van az ebéd, azután délután ismét a folyosókat és a termeket takarítják. Van egy kis szabadidejük ezután. 5-6 óra körül délután kapják a vacsorát, majd ismét a gyógyszereket. 10-kor lefekszenek. Ugyanígy megy minden nap”.[548]

[545] FERENCZ Adrienn: Kóros elmeállapotban – Az elmeállapot megfigyelése és az ideiglenes gyógykezelés gyakorlati alkalmazása, *Jogi fórum*, 2019. április (forrás: https://www.jogiforum.hu/cikk/2019/04/26/koros-elmeallapotban-az-elmeallapot-megfigyelese-es-az-ideiglenes-gyogykezeles-gyakorlati-alkalmazasa/)
[546] CPT (2024), 63.
[547] https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb
[548] MDAC, 11.

A CPT 2023-as látogatásakor – az Alapvető Jogok Biztosának 2017-es jelentésével ellentétben, mely az intézetbeli zsúfoltságról tanúskodott[549] – úgy találta, hogy a hálótermek összességében elegendő életteret biztosítanak az ápoltak számára: az egy vagy két személy által lakott helyiségek 9-10, a hétágyas kórtermek 36, a nyolc-tíz fő befogadására alkalmas hálótermek hozzávetőleg 40 m^2-esek, míg a legnagyobb, 16 fő elhelyezésére alkalmas helyiség 66 m^2-t tesz ki. A Bizottság általánosságban véve az épület állagát és higiéniás viszonyait megfelelőnek minősítette, ugyanakkor továbbra is problémaként azonosította a börtönszerű környezetet – különösen a II. épületben jellemző fémrácsok- és ajtók, a padlóhoz és falhoz erősített fémasztalok- és székek használatát, illetve a jellegtelen, személytelen miliőt – és mindhárom épületben az akár 16 fő elszállásolására szolgáló kórtermeket, amik nincsenek összhangban a modern terápiás környezet követelményeivel, az egyén magánszférájának tiszteletben tartásával, és potenciálisan hozzájárulnak a deperszonalizációhoz, miközben akár a fertőző betegségek terjedését is megkönnyíthetik. A kislétszámú elhelyezés (szélesebb körű) lehetőségének hiánya mind az Alapvető Jogok Biztosa, mind a CPT vizsgálatában hiányosságként jelent meg. Ennek megvalósítása a meglévő kórtermek felosztásával mind a kezeltek emberi méltósághoz való jogából, mind az embertelen bánásmód tilalmából levezethetően kulcsfontosságú lenne a szankcióalkalmazás céljának mielőbbi elérése érdekében. A testület célként jelölte meg, hogy egy hálóteremben legfeljebb négy ápolt kerülhessen elhelyezésre.[550]

Ahogy már említettem, a CPT kifejezetten alkalmatlannak minősítette az Intézetet a kóros elmeállapotú fiatalkorú elkövetők kezelésére és más intézményben történő elhelyezésüket sürgette. Ettől a magyar kormány azzal a nem kimondottan gránitszilárdságú érveléssel zárkózott el, hogy a Bv. tv. értelmében a kényszergyógykezelés végrehajtási helyéül kizárólag az IMEI szolgálhat[551], melynek adottságai és személyzete alkalmas a gyógyítási cél elérésére.[552] Egyetértek azonban a CPT azon felvetésével, hogy a kényszergyógykezeltek túlnyomó többsége felnőttkorú, az IMEI rendszere alapvetően az ő kezelésükre és igényeikre tekintettel került kialakításra, és sem a fiatalkorúak gyógyításához szükséges materiális feltételekkel, sem e speciális célnak megfelelően képzett személyzettel nem rendelkezik.[553] Saját bírósági kutatásom tapasztalatai, az IMEI-

[549] Az alapvető jogok biztosa JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, 18.
[550] CPT (2024), 65.
[551] 2013. évi CCXL. törvény, 326. § (1) bek.
[552] Government of Hungary, 72.
[553] CPT (2024), 64.

től a fiatalkorú kényszergyógykezelttel összefüggésben érkezett visszajelzések ugyancsak ezt támasztják alá. A hazai szakirodalomban szintén többször felvetődött már, hogy fiatalkorúak esetében célszerűbb lenne, ha civil pszichiátriai intézetben kerülhetne sor a kezelésre.[554]

A CPT IMEI-ben tett látogatásakor három fiatalkorú tartózkodott az Intézetben, egy kényszergyógykezelést töltő – akit a többi betegtől elkülönítve helyeztek el, ugyanakkor napközben az osztályok közti szabad mozgás révén lehetősége nyílt velük érintkezni – és két szabadságvesztésre ítélt, akiket azonban állandó jelleggel elkülönítettek, ezáltal kapcsolatteremtési lehetőségeik minimálisra csökkentek.[555] Bár a fiatalkorúak felnőttkorúaktól való elkülönítése generális jellegű, garanciális büntetés-végrehajtási szabály[556], a Magyar Helsinki Bizottság alappal vetette fel, hogy érdekeik minél teljesebb körű érvényre juttatása adott esetben épp az ellenkezőjét kívánhatja meg, különösen, ha az Intézetben csupán egy fiatalkorú tartózkodik, akinek elkülönítése nem feltétlenül felel meg pszichés állapotának, és kockázatot jelent, például az öngyilkosság veszélyét. A kérdés orvos-szakmai jellegét hangsúlyozva úgy találták, hogy a döntést az Intézetnek esetenként és valamennyi körülmény együttes vizsgálata alapján kellene meghoznia.[557]

5.4. Terápiás és személyzeti viszonyok

A CPT látogatásai során nyert adatok tanúsága szerint az IMEI-ben zajló munkát 2005-ben összesen 168 fős személyzet végezte, ebből tíz főállású pszichiáter, két belgyógyász és öt részmunkaidőben foglalkoztatott orvos, beleértve egy pszichiátert és egy idegsebészt. A pszichoterápiát biztosító állományba tartozott hét klinikai pszichológus és hat pedagógus, továbbá az Intézetben – akárcsak jelenleg – szociális munkás/előadó is dolgozott. Az akkori hetvenhat nővéri álláshelyből hetvennégy volt betöltve.[558] A 2009-es, főként a II. épületre fókuszáló megfigyelések az előbbiekkel érdemben egybehangzók voltak.[559] A legutóbbi tapasztalatok alapján az elsődlegesen vizsgált személyzeti kört tekintve némi növekedés figyelhető meg: aktuálisan tizenegy pszichiátert, két neurológust,

[554] ANTAL – LACZKÓ – KARDON, 109.
[555] CPT (2024), 64.
[556] PISTYÚR Anett: Speciális csoportok a büntetés-végrehajtásban, In: (szerk.) FAZEKAS Marianna: *Jogi Tanulmányok 2018*, ELTE Állam- és Jogtudományi Kar, Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2018. 404. *és* 2013. évi CCXL. törvény, 192. § (2) bek.
[557] Magyar Helsinki Bizottság, 23.
[558] CPT (2006), 52.
[559] CPT (2010), 42.

egy belgyógyászt, továbbá kilenc pszichológust foglalkoztat az Intézet (utóbbiak közül öt klinikai szakpszichológus végzettségű, további három pedig erre irányuló képzésben vesz részt), míg a terápiáért és a foglalkozásokért mintegy harminchat fős személyzet felel. Ugyanakkor a nyolcvan nővéri pozíció 19%-a (n=15) betöltetlen volt, ami azt eredményezte, hogy a meglévő állomány csak jelentős túlmunkával tudta ellátni a szükséges feladatokat.[560] Munkaidőben (8-16 óra közt) valamennyi osztályon elérhető volt legalább egy orvos, azonban ezen az idősávon kívül egyetlen ügyeletes orvos kellett, hogy felügyeljen valamennyi osztályra, ami aránytalan tehermegoszláshoz vezetett.

Ezen kívül huszonhárom őr állt alkalmazásban az Intézetben, akik állandó jelleggel gumibotot, bilincset és paprika spray-t tartottak maguknál, ami potenciálisan visszavetheti a személyzet és az ápoltak közti pozitív, terápiás jellegű viszonyt. A CPT ezen eszközök elhagyása mellett arra vonatkozóan is újfent ajánlást fogalmazott meg, hogy amennyiben átmeneti jelleggel az IMEI-n kívül kerül sor a betegek egészségügyi ellátására, ne a kórházi ágyhoz bilincseljék őket a maguk és mások biztonsága érdekében, hanem kerüljenek kialakításra megfelelő, ám kevésbé intruzív biztonsági megoldások, szükség esetén az érintett ápoltak megfelelő elkülönítésével, számukra történő speciális részleg, illetve osztály létrehozásával.[561] A magyar kormány az előbbi kérdéssel összefüggésben úgy foglalt állást, hogy ezen eszközök részben a kezeltek kiszámíthatatlan viselkedésére, részben 2023-ban egy alkalmazott sérelmére elkövetett konkrét cselekménnyel összefüggésben nem mellőzhetők, azonban az esetleges alkalmazásuk speciális biztonsági előírások szerint fog történni, melyek közt kiemelésre kerül a kezeltekkel való bánásmód. Összhangban a CPT 2010-es megállapításával, az őrszemélyzet továbbra sem részesül speciális képzésben a pszichiátriai betegekkel végzendő munkáról – bár a Büntetés-végrehajtási Szervezet Oktatási, Továbbképzési és Rehabilitációs Központja képzésében szerepet kap a pszichológiai és mentális zavarokkal küzdő fogvatartottak kezelése[562] –, így e terület mindenképp fejlesztésre érdemes. Ugyancsak a börtönszerű viszonyokat erősíti, hogy míg az I. és III. épületben a kezeltek napközben szabadon mozoghatnak az egyes osztályokon belül, és érintkezhetnek más betegekkel, a II. épületben tartózkodók a napok döntő részében a zárkáikban kerülnek fogvatartásra az interakció lehetősége nélkül. Pozitívumként értékelhető ugyanakkor, hogy sem a korábbi vizsgálatok alkalmával, sem

[560] A magyar kormány válasza szerint egyes intézkedések, például bérrendezés nyomán a Bizottság látogatását követően négy nővéri álláshely betöltésre került.
[561] CPT (2024), 67-68.
[562] Government of Hungary, 76.

aktuálisan nem érkezett panasz a betegektől nem megfelelő bánásmódra, fizikai abúzusra vonatkozóan, és a CPT sem tárt fel erre utaló körülményeket.[563]

A kényszergyógykezelés során a beteget az orvostudomány mindenkori állása szerinti szakszerű ellátásban kell részesíteni – melynek költségei az államot terhelik – azzal a céllal, hogy állapotának romlását megakadályozzák és egészségét a lehetséges mértékig mielőbb helyreállítsák.[564] Az ápoltak kezelése kapcsán a Bizottság megfigyeléseivel egyezően az IMEI-ben dolgozó szakemberek is arról számoltak be, hogy a pszichiátriai osztályokhoz képest az Intézetben szinte kizárólag pszichotikus állapottal járó kórképek fordulnak elő, a betegek zöme pedig skizofréniában szenved. A pszichotikus betegek esetében a farmakoterápia és a pszichoterápia megfelelő kombinációját tekintik a leginkább hatékony és elfogadott kezelési módnak, mivel a pszichotikus beteg a gyógyszeres kezelés hatására „válik elérhetővé" a pszichoterápia számára, ami szocioterápiás foglalkozásokkal egészül ki. Az Intézet egyik korábbi főigazgatója, Hamula János szemléletes képet festett a terápiás munka és az ezzel foglalkozó személyzet szerepének kettősségéről. Ez összefügg egyfelől a kezeltek gyógyulásban való aktív részvételre irányuló motivációja felkeltésének a szabadságelvonó intézkedés (elsődlegesen) büntetésként történő megélésére visszavezethető nehézségével, másfelől a személyzettel szembeni esetleges bizalmatlansággal, ami egyaránt adódik abból, hogy a pszichológus a beteget „fogva tartó rezsim része", illetve, hogy az elbocsátást befolyásoló vizsgálatokat és a terápiás munkát esetenként ugyanaz a személy végzi, ami ellenállást vált ki, miközben a skizofrén betegek patológiájából adódóan a bizalom kialakítása és fenntartása eleve problémás terület.[565]

Bár az Intézetben elvi szinten a modern pszichiátria követelményeivel összhangban egyénre szabott kezelési terv alapján valósul meg a gyógyítás, a CPT úgy találta, hogy ha készült is kezelési terv egyes betegek számára, annak nem volt világos struktúrája, nem szolgált átfogó információkkal az ápolt egészségügyi és szociális hátteréről, illetve nem fektette le világosan a kezeléssel összefüggő célokat és a tervezett „felülvizsgálatokat", emellett a betegek semmilyen szinten nem kerültek bevonásra a kialakításba vagy az esetleges módosításba. Ennek valamennyi ápolt esetében meg kellene valósulnia a terápiás módok, célok, a személyzet implementációjukért felelős egyes tagjainak, a gyógyszeres kezelés, a betegek erre való reakciója és az eszközölt változtatások megjelölése mellett. Megjegyzem, ennek gyakorlati jelentőségét növeli, hogy a Bv. tv. alapján a kezelés egyes

[563] CPT (2006), 49. *és* CPT (2024), 6, 64, 67.
[564] 2013. évi CCXL. törvény, 325. § (4)-(5) bek.
[565] HAMULA – UZONYI, 36-37, 39.

módozatai, az ennek során alkalmazni kívánt beavatkozások esetében a kényszergyógykezelteket is megilleti az ellátás, illetve a beavatkozás visszautasításának joga.[566] A testület a terápia és a foglalkozások aktuális lehetőségeit viszont, melyek multidiszciplináris „teammunka" eredményeként valósulnak meg, megfelelően tágnak és tartalmasnak tekintette, kiemelve a kezeltek számára elérhető változatos individuális, a bűnismétlés megelőzését fókuszba helyező, illetve a hozzátartozók meghívásával zajló, pszichoedukációs csoportos terápiát[567], továbbá a szabadidős tevékenységek széles skáláját.[568] Kezdetleges formában szintén elindult a felnőttoktatás, az iskolai képzés egyelőre hetente egy alkalommal, hozzávetőleg tucatnyi résztvevővel valósul meg.[569]

A reintegrációt szolgáló adaptációs szabadságnál – akárcsak a kényszergyógykezelés megszüntetésénél – érdemi szempont, hogy mennyire protektív a környezet, ahová az ápolt az IMEI-ből kerülhet. Ennek előmozdítására az Intézetben 2015 óta „családterápiás konzultáció" működik, melyen két pszichológus, a beteg és hozzátartozói vesznek részt, az érintettek legalább két alkalommal találkoznak az adaptációs szabadságra bocsátást megelőzően.[570] A kezelt befogadására alkalmas és azt vállaló hozzátartozók gyakori hiánya azonban effektíve azzal az eredménnyel jár, hogy a betegek jelentős részénél a törvényi követelmények alapján eleve kizárt, még érdemi állapotjavulás esetén is, hogy a kényszergyógykezelés alatt bármikor adaptációs szabadságra bocsáthatók legyenek. Ennek nyomán a Magyar Helsinki Bizottság és az Alapvető Jogok Biztosa egyaránt rámutatott, hogy az adaptációs szabadságot intézeti környezetben szintén végre lehetne hajtani, ennek jogszabályi lehetőségét szükséges megteremteni.[571] A megfelelő biztonsági intézkedések bevezetése mellett ennek kialakítását magam is megfontolásra érdemesnek tartom. Ugyancsak figyelembe kell venni, hogy számos beteg „szabadon bocsátás" esetén más intézeti környezetbe kerül, és e körülmények előzetes megismerése a kényszergyógykezelés megszüntetését követő elhelyezéskor hozzájárulhat kompenzált állapotuk fenntartásához.

---

[566] 2013. évi CCXL. törvény, 330. § (2) bek.

[567] SIPOS Szandra: Fókuszcsoportos értékelő vizsgálat a büntetés-végrehajtási intézetek speciális csoportjaiban, és az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben működő reintegrációs programot megvalósító személyek körében, In: (szerk.) ORBÓK Ákos: *A hadtudomány és a XXI. század*, Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest, 2016. 251. *és* KOÓSNÉ MOHÁCSI, 173.

[568] CPT (2024), 67.

[569] BACSÁK Dániel: *Felújítás állami(?) támogatással – a kényszergyógykezelés jogintézményének szükséges reformja*, előadás, 2025. március 27., Magyar Kriminológiai Társaság ülése: „Határterületen és egymásra utalva: pszichiátria és büntető igazságszolgáltatás Magyarországon és Európában"

[570] Az alapvető jogok biztosa JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, 32.

[571] Magyar Helsinki Bizottság, 24. *és* Az alapvető jogok biztosa JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, 33.

5.5. Betegjogok érvényesülése

A korábban kifejtettekkel összhangban a beteg kettős jogi helyzetét meghatározza egyfelől a Bv. tv. szabadságvesztésre ítéltek jogait, illetve jogaik védelmét és érvényesítését érintő rendelkezéseinek irányadósága – kivéve, ha a szabályozás az intézkedés céljával és természetével összeegyeztethetetlen, vagy ha törvény másként rendelkezik –, másfelől a beteg gyógykezelésével összefüggő jogai tekintetében (a Bv. tv.-ben rögzített eltérésekkel) az Eütv. általános, valamint a pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó szabályainak alkalmazandósága.[572] A beteg a higiéniai feltételeknek megfelelő egészséges elhelyezésre, az egészségi állapotának megfelelő élelmezésre és egészségügyi ellátásra jogosult. Nem kérdéses, hogy a kényszergyógykezelteket is térítésmentesen illeti meg a gyógyszerellátás, továbbá az őket érintő egészségügyi dokumentációt megismerhetik, abba betekinthetnek, arról másolatot készíthetnek, és gyógykezelésükkel összefüggő adataikról tájékoztatást kérhetnek.[573] Ugyanakkor az IMEI keretei közt természetszerűleg korlátozott a szabad orvosválasztás lehetősége és az egészségügyi ellátás visszautasításának joga.[574] Utóbbival összefüggésben a CPT rögzítette, hogy a betegek az egyes kezelési módozatok és beavatkozások visszautasítására való jogukkal jellemzően nem voltak tisztában, így az Intézet részéről az erre (is) kiterjedő megfelelő tájékoztatás alapvető követelményét szükséges érvényesíteni. A Bizottság javasolta továbbá, hogy a beteg ezek elleni tiltakozása esetén jogszabályi követelményként kerüljön rögzítésre a (kezelésében részt nem vevő pszichiátertől származó) másodvélemény beszerzésének kötelezettsége, valamint az ápoltnak legyen lehetősége a kezeléssel kapcsolatos döntés érdemi vitatására.[575]

A Bv. tv. tartalmazza a betegek jogát saját ruházatuk viselésére, pénzletétjük meghatározott részének havonta saját szükségleteikre fordítására[576], hozzátartozóikkal (valamint az általuk megjelölt és az IMEI által engedélyezett személyekkel) való

[572] 2013. évi CCXL. törvény, 325. § (2)-(3) bek.
[573] BELOVICS Ervin et al.: *Büntetés-végrehajtási jog*, ORAC Kiadó, Budapest, 2021. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2268270)
[574] 2013. évi CCXL. törvény indokolása. A 330-335. §-hoz.
(forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/A1300240.TVI/lr/69/B)
[575] CPT (2024), 71.
[576] Legalább a szociális vetítési alap 50%-ának megfelelő összeg; az ezt meghaladó mértékű felhasználást az IMEI főigazgató főorvosa engedélyezheti. (2013. évi CCXL. törvény, 331. § (2) bek. *és* 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 12. § (1) bek.)

kapcsolattartásra[577], választójoguk és vallásuk gyakorlására, továbbá a pénzbeli térítés ellenében történő munkaterápiás foglalkoztatásra, amennyiben az a gyógyulást, a munkaképesség megtartását vagy fejlesztését, illetve a szakmai átképzést várhatóan előmozdítja.[578] A CPT látogatása során a betegek – akárcsak az MDAC 2004-es jelentése szerint – intézeti formaruhát viseltek. A testület a Bv. tv. rendelkezésével egyezően hangsúlyozta annak fontosságát, hogy az ápoltak jogállásuktól függetlenül saját ruhájukat viselhessék.[579] Az IMEI főigazgató főorvosának 3/2024. utasítása alapján a betegek főszabályként az említett egyenruhát viselik, és bár a saját ruházat viselésének joga törvény erejénél fogva megilleti őket, arra kizárólag akkor van lehetőség, ha önállóan tisztán tudják tartani.[580] Ugyanakkor a hatályos jogszabályi rendelkezések szerint saját ruha viselése esetén a beszerzéssel és a tisztántartással kapcsolatos költségek egyaránt a beteget terhelik.[581] Látható tehát, hogy e jog érvényesülése a gyakorlatban meglehetősen korlátozott. A CPT ennek kapcsán megfogalmazta azt az elvárást, hogy szükség szerint az Intézet biztosítsa a kezeltek számára az egyenruhának nem minősülő ruházatot is.[582]

Az ápoltakat megilleti emellett a jog, hogy naponta legalább egy órát szabad levegőn töltsenek.[583] A CPT javaslatot fogalmazott meg ennek az intervallumnak a bővítésére, sőt lehetőség szerint arra, hogy a kezeltek szabad mozgása, illetve kint tartózkodása napközben – azokat az időpontokat leszámítva, amikor kifejezetten az osztályon való jelenlétükre van szükség – megfelelő felügyelet biztosítása mellett egyáltalán ne legyen időhöz kötött, illetve korlátozott.[584] Az intézmény elhagyásának joga (kimaradás, eltávozás), mint betegjog az IMEI-ben kezelteket főszabályként nem illeti meg, az Intézetet kizárólag orvosilag indokolt esetben vagy a Bv. tv.-ben szűk körben meghatározott személyes okokból hagyhatják el, utóbbit viszont a főigazgató főorvos indokolt határozattal – a beteg állapotától függően – kivételesen megtagadhatja.[585] A TASZ

[577] E körben a CPT aktuális jelentésének tanúsága szerint a kényszergyógykezeltek hetente egyszer egyórás intervallumban fogadhattak látogatókat, minden második napon legfeljebb 20 percig telefonálhattak, és havonta háromszor egy-egy órán át ingyenes Skype hívást folytathattak, továbbá hetente küldhettek levelet, illetve fogadhattak csomagot. Ugyanakkor a látogatótér kialakítása kapcsán több aggály merült fel: egyrészt a betegek látogatóiktól plexiüveggel történő teljes elszeparálása, ami különösen a fiatalkorú kezeltek esetében lehet hátrányos, valamint az egyes személyek számára kialakított helyek közti megfelelő távolság hiánya, ami megnövekedett zajhoz és zsúfoltsághoz vezet. A CPT – értelemszerűen egyedi kockázatértékelés mellett – javasolta, hogy főszabályként „nyitott" látogatásokra legyen lehetőség. (forrás: CPT (2024), 72.)
[578] 2013. évi CCXL. törvény, 330-334. §
[579] CPT (2024), 66.
[580] Government of Hungary, 74.
[581] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 33. § (5) bek.
[582] CPT (2024), 66.
[583] https://bv.gov.hu/hu/hasznos-informaciok
[584] CPT (2024), 66.
[585] BELOVICS et al. (forrás: https://jogkodex.hu/doc/2268270)

ugyanakkor már 2002-ben hangot adott annak az aggálynak, hogy a betegek joggyakorlásának számos vetülete, így az oktatásban vagy a sport- és kulturális programokon való részvétel[586] nem jogszabályi szinten, hanem az Intézet (főigazgató főorvos által meghatározott) házirendjében kerül csupán rögzítésre.[587] A főigazgató főorvos diszkrecionális jogköre érvényesül abban a korábban ismertetett kérdéskörben is, hogy a kényszergyógykezelt a felülvizsgálati tárgyaláson való megjelenésre alkalmas állapotban van-e, ami kapcsán ugyancsak szükséges lenne (további) kontrollmechanizmus beiktatása. Kétségtelen azonban, hogy tapasztalható némi elmozdulás a korábban rendeleti szinten rögzített egyes rendelkezések törvénybe iktatásának irányába, például a munkaterápiás foglalkoztatás biztosítása, illetve tartamának meghatározása terén.[588]

A betegek kötelezettségeire nézve a törvény kevésbé részletes szabályokat tartalmaz, kizárólag annyit rögzít, hogy kötelesek az IMEI rendjét megtartani, munkához való jogukat nem gyakorolhatják – csak munkaterápiás foglalkozásban vehetnek részt, de sem erre, sem egyéb munkavégzésre nem kötelezhetők –, és nem fenyíthetők. Az IMEI-nek okozott kárért a polgári jog szabályai szerint felelnek, de a főigazgató főorvos méltánylást érdemlő esetben eltekinthet a kártérítési igény érvényesítésétől.[589] A kártérítési felelősség fennállásának főszabállyá emelése azonban az előbbi rendelkezésekre, az ápoltak részben ezekkel összefüggő, meglehetősen korlátozott anyagi lehetőségeire és arra a korábbi szabályozásra tekintettel egyaránt megkérdőjelezhető, amely a betegek kárfelelősségét még kategorikusan kizárta.[590]

[586] https://bv.gov.hu/hu/hasznos-informaciok
[587] TASZ, 49.
[588] (szerk.) SCHMEHL János – PALLO József: *Korszakváltás a büntetés-végrehajtásban – Útmutató a 2013. évi CCXL. (Bv.) törvény megismeréséhez*, Börtönügyi Tanulmányok 2., Büntetés-végrehajtás Tudományos Tanácsa, Budapest, 2015. 148.
[589] 2013. évi CCXL. törvény, 335. § (1), (3) bek.
[590] PÖSTYÉNI Réka: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyintézetben elhelyezett betegek és beutaltak fegyelmi felelősségére vonatkozó szabályrendszer bemutatása és reintegrációs eszközként történő értékelése, *Ügyészek lapja*, 2021/6. (forrás: https://ugyeszeklapja.hu/?p=3685#easy-footnote-bottom-15-3685) *és* (szerk.) SCHMEHL – PALLO, 148.

5.6. Korlátozó intézkedések, kényszerítő eszközök alkalmazása

A Bv. tv. kezeltekkel szembeni korlátozó intézkedések alkalmazására vonatkozó rendelkezéseit tekintve hasonló kettősség manifesztálódik, mint a betegek jogai körében ismertetett. Egyrészt az egészségügyi jogszabályokban meghatározott okok miatt és módokon van helye velük szemben korlátozó intézkedésnek, másrészt a szabadságvesztés végrehajtása során alkalmazható kényszerítő eszközök közül szűk körben, amennyiben az IMEI-ből vagy felügyelet mellett az Intézeten kívüli tartózkodás helyszínéről az engedély nélküli távozásuk másként nem akadályozható meg, megfogás vagy lefogás alkalmazható velük szemben.[591]

A betegekkel szembeni korlátozó eszközöknek alapvetően négy típusa különíthető el: (a) fizikai, amikor a személyzet fizikai erő alkalmazásával tartja vissza vagy teszi mozdulatlanná a beteget; (b) mechanikai, például hevederek alkalmazása a beteg mozdulatlanná tételére; (c) kémiai, vagyis a beteg viselkedésének szabályozása céljából beleegyezése nélkül történő gyógyszerbeadás; továbbá (d) elkülönítés, a beteg akarata ellenére történő, egyedüli elhelyezése zárt helyiségben[592], melyek során mindenkor tekintettel kell lenni a legalitás, a szükségesség, az arányosság és az elszámoltathatóság elveire. Ugyancsak érdemi szerepe van a fokozatosság érvényesülésének: több lehetséges és alkalmas korlátozó intézkedés közül azt kell választani, ami az érintettre a (veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető) magatartás elhárításához szükséges legkisebb mértékű korlátozással, illetve hátránnyal jár.[593] A vonatkozó nemzetközi dokumentumok, az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga és a CPT iránymutatásai alapján a korlátozó intézkedések igénybevételekor garanciális szabályoknak kell érvényesülniük többek közt

- az engedélyezés, illetve az erre való felhatalmazás,

[591] 2013. évi CCXL. törvény, 336. §

[592] Érdemben e korlátozó intézkedéseket rögzíti a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet is azzal az eltéréssel, hogy külön nevesíti a pszichikai korlátozást – ezen belül a beteg felszólítását a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra, illetve az ilyen magatartás abbahagyására, valamint a felszólítást az ilyen magatartás elhárítását célzó beavatkozásokkal, kezelésekkel történő együttműködésre, ennek eredménytelensége esetén pedig az arra való figyelmeztetést, hogy egyéb korlátozó intézkedés alkalmazása következik. A pszichikai korlátozó intézkedéseknek az egyéb intézkedések alkalmazását meg kell előzniük, kivéve, ha a körülmények alkalmazásukat kizárják, illetve az egyéb korlátozó intézkedések haladéktalan igénybevétele feltétlenül szükséges az eredményesség biztosításához. Emellett a rendelet a CPT által ismertetett fizikai és mechanikai korlátozást a „fizikai korlátozás” gyűjtőfogalma alatt vonja össze. (forrás: 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól, 1. § (1) bek., 5. § (1) bek.)

[593] ibid. 4. § (6) bek.

- a lehetséges tartam,
- az alkalmazás fölötti orvosi felügyelet gyakorlása,
- az egyes esetek megfelelő dokumentálása,
- a betegek alkalmazás megszűntét követő pontos tájékoztatása és
- az érintettek számára hozzáférhető panaszmechanizmus és ennek kapcsán ingyenesen igénybe vehető jogi segítségnyújtás kialakítása körében.

A betegeket tilos mechanikai korlátozásnak alávetni más kezeltek jelenlétében, és a személyzet sem veheti igénybe más ápoltak segítségét a korlátozó intézkedéshez. A mechanikai korlátozás és az elkülönítés főszabályként legfeljebb néhány óráig tarthat, amennyiben pedig ennél tovább (de semmiképp sem napokig) van szükség az alkalmazásra, orvos által rövid időközönként „felülvizsgálatra" kell, hogy kerüljön az indokoltságuk.[594] Főként a visszatérően, ismétlődő jelleggel történő igénybevétel esetén megfontolás tárgyát kell, hogy képezze a másodvélemény beszerzése, illetve esetlegesen a beteg más, speciálisabb és kezelési igényeihez jobban igazodó pszichiátriai létesítménybe történő átszállítása.[595]

Az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig, törvényben meghatározott mértékben és módon korlátozható.[596] Korlátozó intézkedést főszabályként a beteg kezelőorvosa (kivételesen indokolt esetben, ideiglenesen, az orvos azonnali értesítése mellett szakápoló) rendelhet el. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően – amennyiben ez nem lehetséges, annak megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül – rögzíti az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indokát és időtartamát. Az alkalmazás során a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen ellenőrizni kell, egészségügyi dokumentációjában az ellenőrzés tényét és eredményét is fel kell tüntetni.[597] Ugyanakkor a CPT iránymutatása alapján mechanikai korlátozásnál vagy elkülönítésnél valamennyi érintett beteg folyamatos felügyeletét szükséges biztosítani a személyzet egy megfelelően

[594] A pszichiátriai betegekre vonatkozó hatályos magyar szabályozás alapján a korlátozó intézkedés ideje alatt a beteg állapotának folyamatos, fokozott ellenőrzése szükséges. (forrás: 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet, 5. § (3) bek.)

[595] European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017. 2-5. (1.1.-1.2., 3.5.-3.6., 4.1.-4.2., 12. pont)

[596] Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogában ugyancsak megerősítésre került, hogy a szabadságuktól megfosztott személyek esetében a fizikai erő alkalmazása, amennyiben azt nem teszi szigorúan szükségessé az érintettek saját magatartása, sérti emberi méltóságukat és az Egyezmény 3. cikkét. (forrás: M.S. Horvátország elleni ügye, 2015. május 19. (ügyszám: 75450/12), 97. *és* Bureš Cseh Köztársaság elleni ügye, 2013. január 18. (ügyszám: 37679/08), 86.)

[597] 1997. évi CLIV. törvény, 10. § (3), (5) bek.

képzett tagjának állandó jelenléte útján a terápiás kapcsolat fenntartása és szükség szerint a betegnek történő segítségnyújtás érdekében, amit nem helyettesíthet a megfigyelőrendszer telepítése az e célra rendelt helyiségben.[598]

A CPT 2006-os jelentésében szereplő, a betegekkel szembeni egészségügyi személyi korlátozások a lefogást, a hevederrel történő ágyhoz rögzítést és az injekcióbeadást (kémiai jellegű korlátozó eszköz) foglalták magukban, ugyanakkor a testület hangsúlyozta a bilincsek és hevederek rendszeres használatának negatív hatását az érintettek állapotának megfigyelésére és értékelésére, illetve annak jelentőségét, hogy használatuk minden esetben egyedi kockázatértékelés alapján történjen.[599] A testület 2010-es vizsgálata során arra a megállapításra jutott, hogy a korlátozó intézkedések alkalmazása nem volt eltúlzott, azonban csak a mechanikai korlátozás (például lekötés/nyugalmi állapotba helyezés) eseményeiről készült esetleírás, miközben a „kézi megfékezésről" nem vezettek nyilvántartást, és a kémiai (gyógyszeres) korlátozás csak az ápoltak lázlapján került feltüntetésre a kezelés részeként. Ezek megfelelő dokumentálása mellett javasolták egy átfogó, a korábban hivatkozott egyes garanciális szempontokat és tényezőket részletesen tartalmazó protokoll kialakítását.[600]

A Bizottság 2023-as megfigyelései kapcsán az egyik legkirívóbb problémaként a fenti elvárásokkal és követelményekkel való összhang hiánya értékelhető. A betegekkel szemben az IMEI-ben hevederrel történő ágyhoz rögzítést, kémiai korlátozó intézkedést és elkülönítést alkalmaztak.[601] A mechanikai korlátozás gyakorisága a testület állásfoglalása szerint nem volt excesszívnek tekinthető, 2022-ben 79, 2023 első felében (a látogatásig) 43 esetben került rá sor, ezeket az alkalmakat külön nyilvántartásban és a kezelt egészségügyi dokumentációjában egyaránt rögzítették, illetve a betegjogi képviselőnek és a törvényességi felügyeletet gyakorló ügyésznek jelentették. Ugyanakkor a korlátozás tartama kapcsán aggályként merült fel a többórás, számos esetben a 20 órát meghaladó tartamú alkalmazás, amit kétóránként vizsgáltak felül. A betegek nem álltak folyamatos, közvetlen felügyelet alatt, hanem a személyzet valamely tagja ellenőrizte őket bizonyos időközönként, és alapvető fiziológiai szükségleteik ellátását pusztán felnőtt inkontinenciaeszközökkel biztosították. Ezek a körülmények a kegyetlen, embertelen,

[598] CPT (2017), 4. (7. pont)
[599] CPT (2006), 52-53.
[600] CPT (2010), 42.
[601] A II. épületben ápoltakkal szemben, akik elítéltnek minősülnek (míg a kényszergyógykezelt, a kényszerintézkedés hatálya alatt álló, a rendbírság helyébe lépő elzárásra és a szabálysértési elzárásra kötelezett személy „egyéb jogcímen fogvatartott"), a Bv. tv. alapján további eszközök, például bilincs is használható. Ennek dokumentálása az Intézetben megfelelően történt, túlzott gyakoriság nem állt fenn.

megalázó bánásmód tilalmába ütköznek, ezáltal sértik az Emberi Jogok Európai Egyezményének 3. cikkét. Ezen túlmenően a korlátozásra gyakran más ápoltak jelenlétében került sor, annak megszűntét követően pedig az érintettek nem kaptak tájékoztatást.

Ennek kapcsán (is) felmerülő érdemi kérdés az ápoltak megfigyelése, annak lehetősége, illetve korlátai. A CPT aktuális tapasztalatai alapján a II. épület minden kórteremében elektronikus megfigyelőrendszer került telepítésre. Ennek alkalmazása viszont komoly beavatkozást jelent az érintettek magánszférájába, aminek megengedhetősége mindenkor egyedi kockázatértékelés, indokoltsága pedig rendszeres „felülvizsgálat" tárgyát kell, hogy képezze. A CPT mind betegjogi, mind adatvédelmi szempontból alappal kifogásolta a megfigyelésre alkalmas technológia folyamatos és generális jelleggel történő használatát. Helyette a konkrét egyénre összpontosuló, lehetőleg külön e célra elkülönített helyiségben történő megfigyelést javasolta.[602] A Bv. tv.-be feltehetően a CPT ezzel kapcsolatos megalapozott kifogásaira is figyelemmel kerültek be, illetve módosultak 2024-től a kezeltek megfigyelésére vonatkozó rendelkezések.[603] Legalább ennyire aggályosnak tekinthető, hogy a mechanikai korlátozással érintett betegek folyamatos személyes felügyelet helyett a telepített kamerarendszerrel kerültek megfigyelésre. A magyar kormány álláspontja szerint előbbire a személyzet egyéb feladatai miatt nincs is lehetőség[604], ennek biztosítása azonban akár a személyzeti létszám emelése útján a modern pszichiátria követelményeinek való megfelelés, illetve a betegjogok védelme érdekében álláspontom szerint mindenképp indokolt.

A kémiai korlátozást a mechanikaival ellentétben nem rögzítették az Intézetben külön nyilvántartásban, csupán a beteg lázlapján tüntették fel a kezelés részeként (kivéve, ha mechanikai korlátozással együttesen alkalmazták). Az elkülönítés külön e célra rendelt helyiségben került foganatosításra, azonban erre vonatkozóan sem volt nyilvántartás, az egyes eseteket kizárólag a nővérek bejelentkezési naplójában dokumentálták.[605] A magyar kormány által elismerten e helyiség állapota, higiéniás viszonyai és berendezése nem volt megfelelő, így ezek javítását irányozták elő, ami 2024 februárjában meg is történt.[606]

[602] CPT (2024), 65.
[603] 2013. évi CCXL. törvény, 328. §, (6) bek.
[604] Government of Hungary, 77.
[605] CPT (2024), 68-69.
[606] Government of Hungary, 77.

5.7. A kényszergyógykezelés megszüntetése és az utógondozás kérdése

A beteg rehabilitációja, reintegrációja az IMEI személyzete valamennyi tagjának feladata, a teammunka részese a biztonsági felügyelő, az ápoló, a reintegrációs tiszt, a pszichológus, a pszichiáter és a főigazgató főorvos is; az egyéni- és csoportterápia megvalósításáért elsődlegesen a Klinikai Pszichológiai Osztály felel. A büntetés-végrehajtási pszichológiai munka azonban sajátos abból a szempontból, hogy az elbocsátottak utánkövetésére a személyiségi jogok védelme miatt nincs lehetőség. A további gondozás és gyógykezelés a polgári pszichiátriai intézmények, gondozók, illetve szociális otthonok feladata[607], így az e téren rendelkezésre álló információk köre meglehetősen korlátozott.[608]

Az IMEI által közölt információk alapján a CPT – 2005-ös látogatása nyomán tett megállapításaival összhangban – az átlagos ápolási időt 5-6 évre becsülte, hangsúlyozta ugyanakkor azt a saját kutatásom által is alátámasztott tényt, hogy egyes kezeltek akár több évtizedet töltenek a büntetés-végrehajtási intézetben, adott esetben pusztán azért, mert befogadó hozzátartozó hiányában szociális otthon nem tud számukra megfelelő időben férőhelyet biztosítani. A CPT részére az IMEI azt a tájékoztatást nyújtotta, hogy a várakozási idő a szociális otthonba történő bekerülésre legalább egy év, gyakran ennél hosszabb, és 2023-ban a testület látogatását követően 27 fő várt elhelyezésre. Ez a helyzet, melyet a magyar kormány is elismert, felveti a jogalap hiányában történő fogvatartás problémáját[609], emellett a kezeltek és a személyzet számára egyaránt komoly kihívást jelent azáltal, hogy hátrányosan befolyásolja a terápiás kapcsolatot és motivációt.[610] Ennek nyomán 2023-ban és 2024-ben látható az Intézetből történő elbocsátások arányának számottevő növekedése.

Az ügyészség többek közt a büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló jogszabályi rendelkezések megtartása fölött törvényességi felügyeletet gyakorol.[611] Kifejezetten a kényszergyógykezeléssel összefüggésben az ügyész legalább havonta

[607] HAMULA – UZONYI, 35, 47.
[608] Szembetűnő viszont a visszaesési ráta, mely a kényszergyógykezeltek esetében 4-5%-ra, míg a beszámítható fogvatartotti populáció körében 40-50%-ra tehető. (forrás: BACSÁK (2016), 97.)
[609] Az Alapvető Jogok Biztosának állásfoglalása alapján ez a helyzet az Alaptörvény IV. cikk (2) bekezdésében biztosított személyi szabadsághoz és biztonsághoz való joggal, valamint a III. cikk (1) bekezdésében foglalt embertelen bánásmód tilalmával összefüggő visszásságot valósít meg. (forrás: Az alapvető jogok biztosa JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, 35.)
[610] CPT (2024), 63, 69, 71.
[611] 2011. évi CLXIII. törvény az ügyészségről, 2. § (1) bek. g) pont

kétszer ellenőrzi a kezeltekkel való bánásmód és a velük szemben alkalmazott korlátozó intézkedések, illetve kényszerintézkedések törvényességét, továbbá legalább havonta egyszer ellenőrzi a befogadás és a szabadítás törvényességét, valamint az intézkedés végrehajtására vonatkozó egyes jogszabályi rendelkezések érvényesülését.[612] Felmerült olyan megközelítés, mely szerint az ügyész – megfelelő szakismeret, illetve pszichiáter szakértő jelenléte hiányában – csupán limitált körben végezhet ellenőrzést, a kezeléssel összefüggésben nem[613], azonban ennek értékelése nem is tartozik a törvényességi felügyelet spektrumába, és annak indokolatlan kiterjesztését eredményezné. Az Alapvető Jogok Biztosa által az Intézetben a Nemzeti Megelőző Mechanizmus keretében tett látogatás során pszichiáter is jelen volt, azonban ilyen vizsgálatra 2016 óta nem került sor.[614] A CPT megállapítása alapján a törvényességi felügyeletet gyakorló ügyész minden második héten meglátogatta az IMEI-t, és a kezeltek kezdeményezhetik meghallgatásukat, ugyanakkor a tapasztalatok szerint ezzel a lehetőséggel számos ápolt nincs tisztában. Ez is példázza annak szükségességét, hogy a kezeltek a befogadáskor jogaikról és kötelezettségeikről, illetve az IMEI működési rendjéről szóló átfogó, írásos tájékoztatást kapjanak, szükség esetén egyszerűsített formában és ismétlődő jelleggel.[615]

Az intézkedés megszüntetése esetére az utógondozási szisztéma kialakítása és feltételeinek megteremtése szükséges, melynek alapvetően három útja képzelhető el. Természetszerűleg felmerül egy új, önálló rendszer létrehozása, ami kapcsán számos szerző felvetette egy átmeneti otthon alapításának igényét, ahol a volt kényszergyógykezeltek huzamosabb ideig, akár élethosszig kezelhetők lennének.[616] Ugyancsak alternatíva lehet a feladat IMEI keretei közé történő integrálása, ahol – a személyzeti állomány bővítését követően – a Pszichológiai Osztály végezhetné az időszakosan előírt ellenőrzést a korábbi kényszergyógykezeltek állapotára nézve. Míg ennek a megoldásnak nyilvánvaló előnye, hogy az Intézetben mind a speciális szakértelem, mind a betegekre vonatkozó konkrét információk, a kór-, illetve a kezelési előzmények közvetlenül rendelkezésre állnak, a már elbocsátott elkövetők felett ezáltal lényegében kiterjesztett büntetés-végrehajtási kontroll érvényesülne, ami negatívan befolyásolhatná a reszocializáció folyamatát. Megfontolásra

[612] 20/2014. (XII. 23.) LÜ utasítás a büntetés-végrehajtási törvényességi felügyeleti és jogvédelmi ügyészi tevékenységről, 24-25. §
[613] BACSÁK (2025)
[614] Az alapvető jogok biztosa JELENTÉSE az AJB-766/2017. számú ügyben, 5.
[615] CPT (2024), 72.
[616] BACSÁK (2017), STRASSZER, 64., ROTTLER, 55.

érdemesnek tartom ugyanakkor a pártfogó felügyelet alá helyezés kiterjesztését és a pártfogó felügyelői szolgálat bevonását az utógondozás kialakításába.

Nem lehet természetesen figyelmen kívül hagyni, hogy ez valamelyest megbontaná a pártfogó felügyelet más szankcióhoz járulékos jelleggel kapcsolódó konstrukcióját, ugyanakkor ennek kiterjesztésére jelenleg is szolgál példával a Btk. a feltételes ügyészi felfüggesztéssel összefüggésben[617] való elrendelhetőség révén. A jogintézmény alkalmasságát demonstrálja kettős célkitűzése: a bűnismétlés megakadályozása és a társadalmi beilleszkedéshez történő segítségnyújtás, az ehhez szükséges szociális készségek kialakításához és feltételek megteremtéséhez való hozzájárulás.[618] A pártfogó felügyelők számára célszerű felkészítő, tájékoztató jellegű alkalmak és képzések szervezése e speciális alanyi körrel való megfelelő együttműködés kialakítása és fenntartása érdekében. Bár a megszüntetett kényszergyógykezelések éves aránya elenyésző a pártfogó felügyelők ügyterhéhez mérten[619], a szervezetrendszer létszámnövelése az egyébként is fennálló túlterheltség okán indokoltnak tekinthető.[620] A gyakorlatban szintén visszatérően felmerülő igény, hogy az elbocsátottak számára kötelező jellegű előírás legyen a területileg illetékes pszichiátriai gondozóban az ambuláns kezelésen történő részvétel – ami akár a pártfogó felügyelet körében rögzíthető magatartási szabályként is érvényesülhet[621] –, mivel a (farmako)terápia folytatásának hiányában állapotuk várhatóan nem tartható egyensúlyban, és a recidíva kockázata szignifikánsan megnő.[622] Lényeges lenne továbbá, hogy az érintettekkel ne csupán pszichiáter, hanem az eltérő kompetenciákra tekintettel pszichológus és szociális munkás is foglalkozzon *quasi* „közösségi pszichiátriai ellátás" keretében.[623]

---

[617] 2012. évi C. törvény, 69. § (1) bek. a)

[618] 2013. évi CCXL. törvény, 310. § (1) bek.

[619] A Pártfogó Felügyelői Szolgálat közel 400 pártfogó felügyelője évente több mint 70.000 ügyet lát el. (forrás: https://igazsagugyiinformaciok.kormany.hu/partfogo-felugyeloi-szolgalat)

[620] E jogintézmény alkalmazása, illetve általában az utógondozás rendszerének létrehozása kapcsán természetesen felmerülnek további gyakorlati kérdések, melyek megválaszolása szükséges a szabályozás kialakításához. Ilyen többek közt az utógondozás, adott esetben a pártfogó felügyelet maximális lehetséges tartamának meghatározása (esetlegesen a Btk. pártfogó felügyeletre vonatkozó hatályos rendelkezése alapján az ötéves generális maximumtartam alkalmazhatósága), annak értékelése, hogy fiatalkorúak esetében szükség van-e eltérő szabályozásra, az intézkedés kezdő időpontja – ami kapcsán a kényszergyógykezelést megszüntető bírósági határozat jogerőre emelkedése és a kezelt IMEI-ből történő elbocsátása közül az utóbbi mutatkozik célszerűbbnek –, illetve a magatartási szabályok megszegése esetén alkalmazható jogkövetkezmények.

[621] 2012. évi C. törvény, 71. § (1)-(2) bek.
Megjegyzem, a pártfogó felügyelet hatályos szabályozása szerint a bíróság által külön magatartási szabályként előírható kötelezettségek körében, ha kifejezetten gyógykezelés, illetve gyógyító eljárás igénybevételéről van szó, a pártfogolt beleegyezése szükséges.

[622] https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/kerdesek

[623] SOMOGYI (2025)

6. Nemzetközi kitekintés

6.1. A nemzetközi jogi dokumentumok iránymutatásai

A nemzetközi egyezmények és a *soft law* körébe tartozó ajánlások többsége általános rendelkezéseket tartalmaz a személyek jogaira és szabadságaira vonatkozóan. Az ENSZ és az Európa Tanács égisze alatt született dokumentumokat áttekintve ugyanakkor világosan kirajzolódik a fogvatartottak és a fogyatékossággal élő, illetve mentális zavarban szenvedő egyének helyzetének fokozott előtérbe kerülése, figyelembevétele. Míg a hazai jogszabályi környezet vizsgálata során a Btk. kóros elmeállapot fogalmának használata volt indokolt, ebben a részben – a kapcsolódó nemzetközi jogi dokumentumok szélesebb körű megfogalmazásaira tekintettel – a „mentálisan beteg" bűnelkövetőkre kiterjedő szabályozásokkal generálisabban foglalkozom. Emellett, mivel az érintettek gyógykezelését számos országban nem vagy nem egészében a büntető jogszabályok rendezik, a kényszergyógykezelés terminológia helyett a tágabb értelmű „kötelező gyógykezelést" használom.

Az ENSZ egyezmények körében az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatában 1948-ban rögzítésre került az élethez és emberi méltósághoz (1. cikk), a szabadsághoz és személyi biztonsághoz való jog (3. cikk), valamint a kínzás, a kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító bánásmód vagy büntetés tilalma (5. cikk). Elvi éllel deklarálta a büntetendő cselekményt elkövetők vonatkozásában az ügy független és pártatlan bíróság általi méltányos és nyilvános tárgyalásához, illetve elbírálásához való jogot (10. cikk) és az ártatlanság vélelmét (11. cikk).[624] A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában 1966-ban az előbbi jogok felsorolása mellett kifejezetten megjelent a szabadságuktól megfosztott személyekkel való emberséges, emberi méltóságuk tiszteletben tartásával történő bánásmód követelménye, továbbá a büntetés-végrehajtási rendszer tekintetében az elkövetők „megjavításának", reszocializációjuk előmozdításának célja (10. cikk).[625]

Ld. még BULYÁKI Tünde: *Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2023.

[624] Universal Declaration of Human Rights, Resolution 217 A (III) adopted by the United Nations General Assembly, 10 December 1948. (forrás: https://www.coe.int/hu/web/compass/the-universal-declaration-of-human-rights-full-version-)

[625] 1976. évi 8. törvényerejű rendelet az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülésszakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről, 10. cikk 3.

A kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni nemzetközi egyezmény 1987-ben a kínzás fogalomkörébe vonta a testi mellett a lelki fájdalom, illetve szenvedés okozását (1. cikk), megkövetelte a részes államoktól az ellenőrzés gyakorlását a fogvatartottakkal való bánásmód fölött (11. cikk), és létrehozta az ENSZ Kínzás elleni Bizottságát (17. cikk).[626] Az e tárgykörben megalkotásra került regionális, európai egyezmény rendelkezett a CPT megalapításáról, mely az Európa Tanács egyes tagállamaiban periodikus és *ad hoc* látogatások során ellenőrzi az egyezménynek való megfelelést, vizsgálódásainak spektruma pedig kiterjed minden olyan intézményre – így a pszichiátriai intézetekre is –, ahol szabadságuktól a közhatalom által megfosztott személyek kerülnek elhelyezésre.[627]

A CPT 8. átfogó jelentésében 1998-ban a pszichiátriai intézetben történő kezelés egyes kérdéseivel foglalkozott, utalva arra, hogy a megfogalmazott irányelvek megfelelően alkalmazandók a büntetőeljárás eredményeként elrendelt kötelező gyógykezelésre is. A CPT vizsgálatai során kitért az elhelyezés, az élelmezés, az adekvát ruházat és orvosi ellátás követelményeire egyaránt. A jelentés az elektrokonvulzív terápiától a foglalkozásterápián át a művészeti és zenés foglalkozásokkal bezárólag a megfigyelt kezelési módok széles skálájáról tanúskodott. Általában véve nagy hangsúlyt fektetett az individualizált kezelési terv és a terápiás foglalkozások, illetve képzési lehetőségek kialakítására. Elismerte, hogy az elektrokonvulzív terápia továbbra is jelen van a pszichiátriai gyakorlatban, ugyanakkor rámutatott, hogy az anesztézia és izomlazító hiányában történő alkalmazás semmilyen körülmények közt nem akceptálható. Nyomatékosította, hogy kizárólag megfelelő garanciákkal, szakképzett személyzet folyamatos jelenléte mellett, részletesen dokumentálva és más páciensektől elkülönítetten kerülhet rá sor.[628]

Ebben a dokumentumban, majd a CPT 16. átfogó jelentésében 2006-ban egyaránt megjelentek a kényszerítő eszközök alkalmazásának lehetőségei és főként korlátai, a vonatkozó szabályok lefektetésének és az egyes esetek adekvát dokumentálásának elvárása. Mindkét jelentés reflektált arra, hogy ezen eszközök csak végső esetben, időbeli korlátozással – semmiképp sem több napon keresztül – alkalmazhatók. Megjegyezték, hogy kizárt a szankcionálási céllal történő használatuk. Érdekesség, hogy míg a 8. jelentés

[626] 1988. évi 3. törvényerejű rendelet a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni nemzetközi egyezmény kihirdetéséről, 1, 11, 17. cikk
[627] 1995. évi III. törvény a Strasbourgban, 1987. november 26-án kelt, a kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény kihirdetéséről, 1-2, 7. cikk
[628] 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, Strasbourg, 31 August 1998. 26, 33, 37, 39.

szerint a „magánzárka" előfordulása visszaszorulóban volt, a 16. jelentés annak előtérbe kerülését jelölte meg az egyik érdemi problémaként. Ugyancsak sajátos, hogy a CPT a megfigyelt gyakorlatok nyomán még 2006-ban is kiemelésre érdemesnek tartotta, hogy a kényszerítő eszközök köréből kizárásra kell, hogy kerüljenek a láncok és a bilincsek.[629]

A szabadságuktól megfosztott személyek védelmének alapelveiről szóló 1988-as ENSZ határozat kitért a fogvatartottak megfelelő orvosi vizsgálatának és kezelésének követelményére[630], míg az 1990-es Tokiói Szabályok – az elkövetők szabadságjogainak a sértettek jogaival, a társadalom védelmével és a bűnismétlés veszélyének elkerülésével való összhangba hozását nem szem elől tévesztve, de a fogvatartottak társadalomba való visszailleszkedésének fokozott elősegítése szándékával – a szabadságelvonással nem járó szankciók szélesebb körű alkalmazásának szorgalmazásán túl az elkövetők speciális helyzetéhez és igényeihez igazodó kezelés szükségességére mutattak rá.[631]

A mentálisan beteg egyének védelmének és a kapcsolódó egészségügyi ellátás fejlesztésének alapelveit rögzítő 1991-es határozat kifejezetten tartalmazta, hogy az abban foglalt elvárásoknak a lehető legszélesebb körben kell érvényesülniük a bűnelkövetők kezelésében is (20. alapelv). Ide tartozik többek közt a legkevésbé restriktív terápiás környezet és módszerek alkalmazása, a fizikai mozgást korlátozó intézkedések minimumra szorítása, az egyénre szabott kezelési terv kialakítása és annak szakképzett személyzet általi végrehajtása, továbbá a kezelésben nem önkéntes hozzájárulás alapján részesülők esetében a mentális betegség gyógyítási alternatíváinak köréből az intruzív és vissza nem fordítható sebészeti eljárások, illetve a kémiai kasztráció teljes kizárása.[632]

A Nemzetközi Büntetőbíróság létrehozásáról szóló, 1998-ban elfogadott Római Statútum, mely hazánkban annak elfogadása, aláírása és ratifikálása ellenére napjainkig sem került törvényileg kihirdetésre[633], kifejezetten kitért arra, hogy nem vonható büntetőjogilag felelősségre, aki a cselekmény elkövetésekor olyan mentális betegségben, illetve zavarban szenvedett, ami képtelenné tette arra, hogy cselekménye jogellenességét vagy természetét felismerje, illetve, hogy magatartását a jogi normáknak megfelelően

[629] 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Strasbourg, 16 October 2006. 40, 42-43.
[630] General Assembly resolution 43/173 of 09 December 1988 on the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment, Principle 24.
[631] General Assembly resolution 45/110 of 14 December 1990 on the United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (The Tokyo Rules), 1.1, 1.4, 13.1, 13.3.
[632] General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991 on the Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, Principle 9, 11 (para. 11., 12., 14.), 20.
[633] KOVÁCS Péter: Miért nincs még kihirdetve a Római Statútum? Gondolatok a Római Statútum és az Alaptörvény összeegyeztethetőségének egyszerűségéről, *Állam- és Jogtudomány*, 2019/1. 70.

alakítsa.[634] Valamennyi, a Római Statútumot ratifikáló állam integrálta e rendelkezéseket nemzeti szabályozásába, akár a beszámítási képességet a büntetőjogi felelősségre vonhatóság feltételeként, akár a beszámíthatatlanságot eredményező mentális betegséget – további kritériumok megvalósulása esetén – a felelősség alóli mentesülés alapjaként megjelölve.[635]

A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény 2006-ban külön kitért az értelmi, szellemi fogyatékossággal élőkre, és a korábbi egyezményekhez hasonlóan rögzítette az élethez (10. cikk), a személyi szabadsághoz és biztonsághoz való jogot (14. cikk), a kínzás tilalmát (15. cikk), valamint az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférést (13. cikk), beleértve az igazságügyi igazgatás területén dolgozók, a rendőrségi és büntetés-végrehajtási alkalmazottak megfelelő képzését.[636] A 14. cikkhez kapcsolódóan a Fogyatékossággal Élő Személyek Jogainak Bizottsága 2015-ben közzétett iránymutatásában megfelelő eljárási garanciák kialakítására hívta fel a részes államokat a kóros elmeállapotuk miatt nem büntethető elkövetőkkel szembeni „biztonsági intézkedések" alkalmazásakor, és hangsúlyozta annak jelentőségét, hogy a fogyatékossággal élő személyekre is kierjedjenek ugyanazok a garanciák, amelyek a beszámítható elkövetők esetében irányadók. A Bizottság kifejezetten utalt arra, hogy aggályosnak tekintendők azok az eljárások, melyek eredményeként határozatlan tartamú biztonsági intézkedés alkalmazására megfelelő garanciák hiányában kerül sor.[637]

Az Európa Tanács (a továbbiakban: ET) égisze alatt elfogadott dokumentumok közül az Emberi Jogok Európai Egyezménye 1950-ben – az ENSZ egyezményekhez és egyes regionális egyezményekhez, így az Emberi Jogok Amerikai Egyezményéhez, az Emberi Jogok Ázsiai Chartájához és Az Ember és Népek Jogainak Afrikai Chartájához hasonlóan – általános érvénnyel rögzítette az élethez való jogot (2. cikk), a szabadsághoz és biztonsághoz való jogot (5. cikk), valamint a kínzás tilalmát (3. cikk). Kiemelendő az Emberi Jogok Európai Bíróságának felállítása (19. cikk, a továbbiakban: Bíróság) az Egyezmény és a kapcsolódó jegyzőkönyvek értelmezési és alkalmazási kérdéseinek elbírálására, melynek ítéleteit a szerződő felek magukra nézve kötelezőnek ismerik el.[638]

---

[634] T/4490. számú törvényjavaslat indokolással - az Egyesült Nemzetek Diplomáciai Konferenciája által, a Nemzetközi Büntetőbíróság Rómában, 1998. július 17-én elfogadott Statútumának kihirdetéséről, Article 31. 1. (a) (forrás: https://jogkodex.hu/doc/5739395)

[635] DOMÁN (doktori értekezés tézisei), 6.

[636] 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről, 10, 13-15. cikk

[637] Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015. Part XI. Para. 20.

[638] 1993. évi XXXI. törvény, 2, 3, 5, 19, 32, 46. cikk

Ahogy a későbbiekben bemutatásra kerül, az Egyezmény több, a mentálisan beteg bűnelkövetőket is érintő rendelkezése nem csupán pallérozásra, hanem érdemi tartalmi kiegészítésre került a Bíróság gyakorlatában.

Az ET ajánlásaiból tisztán kirajzolódnak a mentális betegségek megközelítésében történt változások. Erre utalt a Parlamenti Közgyűlés 1977-es ajánlása a második világháború óta eltelt három évtized vonatkozásában mind orvosi, mind társadalmi téren. Deklarálta azt a Bíróság előtti ügyekben ugyancsak elismert tényt, hogy a mentális betegségnek nem lehet egységes és végleges definícióját adni, mivel annak tartalma az orvostudomány fejlődéséhez és ezáltal adott korhoz, sőt földrajzi régióhoz kötötten változhat és változik. Érdekesség, hogy külön említésre kerültek a „modern élet", a megváltozott társadalmi minták és munkaritmus, illetve az ezekkel járó új stresszfaktorok által előidézett, nóvumként megjelenő mentális betegségek. Határozottan rögzítette ugyanakkor – a Bírósággal egyezően –, hogy az általános társadalmi és erkölcsi normáktól eltérő megközelítés- és viselkedésmód önmagában nem alapozza meg a mentális betegség fennállásának megállapítását. Felhívta többek közt a tagállamokat a „veszélyesség" fogalmának további tisztázására és ezzel összefüggésben a határozatlan tartamú szabadságelvonás körének minimumra szűkítésére, a beszámíthatatlannak ítélt elkövetők ügyeiben az egészségügyi hatóságok további eljárásának előtérbe helyezésére, valamint a szabadságelvonással kapcsolatos jogorvoslati lehetőségek kialakítására.[639] A Miniszteri Bizottság 1983-as ajánlásában kifejezetten meghatározta azokat a cikkeket, amik a mentálisan beteg bűnelkövetőkre is irányadók, így a kezeltek emberi méltóságának feltétlen tiszteletben tartása, a megfelelő ellátáshoz és kezeléshez való jog és annak biztosítása, hogy a kötelező gyógykezelés ténye önmagában nem alapozza meg az egyén jog- és cselekvőképességének korlátozását.[640] Bár hajlamosak vagyunk eleve adottnak tekinteni napjaink pszichiátriai praxisának keret- és eszközrendszerét, ennek változékonyságát jól példázza, hogy a Parlamenti Közgyűlés 1994-es ajánlásában – a CPT 1997-es jelentéséhez hasonlóan – még komoly vitatémaként és vízválasztóként értékelte az egyes tagállamok gyakorlatában a lobotómia és az elektrokonvulzív terápia alkalmazásának elfogadottságát. Valamennyi fogvatartott esetében kiemelte az orvosi

[639] Parliamentary Assembly Recommendation 818 (8 October 1977), 2, 3, 10, 15.
[640] Recommendation No. R (83) 2 Concerning The Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients (Committee of Ministers, 22 February 1983), 5, 9, 10, 11.

vizsgálat lefolytatásának, a büntetés-végrehajtási intézetben a szakképzett személyzet foglalkoztatásának és a szociálterápiás programok kidolgozásának fontosságát.[641]

A 2000-ben kidolgozott „Fehér Könyv" ajánlásai a mentálisan beteg személyek méltóságának és jogainak védelme tárgyában egyaránt kiterjedtek a polgári és büntetőügyek eredményeként elrendelt gyógykezelésekre. Elhatárolta a „mentális zavar" és a „mentális betegség" fogalmait, előbbit jelölve meg tágabb kategóriaként, melybe a mentális betegségek mellett a szellemi fogyatékosság („tanulási nehézség") és a személyiségzavarok is beletartoznak. Míg a kötelező gyógykezelés alkalmazását a mentális betegségek egyértelműen megalapozhatják, a személyiségzavarnak és a szellemi fogyatékosságnak kirívó súlyúnak kell lennie és esetről esetre szükséges vizsgálni elfogadhatóságukat. Elvi jelentőséggel deklarálta, hogy a fiatalkorúakra legalább a felnőttkorúak esetében alkalmazott standardoknak kell kiterjedniük, emellett kiemelte a felnőttkorúaktól való elkülönítésük fontosságát. A rendszeres felülvizsgálat hivatott biztosítani, hogy a kötelező gyógykezelés nem terjeszkedik túl a feltétlenül szükséges és indokolt időintervallumon. Az ajánlás a bíróság vagy azzal egyenértékű garanciákat nyújtó hatóság általi felülvizsgálatnál az adekvát jogi képviselet biztosításának és az iratok kezelt és védője általi megismerhetőségének, illetve vitathatóságának tulajdonított döntő szerepet.[642]

A Miniszteri Bizottság 2004-es ajánlása az Egészségügyi Világszervezet által közzétett BNO-10-ből kiindulva a „mentális zavarban" szenvedők szélesebb körével foglalkozott. Az ajánlás 34. cikke utalt arra, hogy a kötelező gyógykezelésre megfogalmazott általános elvek a mentális zavarban szenvedő bűnelkövetőkre is irányadók. Ide tartozik a kezelt állapotához igazodó, azzal arányban álló kötelező gyógykezelés orvosi vélemény alapján, bíróság vagy más kompetens hatóság általi elrendelhetősége, az egyénre szabott kezelési terv kialakítása és a kezelés lépéseinek megfelelő írásos rögzítése, a kezelt, illetve képviselője kellő időben történő tájékoztatása az érintettet megillető jogokról és jogorvoslati lehetőségekről, valamint a gyógykezelés szükségességének rendszeres felülvizsgálata a szabadságelvonás indokolatlan elhúzódásának elkerülése érdekében. A Fehér Könyvhöz hasonlóan az ajánlás kitért az elbocsátást követően az adekvát utógondozási mechanizmusok életbe léptetésének

[641] 1994 Parliamentary Assembly Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (12 April 1994), 4, 7.4.
[642] "WHITE PAPER" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment, Strasbourg, 3 January 2000. 1, 2, 7, 14.

követelményére. A 35. cikk külön rendelkezéseket tartalmazott a büntetés-végrehajtási intézetekben lévő mentális zavarban szenvedő fogvatartottakra, rámutatva, hogy a büntetés-végrehajtási intézeten belül ezen személyek gyógyítása külön egészségügyi, illetve kórházi osztályon kell, hogy megvalósuljon, továbbá független megfigyelőrendszert szükséges létrehozni a kezelés során a velük való bánásmód ellenőrzésére.[643] Utóbbi követelmény szintén megjelent korábban a „Fehér Könyvben" és a Miniszteri Bizottság 2006-os ajánlásában az Európai Börtönszabályokról, melyek a büntető ítélet folytán szabadságuktól megfosztott valamennyi személyre alkalmazandók.

Az Európai Börtönszabályok preambuluma – leképezve a felfogásbeli változásokat – már azt is rögzítette, hogy a fogvatartottak számára a kezelési programokat nyújtó végrehajtási körülmények mellett biztosítani kell az emberi méltóságot nem sértő és értelmes elfoglaltságokat, ezzel elősegítve reszocializációjukat. Kinyilvánította, hogy az anyagi források hiánya nem szolgálhat indokul az emberi jogokat sértő fogvatartásra, továbbá, hogy az elmebetegségben szenvedő, illetve olyan személyeket, akiknek pszichés állapota nem viseli el a szankció büntetés-végrehajtási intézetben való foganatosítását, kifejezetten e célra rendelt intézményben javasolt elhelyezni. Amennyiben mégis büntetés-végrehajtási intézetbe kerülnek, külön szabályozási rezsim alá kell őket sorolni. Hangsúlyozta az elkülönítés fontosságát a nem és az életkor alapján. Az intézet orvosi szolgálata általi vizsgálatok és kezelés körében külön kitért a pszichiátriai ellátás biztosításának elvárására.[644]

A Parlamenti Közgyűlés 2223. számú határozata és az ehhez kapcsolódó 2132. számú ajánlás[645] 2018-ban egyaránt rögzítette a fizikai, érzékszervi, intellektuális vagy pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek fogvatartásával kapcsolatos aggályokat és javaslatokat, kiemelve, hogy sajátos szükségleteik elhanyagolása és megfelelő elhelyezésük hiánya alapvető jogaikat sérti, valamint megalázó és diszkriminatív fogvatartási körülményeknek teszi ki őket, ami „kétszeres büntetésnek" tekintendő. Külön utalt a tanulási zavaros, illetve szellemileg fogyatékos fogvatartottakra, akiknél – olyan intézkedések híján, melyek segítenek megérteni a velük szemben alkalmazott szankciót, a büntetés-végrehajtási intézet rendjét és működési szabályait, jogaikat és a panasztétel

[643] Recommendation No. REC(2004)10 of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum (22 September 2004), 19, 20, 22, 24-25, 34, 35.
[644] A Miniszteri Bizottság Európai Börtönszabályokról szóló R/2006/2 ajánlása a Tagállamok számára (2006. január 11.), 6, 10.1, 12.1-12.2, 18.8, 40.4, 40.5.
[645] Parliamentary Assembly Recommendation 2132 (2018) on Detainees with disabilities in Europe

lehetséges módját – hatványozott kockázata van annak, hogy nem tudnak alkalmazkodni az intézet rendjéhez, bomlasztónak tekintik és ezzel összefüggésben indokolatlanul szankcionálják őket. A Közgyűlés a Bíróság gyakorlatával egyezően rögzítette, hogy a bebörtönzés helyetti alternatív szankcióalkalmazás és a büntetés-végrehajtásban az egészségügyi szakszemélyzet hiánya esetenként az érintettek túlzott immobilizációjához és excesszív farmakoterápiához vezet, ami által a fogvatartás körülményei aránytalanul hátrányosak e csoportra nézve. Ezek a problémák súlyosbítják kiszolgáltatottságukat és elszigeteltségüket, így a reszocializációs cél ellenében hatnak.

A Közgyűlés felszólította a tagállamokat, hogy nemzeti jogukban fogadjanak el olyan speciális rendelkezéseket a fogyatékkal élő fogvatartottakra vonatkozóan, melyek biztosítják az egyenlő bánásmód, a megkülönböztetésmentesség, az ésszerű alkalmazkodás és a hozzáférhetőség alapvető elveinek érvényesülését. A fogyatékos személyek alacsony börtöntűrési képességére is figyelemmel a fő célkitűzések közt jelent meg a szabadságelvonással nem járó kényszerintézkedések előnyben részesítése, valamint a szabadságvesztés helyett az alternatív szankciók előtérbe helyezése, amennyiben pedig mégis szabadságelvonásra kerül sor, az ennek helyéül szolgáló intézmény kiválasztásánál annak priorizálása, hogy képes-e megfelelő ellátást nyújtani. Az ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban alapvető elvárás, hogy megfelelő számú szakképzett személyzet álljon rendelkezésre, a hozzáférés a büntetés-végrehajtási intézetbe szállítást követően azonnali, a kezelés pedig megszakításmentes legyen, beleértve a különleges körülmények által esetlegesen indokolt, más intézménybe történő átszállítást. Érdemi elvárás, hogy az igazságügyi és büntetés-végrehajtási alkalmazottak képzésének anyagát a fogyatékos fogvatartottakkal való bánásmódra vonatkozó ismeretekkel egészítsék ki, valamint ezeket a megfelelő személyek alkalmazásának kritériumai körébe is integrálják.[646]

A felnőttkorú fogvatartottak és „próbára bocsátottak” (a továbbiakban: fogvatartottak) mentális egészségével foglalkozó, a Miniszteri Bizottság által megfogalmazott ajánlások sorában a legfrissebb 2025 február végén került kiadásra. A mentális zavarral küzdő érintetti kört akként definiálta, hogy kogníciójukban, érzelemszabályozásukban vagy viselkedésükben klinikailag jelentős zavarok detektálhatók. Az alapelvek körében hangsúlyos az a megközelítés, hogy a fogvatartottaknak olyan mentálhigiénés ellátáshoz szükséges hozzáférést biztosítani, ami

[646] Parliamentary Assembly Resolution 2223 (1 June 2018) on Detainees with disabilities in Europe, 1, 3-5, 7.1.2, 7.5-7.6, 7.9-7.10.

ugyanolyan minőségű eredmények elérését teszi lehetővé, mint a büntetés-végrehajtási rendszeren kívül a lakosság számára generálisan nyújtott ellátás. Ennek kialakításakor a hatóságoknak tekintettel kell lenniük nemi és kulturális jellegű tényezőkre egyaránt, melyek befolyásolhatják a kezeltek mentálhigiénés igényeit. Ugyancsak érdemi jelentősége van a gyógyítási cél következetes megvalósítása szempontjából a kezelés folytonosságának, figyelembe véve azokat a terápiákat, melyeket a fogvatartás előtt (vagy alatt) kezdtek meg. A mentális egészség kialakítása, illetve megőrzése kapcsán releváns tényezők közül a korábbi iránymutatások logikájához hasonlóan, illetve azt továbbvezetve az ajánlás kiemelte a támogató és gondoskodó környezet megteremtését, a mentálhigiénés tájékoztatás és oktatás biztosítását, a büntetés-végrehajtási rendszerbe történő bekerüléstől kezdődően a mentálhigiénés szolgáltatásokhoz való (folyamatos) hozzáférést, a mentális egészség szociális determinánsainak, illetve komponenseinek azonosítását és lehetőség szerint az azokra való reflektálást, a fizikai tevékenységekhez, kreatív művészetekhez és egyéb programokhoz való hozzáférést, illetve a proszociális kapcsolatok és a közösségbe történő visszailleszkedés támogatását.

A problémák hátterében meghúzódó okok feltárására, illetve a hiányosságok rendszerszemléletű megközelítésére és megoldására irányuló szándékot tükrözi, hogy a nemzeti hatóságoknak szükség esetén intézkedéseket kell hozniuk a pszichoaktív szerhasználat kezelésére, a válsághelyzeti ellátásokhoz való hozzáférés biztosítására és az egészségügyi, illetve a büntetés-végrehajtási rendszer azon hiányosságainak kiküszöbölésére, melyek hozzájárulnak a negatív mentálhigiénés következményekhez és eredményekhez. Alapvető jelentőségű, hogy az önsértés, illetve az öngyilkosság megelőzése érdekében külön intézkedések kerüljenek kialakításra, beleértve a szakpolitikák kidolgozását, rendszeres felülvizsgálatát és aktualizálását a legjobb gyakorlatok és a legújabb kutatások alapján, a kockázatok azonosítását, az azonnali orvosi és pszichológiai beavatkozást egyértelmű protokollok keretében, továbbá a betegek számára elérhető tanácsadást. A kezelés kapcsán nem csupán a multidiszciplináris megközelítésre és az egészségügyi szakemberek megfelelő ismereteire, hanem a büntetés-végrehajtási személyzet speciális igényű fogvatartottakkal való bánásmódra vonatkozó képzésére is fokozott hangsúlyt szükséges helyezni. Ennek jelentősége nem csupán a fogvatartottakkal való hatékony(abb) interakció előmozdításában áll, hanem a személyzet számára a munkavégzéssel összefüggő pszichés megterhelés feldolgozását is hivatott

(lenne) elősegíteni. [647] Ennek további fejlesztése – a CPT legutóbbi jelentésének tanúsága szerint – hazánkban ugyancsak szükségesnek mutatkozik.[648]

6.2. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga

6.2.1. A fogvatartás törvényessége

A mentálisan beteg bűnelkövetők kötelező gyógykezelésének az egyes európai államokban alkalmazott gyakorlataira és specifikusabban az Emberi Jogok Európai Egyezménye (a továbbiakban: Egyezmény) rendelkezéseinek – a kapcsolódó ügyekben elsősorban hivatkozott 3., 5. és 6. cikkek – értelmezésére kiemelt hatást gyakorol az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga.[649] A téma szempontjából kiindulópontnak tekinthető Winterwerp Hollandia elleni ügye (1979), melyben a Bíróság a mentálisan beteg elkövetők szabadságelvonásának törvényességéhez[650] három alapkritériumot határozott meg:

- a mentális betegség megbízható, objektív szakértői véleménnyel alátámasztott megállapítása a kötelező gyógykezelés elrendelésekor;
- a mentális betegségnek olyan természetűnek és fokúnak kell lennie, ami indokolja a szabadságelvonást;
- a további szabadságelvonást a mentális betegség folyamatos fennállása alapozza meg.

A testület helyesen adott hangot azon álláspontjának, hogy a mentális betegségnek a pszichiátria fejlődésére figyelemmel nem lehet átfogó és végleges definícióját adni, ugyanakkor rámutatott, hogy semmiképp sem elegendő a megállapításához, ha az egyén nézetei vagy viselkedése eltér az általánosan elfogadott társadalmi normáktól.[651] A mentális betegség a Bíróság gyakorlatában autonóm jelentésre tett szert, és nem követelmény, hogy kizárja vagy korlátozza az egyén beszámítási képességét a nemzeti jog rendelkezései alapján. Helyette az első Winterwerp-feltétel szerinti „valódi" mentális betegség fennállása

[647] Recommendation CM/Rec(2025)2 of the Committee of Ministers to member States regarding the promotion of the mental health of prisoners and probationers and the management of their mental disorders, adopted by the Committee of Ministers on 26 February 2025 at the 1520th meeting of the Ministers' Deputies, 1-5, 7-8, 13, 15.2, 16.2, 17, 20.2, 23.
[648] CPT (2024), 68.
[649] A jelen fejezetben feldolgozásra kerülő ügyek felsorolását a 2. melléklet tartalmazza.
[650] 1993. évi XXXI. törvény, 5. cikk 1. „Mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra. Szabadságától senkit sem lehet megfosztani, kivéve az alábbi esetekben és a törvényben meghatározott eljárás útján:
e) törvényes őrizetbe vétel fertőző betegségek terjedésének megakadályozása céljából, valamint elmebetegek, alkoholisták, kábítószer-élvezők vagy csavargók őrizetbe vétele".
[651] Winterwerp Hollandia elleni ügye, 1979. október 24. (ügyszám: 6301/73), 37, 39.

vizsgálandó, bár ezzel összefüggésben a szabadságelvonás lehetséges alapjainak leszűkítő értelmezéséből kell kiindulni. Így például a Bíróság a mentális betegség körébe sorolta az elkövető nagyfokú szexuális szadizmusát, ami pszichiátriai intézetbeli átfogó kezelését tette szükségessé.[652]

Az első kritériumnak való megfelelés érdekében szükséges lehet a külsős szakértő kirendelése, valamint, hogy a szakértő speciális végzettséggel, pszichiáter szakorvosi képesítéssel rendelkezzen főként azokban az esetekben, mikor az elkövetőnél kórelőzmény hiányában merül fel a mentális betegség gyanúja. A Bíróság nem foglal állást a szakvélemények tudományos minőségét illetően, csupán azt vizsgálja, kellően aktuálisak-e és a hatóság a döntés meghozatala során számításba vette-e a bennük foglalt valamennyi lényeges tényezőt az elkövető kezelésének szükségessége szempontjából.[653] Az első követelmény alóli kivételek vonatkozásában – melyeknél az egyén közveszélyessége okán a társadalom védelme élvez elsőbbséget az érintett szabadságjogaival szemben – X Egyesült Királyság elleni ügyében (1981) történt pontosítás azzal, hogy a szakvélemény egyaránt beszerezhető az elmebetegség okán történő fogvatartás kezdete előtt és után.[654] P.W. Ausztria elleni ügyében (2022) ezt azzal egészítették ki, hogy főszabályként a szabadságelvonás kezdetét megelőzően kell, hogy megtörténjen a szakvéleményadás. Azokban a sürgős esetekben pedig, amikor az elkövető erőszakos magatartása és veszélyessége okán erre mégsincs mód, a fogvatartás kezdetét követően azonnal sor kell, hogy kerüljön rá.[655] A feltételek (folyamatos) fennállásának bizonyítási terhe a kötelező gyógykezelés elrendeléséhez és fenntartásához a nemzeti hatóságokra hárul.[656]

Szintén elvi jelentőségű tétel a jogbiztonság követelménye, melynek valamennyi szabadságelvonás esetében érvényesülnie kell. Ezért lényeges, hogy annak feltételeit a nemzeti jog világosan meghatározza, valamint, hogy a jogalkalmazás kiszámítható legyen. A szabályozásnak kielégítően pontosnak kell lennie ahhoz, hogy az egyén az adott helyzetben, észszerű mértékben előre láthassa magatartásának következményeit.[657] Az ügyben kifejtett érvelés figyelemreméltó hasonlósággal cseng vissza a magyarországi szabályozás kapcsán azon szerzők és jogalkalmazók megközelítésmódjában, akik a kényszergyógykezelés relatíve határozott tartamának visszaállítását javasolják. Bár a

[652] Ilnseher Németország elleni ügye, 2018. december 4. (ügyszám: 10211/12 és 27505/14), 149-151.
[653] P.W. Ausztria elleni ügye, 2022. június 21. (ügyszám: 10425/19), 52, 57.
[654] X Egyesült Királyság elleni ügye, 1981. november 5. (ügyszám: 7215/75), 41.
[655] P.W. Ausztria elleni ügye, 51.
[656] Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye, 71.
[657] Kawka Lengyelország elleni ügye, 2001. január 9. (ügyszám: 25874/94), 49.

kényszergyógykezelt személy esetében semmiképp nem beszélhetünk olyan jellegű és fokú előrelátásról, mint egy beszámítható elkövető esetében, ez értelemszerűen nem jelenti, nem is jelentheti azt, hogy e követelmény pusztán az elkövető kiszolgáltatott helyzetére tekintettel negligálható lenne. Hozzá kell továbbá tenni, hogy bár a cselekmény elkövetésekor az elkövető nyilvánvalóan nincs tisztában azzal, milyen típusú és súlyosságú szankciót alkalmazhatnak vele szemben, a végrehajtás során képes lehet megváltozott körülményeinek és annak az időtartamnak a felfogására, amelyet várhatóan az intézetben kell töltenie, így a „határozatlan tartam" kategóriája ebben az összefüggésben nehezen értelmezhető vagy akceptálható.

A kötelező gyógykezelés szankciórendszerbeli besorolhatósága kapcsán a Bíróság újabb gyakorlatában fejtette ki – nézetem szerint erősen vitatható – állásfoglalását. Ennek jelentősége, hogy amennyiben a büntetések körébe tartozónak tekinthető, értelemszerűen kiterjed rá az Egyezmény 7. cikke, a büntetés kiszabásának tilalma törvényi rendelkezés hiányában.[658] Ilnseher Németország elleni ügyében (2018) az elkövető veszélyességére alapított biztonsági célú elzárást akként minősítették, hogy bár az kezdetben valóban büntetésként volt értékelhető, a végrehajtás során a körülményekben beállt jelentős változások eredményeként „intézkedéssé lényegült át", amely már nem volt a 7. cikk körébe vonható. Ezt a figyelemreméltó, csaknem főnixszerű átváltozást a Bíróság olvasatában egyrészt a szabadságelvonásnak utóbb tulajdonított orvosi és terápiás cél, valamint a kezelésközpontúbbá vált végrehajtási mód és eszközök indukálták. Ennek megállapításához elvi jelleggel elhatárolásra kerültek a büntetés „statikusnak" tekintett tényezői, főként a büntetendő cselekmény elkövetése okán történő eljárás, ítélethozatal és szankcionálás, illetve a „dinamikus", változó, illetve megváltoztatható aspektusok, mint a szankció természete, célja és súlyossága – utóbbi, bár érdemi szempont, nem lehet tehát kizárólagosan irányadó a rendszertani besorolás kapcsán. Megjegyzem, hogy e logika mentén az sem lenne kizárható, hogy egy elrendelt intézkedés szintén a végrehajtás körülményeinek alakulása tükrében szubsztanciálisan büntetés jelleget öltsön, amely még inkább parttalanná teszi a szankciótípusok közti – gyakran egyébként sem jótékony homályba vesző – határvonalat.

Míg a testület helyesen adott hangot annak, hogy a polgári bírósági útra terelés világosabban tükrözhette volna a meghatározónak tekintett kezelési célt, vitatható módon elfogadta a kormány azon érvelését, hogy a büntetőbíróságok több tapasztalattal

[658] 1993. évi XXXI. törvény, 7. cikk

rendelkeztek, felkészültebbek voltak az ilyen elkövetők ügyeiben való döntésre, továbbá az elrendelés feltételei mindenképp azonosak lettek volna. Nem lehet, nem lehetett volna viszont nézetem szerint figyelmen kívül hagyni, hogy a büntetőeljárás során a büntetőjog-dogmatikai alapelveknek és többletgaranciáknak is érvényesülniük kellett volna, hisz épp ezek lettek volna hivatottak biztosítani az érintett fokozott jogvédelmét. Vékonynak, egyszersmind instabilnak tűnik az a határ is, melyet a Bíróság aközött húzott, hogy a fogvatartás önkényességének elkerülése érdekében még ne szakadjon meg az elkövetett cselekmény és a szabadságelvonás közti kapcsolat, ugyanakkor a biztonsági célú elzárás büntető, megtorló jellege és annak az alapcselekményhez való kapcsolódása olyan mértékben erodálódjon, ami kivonhatóvá teszi a szankciót a büntetések kategóriájából.[659]

Bár e cím alatt elsősorban az Egyezmény 5. cikke alá eső ügyeket vizsgálom, ezen a ponton utalok a tisztességes eljárásra vonatkozó 6. cikk követelményeire.[660] A mentálisan beteg elkövetők kiszolgáltatottsága különös odafigyelést indokol a tekintetben, hogy az eljárásban való érdemi részvételük biztosított legyen, és elvi tételként mondta ki a Bíróság, hogy ne kerülhessenek hátrányosabb helyzetbe, mint a beszámítható személyek. Ennek lényegi eleme az érintett meghallgatása, valamint a bíróságokat terhelő azon kötelezettség, hogy valamennyi, a felek által tett nyilatkozatot, beadványt és előterjesztett bizonyítékot érdemben megvizsgáljanak attól függetlenül, hogy mennyire tartják őket relevánsnak az ügy szempontjából.[661]

A bizonyítékok számba vételekor lehetőséget kell biztosítani az elkövető számára azok megismerésére és vitatására, értékelésükkör pedig tekintettel kell lenni eredetükre,

---

[659] Ilnseher Németország elleni ügye, 206, 208, 227, 236, 230-231. *és*
Rooman Belgium elleni ügye, 2019. január 31. (ügyszám: 18052/11), 199.

[660] 1993. évi XXXI. törvény, 6. cikk: „1. Mindenkinek joga van arra, hogy ügyét a törvény által létrehozott független és pártatlan bíróság tisztességesen nyilvánosan és ésszerű időn belül tárgyalja, és hozzon határozatot polgári jogi jogai és kötelezettségei tárgyában, illetőleg az ellene felhozott büntetőjogi vádak megalapozottságát illetően. (…)
2. Minden bűncselekménnyel gyanúsított személyt mindaddig ártatlannak kell vélelmezni, amíg bűnösségét a törvénynek megfelelően meg nem állapították.
3. Minden bűncselekménnyel gyanúsított személynek joga van – legalább – arra, hogy
a) a legrövidebb időn belül tájékoztassák olyan nyelven, amelyet megért, és a legrészletesebb módon az ellene felhozott vád természetéről és indokairól;
b) rendelkezzék a védekezésének előkészítéséhez szükséges idővel és eszközökkel;
c) személyesen, vagy az általa választott védő segítségével védekezhessék, és ha nem állanak rendelkezésére eszközök védő díjazására, amennyiben az igazságszolgáltatás érdekei ezt követelik meg, hivatalból és ingyenesen rendeljenek ki számára ügyvédet;
d) kérdéseket intézzen vagy intéztessen a vád tanúihoz és kieszközölhesse, a mentő tanúk megidézését és kihallgatását ugyanolyan feltételek mellett, mint ahogy a vád tanúit megidézik, illetve kihallgatják;
(…).”

[661] Hodžić Horvátország elleni ügye, 2019. április 4. (ügyszám: 28932/14), 57, 60.

valamint arra, hogy az mennyiben befolyásolja megbízhatóságukat.[662] Bár külsős szakértő kirendelésére nem kell, hogy feltétlenül sor kerüljön pusztán azért, mert valamely fél kérelmezi, egy szakvélemény alapvetően nehezen vitatható egy másik beszerzése nélkül. Nem elegendő tehát a védelem számára formálisan biztosítani a kirendelés indítványozásának jogát, hanem a jog hatékony érvényesíthetőségét, illetve érvényesülését is garantálni kell – ezt indokolja a szóban forgó terület, az egyének mentális állapota és a bűnismétlés veszélye felmérésének komplexitása. Így Hodžić Horvátország elleni ügyében (2019) egyezménysértő volt, hogy a bíróság kizárólag egy szakértő véleményére támaszkodott, miközben elutasította a védelem által előterjesztett bizonyítékot, ezáltal tisztességtelen módon hátrányos helyzetet idézve elő a kérelmező számára.[663]

A mentálisan beteg bűnelkövetők kötelező gyógykezelésének foganatosítására a Bíróság korábbi gyakorlatában kizárólag a kórházakat, klinikákat és más megfelelő intézményeket tartotta alkalmasnak, különös figyelemmel arra, hogy ne sérüljön az intézkedés célja és feltételei közti kapcsolat. Megállapításra került például a jogsértés Aerts Belgium elleni ügyében (1998) arra hivatkozással, hogy a kérelmezőt a számára kijelölt pszichiátriai intézetben tapasztalt férőhelyhiány miatt hét hónapig egy a fogvatartására és főként egészségi állapota által indokolt kezelésre alkalmatlan büntetés-végrehajtási intézetben helyezték el, ez az időtartam pedig jóval meghaladta a Bíróság által még elfogadhatónak ítélt mértéket. Megjegyzem, hogy a CPT jelentéseinek súlyát többek közt az is példázza, hogy a konkrét büntetés-végrehajtási intézet pszichiátriai részlege inadekvát jellegének megállapításánál jelentős szerepe volt a Bizottság vonatkozó jelentésének, főként az abban hivatkozott rendszeres orvosi felügyelet és terápiás környezet hiányának.[664] Bár a szükséges és a ténylegesen rendelkezésre álló kapacitás nyilvánvalóan eltérhet az elhelyezésre kijelölt intézményekben és ezzel összefüggésben valamennyi késedelem indokolt lehet, hasonlóképp túlzónak tartotta a Bíróság Pankiewicz Lengyelország elleni ügyében (2008) a körülbelül háromhónapos intervallumot, mivel már ez is alkalmas arra, hogy a kérelmező állapotának aránytalan romlását idézze elő, ezáltal ellentétes a kezelési céllal.[665]

Az esetjog későbbi alakulása a végrehajtás elfogadható helye tekintetében eltérést és az 5. cikk 1. pontja spektrumának kiszélesítését hozta magával. A mentális betegséghez

[662] P.W. Ausztria elleni ügye, 72.
[663] Hodžić Horvátország elleni ügye, 61-62, 74.
[664] Aerts Belgium elleni ügye, 1998. július 30. (ügyszám: 61/1997/845/1051), 46-49.
[665] Pankiewicz Lengyelország elleni ügye, 2008. február 12. (ügyszám: 34151/04), 45.

igazodó megfelelő kezelés a fogvatartás törvényességének kritériumává vált, és a fókusz a végrehajtás helyének formális jellegéről helyeselhetően átkerült az intézmény konkrét körülményeire és az egyedileg biztosított terápiára, melynek az elkövető ön-, illetve közveszélyességének visszaszorítását, valamint reszocializációját kell szolgálnia akár olyan eszközökkel is, mint a privilégiumok biztosítása az érintett részére vagy más, a kezelésére alkalmasabb intézetbe történő átszállítása. E differenciáltabb megközelítés alapján akár egy büntetés-végrehajtási intézet is alkalmas foganatosítási helynek minősülhet, amennyiben eleget tesz az előbbi kritériumoknak és *vica versa* egy *a priori* megfelelő kezelési helynek tekintett pszichiátriai intézmény is lehet inadekvát, ha a konkrét beteg számára nem tudja biztosítani a szükséges kezelést. Amennyiben tehát a szabadságelvonás meghosszabbítását a hatóság a bűnismétlés veszélyére alapítja, de a beteg nem részesül olyan kezelésben, mely állapotjavulásának elérésére és a visszaesés kockázatának csökkentésére alkalmas, megvalósul az Egyezmény 5. cikkének sérelme. Érdekes megfigyelni, hogy a Bíróság esetjogában csupán 2019-ben került explicite kimondásra, hogy a gyógyítási cél a társadalomvédelmi elvvel egyenrangúnak tekintendő, és annak alapját az egyénre szabott kezelés, ezen belül a végrehajtás körülményei, az ehhez szükséges eszközök és a szabadságelvonás tartama képezik.[666] Hozzá kell tenni, hogy az érintett részéről a kezelés esetleges visszautasítása, illetve az együttműködés hiánya nem alapozhatja meg egy inadekvát intézményben történő fogvatartását.[667]

A kezelés színvonalát tekintve meg kell, hogy haladjon egy minimumszintet, nem elegendő önmagában az egészségügyi szakemberek rendelkezésre állása, a velük való konzultáció és a gyógyszerek felírása. Az egyénre szabott kezelési terv megléte kulcsfontosságú, azonban az államok mind a terápia formája, mind tartalmi elemei tekintetében viszonylag tág mozgástérrel rendelkeznek.[668] A kezelt szabadon bocsátását önmagában nem alapozza meg, ha mentális betegsége (az orvostudomány aktuális állása szerint) gyógyíthatatlan, amennyiben a bűnismétlés veszélye fennáll és ezáltal a társadalom védelme továbbra is indokolt.[669]

Johnson Egyesült Királyság elleni ügyében (1997) rögzítésre került, hogy a nemzeti hatóságok jogosultak a kezelt fölött a társadalomba való visszaengedését követően bizonyos mértékű felügyeletet gyakorolni, elbocsátását pedig ennek érdekében

[666] Rooman Belgium elleni ügye, 201, 204-205, 207-208, 210.
[667] Kadusic Svájc elleni ügye, 2018. január 9. (ügyszám: 43977/13), 57. *és* Rooman Belgium elleni ügye, 203.
[668] Rooman Belgium elleni ügye, 209.
[669] Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye, 54.

meghatározott feltételektől tehetik függővé és azok bekövetkezéséig elhalaszthatják. Erre azonban csak úgy kerülhet sor az Egyezménnyel összhangban, ha a késedelem nem nyúlik észszerűtlenül hosszúra és ennek jogrendszerbeli biztosítékai fennállnak. A konkrét esetben a kérelmező elbocsátását egy megfelelő otthonban való elhelyezéstől tették függővé, mivel rehabilitáció nélküli szabadon bocsátását túl kockázatosnak ítélték. Bár a hatóságok érdemi erőfeszítéseket tettek a férőhely biztosítására, ezek a kísérletek eredménytelenek maradtak, és a felülvizsgálatot lefolytató testület sem tudta garantálni a kritérium észszerű időn belüli megvalósulását, így lényegileg ez vezetett a kérelmező elbocsátásának határozatlan időre történő elhalasztásához, amely már nem felelt meg az Egyezmény kritériumainak. Ugyancsak problémát jelentett, hogy az éves felülvizsgálatok között a kérelmező nem fordulhatott a testülethez, és annak nem is volt lehetősége az egyes eljárások közti időszakban vizsgálni az ügy állását, illetve szükség szerint megváltoztatni a feltételt, így a Bíróság megállapította az Egyezmény megsértését.[670] Az elbocsátás egyéb elhelyezési lehetőség hiánya miatti határozatlan időre történő elhalasztásának problémája rendszeresen felmerült az általam megfigyelt magyarországi bírósági felülvizsgálati eljárások során is. Bár hazánkban a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának az ügyészség indítványára, a kényszergyógykezelés alatt álló, annak házastársa, élettársa, törvényes képviselője vagy a védő kérelmére, továbbá az IMEI főigazgató főorvosa előterjesztésére is helye van[671], sem a hatóságoknak, sem a felülvizsgálatot lefolytató bíróságnak nem áll módjában garantálni az elhelyezés feltételének észszerű időben történő megvalósulását, ezáltal az Egyesült Királyság szabályozásában azonosított egyik érdemi hiányosság esetünkben is fennáll.

Ezzel szemben Kolanis Egyesült Királyság elleni ügyében (2005) jogszerű volt az elbocsátás elhalasztása arra hivatkozással, hogy a pszichiáter általi felügyelet kezelt és társadalom védelmét biztosítandó feltétele – azt vállaló szakember hiányában – nem teljesült, mivel az érintettnek mind a helyi hatóság eljárása, mind a megkeresett pszichiáterek általi kezelésvisszautasítás kapcsán lehetősége volt bírósághoz fordulni és felülvizsgálatot kérni. Johnson ügyéhez képest alapvető eltérés volt, hogy az elkövetőt még nem találták gyógyultnak, és további (gyógyszeres) kezelése szükségesnek mutatkozott. Egyezménysértés valósult meg viszont azáltal, hogy – Johnson esetéhez hasonlóan –

[670] Johnson Egyesült Királyság elleni ügye, 1997. október 24. (ügyszám: 119/1996/738/937), 18-19, 61, 63, 66-67.
[671] 2013. évi CCXL. törvény, 69/B. §

csupán egy év elteltével került sor a bírósági felülvizsgálatra, a köztes időben pedig a kérelmezőnek nem állt módjában vitatni a meghatározott kritériumot.[672]

Eriksen Norvégia elleni ügyében (1997) a Bíróságnak a biztonsági intézkedés lejártát követő további, átmeneti szabadságelvonás jogszerűségéről kellett állást foglalnia, melynek elsődleges alapját az elkövető általi bűnismétlés veszélye jelentette. Az agresszivitásra és erőszakos cselekmények elkövetésére hajlamos, többszörösen büntetett kérelmező előzetes letartóztatásba helyezését a biztonsági intézkedés lejártát követően – annak meghosszabbítási engedélyére várva – jogszerűnek minősítette a Bíróság, mivel rövid ideig tartott, célját tekintve az érintett bíróság elé állítását és ehhez aktualizált szakvélemény beszerzését szolgálta, továbbá megvalósultnak látta azt az általános elvet, hogy a kapcsolat az eredeti ítélet és a fogvatartás meghosszabbítása közt (bár kétségkívül erodálódhat az idő múlásával) nem szűnhet meg teljesen.[673] A Bíróság hangsúlyosan mindig az adott ügy és körülményei vonatkozásában fejti ki álláspontját, azonban az elkövető veszélyességének nem pusztán főhelyre emelése – ami egyébként helyeselhető lenne –, hanem olykor a büntetőjogi elv- és garanciarendszer ellenében történő kizárólagossá tétele egyértelműen aggályosnak tekinthető. A szabadságelvonás *ultima ratio* jellegére figyelemmel indokoltnak látszana a nemzeti hatóságokkal szemben az az elvárás, hogy a bűnismétlés veszélyét és ezzel összefüggésben a további szabadságelvonás esetleges szükségességét a biztonsági intézkedés lejárta előtt tárják fel, ezzel elkerülve a potenciálisan megalapozatlan további fogvatartást.

Ugyanakkor a fenti, átmeneti szabadságelvonást értelemszerűen el kell határolni azoktól az esetektől, mikor a biztonsági intézkedés meghosszabbításával késedelembe esik a nemzeti hatóság. Míg Winterwerp ügyében az intézkedés megújításának kéthetes intervallumát nem minősítették eltúlzottnak, Erkalo Hollandia elleni ügyében (1998) a két hónapot, míg a bírósághoz eljutott az ügyészi kérelem és ebből eredően a nyolcvankét napot, amelyen át a kérelmezőt jogalap nélkül tartották fogva, az Egyezménnyel összeegyeztethetetlennek titulálták arra is figyelemmel, hogy nem voltak megfelelő biztosítékok az eljárás elhúzódásának megakadályozására, és a nemzeti hatóságok nem tettek semmit, hogy megbizonyosodjanak róla, megtörténtek-e kellő időben a szükséges eljárásjogi lépések annak ellenére, hogy tisztában kellett lenniük az intézkedés lejárati

[672] Kolanis Egyesült Királyság elleni ügye, 2005. június 21. (ügyszám: 517/02), 69-71, 82.
[673] Eriksen Norvégia elleni ügye, 1997. május 27. (ügyszám: 17391/90), 78, 85-86.

idejével. Még a közérdek sem indokolhatja tehát a pszichiátriai kezelés alatt álló személy hosszú időn át történő bizonytalanságban tartását.[674]

Az a sajátos kérdés is felmerült Denis és Irvine Belgium elleni ügyében (2021), hogy amennyiben a szabadságelvonás adott típusa egy új törvény hatálybalépésével megszűnik, továbbra is jogszerűnek minősül-e a fogvatartás. A Bíróság ebben a kontextusban szintén az elkövető aktuális mentális állapotát és veszélyességét emelte ki, így kizárólag ezek irányadók a további szabadságelvonás törvényességének meghatározásakor, és a nemzeti jogszabály változása önmagában nem teszi jogellenessé egy korábban hatályban volt szankció végrehajtásának további folytatását.[675]

6.2.2. A fogvatartás törvényességének „felülvizsgálata”[676]

A Winterwerp-ügy másik érdemi aspektusát a kérelmező által hivatkozott, a szabadságelvonás törvényessége megfelelő felülvizsgálatának[677] hiánya és a Bíróság által ennek kapcsán kifejtett követelmények jelentették:

- a fogvatartás természetéből következik, hogy a felülvizsgálatra észszerű időközönként kell, hogy sor kerüljön (amennyiben nincs automatikus felülvizsgálat az adott jogrendszerben, és a kezelt szabadságelvonása hosszú időn át vagy határozatlan ideig tarthat);
- az eljárásnak „bírósági jellegűnek” kell lennie annak érdekében, hogy a fogvatartás jellegéhez igazodó garanciákat nyújtson az adott ügy valamennyi körülményének vizsgálata tükrében;
- e garanciák nem kell, hogy minden esetben elérjék az egyéb büntető-, illetve polgári eljárásokban biztosítottak szintjét, ugyanakkor épp a mentálisan beteg bűnelkövetők kiszolgáltatott helyzete és korlátozott érdekérvényesítési képessége teszi számos esetben szükségessé a szigorúbb biztosítékok érvénybe léptetését. A velük szembeni eljárásnak (is) elengedhetetlen eleme, hogy az érintettnek lehetősége legyen érdemi nyilatkozatot tenni a bíróság előtt, akár személyesen, akár képviselője útján. Bár e jog

[674] Erkalo Hollandia elleni ügye, 1998. szeptember 2. (ügyszám: 89/1997/873/1085), 57-59.
[675] Denis és Irvine Belgium elleni ügye, 2021. június 1. (ügyszám: 62819/17 és 63921/17), 153, 172.
[676] A felülvizsgálat kifejezést e fejezetben az Egyezmény szövegével összhangban, a hazai büntetés-végrehajtási törvényben szereplőnél tágabb értelemben használom valamennyi, a kötelező gyógykezelés törvényességét vizsgálat tárgyává tevő eljárásra.
[677] 1993. évi XXXI. törvény, 5. cikk 4. „Szabadságától letartóztatás vagy őrizetbe vétel folytán megfosztott minden személynek joga van olyan eljáráshoz, melynek során őrizetbe vételének törvényességéről a bíróság rövid határidőn belül dönt, és törvényellenes őrizetbe vétele esetén szabadlábra helyezését rendeli el.”

érvényesíthetősége esetükben csorbulhat, annak érdemi tartalmi korlátozása egyértelműen összeegyeztethetetlen az Egyezmény 5. cikkével.

A fentieket figyelembe véve és arra tekintettel, hogy a kérelmezőt nem hallgatták meg az illetékes bíróságok, illetve sem az eljárásokról, sem azok eredményéről nem tájékoztatták, a Bíróság megállapította az Egyezmény megsértését.[678]

Ahogy az első kritériumból következik, nem annyira az eljárás automatikusan ismétlődő jellegén, sokkal inkább azon van a hangsúly, hogy az érintettnek rendszeresen lehetősége legyen felülvizsgálat kezdeményezésére, és jogának érvényesíthetősége ne függhessen például a kezelésben résztvevő egészségügyi szakemberek vagy a hatóság diszkrecionális jogkörétől, az eljárás megindításának előbbiek által történő támogatásától vagy annak hiányától.[679]

A részes államok széleskörű mérlegelési joggal rendelkeznek a felülvizsgálat módjának kialakításában, és az eljárást nem kell szükségképpen a bírósági szervezetrendszerbe integrálni, azonban az azt lefolytató szervnek biztosítania kell a bírósági eljárásnak megfelelő szintű garanciákat, valamint függetlennek kell lennie a végrehajtástól. A felülvizsgálat spektrumát elég tágan szükséges megvonni ahhoz, hogy a bíróságnak (vagy más szervnek) lehetősége legyen az alapügyben eljárt hatóság döntését valamennyi lényeges vonatkozásban áttekinteni és diszkrecionális jogkörében szükség szerint „felülbírálni". Így például X Egyesült Királyság elleni ügyében megállapították az Egyezmény megsértését, mivel a mentális betegség folyamatos fennállását, valamint a belügyminiszternek az elkövető közveszélyességére alapított döntését a további szabadságelvonásról nem lehetett vizsgálat tárgyává tenni.[680]

Bár nem magától értetődő, hogy a nemzeti hatóság döntéséhez külsős szakértőtől kérjen véleményt, amennyiben felmerülnek olyan körülmények, melyek ezt indokolják, és az állam mégis elmulasztja a kirendelést, felmerül az Egyezmény 5. cikkének megsértése. Így például Ruiz Rivera Svájc elleni ügyében (2014) megállapították a jogsértést, mivel a kezelt orvosaival való együttműködésének megromlása ellehetetlenítette az újabb szakvéleményadást, ugyanakkor külsős szakértő bevonására sem történt kísérlet, ami a kezelt aktuális állapotának feltárását és ezáltal a további szabadságelvonásról való döntést megalapozottabbá tehette volna.[681] Amennyiben viszont a kezelt egyáltalán nem hajlandó

[678] Winterwerp Hollandia elleni ügye, 55, 57, 60-61, 67.
[679] Gorshkov Ukrajna elleni ügye, 2005. november 8. (ügyszám: 67531/01), 39, 42, 44.
[680] X Egyesült Királyság elleni ügye, 53, 58.
[681] Ruiz Rivera Svájc elleni ügye, 2014. február 18. (ügyszám: 8300/06), 64.

részt venni szakértői vizsgálatban, a nemzeti bíróságnak a rendelkezésre álló iratanyagra – például korábbi orvosi jelentésekre, a kezelt kihallgatásáról készült felvételekre – alapozott szakvéleményt kell beszereznie, melynek hiányában nem valósul meg az első Winterwerp-kritérium, és az érintett fogvatartása önkényesnek minősül.[682] A korábban ismertetett szakértői bíráskodás jelenségére és az eljárások aggasztó automatizmus jellegére is reflektál a Bíróság azon elvárása, hogy a nemzeti hatóságok saját alapos vizsgálatuknak vessék alá a szakvéleményeket és független döntésüket ez alapján hozzák meg.[683]

Szintén alapvető elvárás, hogy a konkrét felülvizsgálat „rövid időn belül" kerüljön lefolytatásra. Luberti Olaszország elleni ügyében (1984) a kérelmező által a nemzeti bíróság előtti eljárás megindításától számítva – a fellebbezést követően – az ítélethozatalig eltelt több mint másfél évet indokolatlanul hosszúnak ítélte a Bíróság, míg egy ezt követő újabb eljárás körülbelül tíz hónapon belüli lezajlását az ügy konkrét körülményei alapján az Egyezmény rendelkezéseivel összeegyeztethetőnek találta.[684] Ezzel összhangban állapította meg Musial Lengyelország elleni ügyében (1999) a hozzávetőleg egy év kilenc hónapra elhúzódó eljárás egyezménysértő voltát, mely során a szakértőknek öthónapos késéssel küldték meg a kezelt orvosi aktáját, vizsgálatára újabb négy hónapot kellett várni, majd a vélemény elkészítése tíz hónapot vett igénybe.[685] A szakvéleményadás késedelme az államra háruló felelősség, ami nem állt összefüggésben az orvosi iratanyag bonyolultságával sem, így az nem volt elfogadható hivatkozási alap a nemzeti hatóságok részéről.[686] Bár az Egyezmény 6. cikk 1. pontja szerint vizsgált ügyekben az egyéves intervallum generális jelleggel elfogadásra kerül, a Bíróság Hutchinson Reid ügyében rámutatott, hogy az 5. cikk 4. pontja alá tartozó esetekben szigorúbb mérce alkalmazandó. Így például Rutten ügyében az elsőfokú bíróság két és fél hónapos, illetve a fellebbviteli bíróság további háromhónapos határozathozatali idejét indokolatlanul hosszúnak találta.[687] A fellebbezések elbírálása során az újabb esetjogban a három-négy hónapot meghaladó késedelem tekinthető főszabályként elfogadhatatlannak, kivéve, ha különleges körülmények indokolták. Ugyanakkor G.B. Svájc elleni ügyében már a másodfokú ítélethozatal harminckét napos időtartamát is eltúlzottnak minősítette a Bíróság.[688]

---

[682] Constancia Hollandia elleni ügye, 2015. március 26. (ügyszám: 73560/12), 26, 30. *és*
P.W. Ausztria elleni ügye, 51.
[683] Ilnseher Németország elleni ügye, 132.
[684] Luberti Olaszország elleni ügye, 1984. február 23. (ügyszám: 9019/80), 34, 36.
[685] Musial Lengyelország elleni ügye, 1999. március 25. (ügyszám: 24557/94), 44.
[686] https://kuria-birosag.hu/hu/ejeb/musial-lengyelorszag-elleni-ugye-2455794
[687] Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye, 76, 79. *és*
Rutten Hollandia elleni ügye, 2001. július 24. (ügyszám: 32605/96), 54.
[688] Ilnseher Németország elleni ügye, 256. *és*

Az egyes felülvizsgálati eljárások közti észszerű időtartam vonatkozásában Herczegfalvy Ausztria elleni ügyében (1992) a tizenöt hónapos, valamint a kétéves intervallum nem volt összeegyeztethető az Egyezmény 5. cikkével, míg a második és harmadik felülvizsgálat között eltelt kilenc hónap elfogadhatónak minősült.[689] Ellentmondásos ugyanakkor Silva Rocha Portugália elleni ügye (1996), melyben a Bíróság kizárólag az elkövetett büntetendő cselekmény (emberölés) súlyosságára, valamint a kérelmező ön- és közveszélyességére helyezte a hangsúlyt, és ezzel látta indokoltnak, hogy az érintett joga a felülvizsgálatra csupán három év elteltét követően „éledt fel". Hivatkozott emellett arra, hogy a nemzeti jog rendelkezett a két éven túli időszakos és automatikus bírói felülvizsgálatról, amelyre szabályszerűen sor került, valamint lehetővé tette a fogvatartott számára, hogy bármikor kérhesse az intézkedés megszüntetését, és a szabadon bocsátása azonnal megtörtént, amikor már nem volt veszélyesnek tekinthető. Megjegyzendő, hogy ez az álláspont a Bizottság korábbi értékelésével ellentétben állt. A Bizottság részben Winterwerp és X ügyei nyomán véleményem szerint megalapozottan úgy találta, hogy a majdnem kétéves intervallum, amíg a kérelmezőt nem bocsáthatták szabadon, és minden elbocsátásra irányuló kérelme eleve elutasításra volt ítélve, „eltúlzottan hosszú" arra is figyelemmel, hogy szabadságelvonására olyan okok alapján került sor, melyek az idő múlásával természetüknél fogva változhatnak.[690]

Pereira Portugália elleni ügyében viszont egyértelműen megalapozottnak tartom a Bíróság azon megközelítését, hogy a kérelmező kötelező gyógykezelésének első felülvizsgálatáig eltelt két és fél éves intervallum túlzottan hosszú, és különleges körülmények hiányában semmiképp nem akceptálható. Emellett az a követelmény is kiemelésre került, hogy az eljáráshoz adott szakvéleménynek a kezelt aktuális állapotát kell tükröznie, így egyezmélysértő volt a nemzeti bíróság részéről, hogy határozatát egy több mint másfél évvel korábban készült véleményre alapította.[691] Ugyancsak egyezménysértést állapított meg a Bíróság Kadusic Svájc elleni ügyében (2018), mikor a hatóság a (további) intézkedést több mint két, illetve három évvel korábban készült szakvéleményekre hivatkozva rendelte el.[692] Ilnseher Németország elleni ügyében a harmadfokú ítélethozatalig eltelt összesen tizenegy hónap az eset specifikus körülményei, főleg annak összetettsége alapján és arra figyelemmel minősült jogszerűnek, hogy a harmadfokú

G.B. Svájc elleni ügye, 2000. november 30. (ügyszám: 27426/95), 27, 39.
[689] Herczegfalvy Ausztria elleni ügye, 77.
[690] Silva Rocha Portugália elleni ügye, 1996. október 26. (ügyszám: 18165/91), 25-26, 28, 30-31.
[691] Magalhães Pereira Portugália elleni ügye, 44-45, 49.
[692] Kadusic Svájc elleni ügye, 55.

bíróság az ítélethozatalig eltelt viszonylag hosszú időben bizonyítottan megtette az elvárható lépéseket az ügy mielőbbi rendezése érdekében.[693]

A kezelt jogi képviselete vonatkozásában a Bíróság elsőként azt rögzítette, hogy ennek biztosítása az állam kötelezettsége akkor is, ha az érintett nem terjeszt elő erre irányuló kérelmet.[694] Ugyanakkor többek közt Pereira ügyében mutatott rá, hogy különbséget kell tenni a védő kirendelése és a hatékony jogi segítségnyújtás közt. A kirendelés ténye mellett is megállapítható tehát az Egyezmény megsértése, amennyiben a védő eljárásban való részvétele pusztán a formalitás szintjén marad, és nem járul érdemben hozzá a kezelt jogainak védelméhez, akaratának érvényre juttatásához.[695] A fegyveregyenlőség követelménye szükségessé teszi továbbá, hogy az érintett, illetve védője jelen lehessen a (további) szabadságelvonásról való döntést tárgyaló eljárások során, érdemi észrevételeket tehessen és vitathassa az ügyészi állításokat, az előterjesztett bizonyítékokat.[696] Hazai bírósági kutatásom során szintén neuralgikus pontnak bizonyult a védők eljárásban való (aktív) részvétele, többek közt a kezeltekkel való előzetes konzultáció, valamint az eljárás során a jogorvoslati lehetőséggel kapcsolatos megfelelő tájékoztatás hiánya, továbbá a védői fellebbezés elmaradása azokban az esetekben, amikor a kezelt akarata egyértelműen erre irányult, vagy a kezelt ténylegesen fellebbezett a bírói döntés ellen.[697]

[693] Ilnseher Németország elleni ügye, 261, 263, 269.
[694] Megyeri Németország elleni ügye, 1992. május 12. (ügyszám: 13770/88), 22-23.
[695] Magalhães Pereira Portugália elleni ügye, 60.
[696] Kawka Lengyelország elleni ügye, 57, 60.
[697] 1. melléklet, IV. pont

6.2.3. A kötelező gyógykezelés végrehajtása – A kínzás tilalma[698]

Bár a mentális betegség fennállása természetszerűleg fokozhatja a végrehajtás körülményei által az érintettre gyakorolt negatív hatást[699], a Bíróság következetes gyakorlata szerint a nem megfelelő bánásmódnak az adott ügy összes tényezőjének értékelése alapján el kell érnie a súlyosság egy minimumszintjét annak érdekében, hogy az Egyezmény 3. cikke alá legyen vonható. Nem hagyható viszont figyelmen kívül, hogy a mentálisan beteg egyének potenciálisan képtelenek a szabadságelvonás sajátosságairól ugyanolyan részletesen és koherensen beszámolni, mint a beszámítható elkövetők.[700] A mentális betegségek tág kategóriáján belül a Bíróság az értékelés során célszerűnek tartja megkülönböztetni azokat, amik ebben a vonatkozásban különösen jelentős kockázattal járnak az érintettekre nézve, mint például a pszichózis.[701]

Bizonyítandó továbbá, hogy a fogvatartás körülményei súlyosbították a kérelmező egészségi állapotát.[702] Utóbbi kritérium Keenan Egyesült Királyság elleni ügyében (2001) került pontosításra. Míg a Bizottság úgy vélte, nem állapítható meg egyértelműen, hogy az öngyilkosságra hajlamos fogvatartott tüneteinek súlyosbodásában és későbbi halálában ténylegesen mekkora szerepet játszottak a végrehajtás körülményei, a Bíróság ezt a bizonytalansági faktort nem tekintette mértékadónak, utalva arra, hogy a gyakorlati megállapíthatóság értelemszerűen rendszeres nehézségekbe ütközik. Esetenként nagyobb jelentőség tulajdonítandó a kezelt magatartása által nem egyértelműen indokolt vagy szükségessé tett fizikai erőszak alkalmazásának az egészségügyi szakemberek és büntetés-végrehajtási alkalmazottak részéről.[703]

Sławomir Musial Lengyelország elleni ügyében (2009) kiemelésre került, hogy a bánásmód megfelelőségének vizsgálatakor figyelembe kell venni a kezelés tartamát, annak az érintettre gyakorolt fizikai és mentális hatásait, továbbá esetenként a kérelmező neme és életkora ugyancsak relevanciával bírhat. Bár a szóban forgó bánásmód célja általában az

[698] 1993. évi XXXI. törvény, 3. cikk: „Senkit sem lehet kínzásnak, vagy embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni."
[699] Kudla Lengyelország elleni ügye, 2000. október 26. (ügyszám: 30210/96), 99.
[700] Aerts Belgium elleni ügye, 66.,
Rivière Franciaország elleni ügye, 2006. július 11, (ügyszám: 33834/03), 59.,
Sławomir Musial Lengyelország elleni ügye, 2009. január 20. (ügyszám: 28300/06), 87.,
Ţicu Románia elleni ügye, 2013. október 1. (ügyszám: 24575/10), 59. *és*
Claes Blegium elleni ügye, 2013. április 10. (ügyszám: 43418/09), 93.
[701] Rivière Franciaország elleni ügye. 63.
[702] Aerts Belgium elleni ügye, 64, 66.
[703] Keenan Egyesült Királyság elleni ügye, 2001. április 3. (ügyszám: 27229/95), 110, 112-113.

elkövető megalázása, ennek hiánya nem eredményezi automatikusan az Egyezmény 3. cikkének való megfelelést.[704] Rooman Belgium elleni ügyében (2019) megerősítésre került, hogy a vizsgálat során számításba kell venni az egyén egészségi állapotát, valamint a szabadságelvonás végrehajtásának módját és hatását. Az Egyezmény nem keletkeztet kötelezettséget a részes államok számára az elkövető szabadon bocsátására vagy más intézménybe való átszállítására egészségi állapotánál fogva még akkor sem, ha kifejezetten nehezen kezelhető mentális betegségről van szó, ugyanakkor a foganatosítás körülményei semmiképp nem járhatnak az érintettben félelem keltésével, gyötrelemokozással vagy alárendeltségtudat kialakításával, amely megalázására, mentális és lelki destabilizálására, illetve fizikai és/vagy szellemi megtörésére alkalmas.[705]

A Bíróság újabb gyakorlatában a 3. cikknek való megfelelés felételeként jelenik meg az adekvát orvosi ellátás és kezelés mellett az érintett egészségi állapotáról és terápiájának alakulásáról vezetett átfogó dokumentáció – különösképp például a Keenan-hez hasonlóan öngyilkosságra hajlamos elkövetők esetében, akiknek a többi fogvatartottól való elkülönítése is ajánlott[706] –, a diagnózis és a kezelés gyorsasága és pontossága, a szervezett és rendszeres felügyelet az egészségügyi szakemberek részéről, ha ezt az egyén állapota megköveteli, valamint annak ellenőrzése, hogy a kezeléshez szükséges végrehajtási körülmények a szabadságelvonás tartama alatt folyamatosan fennálljanak.[707]

A Bíróság a Herczegfalvy ügyben rögzítette, hogy a nemzeti egészségügyi hatóságok az orvostudomány állásának megfelelően jogosultak dönteni arról, milyen kezelési módszereket alkalmaznak az egyes mentálisan beteg bűnelkövetők esetében, és egy terápiás szempontból szükségesnek tartott intézkedés főszabályként nem tekinthető embertelennek vagy megalázónak. A konkrét esetben elfogadhatónak ítélte a pszichiátriai kezelés alatt álló kérelmezőt fizikai mozgásában korlátozó eszközök, többek közt a bilincs használatát, mivel orvosilag megfelelően indokoltnak látta, habár utalt arra, hogy az elhúzódó alkalmazás aggályosnak tekinthető.[708] Ugyanakkor Kucheruk Ukrajna elleni ügyében a Bíróság jogellenesnek találta a hét napon át tartó bilincsalkalmazást pszichiátriai indokolás és a kérelmező által ezalatt önmagának okozott sérülések orvosi ellátása hiányában.[709]

[704] Sławomir Musial Lengyelország elleni ügye, 85.
[705] Rooman Belgium elleni ügye, 145. *és*
Dybeku Albánia elleni ügye, 2007. december 18. (ügyszám: 41153/06), 48.
[706] Keenan Egyesült Királyság elleni ügye, 114.
[707] Rooman Belgium elleni ügye, 147.
[708] Herczegfalvy Ausztria elleni ügye, 82-83.
[709] Kucheruk Ukrajna elleni ügye, 2007. szeptember 6. (ügyszám: 2570/04), 145.

Keenan ügyében szintén egyezménysértő volt a súlyos fegyelmi büntetés alkalmazása, a hétnapos magánzárkába utalás és fogvatartásának az elbocsátás tervezett időpontját közvetlenül megelőzően további egy hónappal történő meghosszabbítása. Alapvető problémát jelentett emellett a hatékony orvosi felügyelet hiánya. Árnyalja valamelyest az összképet, hogy a kérelmező élethez való jogának megsértését nem állapította meg a Bíróság. Ennek során döntő szempont, hogy a nemzeti hatóságok tudomással bírtak-e, illetve tudomással kellett volna-e bírniuk az érintett öngyilkosságának valós és azonnali kockázatáról és amennyiben igen, megtettek-e minden észszerűen elvárható lépést annak elkerülése érdekében. Jelen esetben a kórházi elhelyezés és formálisan a szakképzett orvosi személyzet által gyakorolt felügyelet (lehetősége) elegendőnek bizonyult. Ugyanakkor, ahogy látható volt, e felügyelet tartalmi értékelésekor és hiányosságainak feltárásakor a 3. cikk sérelme már megvalósult.[710]

Érdemes leszögezni, hogy az ügyek 3. és 5. cikk szerinti vizsgálatakor is más mérce érvényesül, előbbi megsértésének megállapításához szigorúbb követelményeket fűz a Bíróság, így előállhat olyan helyzet, hogy egy kezelési utat az előbbivel összhangban lévőnek, míg utóbbival ellentétesnek talál.[711] Az embertelen bánásmód kellő bizonyítottságának hiányában nem találta például a 3. cikkbe ütközőnek Kudla Lengyelország elleni ügyében, hogy a kérelmező fogvatartása a pszichiáter azon szakvéleménye ellenére folytatódott, hogy a további szabadságelvonás veszélyt jelent a kérelmező életére az öngyilkosság kockázatának növekedése miatt.[712]

Amennyiben a fogvatartás büntetés-végrehajtási intézetben történik, az érintett számára ugyanolyan szintű egészségügyi ellátást szükséges biztosítani, mint ami a büntetés-végrehajtási intézeten kívül általánosan elvárható (bár természetesen nem a legkimagaslóbb színvonal képezi a viszonyítás alapját).[713] Ahhoz, hogy ne sérüljön az elkövető egészségi állapota és fogvatartása, illetve annak feltételei közti viszony, három alapkritérium vizsgálandó: (i) az érintett egészségi állapota, (ii) az orvosi ellátás megfelelősége és (iii) az elkövető állapotára figyelemmel a szabadságelvonás fenntartásának célszerűsége.[714] E körben a Bíróság deklaráltan figyelemmel van az ET ajánlásaira, többek közt az Európai Börtönszabályok rendelkezéseire. Így nem felel meg az

[710] Keenan Egyesült Királyság elleni ügye, 93, 99, 116.
[711] Rooman Belgium elleni ügye, 213.
[712] Kudla Lengyelország elleni ügye, 99-100.
[713] Rooman Belgium elleni ügye, 147.
[714] Bamouhammad Belgium elleni ügye, 2015. november 17. (ügyszám: 47687/13), 121-123.,
Sławomir Musial Lengyelország elleni ügye, 88, 96. *és*
Ţicu Románia elleni ügye, 58-59.

Egyezmény kívánalmainak, ha az elkövetőt a beszámítható személyekkel együtt helyezik el és a többi fogvatartottal azonosan kezelik, mivel állapotjavulásának esélye ezzel szignifikánsan csökken.

Ezzel összefüggő érvelés jelent meg Z.H. Magyarország elleni ügyében (2012), amikor a Bíróság a szellemileg fogyatékos és siketnéma elkövető háromhónapos börtönben történő fogvatartása kapcsán kiemelte, hogy a különösen sérülékeny csoportokhoz tartozó személyek, így a mentális zavarokkal küzdők jogaiba való bármilyen beavatkozást szigorú ellenőrzésnek kell alávetni, és csak kivételesen súlyos okok indokolhatják a korlátozást. A Bíróság úgy ítélte meg, hogy a büntetés-végrehajtás körülményei, a kérelmező által saját helyzetének feltehető meg nem értése, továbbá, hogy elszakították egyetlen olyan hozzátartozójától, akivel effektíve kommunikálni tudott, fokozták fogyatékosságából fakadó elszigeteltség és tehetetlenség érzését, és olyan gyötrelmet eredményeztek számára, mely a kínzás tilalmába ütközik, a nemzeti hatóságok pedig elmulasztották az észszerű időben való reagálást az érintett egyedi igényeire, szükségleteire.[715]

A súlyos mentális zavarban szenvedő személyek esetében felmerül az olyan kórházba történő átszállítás szükségessége is, amely szakképzett személyzettel rendelkezik és adekvátan felszerelt.[716] Rivière Franciaország elleni ügyében (2006) az elkövető pszichózisa és szuicid hajlama ismert volt, illetve börtönben történő fogvatartása folyamán ismertté vált a nemzeti hatóságok számára. Feltételes szabadon bocsátására irányuló kérelmeit éppen pszichiátriai problémái és szabadulása esetén a felügyelet biztosíthatóságának hiánya miatt utasították el. A Bíróság elégtelennek tekintette, hogy pszichiáterrel havonta egyszer, pszichiátriai nővérrel pedig hetente volt alkalma találkozni, és értékelésében a büntetés-végrehajtási intézetben a megfelelő orvosi kezelés és felügyelet hiányára helyezte a hangsúlyt, melynek eredményeként az érintett fogvatartásával együtt járó szenvedés, illetve megpróbáltatás meghaladta az ilyen helyzetben elkerülhetetlen mértéket, ezáltal az Egyezmény 3. cikkébe ütközött.[717]

Ebben a vonatkozásban a nemzeti hatóságok által G. Franciaország elleni ügyében (2012) alkalmazott azon gyakorlat sem elégséges, mely szerint az elkövetőt mentális állapota romlásának időszakaiban ismétlődő és rendszeres jelleggel kórház megfelelő osztályára vagy pszichiátriai intézménybe szállítják át, majd javulását követően ismét a

[715] Z.H. Magyarország elleni ügye, 2012. november 8. (ügyszám: 28973/11), 29-30, 32-33.
[716] Murray Hollandia elleni ügye, 2016. április 26. (ügyszám: 10511/10), 105. *és*
Rivière Franciaország elleni ügye, 74.
[717] Rivière Franciaország elleni ügye, 68-69, 74, 76-77.

börtönben folytatódik a szabadságelvonás foganatosítása, mivel ez ellentétes a kezelés folyamatosságának követelményével.[718] Ugyancsak az elkövető állapotjavulásának célja ellenében hatnak a büntetés-végrehajtási intézetek közti rendszeres és kellő indok hiányában történő átszállítások, melyek – ahogy Bamouhammad Belgium elleni ügyében (2015) az illetékességi viták és speciális eljárások feltételeinek útvesztőjéből kivilággott – akár az érintett hatékony jogorvoslathoz való joga érvényesítésének is akadályát képezhetik. Kiemelt szerep jut annak, ha maguk a nemzeti hatóságok idézik elő azt a helyzetet, melyben a kérelmező jogérvényesítésére nem vagy csupán korlátozottan nyílik lehetőség, ezáltal szintén megsértve az Egyezmény 13. cikkét.[719]

Az előbbi szempontokat juttatta érvényre a testület Claes Belgium elleni ügyében (2013), melyben a szellemileg fogyatékos és súlyos, krónikus magatartászavar jeleit mutató elkövető fogvatartására több mint tizenöt éven át börtön pszichiátriai osztályán került sor. A kérelmező helyzetét ebben az esetben ugyanakkor a nemzeti hatóságok által elismerten és nemzetközi szervezetek, így a CPT, az Európa Tanács Emberi Jogi Biztossága, valamint az *International Prison Watch* megfigyelései által alátámasztottan strukturális problémák és hiányosságok eredményezték, illetőleg súlyosbították. A más államok viszonylatában sem ismeretlenül csengő általános személyzeti hiányra, a kezelés alacsony színvonalára és folyamatosságának hiányára, az épületek korára, illetve elavultságára, a zsúfoltságra, továbbá a börtönrendszeren kívüli pszichiátriai intézmények rendszerszintű kapacitáshiányára tekintettel a büntetés-végrehajtási intézet pszichiátriai osztálya alkalmatlannak minősült az ilyen állapotú elkövető szabadságelvonásának foganatosítására. Bár a nemzeti hatóságok erőfeszítéseket tettek az érintett megfelelő pszichiátriai intézményben való elhelyezése iránt, ezek jelentős részben a kérelmező folyamatosan fennálló agresszív magatartása okán eredménytelenek maradtak. A Bíróság viszont úgy foglalt állást, hogy amennyiben az érintett állapota meg is nehezíti a büntetés-végrehajtási rendszeren kívüli kezelés biztosítását, ez nem mentesítheti az államot a vele

[718] G. Franciaország elleni ügye, 2012. február 23. (ügyszám: 27244/09), 44-45, 49.
[719] Bamouhammad Belgium elleni ügye, 172-173.
1993. évi XXXI. törvény, 13. cikk: „Bárkinek, akinek a jelen Egyezményben meghatározott jogait és szabadságait megsértették, joga van ahhoz, hogy a hazai hatóság előtt a jogsérelem hatékony orvoslását kérje az esetben is, ha e jogokat hivatalos minőségben eljáró személyek sértették meg."
Az Egyezménynek a fogvatartás törvényessége felülvizsgálatára vonatkozó 5. cikk 4. bekezdése speciális jellegű a 13. cikk szerinti hatékony jogorvoslathoz való joghoz képest. Ugyanakkor e rendelkezések együttes megsértésének megállapítására is sor került olyan összefüggésben, amikor a fogvatartás törvényességének követelményével (5. cikk 1. bekezdés) és a kínzás tilalmával (3. cikk) egyaránt ellentétes volt a nemzeti hatóságok által alkalmazott eljárás és gyakorlat. (W.D. Belgium elleni ügye, 2016. szeptember 6. (ügyszám: 73548/13), 144.)

szemben fennálló pozitív kötelezettsége alól, és a tény, hogy a nemzeti hatóságok ilyen hosszú időn át olyan intézményben tartották fogva, mely jellege és körülményei alapján megfosztotta a jövőbeni szabadon bocsátás reményétől és alkalmas volt egyébként is kirívóan kiszolgáltatott helyzetében mentális állapota súlyosbítására[720], az Egyezmény 3. cikkébe ütközött. Ennek a megközelítésnek különösen nagy szerepet szükséges tulajdonítani azokban az ügyekben, amikor személyiségzavarban szenvedő elkövetők börtönben való fogvatartására kerül sor.[721]

Szintén a börtönben történő fogvatartás körülményeit, főként az intézmény extrém zsúfoltságát és az érintett „kezelésének" szakorvosokkal való esetenkénti konzultációkra redukálódását kifogásolta a testület Ţicu Románia elleni ügyében. Érdemes utalni arra, hogy a Bíróság explicite reflektált a 3. cikk materiális és eljárási vetületére. Kiemelte, hogy míg a szabadságelvonás feltételei materiális szempontból ütköztek a kínzás tilalmába, a kérelmező bántalmazás miatt tett panaszai kivizsgálásának elmaradása, a több alkalommal megfelelő indok nélkül történt kötelezése új panaszok benyújtására, továbbá az ügyészség részéről az érintett súlyos fogyatékossága miatti kiszolgáltatott helyzetének és ügyvéd hiányában korlátozott jog- és érdekérvényesítési képességének figyelmen kívül hagyása eljárási szempontból eredményezte a 3. cikk megsértését.[722]

Kiegészítő jelleggel térek ki arra, hogy a Bíróság Murray Hollandia elleni ügyében (2016) foglalkozott kifejezetten az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélt mentálisan beteg elkövetők helyzetével. A 3. cikknek való megfelelés érdekében elsőként fel kell mérni, milyen kezelés szükséges az érintett számára a rehabilitáció és a bűnismétlési veszély csökkentésének céljára figyelemmel. Ennek arra is ki kell terjednie, hogy az egyes lehetséges kezelési módok potenciálisan mennyire lehetnek eredményesek az adott esetben. Értelemszerűen számításba kell venni a konkrét egyén helyzetét és személyiségjegyeit. Erre attól függetlenül sor kell, hogy kerüljön, hogy a fogvatartott kérelmezett-e bármilyen kezelést. Amennyiben valamely terápia várhatóan kifejezetten hatékonynak bizonyulna az érintett esetében, részesülnie kell benne olyan mértékben, amit a börtönviszonyok lehetővé tesznek. Ez kiemelten fontos azokban a helyzetekben, amikor a kezelés az elkövető

[720] Erre a Bíróság Dybeku Albánia elleni ügyében is rámutatott. (Dybeku Albánia elleni ügye, 48.)
[721] Claes Belgium elleni ügye, 89, 95, 98-102. *és* W.D. Belgium elleni ügye, 107-108.
Kifejezetten hasonló körülmények – a belga kormány részéről kizárólag a kérelmező által az egészségügyi szakemberekkel való esetenkénti konzultációra történő hivatkozás, valamint a nemzeti és nemzetközi kontextusban egyaránt alátámasztott strukturális problémák – és indokolás mellett állapította meg a Bíróság az Egyezmény 5. cikkének megsértését LB Belgium elleni ügyében. Ebben az esetben az elkövető kémiai kasztráció céljából 2008-ban hormonkezelésben is részesült. (LB Belgium elleni ügye, 2012. október 2. (ügyszám: 22831/08), 96-99.)
[722] Ţicu Románia elleni ügye, 62, 69-72.

jövőbeni esetleges szabadon bocsátásának feltételévé és ezáltal az életfogytig tartó szabadságvesztés tartama *de facto* csökkenthetőségének meghatározó elemévé válik. A konkrét ügyben a nemzeti hatóság tisztában volt a kezelés szükségességével és a döntő szereppel, amit a visszaesés kockázatának csökkentésében játszhatott volna, azonban semmilyen terápia nem került alkalmazásra, így az elkövető valamennyi szabadon bocsátásra vonatkozó kérelme eleve elutasításra volt ítélve. Ezáltal megvalósult az Egyezmény 3. cikkének megsértése.[723]

[723] Murray Hollandia elleni ügye, 108, 122-123, 125.

6.3. Kalandozások: országgyakorlatok és mítoszok

6.3.1. A beszámíthatatlanság meghatározása és büntetőjogi értékelése

A beszámíthatatlanságot megalapozó mentális állapotok leírására a nemzeti szabályozások – elsősorban a büntető törvénykönyvek és a kapcsolódó egészségügyi tárgyú jogszabályok – változatos koncepciókat használnak, bár kétségtelen, hogy a DSM-5, mely az BNO-10 eredményeit is integrálja, jelentős mértékben hozzájárul a használt terminológiák fokozatos egységesedéséhez. Előbbi alapján a mentális betegség az egyén gondolkodásának, érzelemszabályozásának vagy viselkedésének klinikailag jelentős zavara, mely az elmeműködés hátterében álló pszichológiai, biológiai vagy fejlődési folyamatok diszfunkcióját tükrözi. A mentális betegségek általában jelentős szorongással vagy a szociális, foglalkozási, illetve más érdemi területen tapasztalt diszfunkcionalitással járnak együtt. Ahogy korábban említettem, nem tartoznak ide a gyakori stresszfaktorokra vagy veszteségre adott elvárható, illetve kulturálisan elfogadottnak tekintett reakciók, sem a társadalmilag deviáns (például politikai, vallási vagy szexuális) magatartásformák vagy az egyén és a társadalom viszonyában fennálló konfliktusok, kivéve, ha a deviancia vagy konfliktus az egyén valamely fent írt diszfunkcionalitásából ered.[724]

Az európai államok jellemzően a mentális betegség/zavar fogalmat használják, ahogy Franciaország (külön utalva a pszichológiai és a neuropszichológiai zavarokra)[725], Portugália[726], Hollandia[727] és a skandináv országok[728]. Számos esetben, mint az Egyesült Királyságban[729], Németországban és Ausztriában[730], illetve Svédországban[731] a mentális betegség súlyosságára vonatkozó követelmény is kifejezetten rögzítésre került. Ennek jelentősége természetszerűleg abban áll, hogy utóbbiaknál szűkebbé válik a

[724] DSM-5, 14.
[725] Code Pénal (as of 10 December 2005), Article 122-1.
(forrás: https://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/french_penal_code_33.pdf)
[726] Law no. 59/2007 of 4 September on the Criminal Code, Article 20.
(forrás: https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/prt/criminal-code-law-no--59-2007-of-4-september_html/CRIMINAL_CODE_Law_59_2007.pdf)
[727] Act of 3 March 1881 (Wetboek van Strafrecht as of 1 October 2012), Section 39.
[728] Order No. 909 of September 27, 2005 (The Criminal Code of Denmark as amended by Act 1389 and 1400 of 21 December 2005), 16. § *és*
Ministry of Justice: The Criminal Code of Finland, 39/1889, Chapter 3, Section 4 (2)
(forrás: https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/fin/the-criminal-code-of-finland_html/Criminal_code_of_Finland.pdf)
[729] Mental Health Act 1983, Section 37(2)(a)(i)
[730] Strafgesetzbuch (StGB, Neugefasst durch Bek. v. 13.11.1998), 20. §
Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 12.06.2017, 11. §
[731] The Criminal Code of Sweden (SFS 1962:700), Chapter 30, Section 6.

beszámíthatatlanságra való hivatkozás lehetősége. Az orvostudomány folyamatos fejlődésére figyelemmel a kódexek egyre növekvő hányadában, köztük a magyar Btk.-ban[732] már semmilyen utalás nem szerepel a számításba vehető mentális betegségek konkrét körére, míg azok, amelyek tartalmaznak felsorolást, kiemelik annak példálózó jellegét, ahogy Németország vagy Ausztria esetében látható[733]. A mentális betegség fogalma jelenik meg a kínai Btk.-ban[734], és ennek adja definícióját az USA államainak többsége is. Bár utóbbiak körében érdemi különbségek mutatkoznak, a pszichológiai értelemben vett „fogyatékosság" és a mindennapi élet követelményeinek megfelelésre való képtelenség közös elemek.[735]

A mentális betegségek közül a legegyértelműbben elfogadottnak és bírósági kutatásom által alátámasztottan hazánkban a kényszergyógykezeltek körében ugyancsak az egyik leggyakoribbnak[736] a skizofrénia tekinthető. Ezzel szemben talán a legellentmondásosabb a személyiségzavar(ok) megítélése.[737] Bizonyos államokban, például Angliában és Wales-ben – a *common law* országok közt viszonylag egyedi módon – kiindulópontként ez is megalapozza a beszámíthatatlanná nyilvánítást. Véleményem szerint logikusan adódik az államok döntő többsége, köztük Magyarország által alkalmazott súlyosságra vonatkozó korlátozás, a beszámíthatatlanság körében történő figyelembe vehetőség attól való függővé tétele, hogy a személyiségzavar foka kizárja-e a felismerési, illetve az akarati képességet az adott esetben. Végül olyan példa is adódik, amikor elvi éllel kerül kizárásra az alapul fekvő mentális betegségek köréből, ahogy a kínai szabályozás esetében látható.[738]

Az egyes országok beszámíthatatlanságot és kötelező gyógykezelést érintő szabályozási mintái és gyakorlatai körképének felvázolásakor nyilvánvalóan adódik a szokásjogi (*common law*) és a római jogi (*civil law*) alapokra épült jogrendszerek közti különbségtétel. Hozzáteszem, hogy néhány dogmatikai hasonlóságra figyelemmel egyes szerzők tágabb értelemben véve az utóbbi kategóriával rokonítanak bizonyos ázsiai

[732] 2012. évi C. törvény, 17. §
[733] Strafgesetzbuch (StGB), 20. § *és* Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, 11. §
[734] Criminal Law of the People's Republic of China (Adopted by the Second Session of the Fifth National People's Congress on July 1, 1979), Article 18.
[735] KIM, KiDeuk – BECKER-COHEN, Miriam – SERAKOS, Maria: *The Processing and Treatment of Mentally Ill Persons in the Criminal Justice System – A Scan of Practice and Background Analysis*, Urban Institute, Washington, D.C., 2015. 16.
[736] Ld. 1. melléklet
[737] SALIZE, Joachim – DREßING, Harald: *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU-Member States*, Final Report, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005. 40.
[738] (szerk.) ROESCH, Ronald – COOK, Alana N.: *Handbook of Forensic Mental Health Services, 1st Edition*, Routledge, New York, 2017. 9, 12, 13.

országokat, így Kínát és Japánt is. A *civil law*-t követő államok a szabályozásaik közti markánsabb hasonlóságok, illetve megkülönböztető jegyek alapján elvi szinten további csoportokra oszthatók. Az európai államok vonatkozásában a német jogi hagyományok alapján szerveződött országok körébe sorolható a mintaadó mellett Ausztria és Svájc, szintén elhatárolhatók a skandináv országok vagy akár a napóleoni jogi hagyományokat követő nyugat-európai országok, Franciaország mellett például Olaszország, Spanyolország, Portugália és Belgium. A kelet- és közép-európai országok, így Magyarország, Lengyelország vagy Csehország jogi megoldásai közt kétségkívül számos hasonlóság figyelhető meg, ugyanakkor nem tartom célszerűnek a közös szovjet jogi hagyományokra való hivatkozással a „volt kommunista országokként”[739] történő csoportosítást, főként a német modellhez az 1990-es évektől jellemző egyértelmű és jelentős közeledésre figyelemmel. Ugyanakkor az is kérdéses, hogy ezeknek az elvi kategorizálásoknak mennyire van létjogosultságuk a gyakorlatban, mivel, ahogy a későbbiekben bemutatásra kerül, egy-egy csoporton belül is kirívó eltérések mutatkoznak akár a beszámíthatatlanság jogi fogalmának kialakítása, akár a kötelező gyógykezelés feltételei, például az alapul szolgáló cselekmények vagy a kezelés tartama és az elrendelésére, felülvizsgálatára, illetve megszüntetésére hatáskörrel rendelkező szerv(ek) tekintetében.

A *common law* és a *civil law* országok közt az egyik alapvető elhatárolási pont lehet a szokásjogot alkalmazó országokban jellemző *fitness to plead* jogintézmény, a vád lényegének megértésére és az eljárásban történő (érdemi) részvételre való alkalmasság követelménye. Ennek felmérése történhet a büntetés-végrehajtási intézetben, mint Angliában és Walesben vagy kórházban, mint Skóciában, de akár mindkét lehetőség adott lehet, ahogy Kanada esetében megfigyelhető. Sajátosság, melyet külföldön végzett kutatásom szintén alátámasztott, hogy az Egyesült Államokban a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeinek vizsgálatára létrehozott speciális bíróságok közül egyesek – például az országban jelenleg a legnagyobbnak számító Los Angeles megyei – kizárólag ezekkel az ügyekkel foglalkoznak, céljuk pedig az elkövető beszámítási képességének oly mértékben történő helyreállítása, ami lehetővé teszi a büntetőeljárás folytatását. Amennyiben erre észszerű időn belül nem kerül sor, a büntetőeljárást meg kell szüntetni, és az elkövetőt szabadon kell bocsátani vagy polgári úton történő intézetbe utalását és

[739] BEIS, Pavlos – GRAF, Marc – HACHTEL, Henning: Impact of Legal Traditions on Forensic Mental Health Treatment Worldwide, *Frontiers in Psychiatry*, 2022/13. 3. *és*
(szerk.) ROESCH – COOK, 2.

(kötelező) gyógykezelését kell elrendelni.[740] Ezt a megközelítést és főként annak gyakorlati megnyilvánulásait számos kritika érte azon a valós alapon, hogy a büntetőeljárási célok érvényesítésének igénye mellett túlságosan háttérbe szorítja az elkövetők teljes (vagy azt megközelítő) és tartós gyógyulásának szempontját.[741] Ezen kívül a *civil law*-t követő országok jellemző megkülönböztető jegyének tekinthető a korlátozott beszámítási képesség széleskörű elfogadottsága és alkalmazása, mely a *common law* országokban, ha elő is fordul, leginkább az emberölési cselekményekre korlátozódik.[742]

A beszámíthatatlanság mai értelemben vett fogalmának alapjait az Egyesült Királyságban rakták le a XIX. században, James Hadfield és Daniel McNaughton ügyeiben. Az ún. M'Naghten-szabályok a legtöbb szokásjogot alkalmazó országban, így az Egyesült Államok huszonöt államában[743], Kanadában és Ausztráliában is elterjedtek és – jelentős módosításokkal – hatályban maradtak. Ezek lényege, hogy az elkövető beszámíthatatlanságára való hivatkozás, az *insanity defence* eredményességéhez annak megállapítása szükséges, hogy az egyén az elkövetéskor mentális betegségből eredő olyan értelmi defektusban szenvedett, melynek hatására képtelen volt felismerni, mit tesz, vagy nem volt tisztában azzal, hogy amit tesz, az „rossz".[744] Itt jegyzem meg, hogy a *wrongdoing* morális tartalommal erősen átitatott koncepciója nem esik egészen távol a *civil law* országok kóros elmeállapotra vonatkozó szabályozásától, mikor az elkövető részéről a cselekmény társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére való képtelenség követelményét állítják fel.

Az Egyesült Államokban előforduló szabályozási megoldások heterogenitása ugyanakkor szükségessé tesz némi további cizellálást. Húsz állam[745] (és Columbia Kerület) a „Modell Büntető Törvénykönyvet" (*Model Penal Code*) veszi alapul, és a M'Naghten szabályokhoz képest – a *civil law* országok döntő többségével egyezően – a felismerési mellett az akarati képességgel, illetve annak hiányával is foglalkozik. Eszerint az elkövető büntetőjogilag nem vonható felelősségre, amennyiben mentális betegsége, illetve zavara

[740] (szerk.) ROESCH – COOK, 5-6.
[741] Judicial Council of California: *Implementation of the Task Force for Criminal Justice Collaboration on Mental Health Issues Recommendations: Progress Update*, San Francisco, March 2021. 18.
[742] BEIS – GRAF – HACHTEL, 3.
[743] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 19.
Ide tartozik többek közt Kalifornia, Pennsylvania és Ohio.
[744] HOUIDI, Ahlem – PARUK, Saeeda: A narrative review of international legislation regulating fitness to stand trial and criminal responsibility: Is there a perfect system?, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2021/74. 4.
[745] A keleti parti államok nagyobb része ide tartozik, köztük New York, Connecticut, Maine, Maryland és Michigan.

képtelenné tette a cselekmény természetének és minőségének felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.[746] Érdekességként utalok arra, hogy a legtágabban értelmezhető és így a jogalkalmazó számára legnagyobb mozgásteret adó *Durham Rule*, mely pusztán annyit rögzít, hogy nem vonható büntetőjogilag felelősségre, aki a cselekmény elkövetése idején „elmebetegnek" minősült, kizárólag New Hampshire államban fordul elő. Ugyanakkor az *insanity defence* bármely formájáról legyen szó, általános jelleggel rögzíthető, hogy a közvélekedéssel ellentétben ez a védekezés csupán az esetek elenyésző részében bizonyul eredményesnek, amit a szakemberek egyebek mellett az esküdtek e jogintézmény iránt tanúsított generális bizalmatlanságára és a mentális betegségeket gyakran ma is övező stigmára vezetnek vissza, olyannyira, hogy felmerül a tisztességes eljárás követelményének sérelme.[747]

A Ronald Reagan elnök elleni 1981-es merényletet és az elkövető mentális betegsége alapján történt felmentését követően számos államban megszaporodtak az *insanity defence* eltörlését támogatók. Részben ennek nyomán négy állam, Idaho, Kansas, Montana és Utah teljes mértékben elvetette a koncepciót, így ez alapján a bíróság nem hozhat felmentő ítéletet (*not guilty by reason of insanity*).[748] Ehelyett *guilty but mentally ill* (bűnös, de mentálisan beteg) tartalmú határozat születik, mely lényegét tekintve arra utal, hogy az elkövető felismerési képessége birtokában volt, azonban mentális betegsége hátrányosan befolyásolta akarati képességét. Ilyen esetben a büntetés enyhítésének lehet például helye[749], a gyakorlat viszont azt mutatja, hogy az érintetteket mentális betegségükre, abból adódó „veszélyességükre" tekintettel hosszabb börtönbüntetésre ítélik, mint a beszámítható elkövetőket, ami alapvető kritikát támaszt a jogintézménnyel szemben, és a kegyetlen, embertelen büntetések tilalma, valamint a tisztességes eljárás sérelmét egyaránt felveti.[750] Ugyanakkor a Legfelsőbb Bíróság Kahler Kansas elleni ügyében 2020-

[746] American Law Institute: *Model Penal Code*, 2017. Article 4, Section 4.01. (1)
(forrás: https://archive.org/details/ModelPenalCode_ALI/page/n1/mode/2up)
[747] GROSSI, Laura M. – GREEN, Debbie: An International Perspective on Criminal Responsibility and Mental Illness, *Practice Innovations*, 2017/1. 5.
[748] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 19-20.
[749] Utah Criminal Code of 2006, 76-2-305. § (b)
(forrás: https://law.justia.com/codes/utah/title-76/chapter-2/part-3/section-305/)
[750] HOUIDI – PARUK, 5.
Mind átfogóbb empirikus kutatások, mind a bírói gyakorlatban felmerült konkrét esetek (*United States v. Hines, United States v. Strange, United States v. McKenley*) alátámasztották a mentálisan beteg elkövetőkkel szembeni súlyosabb büntetések kiszabásának tendenciáját, ami egyaránt adódik a szövetségi irányelvek olykor ellentétes értelmezéséből és a „kötelező minimumok" szankciókiszabás során történő alkalmazásából. Bár olyan szélsőséges nézet is felmerült, hogy a mentális betegség fennállásának automatikusan és generális jelleggel az egyébként kiszabandó büntetés tartamának 10%-os csökkentését kellene maga után vonnia, nehezen látható be, hogyan lenne ez összeegyeztethető az individualizáció követelményével, aminek az érintett elkövetői kör esetében épphogy fokozottan kell érvényesülnie. Érdekes – az előbbi követelményt

ban vitatható módon úgy foglalt állást, hogy a XIV. alkotmánymódosítás tisztességes eljárásra vonatkozó követelményét nem sérti az állam azon szabályozása, mely szerint az elkövető mentális betegségére nézve bizonyítékot csupán a büntetőeljárás szankció kiszabására irányuló szakaszában lehet előterjeszteni, ezzel alátámasztva, hogy a *mens rea* – jelen ügyben az emberölésre irányuló szándék – hiányzott, ami a büntetés enhyítését alapozza meg. A Legfelsőbb Bíróság ugyanis nem tekintette levezethetőnek a nevezett alkotmányos rendelkezésből, hogy az elkövető számára az eljárás során a mentális betegségre való (érdemi) hivatkozáshoz okvetlenül az *insanity defence* jogintézményének kell rendelkezésre állnia, hanem azzal egyenértékűnek tekinthető más jogi megoldás is elfogadható, ami eleget tesz az egyéniesítés kívánalmának. Bár ez a megközelítés elvi szinten elfogadható, a konkrét esetben erősen megkérdőjeleződik, hogy a szabályozás az *insanity defence* tényleges és hatékony alternatíváját képes-e adni. Emellett a testület – a kérelmező általi megfelelő hivatkozás hiányában – nem vizsgálhatta a rendelkezések konformitását a VIII. alkotmánymódosítással, a „kegyetlen vagy szokatlan" büntetések tilalmával sem.[751]

A beszámíthatatlanság elvetése a *civil law* országokban csupán kivételesen fordul elő, ennek sajátos példáját adja a svéd szabályozás, azonban, ahogy a továbbiakban látható lesz, a büntetéskiszabáskor megnyíló jogi lehetőségek köre számottevően differenciáltabb.[752] Az előbbiekkel éles ellentétben és más európai megoldásokkal összevetve is kirívóan széleskörűnek tekinthető norvég szabályozás már pusztán az elmebetegség elkövetéskor való fennállásának bizonyítottsága alapján kizárja az elkövető büntethetőségét.[753] Érdekesség, hogy a japán büntető törvénykönyv ezzel lényegileg egyező szabályozást tartalmaz.[754] A finn büntetőjogi rendelkezések érdemben azonosak a *civil law* országok döntő többségében, így hazánkban is alkalmazott szabályozással a cselekmény megvalósításakor az elkövető mentális betegsége által kizárt felismerési, illetve akarati képesség vonatkozásában, mellyel hatályos Btk.-nk elemzésekor

határozottan jobban érvényre juttató, ugyanakkor a gyakorlatban nem könnyen felmérhető és a büntetőjogi dogmatikai megfontolásoktól távol álló – javaslat, hogy a szankció mérséklésére az alapján kerülhessen sor (legfeljebb tartamának felére csökkentésével), hogy a konkrét elkövető személyére és betegségére figyelemmel a beszámítható fogvatartottakhoz képest várhatóan mennyivel hathat rá intezívebben és negatívabban a büntetés-végrehajtási intézetben foganatosított szabadságelvonás.

[751] MULLAN, Michael: Sentencing Alternative to an Insanity Defense, *Seattle Journal for Social Justice*, 2021/2. 441.

[752] GROSSI – GREEN, 3.

[753] Ministry of Justice and Public Security: *Penal Code* (LOV-2019-06-21-52), Section 20.

[754] Act No. 45 of 1907 (Penal Code, Last version: Act No. 72 of 2017), Article 39 (1)

foglalkoztam részletesebben.[755] Érdemes utalni arra, hogy a kínai büntető törvénykönyv szabályozási logikája a beszámíthatatlan elkövetők tekintetében nem tér el alapvetően az imént felvázolt modelltől. Rögzíti a felismerési és/vagy az akarati képesség kizártságának követelményét, habár sajátos módon nem a büntetendő cselekmény elkövetéséhez, hanem annál tágabbnak tekinthető meghatározással bármely „veszélyes következmény" előidézéséhez kapcsolja a gyógykezelés szükségességét. E kódex ugyancsak deklarálja, hogy a büntetőjogi felelősségre vonás alóli mentesüléshez a beszámítási képességet a „veszélyes következmény" előidézésekor fennálló mentális betegség ki kell, hogy zárja. Kivételesnek tekinthető viszont, hogy a törvénykönyv kifejezett rendelkezést tartalmaz az esetleges *lucidum intervallum*-ok idején történő elkövetés miatti felelősségre vonhatóságra nézve.[756] A mentális betegség fennállásának szakértői értékelésekor a BNO-10-hez alapvetően hasonlító *Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders* (CCDM) szolgál alapul.[757]

A beszámíthatatlanság különféle megközelítésmódjainak másik végletét a holland szabályozás képezi, melyben a beszámítási képesség az előbbiekhez képest is jóval árnyaltabban, egy ötfokozatú skálán határozható meg: a beszámíthatóság – enyhe fokban korlátozott beszámítási képesség – korlátozott beszámítási képesség – súlyos mértékben korlátozott beszámítási képesség – beszámíthatatlanság fogalmai mentén. Bár a holland megoldást több tekintetben példaértékűnek tekinti a szakirodalom, ebben a vonatkozásban sokkal inkább gyakorlati ellentmondásokat vet fel. Mivel a definíciók megalkotásánál elsődlegesen eljárási, nem pedig klinikai szempontokat vettek figyelembe, az elhatárolás a konkrét esetekben számottevően szubjektív, túlzottan függ a véleményadó pszichiáter személyétől és megközelítésmódjától.[758] A továbbiakban az egyes országcsoportokból néhány konkrét példa kiemelésével mutatom be a kötelező gyógykezelés szabályozási és végrehajtási módjainak sokszínűségét és a különböző utak potenciális előnyeit és hátrányait.

[755] The Criminal Code of Finland, Chapter 3, Section 4 (2)
[756] Criminal Law of the People's Republic of China, Article 18.
[757] BEIS – GRAF – HACHTEL, 7.
[758] BELLI, Kelsey: Mental Illness and Criminal Justice, *Santa Clara Journal of International Law*, 2023/2. 16. *és*
SALIZE, Hans Joachim – DREßING, Harald – PEITZ, Monika: *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*, Final Report, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2002. 24.

6.3.2. A beszámíthatatlan elkövetők kötelező gyógykezelésének útjai és zsákutcái

Az Egyesült Államokban az olyan esetekben, mikor az elkövető épelméjűsége, illetve beszámíthatósága kérdéses az eljárás során, az államok többségében (harmincegyben) kizárólag kérelemre kerülhet sor az elmeállapot vizsgálatára, amely legjellemzőbben a bíróságtól vagy bármely féltől származhat. Ezzel szemben csupán tizenkilenc államban szükséges automatikusan lefolytatni a vizsgálatot a vonatkozó ügyekben. Amennyiben az elkövető mentális betegségének fennállása megállapítást nyer, és *not guilty by reason of insanity* tartalmú ítélet születik, kötelező gyógykezelését rendelik el.[759] Az államok hozzávetőleg kétharmadában speciális intézetekben kerülnek elhelyezésre az érintettek, míg a fennmaradók civil pszichiátriai létesítményeket jelölnek ki a kezelésre, melyek esetlegesen rendelkeznek speciális osztályokkal. A felülvizsgálatok lefolytatása legjellemzőbben a bíróság feladata.[760] Ahogy azonban korábban utaltam rá, az *insanity defence* meglehetősen ritka elfogadása eredményeként az egyébként beszámíthatatlannak minősülő elkövetők lényegesen nagyobb hányada kerül bebörtönzésre, mint a *civil law* országokban vagy akár az Egyesült Királyságban.[761] Ez nem csupán a konkrét személy gyógyulásának, illetve gyógyításának célja ellenében hat, de szabadon bocsátását követően a bűnismétlés veszélyét is növeli, ezáltal negligálja a társadalom (hosszú távú) védelmének szempontját. A büntető igazságszolgáltatási rendszer ilyen jellegű hiányosságainak orvoslására számos kísérlet történt és van folyamatban, melyek közül a leglátványosabbnak és a legelterjedtebbnek az Egyesült Államokban (illetve korlátozott körben és erőforrásokkal Kanadában és Ausztráliában) létrehozott külön bíróságok tekinthetők, amikkel a későbbiekben részletesen foglalkozom.

Az Egyesült Királyság az előbbiektől alapvetően eltérő, lényegesen differenciáltabb és a büntetés-végrehajtás köréből generálisan kivont megoldásokat intézményesített. A szabadságvesztés büntetéssel sújtható büntetendő cselekmény mentálisan beteg elkövetőjének kórházi kezelését bíróság rendelheti el két szakértő véleménye alapján (*hospital order*). A személyiségzavarban vagy gyengeelméjűségben szenvedő egyén esetében az elrendelés további feltétele, hogy a kezeléstől állapotjavulás, de legalábbis a további állapotromlás megelőzése várható. *Hospital order* kizárólag akkor alkalmazható,

[759] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 21-23.
[760] (szerk.) ROESCH – COOK, 16-18, 22.
[761] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 21-23.

ha a cselekmény jellegére, az elkövető személyi körülményeire és más lehetséges jogintézményekre, illetve eszközökre figyelemmel ez mutatkozik a legcélravezetőbbnek.[762] Amennyiben tehát egy skizofréniában szenvedő elkövetőt veszünk példaként, aki „isteni parancsra" emberölési cselekményt valósított meg, a vele szembeni eljárás eredménye legvalószínűbben életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabása lesz, amit azonban egy speciális biztonsági besorolású kórházban, esetlegesen – bár ez az alacsony kockázati besorolású elkövetőknél jellemző – az NHS (*National Health Service*) keretében egy pszichiátriai intézetben fognak végrehajtani.[763] A kötelező gyógykezelés végrehajtása nem differenciálódik aszerint, hogy bűnelkövető egyénről van-e szó, ehelyett az érintett veszélyessége irányadó, mely alapján magas, közepes vagy alacsony biztonsági besorolású egészségügyi intézményben helyezik el.[764] Ehhez emberölési cselekmények esetében kötelező, egyébként alternatív jelleggel speciális korlátozásokat tartalmazó rendelkezés (*restriction order*) is kapcsolódik, illetve kapcsolódhat a társadalom védelme érdekében, amennyiben az előbbi feltételek az elkövető általi bűnismétlés veszélyével egészülnek ki. Míg a *hospital order* lényegét tekintve határozatlan tartamú – mindig egy újabb évre rendelhető el, aminek a leteltét megelőzően felülvizsgálatra kerül sor –, e korlátozások határozott időre is szólhatnak.

A kötelező gyógykezelés felülvizsgálatára első alkalommal a kezelés megkezdésétől számított legalább hat (legfeljebb tizenkét) hónap elteltét követően, ezután évente, illetve miniszter által diszkrecionális jogkörben történő kezdeményezésre bármikor sor kerül. Amennyiben csak *hospital order* került elrendelésre, a kórház, illetve a kezelő pszichiáter jogosult dönteni a szabadon bocsátásról, amennyiben *restriction order* is alkalmazásra került, speciális bíróság (*Mental Health Review Tribunal*) tárgyalja az ügyet. Az elkövető elbocsátására akkor kerül sor, ha gyógyultnak tekinthető, vagy legalábbis saját egészsége és biztonsága, illetve a társadalom védelme szempontjából további fogvatartása nem minősül szükségesnek, és az elbocsátás feltételhez kötése, ezáltal pedig a kórházi kezelés későbbi esetleges folytatásának elrendelhetősége nem indokolt. Amennyiben az

[762] Mental Health Act 1983, Section 37. *és* JAMES, David V.: Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4. 242.
[763] JEHLE, Jorg Martin et al.: Dealing with Dangerous Offenders in Europe. A Comparative Study of Provisions in England and Wales, Germany, The Netherlands, Poland and Sweden, *Criminal Law Forum*, 2021/32. 203.
[764] BEIS – GRAF – HACHTEL, 5.

elkövető csupán feltételesen bocsátható szabadon, az illetékes államtitkár bármikor jogosult elrendelni a kezelés folytatását.[765]

A német modellt követő országokban, ahogy a kelet- és közép-európai államok jelentős részében, a büntető törvénykönyvek az intézkedések közt rögzítik a beszámíthatatlan elkövetők kötelező gyógykezelését. Németországban az elmeállapot vizsgálatát egy szakértő végzi, az egészségügyi minisztérium felügyelete alá tartozó, speciális pszichiátriai intézetben[766] történő kezelés elrendelésének feltétele a bűnismétlés veszélye. Ehhez további specifikációt kapcsol a törvény, a súlyos büntetendő cselekmény jövőbeni elkövetésének valószínűségét, ami mindazokat a magatartásokat magában foglalja, melyek a sértett részéről komoly fizikai sérülés vagy érzelmi trauma elszenvedésével vagy akár ennek kockázatával, illetőleg jelentős gazdasági kár okozásával járnak. A kódex deklarálja ugyan, hogy főszabályként az alapcselekménynek is ilyen jellegűnek kell lennie, azonban nem zárja ki annak lehetőségét, hogy a speciális bűnismétlési veszélyre figyelemmel bármely büntetendő cselekmény elkövetője kötelező gyógykezelésnek legyen alávethető. Láható, hogy e szabályozás a magyarral összevetve érdemben tágabb teret enged a veszélyességi elvnek, mind az alapul fekvő cselekmények, mind a további esetleges büntetendő cselekmények meghatározása révén. A fizikai mellett a jelentős érzelmi trauma okozása, sőt akár az ennek kockázatával járó cselekményekre való utalás a bírósági mérlegelés jóval szélesebb körű lehetőségét nyitja meg.

A speciális klinikák, illetve a pszichiátriai intézmények külön osztályain elérhető férőhelyek százezer lakosra jutó aránya szempontjából Németország második helyen áll az Európai Unión belül elérhető adatok alapján, ennél magasabb ráta csak Belgiumban figyelhető meg.[767] Az intézkedés határozatlan ideig tarthat, ameddig céljának elérésére figyelemmel szükségesnek mutatkozik, felülvizsgálatára pedig büntetőbíróság által kötelező jelleggel évente kerül sor. Az Egyesült Királysághoz hasonlóan adott a lehetőség az elkövető feltételes elbocsátására.[768] A végleges elbocsátást követően nagy hangsúlyt fektetnek az utógondozásra és az egyén állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére, mely a pártfogó felügyelői szolgálat általi ellenőrzéssel és járóbeteg-szakellátás keretében biztosított további kezeléssel valósul meg. Mind a tizenhat tartományban külön e célra

[765] Mental Health Act 1983, Section 41, 70, 72-73.
[766] JEHLE et al., 203.
[767] SALIZE, Hans Joachim et al.: Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union, *Public Health*, 2023/11. 3.
[768] Strafgesetzbuch (StGB), 63, 67e. §

létrehozott ellátóintézet működik.[769] Az utógondozás tartama jellemzően öt év, ami súlyos esetekben, illetve bűnismétlési veszély esetén meghosszabbítható vagy akár határozatlan időre is elrendelhető.[770]

Az osztrák Btk. a figyelembe vehető alapcselekményeket a német szabályozásnál jóval konkrétabban a büntetési tételkerethez igazítja, és az egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztéssel fenyegetettek képezhetik a kötelező gyógykezelés alapját. A német mintához hasonlóan a bűnismétlés veszélyét a súlyos büntetendő cselekmények elkövetéséhez kapcsolja. Megállapításánál viszont kifejezetten deklarálja, hogy az elkövető személyiségét, állapotát és az alapcselekmény jellegét számításba kell venni. Egészen sajátos az alapcselekmény jellege és a bűnismétlési veszély összekapcsolásának logikája, mely végső soron úgy tekinthető, mint ami a szankcióalkalmazás *ultima ratio* jellegét hivatott megőrizni. Akként rendelkezik ugyanis a kódex, hogy amennyiben olyan alapcselekményről van szó, melynek büntetési tétele a három évet nem haladja meg, a bűnismétlési veszély körében számításba veendő cselekmények köre tovább differenciálódik, szűkül, és kizárólag akkor értékelhető, ha olyan élet, illetve testi épség elleni cselekmény jövőbeni elkövetése valószínűsíthető, mely két évet meghaladó tartamú szabadságvesztéssel büntetendő vagy a nemi integritás és önrendelkezés megsértésére irányul és egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztéssel fenyegetett. Külön rögzíti továbbá, hogy vagyon elleni cselekmények csak akkor jöhetnek számításba, ha személy elleni erőszak vagy élet, illetve testi épség elleni közvetlen fenyegetés társul hozzájuk. A kötelező gyógykezelés tartama a szükségesség kritériumához igazodóan határozatlan, felülvizsgálata pedig a német szabályozással egyezően évente történik a büntetőbíróság által.[771] Az intézkedést az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alá tartozó, a magyar viszonyokhoz hasonlóan külön e célra létrehozott intézetben – ritkán pszichiátriai intézetek speciális osztályain – hajtják végre, az elbocsátást követően pedig látható, hogy itt is kiemelt figyelmet fordítanak az utógondozásra külön intézetek létrehozásával, ugyanakkor a legfontosabb szerep a civil pszichiátriai szolgálatoknak jut.[772]

A svájci büntetőjogi megoldásra annyiban érdemes kitérni, hogy a törvény explicite rögzíti, hogy bűntettek és vétségek egyaránt megalapozzák az intézkedést, amennyiben az várhatóan csökkenti a bűnismétlés veszélyét. Utóbbihoz nem kapcsol további feltételt, így

[769] KONRAD, Norbert – LAU, Steffen: Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4. 239. *és* (szerk.) ROESCH – COOK, 24-25.
[770] JEHLE et al., 203.
[771] Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, 21, 25. §
[772] (szerk.) ROESCH – COOK, 23.

ez az ország teszi lehetővé e csoporton belül a kötelező gyógykezelés legszélesebb körben való alkalmazását. Ugyanez látható a végrehajtás módja esetében, mivel bár a kezelésre főszabályként pszichiátriai intézményben kerül sor, a büntetés-végrehajtási intézetben történő foganatosítás sem kizárt, amennyiben a szükséges terápia szakszemélyzet által biztosítható.[773] Bár a Bíróság esetjogában is látható volt, a büntetés-végrehajtási intézeteket nem lehet egyértelműen kizárni a megfelelőnek tekintett végrehajtási helyek közül, hanem a körülmények, az adekvát terápia lehetősége és effektív megvalósulása alapján szükséges őket megítélni[774], kérdésesnek tartom, mennyiben valósítható meg a kezeltek elkülönítése a beszámítható fogvatartottaktól, ami egyaránt kiemelt jelentőséggel bír a páciensek állapotjavulásának előmozdítása és valamennyi szabadságelvonással érintett személy biztonságának fenntartása érdekében.

A későbbiekben bemutatásra kerülő portugál[775] és spanyol[776] törvénykönyvekhez képest, melyek relatíve határozott tartamú kötelező gyógykezelést intézményesítenek, így az alapcselekmény büntetési tételének felső határát nem lépheti túl, a svájci Btk. generális jelleggel határozza meg öt évben az intézkedés felső időkorlátját. Az intézkedés időbeli maximumának a konkrét cselekményre és főként az elkövető személyére, helyzetére, az individualizáció követelményére tekintet nélkül történő meghatározása magától értetődően problémás lehet, hozzáteszem viszont, hogy árnyalja a képet a törvény által biztosított lehetőség arra, hogy ha a feltételes szabadságra bocsátás kritériumai ezen idő elteltével nem teljesülnek, és a kezelés folytatása várhatóan ellensúlyozza a bűnismétlés veszélyét, a bíróság legfeljebb további öt évvel meghosszabbítsa a kezelést.[777]

A kelet- és közép-európai országok közt a magyar szabályozás mélyebb ismerete alapvetően hozzájárul más államok szabályozásának megismeréséhez és megértéséhez, mivel – ahogy például Lengyelország vagy Csehország esetében látható – a kötelező gyógykezelés a büntető törvénykönyvek által az intézkedések közt rögzített szankcióként jelenik meg, határozatlan ideig tarthat, elrendelése, periodikus felülvizsgálata és megszüntetése pedig bíróság által történik az elkövető általi bűnismétlés veszélyére figyelemmel. Az alkalmazás alapjául szolgáló büntetendő cselekményeket tekintve megállapítható, hogy míg Lengyelországban egy általánosabb formulával, a társadalomnak

[773] Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21 Dezember 1937, 59. §
[774] Ld. Rooman Belgium elleni ügye
[775] Law no. 59/2007, Article 92 (2)
[776] Ministerio de Justicia: *Criminal Code*, 2016. Article 101. (forrás: https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/esp/1995/codigo_penal_sp_html/Criminal_Code_2016_E.pdf)
[777] Schweizerisches Strafgesetzbuch, 59. §

okozott jelentős sérelemmel írták körül őket és szűkítették ezáltal az elrendelhetőség körét, Csehországban nem került sor ehhez hasonló limitálásra. Mindkét országra igaz, hogy a kezelés nem csupán a mentálisan beteg elkövetőket érintheti, ahogy hazánkban, hanem az alkohol-, illetve kábítószerfüggőségben szenvedőket is, így az tulajdonképpen ötvözi a kényszergyógykezelés és a Magyarországon már hatályon kívül helyezett kényszergyógyítás koncepcióját.[778] Megjegyzem, hogy a tárgyban eddig született egyik legátfogóbb műben, a Routlidge 2017-es *Handbook of Forensic Mental Health Services* kiadványában Magyarország az egyetlen állam, melyre nézve a kényszergyógykezeléssel összefüggésben vizsgált valamennyi adat ismeretlenként került megjelölésre.

Franciaországban, az előbbi mintákhoz hasonlóan, a kötelező gyógykezelés körében a bíróság által számításba vehető alapcselekmények köre nem került szűkítésre. Amennyiben az elkövető orvosi szakvélemény által alátámasztottan beszámíthatatlannak minősül, pszichiátriai intézetben való gyógykezelésre kötelezhető (*admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers' placement*). A téma szempontjából fokozott relevanciával a bíróság által hivatalból történő elrendelés (*hospitalisation d'office' placement*) jogintézménye bír, melyet a büntetőeljárási törvény szabályoz. Erre akkor kerül sor, ha a beszámíthatatlan elkövető veszélyt jelent más személyek biztonságára, illetve a közrendre.[779] Ekkor az országban lévő tíz magas biztonsági besorolású egység egyikében (*unité pour malades difficiles*) helyezik el, azonban utóbbiak is a közegészségügyi rendszer részét képezik, így az igazságszolgáltatástól és a büntetés-végrehajtástól teljes mértékben függetlenek.[780] A kötelező gyógykezelés felülvizsgálatára hathavonta kerül sor, az első esetben a kezelő pszichiáter, a másodikban két szakértő egybehangzó véleménye nyomán történhet az elbocsátás. A gyógykezelés megkezdésével az elkövető lényegében kikerül a büntető igazságszolgáltatás hatóköréből, és mind a kezelés módja, mind tartama meghatározásában a kezelőorvos döntése irányadó. Az elkövető szabadon bocsátását követően az utógondozás jellemzően járóbeteg-szakellátás keretében valósul meg.[781] E szabályozás egyértelműen a gyógyítás szempontját helyezi előtérbe, amely tiszta

[778] No. 140/1961 Coll. (Criminal Code "Trestní zákon"), Provision 72. (forrás: https://rm.coe.int/ct-legislation-czech-republic-criminal-code/16806415ce) *és*
The Criminal Code z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. tłum. gb Nr 88, poz. 553), Article 93-94, 98. (forrás: https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/uncac/LegalLibrary/Poland/Laws/Criminal%20Code%20(Poland).pdf)
[779] Code de procédure pénale (Version en vigueur depuis le 01 août 2011), Article 706-135.
[780] FOVET, Thomas et al.: Psychiatric Hospitalizations of People Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in France: A Ten-Year Retrospective Study (2011-2020), *Frontiers in Psychiatry*, 2022/13. 2.
[781] (szerk.) ROESCH – COOK, 16-18.

formájában valóban csak az egészségügyi szervezetrendszerbe történő integrálás mellett látszik megvalósíthatónak.

A portugál szabályozás több szempontból sajátosnak tekinthető az európai államok közt. A büntető törvénykönyv a figyelembe vehető cselekmények kapcsán a súlyosság követelményét rögzíti, ami a vonatkozó rendelkezések átfogó értelmezése és a gyakorlat tanúsága szerint a magyarországi megoldáshoz hasonlóan a személy elleni erőszakos, valamint a közveszélyt okozó cselekményeket foglalja magában, így biztosítandó, hogy a szankcióalkalmazásra kizárólag végső esetben kerüljön sor. A cselekmények további differenciálása, öt évet meghaladó tartamú szabadságvesztéssel fenyegetettsége esetén a kötelező gyógykezelés minimuma három évben kerül rögzítésre. Azáltal viszont, ha egy esetlegesen rövidebb időn belül gyógyultnak tekinthető elkövető további szabadságelvonásnak lenne kitéve e rendelkezés alapján, fennállna egészségi állapota romlásának kockázata, és a szabadságelvonás önkényességének büntetőjogi tilalma, valamint a gyógyítás alapvető célja egyaránt sérülne. A portugál jogalkotó nézetem szerint épp ezért iktatta be a kódexbe, hogy az elbocsátás hamarabb is megtörténhet, amennyiben a jog- és a közrendet nem sérti. Bár e minimumtartam kétségkívül sajátosnak mondható, tovább veszít jelentőségéből annak tükrében, hogy a kezelt veszélyességének megszűnése esetén a bíróság az intézkedést azonnal meg kell, hogy szüntesse. A kezelés maximális lehetséges tartama, ahogy arra korábban utaltam, a spanyol szabályozáshoz hasonlóan az alapcselekmény büntetési tételének felső határához igazodik. Ugyanakkor a büntetendő cselekmény súlyossága – amennyiben annak nyomán nyolc évet meghaladó tartamú szabadságvesztés szabható ki – és a bűnismétlés számottevő veszélye alapján lehetőség van további kétéves intervallumokkal történő meghosszabbítására e veszély megszűnéséig, illetve mérséklődéséig.

Amennyiben az intézkedés célja így is megvalósíthatónak látszik, lehetőség van az elkövető járóbeteg-szakellátással egybekötött feltételes szabadságra bocsátására, mely legalább két, legfeljebb öt évig tart, ugyanakkor az intézkedés felső időkorlátját nem lépheti túl.[782] Spanyolországban a feltételes szabadságra bocsátásnak csupán a felső időkorlátját határozza meg a törvény, legfeljebb öt évben.[783] Ennek során az érintett fölött a pártfogó felügyelői szolgálat gyakorol ellenőrzést. Az intézkedés bírósági felülvizsgálata legalább kétévente esedékes[784], mellyel a Bíróság is részletesen foglalkozott. A kétéves tartam

[782] Law no. 59/2007, Article 91-94, 98.
[783] Ministerio de Justicia: *Criminal Code*, Article 105.
[784] Law no. 59/2007, Article 96.

aránytalanul hosszúnak tekinthető más európai szabályozásokkal összevetve, ugyanakkor a Bíróság értékelésében még elfogadhatónak minősült arra tekintettel, hogy az eljárást a kezelt, illetve az ügyészség kérelmére bármikor le kell, hogy folytassa a nemzeti bíróság.[785] A bíróságnak az eljárás megindítása körében más államokban jellemző diszkrecionális jogkörének elvetése hivatott tehát ellensúlyozni a szokatlanul hosszú felülvizsgálati periódust. Az ettől eltérő, rendszeresebb felülvizsgálatok és a köztes időben a kérelemre történő eljárásról való diszkrecionális bírósági döntés konstrukciójával összevetve kérdéses viszont, hogy ez a megoldás mennyire tekinthető összhangban lévőnek a hatékonyság és az igazságszolgáltatási rendszer erőforrásai megfelelő allokációjának követelményével.

A holland jogban a büntetőbíróságnak bármely büntetendő cselekmény megvalósítása esetén lehetősége van a mentálisan beteg elkövető egy évre történő pszichiátriai intézetbe utalására legalább két szakértő véleménye alapján, amennyiben veszélyt jelent magára, másokra vagy általában véve a társadalomra, illetve a közvagyonra. Amennyiben súlyos büntetendő cselekményt valósított meg – akár a büntető törvénykönyvben kifejezetten ekként rögzített vagy bármely más olyan cselekményről legyen szó, mely legalább négy év tartamú szabadságvesztéssel büntetendő – és veszélyesnek minősül, az érintett szabadságelvonásához kapcsolódóan kötelező gyógykezelést rendelhet el a bíróság. A kódex érdekes módon rendelkezik arról is, hogy a kezelés foganatosítása egyaránt történhet jogi személyek által működtetett magán-, illetve állami intézményekben, de a magánintézményekben való elhelyezés kell, hogy kiindulópontként szolgáljon.[786] Hollandiában hét speciális kórház működik, melyek a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer részét képezik, és az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alá tartoznak. Ezek közül egy rendelkezik magas biztonsági fokozatú besorolással. Egy egységben egy pácienst helyeznek el, azonban a férőhelyhiány és az emiatt elhúzódó várakozás, illetve a köztes időben a nem megfelelő intézményben történő fogvatartás számos panaszra adott alapot.[787] A szabadságelvonás tartama két év, amit a bíróság az ügyészség kérelmére alkalmanként egy vagy két évvel hosszabbíthat meg az elkövető állapota függvényében, viszont főszabályként így sem haladhatja meg a négy évet. Ez alól kivételt képeznek azok az esetek, mikor egy vagy több személy fizikai integritását veszélyeztető vagy az ellen elkövetett súlyos büntetendő cselekmény miatt került sor az

[785] Ld. Silva Rocha Portugália elleni ügye *és* Magalhães Pereira Portugália elleni ügye
[786] Act of 3 March 1881, Chapter Two, Section 37-37d.
[787] BAL, Peter – KOENRAADT, Frans: Criminal Law and Mentally Ill Offenders in Comparative Perspective, *Psychology, Crime, and Law*, 2000/6. 234.

alkalmazásra.[788] Amennyiben a kötelező gyógykezelés a meghosszabbításokkal meghaladja a hat évet, két, a kezelő intézménytől független szakértő véleményével szükséges alátámasztani annak szükségességét. Az igazságügyi miniszter bármikor jogosult dönteni a kezelt akár feltételhez kötött, akár végleges elbocsátásáról. A büntetőbíró szintén rendelkezhet az elkövető feltételhez kötött szabadon bocsátásáról.[789] Az utógondozás rendszere figyelemreméltóan fejlett, valamennyi kórházhoz külön ezzel foglalkozó járóbeteg-szakellátást nyújtó klinika és az érintettek számára létrehozott szálló kapcsolódik az esetleges lakhatási problémák áthidalására és a reintegráció előmozdítására.[790]

Ahogy már említésre került, a skandináv államok körében Svédország példája sajátosnak mondható a tekintetben, hogy a beszámíthatóság jórészt morálfilozófiai alapokon nyugvó megközelítése és a *treatment* ideológia lenyomatai a kezelés szerepének fokozottan hangsúlyos voltában, illetve szükségességének megítélésénél az érintett elbíráláskori elmeállapotának elsődleges alapul vételében viszonylagos békében férnek meg egymás mellett. Mivel valamennyi elkövető beszámíthatónak tekintendő, a mentális betegség megállapításának csak a szankció megválasztásában, illetve mérséklésében jut szerep. A büntető törvénykönyv rögzíti, hogy súlyos mentális betegségben szenvedő személy ügyében szabadságvesztés büntetés nem szabható ki.[791] A szankcióalkalmazás helyett a pszichiátriai kezelésen, annak biztonságos, az érintett veszélyességéhez igazodó keretek közt történő megvalósításán van a hangsúly, és jóval nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az elkövetéskor fennálló elmeállapotnál az elbíráláskorinak. Mindenekelőtt tehát az elkövető veszélyessége, illetve a kezelés szükségessége irányadó szempont az alkalmazásnál, a büntetendő cselekmény(ek), illetve azok jellege – legyen szó akár a korábban esetlegesen elkövetettekről, az aktuális ügy tárgyául szolgálóról vagy a bűnismétlés veszélye körében felmerülőkről – nem bír relevanciával.[792] A kötelező gyógykezelést a büntetőbíróság kezdetben legfeljebb négy hónapra alkalmazza, ezzel azonban az ügy ki is kerül a büntető igazságszolgáltatás hatóköréből. Foganatosítása a közegészségügyi szférában történik[793], sőt a mentálisan beteg bűnelkövetők kezelése nem

[788] Act of 3 March 1881, Chapter Two, Section 38d-38e.
[789] BAL – KOENRAADT, 239.
[790] (szerk.) ROESCH – COOK, 25-26.
[791] GRÖNING, Linda et al.: Constructing criminal insanity: The roles of legislators, judges and experts in Norway, Sweden and the Netherlands, *New Journal of European Criminal Law*, 2020/3. 403-404. *és*
SFS 1962:700, Chapter 30, Section 6.
[792] GROSSI – GREEN, 9.
[793] BAL – KOENRAADT, 240.

különül el automatikusan és élesen a polgári jogi úton beutaltakétól. A kifejezetten veszélyes elkövetők elhelyezésére hat magas biztonsági besorolású intézmény működik.[794] A kezelés meghosszabbítására, esetenként fél évvel, közigazgatási bíróság jogosult, de a kirívóan súlyos esetektől eltekintve a kezelő intézmény vezetője bírósági kontroll nélkül dönthet az elbocsátásról. A szabadon bocsátást követően az utógondozás kórházi keretek közt valósul meg. Különösen lényeges ez arra figyelemmel, hogy a feltételes elbocsátás körében a zárt intézeti kezelés járóbeteg-szakellátás útján történő gyógyításra „változtatható át".[795]

Kiegészítésképp utalok arra, hogy Finnországban a gyógyítási cél hangsúlyozása formálisan is megjelenik azáltal, hogy a kötelező gyógykezelésről az egészségügyi tárgyú törvények rendelkeznek.[796] Ez a szempont érvényesül a kezelés szükségességének elsődlegessége, az alapcselekmények jelleg alapján történő szelektálásának hiánya és az elbocsátásról való döntésnél a kezelő intézmény, illetve orvos véleményének meghatározó szerepe tekintetében. Ugyanakkor a Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Intézet (a továbbiakban: Intézet) jogosult a kötelező gyógykezelés legfeljebb hat hónapra szóló elrendelésére, ami így teljes mértékben kívül esik a büntető igazságszolgáltatás területén. A végrehajtás állami elmegyógyintézetben vagy kórházban kell, hogy történjen. A kezelés szükségessége itt is hathavonta kerül felülvizsgálatra, a kezelőorvos véleménye alapján a döntést szintén közigazgatási bíróság hozza meg, amennyiben viszont az elbocsátásról dönt, szükség van az Intézet jóváhagyására.[797]

Érdemes emellett rávilágítani a dán jogi megoldásnál az előbbiekhez képest látható néhány eltérésre. A büntető törvénykönyv az áttekintett szabályozások közt egyedi módon kifejezetten deklarálja a kötelező gyógykezelés *ultima ratio* alkalmazásának elvét és azokra az esetekre korlátozását, mikor az olyan enyhébb eszközök, mint a (bűnügyi) felügyelet, a lakóhelyhez és tartózkodáshoz, illetve munkavégzéshez kapcsolódó rendelkezések, az addiktológiai, illetve pszichiátriai terápia nem vezetnek eredményre. Az elrendelésre Svédországhoz hasonlóan bíróság jogosult, az elhelyezésre viszont sajátos módon nem csupán a mentális betegségben szenvedők számára létrehozott speciális kórház vagy intézet, hanem bármilyen megfelelőnek tekintett szociális otthon vagy gondozó intézmény alkalmas lehet. Ugyancsak érdemi különbség, hogy a kezelés tartamának felső határát

[794] (szerk.) ROESCH – COOK, 26.
[795] JEHLE et al., 201, 207.
[796] PUTKONEN, Hanna – VÖLLM, Birgit: Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland, *Psychiatric Bulletin*, 2007/3. 101.
[797] Mental Health Act No. 1116/1990, Section 17-17a, 18a.

meghatározza a törvény, főszabályként öt évben, ami kivételes körülmények alapján az ügyészség kérelmére – szintén a bíróság által – meghosszabbítható. Bár a kötelező gyógykezelés a kirívóan súlyosnak tekintett cselekmények esetében, például emberölésnél, a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni deliktumoknál, a személyi szabadságtól való megfosztásnál vagy rablásnál elvileg elrendelhető határozatlan időre, a törvény szerint az ügyészségnek öt éven belül ilyenkor is kezdeményeznie kell az intézkedés megszüntetését vagy legalábbis módosítását, így annak maximuma e tekintetben ugyancsak irányadó. Amennyiben nem kerül megszüntetésre, évente szükséges lefolytatni a felülvizsgálatot. Egyedinek mondható jelenség az eddig vizsgált országokhoz képest, hogy a dán Btk. lényegében valamennyi intézkedés esetében rögzíti az irányadó felső időkorlátot, a kötelező gyógykezelésen kívüli szankciók vonatkozásában hároméves intervallumot határozva meg főszabályként.[798]

Ahogy már utaltam rá, a kínai büntető törvénykönyv rendelkezései a beszámíthatatlan elkövetők gyógykezelése kapcsán a *civil law* országok jelentős részénél szélesebb körű elrendelést tesznek lehetővé, ez azonban szervesen összefügg a gyógykezelés speciális megvalósítási formájával. Az érintettek szoros felügyelet alatt tartása és gyógykezelésük megszervezése nem pusztán kívül esik a büntetés-végrehajtás hatókörén, hanem a törvény kifejezetten a hozzátartozók, esetlegesen a gyám vagy gondnok feladataként jelöli meg.[799] A mentálisan beteg elkövetők körülbelül kétharmadát bocsátják szabadon azzal, hogy családjuk gondoskodjon felügyeletükről és kezelésükről.[800] Létezik azonban az európai államokhoz hasonló kötelező gyógykezelés intézménye is, melynek részletszabályait a büntetőeljárási törvényben dolgozták ki.[801] Bár a kulturális sajátosságok értelemszerűen befolyásoló erővel bírnak, nincs eltérés a tekintetben, hogy a kezelést bíróság rendeli el és határozatlan ideig tarthat. A végrehajtás sajátos helyét képezik viszont az ún. *Ankang* (fordítása lényegileg „béke és egészség") kórházak, melyek a veszélyes egyének kezelésére specializálódtak közepes és magas biztonsági besorolású osztályokkal, de nem kizárólag bűnelkövetőket kezelnek ezekben az intézményekben, és az alkalmazott pszichiáterekkel szemben sem elvárás, hogy szakirányú ismeretekkel rendelkezzenek e téren. Nehezen tartom azonban elképzelhetőnek, hogy a hozzátartozókra rótt kivételesen nagyfokú felelősség vagy akár a speciális szaktudással nem (feltétlenül) rendelkező

[798] Order No. 909 of 27 September 2005, 16, 68-68a. §
[799] Criminal Law of the People's Republic of China, Article 18.
[800] (szerk.) ROESCH – COOK, 12.
[801] Criminal Procedure Law of the People's Republic of China, 2018, Chapter V, Article 302-307.

pszichiáterek alkalmazása állna leginkább összhangban az érintett gyógyítása, illetve veszélyességének megszüntetése céljával.[802] Érdekesség, hogy a magyar viszonyokhoz hasonlóan létezik az adaptációs szabadság intézménye a belátható jövőben elbocsátható elkövetők reszocializációjának elősegítésére. A szabadon bocsátás a kezelőorvos döntési kompetenciája marad, melyhez a területileg illetékes rendőrkapitányság jóváhagyása szükséges. Az utógondozás szerepe a kezelés jellemzően hozzátartozók általi megszervezése miatt értelemszerűen jóval csekélyebb, a bűnismétlésre vonatkozó specifikus adatok és statisztikák hiányában pedig nehéz egyértelműen állást foglalni arról, mennyire működik hatékonyan ez a megoldás a gyakorlatban.

Japánban 2005-ben az elmebeteg állapotban súlyos cselekményt elkövető személyek egészségügyi ellátásáról és kezeléséről szóló törvény hatálybalépéséhez köthető az európaiakhoz hasonló kötelező gyógykezelési utak kialakítása a beszámíthatatlan személyek számára. Hozzáteszem, hogy bár a beszámíthatatlanság jogi koncepciója adott, annak gyakorlati előfordulása és alkalmazása viszonylag ritka az ügyészség vádemelés körében fennálló diszkrecionális jogkörére figyelemmel. 2005 előtt az érintettek kezelése a civil pszichiátriai intézményrendszer feladata volt, ahol nem differenciáltak az elhelyezettek közt aszerint, hogy követtek-e el büntetendő cselekményt. A beszámíthatatlan elkövetők kezelése jelenleg egyaránt megvalósulhat speciális kórházban – amely az állam, a helyi önkormányzat vagy állami vállalat felügyelete alatt áll, és meg kell, hogy feleljen az Egészségügyi és Jóléti Minisztérium által támasztott követelményeknek – vagy járóbeteg-szakellátás keretében, ha az adott személy nem tekinthető veszélyesnek. Tartamát tekintve jellemzően rövidebb, mint az európai országokban megfigyelhetők, átlagosan másfél év, azonban itt is lehetőség van a meghosszabbításra. A kezelés három részre oszlik: az akut, a felépülési és a rehabilitációs szakaszra. Felülvizsgálatra a bíróság által fél évente kerül sor. A hosszú távú cél az elkövető állapotának stabilizálása mellett az elbocsátás idejére támogató környezet és hálózat kialakítása, melynek részeként a zárt intézetből történő szabadon bocsátást követően az érintett három évig járóbeteg-szakellátás keretében további ellenőrzés és kezelés alatt áll.[803] Az elbocsátásról bíróság határoz, az ezt követő megfigyelést és utógondozást pedig külön rehabilitációért felelős koordinátorok szervezik meg.[804]

[802] WING Lo T. – XIAOHAI Wang: Policing and the Mentally Ill in China: Challenges and Prospects, *Police Practice and Research*, 2010/4. 347-348.
[803] BEIS – GRAF – HACHTEL, 7.
[804] (szerk.) ROESCH – COOK, 12, 19, 27.

Az eddigieket összegezve megállapítható, hogy a mentálisan beteg bűnelkövetők kötelező gyógykezelésére valamennyi vizsgált ország lehetőséget biztosít, amit jellemzően a büntető jogszabályok és a kapcsolódó egészségügyi tárgyú törvények szabályoznak. Feltételei körében a beszámíthatatlanság, az elkövető mentális betegsége, illetve zavara által kizárt felismerési, illetve esetlegesen akarati képesség koncepciója csaknem mindenütt jelen van. A mentális betegség fennállását főszabályként a cselekmény elkövetése idején vizsgálják. Míg a *common law* országokban a felismerési elem kizárólagossága jellemző, a *civil law* országok beszámíthatatlanságra vonatkozó jogalkotásának alapvető vonása, hogy az akarati képesség kizártsága is alapul szolgálhat. Erősen vitatható az *insanity defence* eltörlése az USA négy államában, melynek eredményeképp kizárólag a büntetés enyhítésére kerülhet sor, és ugyancsak sajátos a svéd szabályozás, melynek értelmében valamennyi elkövető beszámíthatónak tekintendő. Utóbbi estben viszont a kötelező gyógykezelés érdemi lehetősége rendelkezésre áll és a gyakorlatban alkalmazásra kerül.

Az alapul szolgáló büntetendő cselekmények körében egyes államok, így Franciaország, Svédország vagy Finnország nem alkalmaznak korlátozást. Ezek az országok gyakran fokozottan törekednek a kötelező gyógykezelés büntető igazságszolgáltatási és végrehajtási rendszertől való eltávolítására, valamint a gyógyítás szempontjának előtérbe helyezésére. Az Egyesült Királyság, mely élen jár az egészségügyi keretrendszerbe történő integrálásban, annyit rögzít, hogy szabadságvesztéssel fenyegetett cselekmények szolgálhatnak alapul. Más államok, melyekben a szankcióalkalmazás valamelyest hangsúlyosabb, különböző mértékű korlátozásokat intézményesítettek annak érdekében, hogy az elrendelésre csak végső esetben kerüljön sor. Ausztriában az egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztéssel fenyegetett, Lengyelországban a társadalomnak okozott jelentős sérelemmel járó, Portugáliában – Magyarországhoz hasonlóan – a személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmények vehetők figyelembe. Egyaránt találunk tehát példát a cselekmények jellege, illetve a hozzájuk kapcsolódó büntetési tételkeret szerinti differenciálásra.

Szintén érdemi feltétel az elkövető veszélyessége, illetőleg a bűnismétlés veszélye. A veszélyesség fogalma alapvetően tágabb a bűnismétlés veszélyénél, és nem csupán az elkövető által másokra, hanem saját magára jelentett veszélyt, főként az öngyilkosság kockázatát is magában foglalja. Mi sem példázza ezt jobban, mint az Egyesült Királyság, ahol a *hospital order* alkalmazásának kritériuma az elkövető veszélyessége, míg *restriction order* kapcsolódhat hozzá, amikor fennáll a speciális bűnismétlési veszély. A bűnismétlés veszélyének kategóriáján belül viszont rendszeresen felmerül további differenciálás.

Elmondható, hogy az alapul szolgáló cselekmények specifikus köre esetében a bűnismétlés veszélye azonos, illetve hasonló cselekményekre kell, hogy vonatkozzon. Arra is akad ugyanakkor példa, hogy míg az alapcselekményeknél nem differenciál a törvény, a bűnismétlés veszélyének megítélésénél már korlátozást vezet be, ahogy Németország esetében látható. Ez a „korlátozás" mégis viszonylag általánosnak tekinthető, mivel, bár súlyos büntetendő cselekményeket foglal magában, e körben mindaz figyelembe vehető, ami a sértett részéről komoly fizikai sérülés vagy érzelmi trauma elszenvedésével vagy akár ennek kockázatával, illetve jelentős gazdasági kár okozásával jár. Ezzel szemben az osztrák szabályozás a nem kirívóan súlyos, három évet meg nem haladó tartamú szabadságvesztéssel fenyegetett deliktumok esetében további kvalifikációt kapcsol a súlyos büntetendő cselekmények ismételt elkövetésének veszélyéhez a jellegükre és a büntetési tételkeretükre vonatkozó többletkövetelmény formájában.

Alapvetően egy kényes egyensúly kialakítására, fenntartására és esetenként újraalkotására irányuló törekvés figyelhető meg a nemzeti szabályozásokban, melyekben már nem a gyógyítási cél elismeréséért zajlik elsősorban a küzdelem, hanem a szankcióalkalmazás elveinek az egyre nagyobb, olykor túlzott teret nyerő és a büntetőjogi garanciákat felülírni látszó veszélyességi elvvel való összehangolásáért. Minél konkrétabban rögzített mind az elrendelés alapjául szolgáló, mind a bűnismétlés veszélyének megítélésénél számításba vehető cselekmények köre, annál inkább összhangban állónak tekinthető az *ultima ratio* jellegű szankcióalkalmazás kritériumával. Az is tény ugyanakkor, hogy az egyes ügyek egyedi körülményei és azok összességében való értékelésének követelménye szükségessé teszi, hogy a kötelező gyógykezelésről döntő szerv bizonyos mértékű mozgástérrel rendelkezzen az elrendelés során. Álláspontom szerint ezeket a kívánalmakat igyekszik ötvözni a magyar szabályozás, és utóbbi szempontot – bár egyedinek mondható a vizsgált országok közt – a hipotetikus bírói döntés feltétele útján érvényre juttatni.

A kötelező gyógykezelés elrendelése és felülvizsgálata leggyakrabban bíróság, általában büntetőbíróság által történik. Az egészségügyi kereteknek fokozott teret adó országokban viszont meghatározó szerep jut a kezelő intézménynek és szakorvosnak, sőt arra is akad példa, hogy külön testület foglalkozik az elrendeléssel, ahogy Finnországban látható. Svédországban és Finnországban a felülvizsgálat lefolytatása közigazgatási bíróság hatáskörébe tartozik. Az államok túlnyomó többsége a fél évente történő automatikus felülvizsgálat gyakorlatát követi, de előfordulnak ettől való eltérések, mint Németországban és Ausztriában az éves vagy Portugáliában a kétévente esedékes eljárások.

Érdekes módon a kötelező gyógykezelés tartama kapcsán számottevő különbségek rajzolódtak ki az áttekintett szabályozások közt. Az Egyesült Királyságban, Németországban, Ausztriában és a vizsgált kelet- és közép európai államokban megfigyelhető határozatlan, a kezelés szükségességéhez igazodó intervallum korántsem tekinthető egyeduralkodónak. Rögzíti a kötelező gyógykezelés és az ezzel összefüggő szabadságelvonás felső határát Svájc, Portugália, Spanyolország, Hollandia és Dánia is, bár további feltételek fennállása esetén jellemzően adott a meghosszabbítás lehetősége. A Magyarországon hatályban volt relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelésre vonatkozó szabályoktól eltérően ezekben az országokban meghosszabbítható a kötelező gyógykezelés, amennyiben valamennyi egyéb feltétele fennáll. Tehát, bár a szankcióalkalmazás elveire fokozott figyelemmel vannak, a veszélyességi elv dominanciája továbbra is érezteti hatását. Amennyiben a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés visszaállításra kerülne hazánkban, a meghosszabbítási lehetőség bevezetése nézetem szerint nem lenne indokolt, hisz épp azokat a szempontokat negligálná leginkább, melyekre tekintettel az intézkedés lehetséges felső határa rögzítésre kerül. Hozzáteszem viszont, hogy az érintetteknek a civil pszichiátriai intézményrendszerben való további kezelése kizárólag akkor tekinthető adekvát megoldásnak a kényszergyógykezelés megszüntetését követően, ha az ehhez szükséges biztonsági mechanizmusok rendelkezésre állnak, illetve kialakításra kerülnek.

A végrehajtás történhet a büntetés-végrehajtási rendszerben, mint Hollandia, Ausztria, Lengyelország vagy Magyarország esetében, de az egészségügyi minisztérium általi felügyeletgyakorlás ilyenkor is rendszeresen alkalmazott megoldás. Ennél többször fordul elő az egészségügyi szervezetrendszerbe integrálás, mint az Egyesült Királyságban, Franciaországban vagy Svédországban. A legtágabb kereteket Dánia biztosítja, ahol a kötelező gyógykezelés foganatosítására nem csupán a mentális betegségben szenvedők számára létrehozott speciális kórház vagy intézet, hanem bármilyen megfelelőnek tartott szociális otthon vagy gondozó intézmény alkalmas lehet. Egyes jogrendszerekben a kétféle út párhuzamosan van jelen, ahogy Svájc példájából látható. Alapvetően eltérő jogi és kulturális hagyományokra visszavezethetően a kínai szabályozás sajátossága, hogy a kezelést általában az elkövető hozzátartozóinak feladatává teszi.

A vizsgált államok döntő többsége – például az Egyesült Királyság, a német jogi hagyományokkal rendelkező országok, Hollandia, Svédország, Portugália és Spanyolország – lehetőséget biztosít a kezeltek feltételes szabadon bocsátására. Látható, hogy ez attól függetlenül adott, hogy az egészségügyi vagy a büntetőjogi modellt helyezik

inkább előtérbe. Egyaránt alkalmazásra kerül olyan államokban, ahol a kötelező gyógykezelés tartama határozatlan vagy felső – és esetlegesen alsó – határa rögzített. E jogintézmény kapcsolódhat az utógondozáshoz is, lehetővé téve a szabadságelvonás mielőbbi megszüntetését. Nézetem szerint hazánkban a kényszergyógykezelés alatt az adaptációs szabadság intézménye az érintett társadalomba való visszailleszkedésének célját elvi szinten jól szolgálja, az egy alkalommal legfeljebb harminc nappal történő meghosszabbítás lehetősége, valamint az adaptációs szabadság több alkalommal való engedélyezhetősége[805] pedig biztosítja a kezeltek egyedi szükségleteinek figyelembevételét. Más kérdés, hogy a gyakorlatban ritkán kerül alkalmazásra, és problémát jelent – akárcsak a kényszergyógykezelés megszüntetésről való döntésnél –, hogy a kezeltek igen csekély hányada számára van olyan személy, aki gondozásukra alkalmas és azt vállalni is hajlandó.[806]

A magyar jogi és végrehajtási környezet legfigyelemreméltóbb hiányosságának az mutatkozik, hogy az utógondozás rendszere egyáltalán nem került kiépítésre, miközben más országok főként a bűnismétlés megakadályozása végett kiemelt figyelmet fordítanak rá. Elég arra gondolni, hogy Németországban a pártfogó felügyelői szolgálat általi ellenőrzéssel és járóbeteg-szakellátás keretében biztosított további kezeléssel, Ausztriában, Franciaországban, Hollandiában és Portugáliában kifejezetten fejlett, specifikusan e célnak megfelelően kialakításra kerülő klinikák és szálláshelyek létrehozásával, Japánban pedig külön rehabilitációs koordinátorok közreműködésével valósul meg. A magyar bíróságok természetesen kiemelik a további kezelés, főként az elbocsátott által gyógyszerei szedésének fontosságát a kényszergyógykezelés megszüntetésről való döntés során. Azonban sem erre, sem az egészségügyi ellátórendszerben pszichiáter szakemberrel szükséges kapcsolatfelvétel előmozdítására nincsenek konkrét lépések és eszközök. Mikor az elbocsátott személyt egy hozzátartozójánál helyezik el, kivételes, számos esetben feltehetően túlzott mértékű felelősség hárul a befogadó személyre, az esetlegesen nem megfelelő felügyelet pedig hatványozza az állapotromlás veszélyét. Ennek elkerülése érdekében elengedhetetlen (lenne) az elbocsátott részéről a területileg illetékes pszichiátriai intézményben a további orvosi konzultációkon és kontrollon való részvétel. Más a helyzet azokban az esetekben, mikor a kezelt szociális otthonban kerül elhelyezésre. Bár ezek az intézmények az utógondozás másodlagos célját, a felügyelet gyakorlását potenciálisan meg

[805] 2013. évi CCXL. törvény, 338. § (2)
[806] ibid. 338. § (4)

tudják valósítani, kérdéses, mennyiben felelnek meg elsődleges szerepének, alkalmasak-e ténylegesen az érintett egészségi állapota egyensúlyban tartásának, illetve esetleges további javulásának előmozdítására.

6.4. Az egészségügyi és a büntetőjogi modell ötvözésének sajátos példája: a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok

Az előzőekhez adalékként érdemes kitérni arra, hogy a *common law* országokban a *civil law* országokhoz képest az elterelési lehetőségek számottevően szélesebb és kiforrottabb köre áll rendelkezésre mind a vádemelést megelőzően, mind azt követően. Ennek talán legszembetűnőbb példáját a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeiben eljáró speciális bíróságok adják (*mental health court*), melyek rendszerét az Egyesült Államokban, Kanadában és Ausztráliában hozták létre. Napjainkban Ausztráliában négy, Kanadában több mint harminc[807], az Egyesült Államokban pedig hétszáztizenöt speciális bíróság működik. „Ez nem egy büntetőbíróság, hanem egy kezeléssel foglalkozó bíróság." Így jellemzi a Los Angeles megyei *mental health court* bírája a testület szerepét és arról való felfogását 2024 április 9-én a Hollywood-i Bíróságon. Természetesen ő is tisztában van vele, hogy a bíróság általam korábban hivatkozott, az elkövetők beszámítási képességének (részleges) helyreállítására irányuló tevékenysége nem minden kritikától mentes. A légkör mégis informális, a beszélgetés gördülékeny, és minden erőfeszítés nélkül kelt olyan benyomást, mintha csak ketten tartózkodnánk a teremben. A szavait mégsem hozzám intézi, hanem a kezelthez, akinek az ügyében a felülvizsgálat zajlik. Az eljárási szereplők ugyanazok, mint a hazai tárgyalótermekben, jelen van az ügyész, a kezelt védője, esetlegesen kiegészülve egy szociális gondozóval és az orvosszakértővel.

2024-ben Kaliforniában kutattam e bíróságok felépítését, jellemzőit és működését. A helyi viszonyok ideális kiindulópontot jelentettek az eljárások megfigyeléséhez, mivel az USA-n belül ebben az államban található a legtöbb speciális bíróság[808], sőt ritkaságszámba menően nem csupán a felnőttkorúak, hanem külön a fiatalkorúak ügyeire létrehozottak is előfordulnak.[809] Ugyanakkor nem csupán egy-egy megye, hanem azon

[807] RICHARDSON, Liz: Mental health courts: Providing access to justice for people with mental illness and cognitive impairments, *Alternative Law Journal*, 2019/2. 101.
[808] https://ntcrc.org/maps/interactive-maps/
[809] Bár a fiatalkorúakat érintő meghallgatások érdekeik fokozott védelmének szükségességére tekintettel nem nyilvánosak, a számukra létrehozott speciális bíróságok működése alapjaiban hasonlít a felnőttkorúak bíróságaihoz. Eltérés az olyan elvekben és célokban figyelhető meg, mint a saját otthonukban és környezetükben történő kezelés preferálása, az oktatási intézményekkel történő együttműködés a bíróságok

belül egyes bíróságok közt is kirívó különbségek mutatkoznak abból adódóan, hogy a megalapításhoz és a fenntartáshoz nem az állam biztosítja az anyagi forrásokat. Így minden bíróság egyedi finanszírozási megoldással működik, és a bíró jelentős mozgástérrel bír a működési irányelvek és eljárásrendek kialakításában, ami bár nem könnyíti meg a kutatást, híven leképezi a bíróságok országos szinten ugyancsak jellemző heterogenitását. Megjegyzem, egyes államok – legalább részben – biztosítanak anyagi támogatást, ami valamelyest hozzájárul a bíróságokkal szembeni egységesebb, központi elvárások kialakításához.[810]

Tovább árnyalja a képet, hogy míg egyes bíróságok kizárólag a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkoznak (ez a szűkebb értelemben vett *mental health court* kategóriája, amire a jelen elemzés fókuszál), mások változó kontextusban a kábítószerfüggő elkövetők ügyeiben is illetékességgel rendelkeznek. Ez elképzelhető egyfelől *behavioral health court* (a továbbiakban: BHC) formájában, ami lényegében azt jelenti, hogy részben *mental health court*-ként, részben *drug court*-ként funkcionál, és az elnöklő bíró a tárgyalási napokat két részre osztva végzi az eltérő típusú esetek áttekintését és az érintettek meghallgatását. A másik út az ún. *co-occurring disorder court*, melyet az egyidejűleg fennálló mentális betegségben és kábítószerfüggőségben szenvedőkre tekintettel alapítottak. Ezek lényegesen kisebb számban fordulnak elő, hisz alapvetően újabb jelenségről van szó, ami arra a valós problémára igyekszik reflektálni, hogy a mentális betegség és a kábítószerfüggőség rendszeres összefonódásából adódóan sokszor nehézséget jelent a gyakorlatban annak eldöntése, milyen típusú bírósághoz utalják az elkövető ügyét, amikor mindkét probléma kezelése szükségesnek mutatkozik. Látható, hogy az Egyesült Államokban szociális problémák széles körének megoldására, illetve enyhítésére hoztak létre diverzifikált bíróságokat. Ez az egyik fő oka viszont annak is, hogy a kérdésre, miszerint pontosan hány ilyen bíróság található az országban és azon belül az egyes államokban, számos eltérő választ ad a szakirodalom. Az Egészségügyi és Szociális Minisztérium égisze alá tartozó Kábítószerrel Visszaélés és Mentális Egészségügyi Szolgáltatások Igazgatósága (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) által közzétett kutatás tanúsága szerint jelenleg a kábítószerfüggők ügyeiben eljáró *drug*

részéről, valamint a polgári jogászok alkalmazása a büntetőeljárás keretein kívül eső egyes kérdések, például az érintett lakhatási viszonyainak rendezése érdekében. (forrás: GARDNER, Patrick: An Overview of Juvenile Mental Health Courts, September 01, 2011. https://www.americanbar.org/groups/public_interest/child_law/resources/child_law_practiceonline/child_law_practice/vol30/september_2011/an_overview_of_juvenilementalhealthcourts/)

[810] 3. melléklet, 2)

court-ok a legelterjedtebbek, ezeket követik a *mental health court*-ok (a továbbiakban: MHC). Országos szinten negyvennégy államban hatszázötvenöt MHC foglalkozik a felnőttkorúak ügyeivel, ezekhez adódik hozzá tizenhat államban összesen hatvan bíróság, melyek a fiatalkorúak eseteiben járnak el.[811] Azonban nem pusztán jelenlegi számuk, hanem elterjedésükben az elmúlt évtizedben tapasztalt tendencia, a 2014-es adatokhoz képest közel hetven százalékkal magasabb arányuk is figyelemreméltó, különösen arra tekintettel, hogy az első MHC-t az Egyesült Államokban csupán 1997-ben alapították.[812]

Kutatásom hathónapos intervalluma alatt közel kétszázhetven, véletlenszerűen kiválasztott meghallgatáson vettem részt a Los Angeles-i MHC-n és a San Francisco-i, továbbá az Alameda megyei BHC-n[813] személyesen és online formában. Sajátos módon az utóbbi két megye bíróságai „vegyes" jellegük ellenére is több példával szolgáltak az elterelési lehetőségeket tekintve, mivel a Los Angeles-i bíróság – bár kétségkívül egyedülálló mind teljesen önálló szervezetrendszere, mind az alapján, hogy az országban a legnagyobb MHC, mely évente több mint ötszáz ügyben jár el – kizárólag az elkövetők beszámítási képességének (részleges) helyreállításával foglalkozik a büntetőeljárás folytatása érdekében. Betekintést nyerhettem a valamennyi érintett szakember, így a bíró, az ügyész, a kezelt védője, kezelőorvosa és a szociális gondozók részvételével zajló „konferenciába" az egyes tárgyalási napok kezdetén, interjút készítettem az MHC-ken elnöklő bírákkal és a Kaliforniai Igazságügyi Tanács (*California Judicial Council*)[814] vezető elemzőjével, hogy átfogóbb képet kapjak a speciális bíróságok működéséről. Utóbbi interjú a benne szereplő általánosabb megállapításokra tekintettel disszertációm mellékletét képezi. Bár a teljes kutatási anyag és eredményei ismertetése messze túlmutat a jelen téma

[811] A felnőttkorúakkal foglalkozó MHC-k közül Kaliforniában található hatvanöt, ezt követi New York és Georgia, mindkét államban negyvenöt bírósággal. A fiatalkorúakra specializálódott MHC-k közül tizenkettő Kaliforniában működik, ezt Texas és Georgia követi kilenc-kilenc bírósággal. Az MHC-k tágabb értelemben kiegészülhetnek a *co-occurring disorder court* kategóriájával, azaz további negyvennégy felnőttkorúakkal és kilenc fiatalkorúakkal foglalkozó bírósággal. (forrás: https://ntcrc.org/maps/interactive-maps/)

[812] A felnőttkorúakkal foglalkozó MHC-ket tekintve 2009-ben 288, 2014-ben 392, 2019-ben 490 működött, míg a fiatalkorúak eseteiben eljáró MHC-kről 2014-ből van először adat, ekkor 37, majd 2019-ben országosan 46 funkcionált. (forrás: National Drug Court Resource Center (szerk. DEVALL, Kristen – LANIER, Christina – BAKER, Lindsay J.): *Painting the Current Picture. A National Report on Treatment Courts in the United States*, Mental Health Courts Brief, 2022. 15.)

[813] Los Angelesben 118, San Franciscoban 116, Alameda megyében 34 meghallgatást kísértem figyelemmel.

[814] A Kaliforniai Igazságügyi Tanács az állam bírósági rendszere vonatkozásában irányelvalkotó testületként működik. Iránymutatásokat ad a bíróságok számára, évente ajánlásokat tesz a kormányzónak és a törvényhozásnak, valamint elfogadja és felülvizsgálja a kaliforniai bírósági szabályokat a bírósági igazgatás, gyakorlat és eljárás területén. A huszonegy szavazati joggal rendelkező tag között van a főbíró, tizennégy bírósági tisztviselő, négy ügyvéd és egy-egy tag a törvényhozás minden házából. (forrás: https://newsroom.courts.ca.gov/branch-facts/judicial-branch-governance-judicial-council-california)

és értekezés keretein, néhány alapvetés és aktuális tendencia felvázolása a továbbiakban folytatandó kutatásra is figyelemmel célszerűnek látszik.

Az MHC-k egyedi színt visznek az igazságszolgáltatási palettára azáltal, hogy bár jellemzően a rendes bírósági szervezetrendszerbe integráltak és a büntető ügyszakhoz tartoznak, számos megkülönböztető és elhatároló vonásuk van. Céljuk, hogy a „mentális betegség dekriminalizálása", valamint a kezelés felügyelt, de közösségi alapú programok útján való megszervezése révén csökkentsék a mentálisan beteg bűnelkövetők büntetés-végrehajtási rendszerbe való be-, illetve visszakerülésének arányát.[815] A szakirodalomban elterjedt „problémamegoldó" bíróságként való aposztrofálás[816], bár kétségkívül hangzatos, nem minden pontatlanságtól mentes, hisz ez technikai értelemben nem a speciális bíróságok sajátossága, hanem – ideális esetben – a teljes igazságszolgáltatási rendszer alapköve és hajtóereje. Egyediségük sokkal inkább abban rejlik, hogy a bíróság szerepének újragondolásával és a kontinentális európai jogrendszerek szemszögéből nézve szinte elképzelhetetlen mértékű kiszélesítésével, illetve a hagyományos igazságszolgáltatási rendszer eszköztárának részben eltérő felhasználásával, részben kibővítésével változatos egészségügyi és szociális helyzetekre reflektálnak. A „kezelési cél központú igazságszolgáltatás"[817] jegyében végzett tevékenységükre tekintettel nézetem szerint alkalmasabb a „*therapeutic court*" vagy a „*treatment court*" megjelölés.

MHC eljárásra kétféle modell szerint kerülhet sor: egyrészt a büntetőeljárás felfüggesztésével, míg a vádlott be nem fejezi az egyeztetett kezelési programot, másrészt az ítélethozatalt követően az érintett által a bűnösség beismerése mellett.[818] Megjegyzem, hogy az utóbbi megoldás erősen vitatott a jogintézményben rejlő ellentmondásra figyelemmel, hiszen, míg a bűnösség beismerése az elkövető értelmi képességének fennállását feltételezi, az MHC eljárásának feltétele általában a súlyos mentális betegség megléte. Emellett a dekriminalizációs céllal is nyilvánvaló ellentétben áll. Mivel az elkövető számára a speciális bírósági út elméletileg kedvezőbb vagy legalábbis a

---

[815] WOLF, Robert: *California's Collaborative Justice Courts. Building a Problem-Solving Judiciary*, Judicial Council of California, 2005. 16. *és*
Penal Code of California, 2023, Part 2, Title 6, Chapter 2.8A 1001.35. (a) (forrás: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=PEN&division=&title=6.&part=2.&chapter=2.8A.&article=)

[816] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 27.

[817] SCHNEIDER, Richard D.: Mental health courts and diversion programs: A global survey, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4. 206.

[818] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 27-28.
2019-ben 28 állam 283 bíróságáról szolgáltatott adatok tanúsága szerint az elterelési lehetőség az ítélethozatalt megelőzően adott az MHC-k 33%-ánál, az ítélethozatalt követően 29%-ánál, míg a bíróságok 38%-a mindkét modellt alkalmazza párhuzamosan. (forrás: National Drug Court Resource Center, 43.)

büntetőeljáráshoz viszonyítva semmiképp nem hátrányosabb, kevésbé hangsúlyosan, de ugyancsak felmerül a kérdéskör az eljáráshoz való hozzájárulás kapcsán. Az önkéntes részvétel e bírósági eljárások alapja, ugyanakkor vitatható, hogy a beleegyezés mennyire tekinthető megalapozottnak és tájékozottnak a mentálisan beteg elkövetők esetében. Az MHC eljárásához az érintett kétféle szempontnak kell, hogy megfeleljen: a bíróságonként meghatározott klinikai és jogi alkalmassági kritériumoknak. Előbbi a számításba vehető mentális betegségekre[819], utóbbi a megvalósított büntetendő cselekményekre vonatkozik, melyeknél a választóvonal a személy elleni erőszakkal járó vagy anélkül elkövetettek, valamint a *felony* és a *misdemeanor* (hozzávetőlegesen a bűntettek és a vétségek) kategóriája közt húzódik. A bíróságok többsége előtt mégsem általában a *felony*, hanem azon belül egyes konkrét cselekménytípusok megvalósítása zárja ki az egyént a jogosulti körből. Például, a kaliforniai büntető törvénykönyv nem teszi lehetővé a vádemelési szakaszt megelőző elterelést az emberölési cselekmények (kivéve az *involuntary manslaughter*), a szexuális erőszak és egyes kiskorúak sérelmére elkövetett deliktumok esetében.[820] A bíróságok leggyakrabban olyan személyek ügyeivel foglalkoznak, akiknél magas a bűnismétlés veszélyének kockázata, illetve akiknél az olyan eszközök, mint a próbára bocsátás hatástalannak bizonyulnak (*high risk*) és mentális betegségük súlyossága alapján kezelésükre számottevő igény van (*high need*).[821] A feltételeknek való megfelelés esetén a bírósági tisztviselők kisebb részben a büntetőügyek általuk történő folyamatos áttekintése, nagyobb részben az egyes elkövetők védői vagy épp a büntetés-végrehajtási intézet feljogosított alkalmazottai által a bíróság felé tett ajánlás nyomán hajtják végre a kiválasztást.[822]

Egy MHC-n egyetlen bíró jár el, esküdtszék nélkül, aki a kezeltekkel való kapcsolat kontinuitására és bizalmi jellegére, valamint a kezelési program tartamára figyelemmel legalább két évig látja el tevékenységét. Tárgyalások helyett az egyénre szabott kezelési

[819] A mentális betegségnek eltérő definícióját adják az egyes államok. A kaliforniai büntető törvénykönyv az elterelés kontextusában kifejezetten a DSM-5 legutóbbi kiadásában szereplő fogalomra utal, melybe beletartozik többek közt a skizofrénia, a skizoaffektív zavar, a bipoláris zavar és a poszttraumás stressz zavar. Rögzíti viszont, hogy nem sorolható ide az antiszociális személyiségzavar és a pedofília. A mentális betegség fennállása az elkövető, illetve képviselője által bizonyítandó olyan orvosi szakvéleménnyel, mely öt évnél nem régebbről származik. A mentális betegségnek okozati összefüggésben kell állnia a cselekménnyel, vagy legalábbis hozzá kell járulnia, illetve motiválnia kell az egyént az elkövetésre. (forrás: Penal Code of California, 1001.36. (a)-(c))

[820] ibid. 1001.36. (d)

[821] All Rise: *Adult Treatment Court Best Practice Standards*, *Definitive guidance for treatment court practitioners*, Printed in the United States of America, 2023. 1. *és* 3. melléklet, 6)

[822] GOODALE, Gregg – CALLAHAN, Lisa – STEADMAN, Henry J.: What Can We Say About Mental Health Courts Today?, *Law and Psychiatry*, 2013/4. 298.

tervre, illetve annak végrehajtási lépéseiről szóló jelentésekre összpontosító meghallgatásokat folytat le. A kezelési tervet bírósági tisztviselők és egészségügyi szakemberek határozzák meg és módosítják szükség szerint, gyakran a kezelt részvételével.[823] A kezelésre egyaránt sor kerülhet zárt intézetben vagy járóbeteg-szakellátás keretében, az intézmény, illetve a szakorvos pedig rendszeres jelentést küld az MHC-nek az érintett magatartásáról és előrehaladásáról (*progress report*).[824] A programban maradás feltételei közé tartozik értelemszerűen a bírósági meghallgatásokon való részvétel – melyek gyakorisága az adott egyénre tekintettel határozható meg, de jellemzően egy és négy hét közti intervallumokat foglal magában[825] –, a kezelési terv lépéseinek megvalósítása, a felírt gyógyszerek szedése és a tudatmódosító szerek fogyasztásától való tartózkodás. A kezelési terv sikeres teljesítésére rendelkezésre álló idő általában nem haladhatja meg a két évet. A gyakorlatban egyes elkövetők esetében természetesen felmerülhet az igény az ennél hosszabb kezelésre, azonban a program jellegére tekintettel a szakmabeliek részéről legfeljebb a további egy évvel történő meghosszabbítás javasolt.[826]

A bíróságok együttműködés esetén, illetve annak előmozdítására „ösztönzőkkel", a szabálysértésekre reflektálva pedig szankciókkal operálnak, melyek hatásfokuk alapján alacsony, közepes és magas kategóriába sorolhatók. Ösztönző lehet például a szóbeli dicséret; a meghallgatások rendszerességének csökkentése a kezelt előrehaladására figyelemmel, illetve a kevésbé szigorú felügyelet mindennapi életvitelében; valamint az utazás lehetősége. A szankciók közé sorolható egyes korlátozások, például a lakhelyelhagyási tilalom időkeretének kiterjesztése; a rendszeresebb meghallgatások, a „közérdekű munka" végzése vagy a pénzbüntetés; illetve a legsúlyosabbnak tekinthető, általában három-hat napos börtönben (*jail*) történő fogvatartás.[827] Utóbbira Los Angeles-i kutatásaim során is láttam példát, mikor a bíró a kezelt általi kábítószerfogyasztás nyomán rendelte el, hozzátéve, hogy szükség esetén ismét sor fog kerülni az alkalmazására. Egy másik esetben a bíró a lakhelyelhagyási tilalom betartásának fontosságát hangsúlyozva utalt arra, hogy ha azt a kezelt megszegi, átmenetileg el fogja rendelni a börtönben történő fogvatartását. Ehhez képest a Kaliforniai Igazságügyi Tanács elemzője a vele készített

[823] National Drug Court Resource Center, 33-34.
[824] Penal Code of California, 1001.36. (f) (1) (A) (ii)
[825] REDLICH, Allison D. et al.: Patterns of Practice in Mental Health Courts: A National Survey, *Law and Human Behavior*, 2006/3. 349.
[826] 3. melléklet, 9)
[827] All Rise: *Reference Guide for Standard IV: Incentives, Sanctions, and Service Adjustments*, 2024. 2-16. (forrás: https://allrise.org/wp-content/uploads/2023/08/ISSA-Reference-Guide-2024.pdf) *és*
3. melléklet, 7)

interjú során hangsúlyozta, hogy ez a szankció számos kutatás által alátámasztottan nem minősül hatékonynak.[828] Magam is osztom azon nézetét, hogy a kezelési céllal való összhang hiányára figyelemmel az elrendelése nem csupán erősen vitatható, hanem érdemes teljes elhagyására törekedni az elkövetők esetleges állapotromlásának elkerülése érdekében. Amennyiben viszont a kezelt sikerrel hajtja végre a kezelési tervet, a büntetőeljárás megszüntetésére vagy a már kiszabott szankció mérséklésére kerülhet sor.

E bíróságok legfőbb előnye a kezelés számos eltérő úton, individualizáltan történő biztosításában áll, ami multidiszciplináris attitűddel, a jogi, egészségügyi és szociális szférában dolgozó szakemberek együttműködése útján valósul meg.[829] A szerzők jelentős része hangsúlyozza a bíróval való bizalmi viszony, a támogató, ugyanakkor a szabálytalanságokra következetesen reflektáló környezet kulcsszerepét.[830] Kiemelten fontos továbbá a *case manager* tevékenysége, aki lényegében az érintettel elsődlegesen kapcsolatot tartó és a kezelési terv megvalósításának alakulását folyamatosan figyelemmel kísérő személy. Valamely bírósági alkalmazott, a kezelést biztosító személyek egyike, szociális munkás vagy nevelőtiszt egyaránt elláthatja e feladatkört.[831] Az MHC-k a rendes bíróságoktól eltérően olyan lehetőségeket tesznek elérhetővé az egyének számára, mint a megfelelő lakhatás, képzés és munkavállalás.[832] Alapvető ígéretük a speciális bűnismétlés veszélyének csökkentése, amivel természetszerűleg együtt jár a büntetés-végrehajtási kiadások redukálása. Ennek legalább részbeni megtörténtét számos kutatás alátámasztja[833], ugyanakkor további analízisre, részletesen kidolgozott metodológiára és több állam vizsgálati körbe való bevonására van szükség.[834] Több indikátor van arra nézve, hogy a speciális bíróságok alkalmasak a büntető igazságszolgáltatásban különösen a mentálisan beteg elkövetőket érintő stigma és mentális torzítások, főként az Egyesült Államokban a faji alapú megkülönböztetés (*racial bias*) kiküszöbölésére.[835] Hozzáteszem, hogy a hazai viszonyokhoz képest a bírák képzésének tartalma érdemben bővebb, és nem csupán a

[828] 3. melléklet, 7)
[829] ibid. 3)
[830] SCHNEIDER, 202.
[831] Bureau of Justice Assistance: *Improving Responses to People with Mental Illnesses – The Essential Elements of a Mental Health Court*, Council of State Governments Justice Center, 2007. 5.
[832] All Rise, 4.
[833] Ld. Policy Research Associates – STEADMAN, Henry J. – REDLICH, Allison: *MacArthur Mental Health Court Study*, Ann Arbor, MI, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2022-02-08. *és* SOON, Yin-Lan et al.: Impact of Mental Health Court Diversion on Reoffending: A Direct Comparison of Diverted and Undiverted Groups, *International Journal of Forensic Mental Health*, 2024/4. 496.
[834] KIM – BECKER-COHEN – SERAKOS, 29-30.; National Drug Court Resource Center, 36. *és* 3. melléklet, 4)
[835] CASEY, Pamela M. et al.: *Helping courts address implicit bias: Resources for education*, National Center for State Courts, 2012. 10, 14, 18.

büntetőeljárásban megjelenő stigmát, hanem a mentális torzítások tanát, főként a fajra és etnikumra vonatkozó *implicit bias*-t is magában foglalja.[836] A Los Angeles-i MHC bírája az eljárások során azt is kiemelte, hogy egyes kezeltek beszéd- és kifejezésmódja nehezen érthető, ezekben a helyzetekben pedig a bírónak fokozottan ügyelnie kell arra, hogy ez a körülmény ne befolyásolhassa hátrányosan az ügyben való döntését. A konkrét esetben a kezelőorvos jelenléte segített a probléma feloldásában, mivel ő megértette és továbbítani tudta a bíróság felé a kezelt által elmondottakat.

Természetesen e bíróságok működése sem kritikától mentes. Alappal merül fel a kérdés, hogy amennyiben összevetjük a kezelés kétéves intervallumát azzal, hogy a súlyos büntetendő cselekmények esetében nyilvánvalóan két évet (jelentősen) meghaladó tartamú szabadságvesztést szabna ki a büntetőbíróság, nem válik-e kecsegtető „menekülőúttá" a speciális bírósági eljárás lehetősége? Sőt, ettől függetlenül is kérdéses, hogy az elkövetők nem csupán a büntetőeljárás, illetve a szabadságvesztés büntetés elkerülése érdekében lépnek-e be a programba, ahogy arra több kutatás következtetni enged.[837] Érdekes módon nem csupán a védők, hanem a bírók is, akikkel konzultáltam azon a véleményen voltak, hogy az elkövetett cselekmény súlya nem kell, hogy meghatározó legyen a jogosultság eldöntése során, ha a kezelés szempontja az alkalmazott vezérlőelv. Így vélekedik többek közt a San Francisco megyei BHC bírája, aki mindkét típusú büntetendő cselekmény elkövetőinek ügyeivel rendszeresen foglalkozik. Élesen elválik ebben a vonatkozásban a büntetőbíróság és a speciális bíróság felfogás- és megközelítésmódja. Minél tágabb az MHC által lefedett cselekmények köre és minél súlyosabbak tartozhatnak ide, annál inkább felmerül(ne) a kezelés domináns szempontja mellett a büntetőjogi rendszerrel való összhang kérdése. A párhuzamba állítást diktálná a kontinentális európai jogi gondolkodás, azonban az amerikai szemlélet igyekszik e bíróságokat minél inkább elszakítani a büntető igazságszolgáltatástól, és ha ez nem is valósítható meg teljesen, legalább önálló részhalmazként kezelni a rendszeren belül. A szakirodalomban olykor felmerül az a szélsőségesebb álláspont, hogy az MHC-knek eleve csupán a *felony* kategóriájával kellene foglalkozniuk, mivel *misdemeanor* elkövetése esetén a büntető igazságszolgáltatástól teljes mértékben független elterelési utak megnyitása szükséges. Rámutatnak továbbá, hogy míg a kezdeti MHC-k programjaiban való részvételre az utóbbi cselekmények elkövetői voltak jogosultak, az újabban alapított bíróságok már egyértelműen a súlyosabbakra fókuszálnak,

[836] 3. melléklet, 5)
[837] All Rise, 72.

azaz megfigyelhető az „alapul szolgáló” cselekményi kör jelentőségének relativizálódása.[838] 2019-ben huszonnyolc állam szolgáltatott adatot kétszáznyolcvanhárom MHC vonatkozásában a cselekménytípusok megoszlásáról, mely alapján megállapítható, hogy a bíróságok több mint fele mindkettővel foglalkozik, közel harminc százalékuk csak a *felony* és hozzávetőleg feleennyi kizárólag a *misdemeanor* eseteivel.[839]

Működési sztenderdek és kötelező eljárásrendek sem országos, sem állami szinten nem kerültek kialakításra. Az egyes szerzők által alappal megfogalmazott kritikára, miszerint ez számos esetben túlzott mértékű eltéréseket eredményez az egyes államok, sőt az egyes bíróságok közt is, ami már a törvény előtti egyenlőség követelményét látszik sérteni[840], részben maga Kalifornia állam büntető törvénykönyve ad választ, mikor rögzíti, hogy a megyék számára tág mozgásteret és rugalmasságot kíván biztosítani az elterelési lehetőségek kialakításában és végrehajtásában, hogy megfeleljenek az egyének sajátos kezelési igényeinek és szociális szükségleteinek.[841] Ugyanakkor bizonyos szervezetek által közzétett irányelveket a bíróságok számos államban *soft law* jelleggel alkalmaznak.[842] Fokozatosan erősödő tendencia a specifikusan az MHC-kre vonatkozó, állami szintű iránymutatások kialakítása is[843], ami megfigyelhető például Kaliforniában, Arizonában, New Yorkban és Georgiában.[844]

Kezdeti várakozásaimmal ellentétben érdekes módon azzal szembesültem a meghallgatásokat figyelemmel kísérve, hogy a jogrendszerbeli különbségek dacára kevés kirívó különbség mutatkozik e speciális bírósági eljárások és az Európában, főként Magyarországon a kényszergyógykezeléssel összefüggésben lefolytatott felülvizsgálatok közt. Előbbiek lényegüket tekintve szintén az elkövetők gyógykezelésének rendszeres felülvizsgálatát célozzák. Kétségtelenül vannak továbbá ezen meghallgatásoknak olyan elemei és bevált gyakorlatai, melyek a hazai eljárások során – minimális ráfordítással –

---

[838] REDLICH et al., 350.
[839] National Drug Court Resource Center, 43.
[840] CRIDER, Andrea: California’s Mental Health Diversion Courts: Navigating Failures and Charting Solutions, *International Association of Forensic Mental Health Services Newsletter*, 2024/4. 16-17. (forrás: https://iafmhs.wildapricot.org/Newsletter)
[841] Penal Code of California, 1001.35. (b)-(c)
[842] All Rise, 1. *és* 3. melléklet, 2)
[843] Ennek legutóbbi példáját a New Hampshire államban közzétett iránymutatások adják. Ld. New Hampshire Judicial Branch: *Adult Mental Health Courts – Guidelines for New Hampshire Mental Health Court Teams*, 2023. (forrás: https://www.courts.nh.gov/sites/g/files/ehbemt471/files/inline-documents/sonh/mental-health-courts-guidelines.pdf, https://csgjusticecenter.org/2023/06/27/building-a-better-mental-health-court-new-hampshire-judicial-branch-establishes-state-guidelines/)
[844] https://csgjusticecenter.org/2016/04/28/state-standards-building-better-mental-health-courts/, https://public.tableau.com/app/profile/tracey.johnson/viz/FINALPSCStandardsdraftOct2017/Dashboard1

implementálhatók lennének azok fejlesztése érdekében. A meghallgatásokat megelőző, valamennyi érintett szakember részvételével zajló egyeztetés, melynek során áttekintik az ügyeket és a kezeltek aktuális állapotát, lehetővé teszi, hogy a bírót valamennyi esetről viszonylag rövid időn belül tájékoztassák, a kapott jelentéseken túlmenő, azokat konkretizáló és egyúttal kontextusba helyező információkkal lássák el, így ez már nem a tárgyalások szűkre szabott időkeretében kell, hogy megtörténjen.

Érdekesség viszont, hogy míg hazánkban az MDAC kutatásában a tárgyalások átlagosan hétperces intervallumát alappal tekintette rendkívül rövidnek – és saját kutatásomban a felülvizsgálatok átlagos hossza öt perc volt –, a speciális bíróságok kapcsán az *All Rise* ajánlása szerint a meghallgatásoknak legalább a háromperces tartamot célszerű elérniük, mivel ezzel érdemben jobb eredmények érhetők el a kezeltek fejlődése és programjuk sikeres teljesítése szempontjából. Hatvankilenc bíróságon folytatott kutatás tanúsága szerint azokban az esetekben, mikor a bíró átlagosan három percet töltött a kezeltek meghallgatásával, mintegy felére, amikor pedig hét percig foglalkozott egy-egy üggyel, harmadára csökkent a kezelési programot sikeresen teljesítők körében a visszaesés aránya.[845] A vizsgált kaliforniai megyéket tekintve San Franciscoban két, Alameda-ban négy, Los Angelesben öt percet tett ki a megfigyelt meghallgatások átlagos tartama. Természetesen ezek az adatok nem tudják érzékeltetni az egyes esetek sajátosságait és szélsőségességeit, hisz míg Los Angelesben több olyan meghallgatás volt, melyek tartama fél órát tett ki, és meglehetősen alaposan tárta fel a kezelt állapotát, arra is akadt példa, hogy a bíró kifejezetten jelezte, hogy az aznapra ütemezett ügyek száma alapján korlátozott a rendelkezésre álló ideje, így nem tudja végighallgatni az érintett által még közölni kívántakat. Míg az eljárások jellege San Franciscoban volt a legformálisabb és leginkább automatizmus jelleget öltő, Los Angelesben és főként Alameda-ban ehhez képest számottevően informálisabb légkör jellemezte a meghallgatásokat. A bíró a hazai viszonyokhoz hasonlóan főként a kezeltekkel konzultált, információkat kért a hogylétükről, a kezeléssel és a szedett gyógyszerekkel, illetve azok hatásaival kapcsolatos tapasztalataikról, családi helyzetükről, illetve a hozzátartozóikkal való kapcsolattartásról, lakóhelyükről vagy a kezelő intézményről és esetleges munkavállalásukról, valamint, hogy

[845] MCKINSEY, Eva: Judges' Views on a Trauma-Informed Courtroom, *International Association of Forensic Mental Health Services Newsletter*, 2023/3. 7. *és*
All Rise, 55, 60.: A kutatás a kábítószerfüggők bíróságain került lefolytatásra, és ahogy arra korábban utaltam, az MHC-k körében mindezidáig nem született ehhez hasonló átfogó elemzés. Figyelemmel viszont arra, hogy az *All Rise* ajánlásai valamennyi speciális bíróságra kiterjednek, a meghallgatások tartamára vonatkozó javaslat szintén irányadó az MHC-k esetében.

tartózkodnak-e a tudatmódosító szerek használatától. Ezeken túlmenően kitért viszont az olyan tényezőkre is, mint hogy a kezelt elbocsátása esetén milyen módon fog eljutni az új lakóhelyére, rendelkezik-e az ehhez szükséges anyagi forrással, birtokában van-e érvényes személyazonosító igazolványnak és egyéb iratoknak.

Alapvető eltérés a hazai gyakorlathoz képest, hogy a véleményt adó szakértőt számos esetben meghallgatták a felülvizsgálatok során, így nem csupán a bírónak, hanem valamennyi eljárási szereplőnek lehetősége volt kérdések feltételére. Az általam megfigyelt meghallgatások során számos körülmény konkretizálásra került, például, hogy az elkövető állt-e már pszichiátriai kezelés alatt, a korábban esetlegesen szedett és az aktuálisan felírt gyógyszerek megfelelősége a mentális betegség jellege és az alapján, hogy az egyén hogyan reagált ezekre, valamint a gyógyszerek potenciális mellékhatásai. Abban az esetben, mikor az érintett súlyos fizikai tüneteit feltételezhetően a felírt gyógyszer okozta, a kezelt védője konkrét kérdést intézett a szakértőhöz arra nézve, hogy lehetséges-e ennek megváltoztatása, illetve helyettesítése. Ugyancsak sor került a kezelt mentális betegsége tüneteinek és magatartásának, a kezeléshez való viszonyának és együttműködési hajlandósága mértékének ismertetésére a szakorvos részéről. Hozzáteszem, ezek a kérdések összhangban állnak a Kaliforniai Igazságügyi Tanács vonatkozó ajánlásaival is.[846] Emellett a kirendelt és a megbízott védők egyaránt rendszeres konzultációt folytattak a kezeltekkel mind a meghallgatásokat megelőzően, mind azok során, és konkrét információkkal rendelkeztek aktuális állapotukról, illetve kezelésük alakulásáról. Nem csupán a képviselt személy által az eljárás során feltett kérdésekre válaszoltak, hanem röviden és közérthetően elmagyarázták mind a bíró által ismertetett jogi, mind a szakértők által elmondott egészségügyi információkat, hogy a kezelt ezek tényleges ismeretében tehessen nyilatkozatot. Los Angelesben magam is részt vehettem a kirendelt védő és az egyik kezelt közt zajló konzultáción, ami szintén alátámasztotta az előbbi megfigyeléseket.

A bírók általában pozitívan értékelték a kezeltek és esetlegesen a védők, illetve ritkábban az orvosszakértők online formában történő részvételének lehetőségét a meghallgatásokon főként arra tekintettel, hogy a bíróságon való megjelenéssel járó többletteher és időveszteség ezáltal kiküszöbölhetővé válik. Ugyanakkor mind az előzetes szakmai egyeztetéseken, melyekbe a résztvevők többsége online kapcsolódott be, mind a tényleges meghallgatások során többféle probléma jelentkezett a kivitelezésben. Egyrészt megkérdőjelezhető az a gyakorlat, hogy az adott tárgyalási napon online formában

[846] Judicial Council of California, 15-16.

meghallgatandó kezeltek egyszerre jelentkeznek be a rendszerbe, ezáltal folyamatosan hallják a többi páciens által előadottakat, megismerik személyes adataikat, ahogy a tárgyalóteremben meghallgatásra várók is. Másrészt eltérés mutatkozik a tekintetben, hogy a kezeltek aktiválják-e egyáltalán a kamerát és így a bíró képes-e – legalább részben – következtetéseket levonni megjelenésük, állapotuk és viselkedésük alapján. Míg az Alameda megyei eljárások során erre nézve konkrét kérés és egyértelmű elvárás volt a bíró részéről, San Franciscoban lényegesen kisebb jelentőséggel bírt, és számos kezelt kizárólag mikrofon használatával nyilatkozott. Ugyancsak kérdéses egyes védők részéről az online megjelenés, miközben a kezelt személyesen jelen van a tárgyalóteremben, hiszen ezáltal a direkt, más eljárási szereplők által meg nem ismerhető tartalommal zajló kommunikáció eleve kizárt a kezelt és védője közt.[847] Bár a kezeltek közt elvi szinten nem történhet megkülönböztetés aszerint, hogy személyesen vagy online jelennek meg, San Franciscoban a bíró, míg Los Angelesben a kirendelt védő jelezte a meghallgatás során a személyes részvétel pozitív értékelését és esetenként az erre irányuló preferenciát. A technikai problémák, főként a nehezen érthetőség, a kamerahasználat során a kép kimerevedése és a videóközvetítés akadozása a leggyakrabban felmerülő kritikus tényezők, melyeket a hazai felülvizsgálati eljárások során szintén többször tapasztaltam. Alameda megyében két, San Franciscoban és Los Angelesben négy-négy esetben volt erre példa. Bár az alkalmazott rendszerek generálisan megfelelően működőnek tekinthetők, egyértelmű igény mutatkozik további fejlesztésükre. Ugyancsak felvetődik, hogy az esetleges technikai nehézségek, a felvétel minősége és a közvetített kép sajátosságai mennyiben befolyásolják, illetve befolyásolhatják a bírói véleményalkotást és döntéshozatalt.

Bár a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok létrehozását hazai igazságszolgáltatási rendszerünk szempontjából az elkövetők száma, illetve a szabályozás jellege alapján nem tartom feltétlenül indokoltnak, a megfigyelt külföldi és magyar eljárások közti viszonylagos hasonlóságokra is tekintettel több olyan gyakorlat körvonalazódik, melyek bevezetése egyértelműen hozzájárulhatna a kényszergyógykezeléssel összefüggő eljárások betegközpontúbbá tételéhez. Az előbbiekből látható, hogy a bíró releváns szakemberek általi informálása a felülvizsgálatokat megelőzően, a védők részéről a kezeltekkel történő előzetes konzultáció és az eljárások során nyújtott megfelelő tájékoztatás, valamint a szakértők – akár online formában való – részvételére vonatkozó elvárás olyan lényeges elemei az eljárásoknak,

[847] San Franciscoban és Los Angelesben egyaránt két-két ilyen eset fordult elő.

melyek egyszerre mozdítják érdemben elő a megalapozott bírói döntéshozatalt és a kezelt érdekeinek érvényesítését. Az aktuális felülvizsgálatokat megelőzően a szakmai egyeztetések megszervezése azt is lehetővé tenné, hogy az érintett szakemberek közvetlenül juthassanak információkhoz és léphessenek előre olyan alapvető jelentőségű kérdésekben, mint hazánkban a kényszergyógykezeltek elbocsátását követő szociális otthoni elhelyezése, a megfelelő felügyelet és férőhely észszerű időben történő biztosítása.

7. Összegzés

A beszámíthatatlan elkövetőkkel szembeni szankcióalkalmazás történeti ívét és hatályos szabályozását végigkövetve hosszú és lezárultnak korántsem tekinthető út rajzolódik ki a kóros elmeállapot Csemegi-kódex általi büntetőjogba integrálásától a főbb kórképek jogtudományi rögzítésén át az orvostudományi megközelítésmóddal való (viszonylagos) összehangolásig, a kóros elmeállapotú elkövetők izolációjától a gyógyítás céljának egyenrangúként való elismerésén át utóbbi primátusának – remélhetőleg nem pusztán elméleti síkon megvalósuló – deklarálásáig, a dologházaktól és tébolydáktól a kőbányai gyűjtőfogházon át a ma ismert, büntetés-végrehajtási jelleggel még mindig erősen átitatott Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetig. Legyen szó akár a nemzetközi palettáról az egyezmények, határozatok és ajánlások rendelkezései, az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogában megjelent elvárások, valamint a megfigyelt országgyakorlatok szempontjából, akár a hazai regulációs és végrehajtási tendenciákról, a mentális zavarban szenvedő személyekhez való viszonyulásban megfigyelhető a betegjogok egyértelmű térnyerése és a jog-, illetve érdekérvényesítési képességükben korlátozott egyéneket védeni hivatott (büntető)jogi garanciák megteremtésére irányuló, olykor megingani látszó, de semmiképp nem múló törekvés.

A történeti előzményeket áttekintve láthatóvá vált, hogy a kényszergyógykezelés aktuális szabályozásának és gyakorlatának számos eleme – többek közt az *ultima ratio* jellegű szankcióalkalmazásból következően az alapul szolgáló büntetendő cselekmények súlyosságára és az elkövető társadalomra való veszélyességére vonatkozó követelmény, a szükségesség kritériumának irányadó volta az intézkedés (határozatlan) tartama kapcsán vagy a kezelt fölött az elbocsátást követően a felügyelet hozzátartozó vagy állami intézmény általi ellátása –, legalábbis az elvi alapok szintjén, már a III. Bn., a Btá., illetve az 1961. évi Btk.-val bevezetett kényszergyógykezelés hatálya alatt kialakult. Az elrendelés és a megszüntetés feltételrendszere napjainkban sem csupán doktrínák által determinált, hanem jelentős szerep jut benne a bírói gyakorlat folyamatos alakító erejének és cizelláló hatásának.

A beszámítási képesség meghatározásának lehetséges módjai és a büntetőjogi, illetve a polgári jogi belátási képesség, valamint a cselekvőképesség fogalmához való viszonyának bemutatását követően specifikusan a kóros elmeállapot, mint a beszámítási képességet potenciálisan kizáró (vagy korlátozó) biológiai ok jog- és orvostudományi megközelítéseivel, az egyes – empirikus kutatásom által alátámasztott – diszkrepanciákkal

és azok gyakorlati megnyilvánulásaival foglalkoztam. Kitértem a kóros elmeállapot formális, napjainkban az orvostudomány, pontosabban a szakértői praxis által tartalommal megtöltött gyűjtőfogalma használatának generális jellegű igényére a bűnügyi tudományok területén, egy új szakértői módszertani levél megalkotásának esetleges szükségességére, az eljáró szakértőkkel kapcsolatos (ismételt) törvényi rendezés kívánalmára, valamint a terhelt elmeállapotáról való visszamenőleges véleményalkotás problémáira. A prognosztikus feltételként érvényesülő bűnismétlési veszély bírósági esetjogban történt konkretizálásán túl célszerű utalni a szakértői értékeléskor a standardizált módszerek alkalmazásának igényére, illetve a bíró szakvéleménytől való eltérésének leginkább elvi lehetőségére és az ennek nyomán fellépő szakértői bíráskodás jelenségének ellentmondásosságára. Szükséges tehát fokozott hangsúlyt helyezni a jog- és orvostudomány fogalmi keretei összhangjának megteremtésére, valamint a jogalkalmazók szakirányú továbbképzésére.

A kényszergyógykezelés elrendelésének alapjául szolgáló cselekmények kapcsán a személy elleni erőszakos deliktumok körében – melyek értelmező rendelkezésbeli felsorolása a Btk. egészére irányadó – felmerül a tényleges személy elleni erőszakkal megvalósult, illetve az ezzel való fenyegetéssel elkövetett cselekmények elhatárolásának lehetősége, továbbá a cselekményi kör hangsúlyosan mérsékelt és megfontolt kibővítése egyes büntetési tételkeretükre is figyelemmel jelentősebb tárgyi súlyúnak tekinthető deliktumokkal. Ugyanakkor a csekélyebb tárgyi súlyú cselekmények integrálása egy jelenleg határozatlan tartamú szabadságelvonással járó és ezáltal a jogrendszerben talán a legdrasztikusabbnak tekinthető szankció szabályozásába kifejezetten aggályos. Kétségtelen, hogy utóbbiak esetében joghézag manifesztálódik, mivel sem a kényszergyógykezelést, sem az Eütv. szerinti kötelező gyógykezelést nem alapozzák meg, azonban ez a visszásság elsősorban a kötelező gyógykezelés szempontjából vizsgálandó és annak szélesebb körben történő alkalmazhatóvá tételét indokolhatja. Ezzel szemben az értelmező rendelkezésben szereplő cselekmények körének redukálására irányuló felvetésekre nézetem szerint jelenleg is adekvát válasszal szolgál a szabályozás az intézkedés utolsó törvényi feltétele, a hipotetikus bírói döntés formájában annak rögzítésével, hogy az elkövető büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni, ami értelemszerűen messze túlmutat a megvalósított cselekményre a kódex által előírt büntetési tételkereten, és a bírák számára más európai országokkal összevetve is számottevő mérlegelési lehetőséget biztosít. E kritériummal összefüggésben a legvitatottabb elem az elkövető „fiktív bűnösségének” értékelhetősége. Míg a személy elleni erőszakos cselekményeknek egyértelműen a szándékos alakzatát

jelöli meg a törvényi felsorolás – ami a kényszergyógykezelésnél helyeselhető arra figyelemmel, hogy a bűnismétlés veszélye kizárólag ezek vonatkozásában értelmezhető –, a közveszélyt okozó cselekmények megítélése vita tárgyát képezheti, ami felveti a törvényi rendezés indokoltságát.

A ma felvázolható kép egyik legkirívóbb, újfent helyreállításra váró részletének hazánkban a szankció tartamára vonatkozó rendelkezés tekinthető. Az intézkedés relatíve határozott tartamának visszaállítása a büntetés-végrehajtási rendszerben foganatosított szabadságelvonás kapcsán érvényesítendő büntetőjogi alapelvekre, különösen pedig arra a követelményre figyelemmel, hogy egy beszámíthatatlan elkövető ne kerülhessen (alapjaiban véve) hátrányosabb helyzetbe felmentése és az intézkedés alkalmazása révén, mint egy beszámítható terhelt, nem csupán indokolt, hanem szükségszerű is. Ahogy a büntetőjog nem avatkozhat be az orvostudomány szférájába a kezelés mikéntjének meghatározásakor, nem kérdőjelezheti meg annak elfogadott és alkalmazott tudományos téziseit, és nem veheti át feladatkörét, ugyanúgy az orvostudományi megközelítés sem írhatja felül a kialakítandó jogi keretek meghatározásakor a büntetőjogi garanciák érvényre juttatását, hiszen ellenkező esetben erodálódik a jogrendszerben „szankciós zárkőként" betöltött szerepe.

E javaslatom kapcsán áttekintettem azokat a potenciális jogalkalmazási dilemmákat, melyekre a jogalkotó a Btk. indokolásában a relatíve határozott tartam elvetésekor konkrétumokban nem bővelkedő utalást tett, illetve amelyekre nézve az 1/2011. BJE iránymutatást tartalmazott. Mind a határozatlan, mind a relatíve határozott tartamú szankció kapcsán felmerül egyrészt a hipotetikus bírói döntés körében, hogy csak akkor legyen elrendelhető a kényszergyógykezelés, amikor az elkövetőt büntethetősége esetén végrehajtandó szabadságvesztésre ítélné a bíróság – ami, bár logikus követelmény, külön törvényi kitételt feltehetőleg nem igényel –, másrészt azoknak az ügyeknek a megítélése, melyekben az intézkedést megalapozó valamely büntetendő cselekmény az elkövető által megvalósított más olyan cselekménnyel áll halmazatban, ami nem lenne számításba vehető a szankció alkalmazása során, és az egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztés feltételezett kiszabása csupán a halmazati büntetéskiszabási szabályokra tekintettel lenne lehetséges. Ettől értelemszerűen elhatárolásra kerültek azok, az alapul szolgáló deliktumok súlyosságát tekintve inkább elméleti esetek, amikor több, kvalifikált cselekmény elkövetése mellett is csak a halmazati büntetéskiszabási szabályok alapján teljesülne a törvényi feltétel. E helyzetek eltérő megítélését támasztja alá többek közt, hogy a

kényszergyógykezelés törvényi kritériumai konjunktív jellegűek, így azok értelmezésére szintén együttesen és egymással való összefüggésüket vizsgálva kell, hogy sor kerüljön.

Az intézkedés kezdő időpontjának meghatározásában számottevő szerep jut a kényszerintézkedések esetleges beszámíthatóságának. Szabadságelvonó jellegük, valamint esetlegesen az IMEI-ben való foganatosításuk potenciális jelentőségének vizsgálatát követően mégis az érintett gyógyítása megkezdésének szempontját tartom döntőnek, ami alapján kizárólag az előzetes kényszergyógykezelés kell, hogy beszámításra kerüljön. Az intézkedés felső időkorlátjának megállapításakor különös relevanciája van a bűnhalmazat megítélésének. A legsúlyosabb büntetendő cselekmény büntetési tétele felső határának alapulvétele és a kérdés jogalkotó általi rendezése a relatíve határozott tartam visszaállítása esetén mindenképp indokoltnak mutatkozik. Ezen kívül, a korábbi bírói gyakorlatban megjelent megközelítéstől eltérően, a fiatalkorú elkövetőkre nézve a Btk. Általános Részében rögzített speciális, enyhébb elbírálást eredményező büntetéskiszabási szabályok figyelembevehetők kell, hogy legyenek a szankció maximumának meghatározásakor annak érdekében, hogy az érintett elkövetői körön belül ne történjen indokolatlan különbségtétel a beszámíthatatlan és a beszámítható személyek közt.

Az intézkedés relatíve határozott tartamának visszaállításakor természetszerűleg adódik a kérdés, irányadónak tekinthető-e a felső határ a módosítás hatálybalépése előtt elrendelt, illetve folyamatban lévő kényszergyógykezelésekre. Az 1/2011. BJE megközelítésétől eltérően erre álláspontom szerint igenlő válasz adandó. A *nulla poena sine lege*, a humanitás, a méltányosság és a diszkrimináció tilalma tételei egyaránt ezt követelik meg. A *nulla poena sine lege* elv az intézkedés (nemének és mértékének) végrehajtása tekintetében ugyancsak megkerülhetetlen, amire a joggyakorlat más szankciók esetében történt hasonló módosítás nyomán több példával szolgált. Számításba vettem továbbá az intézkedés ismételt elrendelhetőségét, amikor az elkövető az újabb büntetendő cselekményt a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés (jogerős) elrendelését követően valósítja meg. Ilyenkor elvi szinten nem zárható ki az újabb szankcióalkalmazás akként, hogy az intézkedések végrehajtása a rövidebb tartamig párhuzamosan telik, azt követően pedig legfeljebb a hosszabb tartam lejártáig terjedhet. Megjegyzem, bár a jogalkotó e kérdésben jogalkalmazási nehézséget látott, más kontextusban már a relatíve határozott tartamot bevezető 2009. évi LXXX. törvény is rendelkezett „párhuzamos telésről", amikor a felfüggesztett szabadságvesztés büntetések vonatkozásában rögzítette, hogy valamennyi próbaidő párhuzamosan telik.

A kép viszonylagos teljessége érdekében nem volt mellőzhető a kényszergyógykezelés felülvizsgálata és végrehajtása szabályozási hátterének és aktuális gyakorlatának felvázolása. Előbbit érintően az új Be. hatálybalépésével koncepcionális változásra került sor, az eljárás büntetés-végrehajtási bírói hatáskörbe került, és a kapcsolódó szabályokat a jogalkotó a különleges eljárásként való további rendezés helyett a Bv. tv.-be integrálta, ami formai (törvényszerkesztési) és tartalmi kérdéseket, mint a tanácsban való döntéshozatal helyett az egyesbíróként való eljárás megfelelősége, egyaránt felvetett. A felülvizsgálati eljárásokról először és utoljára az MDAC készített hazánkban átfogó empirikus kutatást, melynek eredményeit 2004-ben tették közzé. Mintegy húsz év távlatából indokoltnak és időszerűnek tűnt egy az előbbihez hasonló metodológiára és szempontrendszerre épülő – ugyanakkor azt kibővítő –, komparatív jellegű vizsgálat lefolytatása bírósági tárgyalások személyes megfigyelése útján.

A véleményt adó szakértők (illetve a beteg kezelőorvosának) tárgyaláson való jelenléte, a kényszergyógykezeltek jogi képviselete – melyre nézve az EJEB esetjogában megjelent a védő kirendelése és a hatékony jogi segítségnyújtás közti különbségtétel –, valamint az eljárások időtartama mellett elemzésem kiterjedt többek közt a kezeltek által megvalósított büntetendő cselekményekre, az intézkedés kezdő időpontjára az előzetes kényszergyógykezelés megfelelő számításba vételével, valamint a szankció relatíve határozott tartamának visszaállítására vonatkozó javaslatomra is tekintettel arra, hogy a vizsgálat időpontjában a kényszergyógykezelés tartama meghaladta-e az elkövető által megvalósított (legsúlyosabb) büntetendő cselekmény büntetési tételének felső határát. Vizsgálat tárgyává tettem a leggyakrabban előforduló mentális zavarokat, melyek a kóros elmeállapotot megalapozzák, továbbá az IMEI és a bíróság által kirendelt szakértők állásfoglalásait a felülvizsgálati eljárással összefüggésben, különösképp az intézkedés megszüntethetőségéhez a gyakorlatban fűzött további követelményeket.

Bár a kezeltek online formában történő meghallgatása a Covid-19 járvány idején logikus és az adott körülmények közt alkalmas eszköz volt a személyes jelenlét áthidalására, előremutatónak tartom azt a korábbi bírósági szakmai gyakorlatom során megfigyelt eljárást, melynek során a bíró az IMEI-ben folytatta le a felülvizsgálatokat, ami nem csupán a megalapozottabb döntéshozatalhoz járulhat hozzá a közvetlenebb tapasztalatok révén, hanem a betegek védőjükkel való hatékonyabb kommunikációját is biztosítani hivatott. Reflektáltam a betegek tárgyaláson való megjelenéséről az IMEI főigazgató főorvosa által diszkrecionális jogkörben hozott döntéssel kapcsolatban a kontrollmechanizmus, illetve (dokumentált) kritériumrendszer kialakításának

jelentőségére, valamint a bíróság által kirendelt szakértők döntésbe való bevonásának lehetőségére. A szakértők tárgyaláson való jelenléte kívánalmának törvényi kötelezettségként való előírása okvetlenül indokolt legalább azokban az ügyekben, amikor álláspontjuk eltér az IMEI-étől a kezelt szabadon bocsáthatóságának kérdésében.

Külföldi kutatási tapasztalataimból, az Egyesült Államokban a mentális zavarban szenvedő bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok működésének meghallgatásokon való részvétel útján való megismeréséből – melynek a hazai felülvizsgálati eljárásokkal számos közös vonása van – szintén több olyan „jó gyakorlat" körvonalazódott, melyek csekély erőfeszítéssel hazai igazságszolgáltatási rendszerünkben ugyancsak implementálhatók lennének. A bíró releváns szakemberek általi informálása, a szakmai egyeztetések megszervezése a felülvizsgálatokat megelőzően, a védők részéről a kezeltekkel történő előzetes konzultáció és az eljárások során nyújtott megfelelő tájékoztatás, valamint a szakértők – akár online formában való – részvételére vonatkozó elvárás olyan lényeges elemei (lehetnének) az eljárásoknak, melyek egyszerre segítik elő a megalapozott bírói döntéshozatalt és teszik lehetővé az előrelépést olyan alapvető kérdésekben, mint a kezelt elbocsátását követően a protektív háttér, a szociális otthoni férőhely észszerű időben történő biztosítása.

Miközben azzal egyetértek, hogy az Intézetben évekig tartó szabadságelvonást követően a betegek tartósan kompenzált állapotának fenntartása és reintegrációjuk előmozdítása szempontjából fokozott relevanciával bír az akár szociális otthon, akár hozzátartozók részéről biztosított protektív háttér, a jogszabály által határozottan szűk körben rögzített követelmény és az ezt valamennyi ügyre kiterjesztő szakértői praxis közt kézzelfogható ellentmondás áll fenn. Amennyiben e feltétel alkalmazása (a bűnismétlés veszélyének redukálásával való elválaszthatatlan összefonódása okán) generális jelleggel szükséges, a vonatkozó törvényi rendelkezésnek ezt kell tükröznie. Hozzáteszem, ennek nagyobb realitása lenne, ha a szankció maximális lehetséges tartamának meghatározottsága révén a szabályozásban érvényesülne olyan garancia, mely az intézkedés megszüntetéséhez kapcsolódó megszorítóbb jellegű feltételt valamelyest ellensúlyozhatná. Jelenleg is komoly problémát jelent azonban, hogy a szociális otthoni férőhely felszabadulására várva a kényszergyógykezeltek hónapokat, sőt akár éveket töltenek az IMEI-ben ahhoz képest, mint amikor az Intézet indokoltnak látná az elbocsátásukat. Míg az EJEB elfogadja, hogy a nemzeti hatóságok jogosultak a kezelt szabadon bocsátását bizonyos mértékű felügyelet gyakorlásához kötni és ennek megvalósulásáig akár elhalasztani, erre az Emberi Jogok Európai Egyezményével összhangban kizárólag úgy kerülhet sor, ha a késedelem nem

nyúlik észszerűtlenül hosszúra és ennek jogrendszerbeli biztosítékai fennállnak. Megnyugtató módon csak akkor rendeződhetne tehát a kérdés, ha a megfelelő kapacitással bíró intézményhálózat egyébként egyre sürgetőbbé váló kialakításának igénye kivételesen nem esne áldozatul a fejlesztésekkel szemben – legalábbis e téren – ellenérvként minduntalan felmerülő forráshiánynak.

A tárgyalótermi szcénából az IMEI „börtön a börtönben" jellege miatt visszatérő kritikák tárgyát képező miliőjébe lépve tagadhatatlanul realizálódik a kényszergyógykezelés, mint szabadságelvonó, gyógyító jellegű szankció természetének és az ezzel érintett elkövetők, mint fogvatartottak és betegek helyzetének eredendő Janus-arcúsága. Ezt visszhangozzák a szögesdróttal megerősített külső falak és az épületen belüli nyitott ajtós rendszerű osztályok, a Bv. tv.-ben meghatározott kényszerítő eszközök alkalmazása a farmako-, illetve pszichoterápia mellett, és ez köszön vissza az Intézetben foglalkoztatott pszichológusok és ápolók váltakozó szerepeiben, amikor a fehér köpenyt alkalmasint egyenruhára cserélik. Az IMEI jogállását napjainkban célszerű lenne (újfent) jogszabályi szinten rögzíteni, és az Intézetet megfelelő biztonsági garanciák mellett az egészségügyi szervezetrendszerhez közelíteni, annak kórház jellegét előtérbe helyezni. A CPT 2023-as látogatása nyomán 2024-ben közzétett jelentésében rámutatott, hogy a modern pszichiátriai ellátás követelményeinek való megfelelés érdekében a relokalizáció többször javasolt és a magyar kormány ismételt ígéretei ellenére meg nem valósult kérdése továbbra is aktuális. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy e jelentés az IMEI-ről korábban közzétettekkel ellentétben számottevő pozitívumokat tartalmazott az Intézetben megvalósult egyes fejlesztések, valamint a kezeltek számára elérhető változatos terápiák tekintetében. Az Intézet működését, terápiás és személyzeti viszonyait érintően továbbra is érdemi kérdés ugyanakkor a kezeltek kislétszámú elhelyezésének szélesebb körben történő lehetővé tétele, a hivatásos állomány részére a kóros elmeállapotú fogvatartottakkal való bánásmódra vonatkozó specifikus képzés biztosításának igénye, valamint az IMEI fiatalkorúak kezelésére potenciálisan inadekvát körülményei, melyek egyaránt felvetik az Alaptörvény és az Emberi Jogok Európai Egyezményének sérelmét.

A betegek IMEI-beli helyzetének két fő aspektusát jogaik érvényesülése és védelme, illetve a velük szemben alkalmazható korlátozó intézkedések és egyes kényszerítő eszközök használata jelenti. Utóbbiak kapcsán kiemelt szerepe van a nemzetközi jogi dokumentumokban, az EJEB esetjogában és a CPT iránymutatásaiban, valamint a nemzeti jogszabályokban egyaránt megfogalmazott követelményeknek, többek közt a lehetséges tartam, az alkalmazás fölötti (személyes) szakmai felügyelet gyakorlása,

a betegek pontos tájékoztatása és az érintettek számára hozzáférhető panaszmechanizmus kialakítása körében. A végrehajtással kapcsolatos egyik legszembetűnőbb visszásságként az ezen elvárásokkal való összhang hiánya értékelhető. Mind betegjogi, mind adatvédelmi szempontból kifogásolható továbbá a kezeltek elektronikus megfigyelése egyrészt az egyes kórtermekben generális jelleggel (nem konkrét egyénre összpontosulóan), másrészt a mechanikai korlátozás alkalmazása alatt, ami személyzeti hiány esetén sem válthatja ki a folyamatos személyes megfigyelést.

Miközben számos európai országban a kényszergyógykezelésnek megfelelő, illetve azzal rokonítható jogintézmény kapcsán adott a „feltételes szabadságra bocsátás" lehetősége, hazánkban ezt az adaptációs szabadság jogintézménye (lenne) hivatott biztosítani, ami azonban az aktuális tapasztalatok tanúsága szerint egyre szűkebb körben kerül alkalmazásra. A kezeltek meghatározó hányada esetében a gondozásra alkalmas és azt vállaló személy hiánya jelenti az engedélyezés akadályát, így e kritérium jelentősen leszűkíti az alkalmazás körét, miközben az IMEI-ből való átmeneti és felügyelt elbocsátás kulcsfontosságú lenne a társadalomba való visszailleszkedés szempontjából. Indokolt tehát annak megvizsgálása, hogy az adaptációs szabadság a további feltételek fennállása esetén hogyan lenne kiterjeszthető további kezeltekre akár az intézményi keretek közti megvalósítás megfontolásával, figyelemmel arra, hogy az érintettek a kényszergyógykezelés megszüntetését követően várhatóan ugyancsak más intézeti környezetbe kerülnek.

A szankció relatíve határozott tartamának visszaállítására vonatkozó javaslatom végrehajtási aspektusaival összefüggésben említésre érdemes, hogy jelenleg mind a Bv. tv., mind a 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet tartalmaz (átmeneti) rendelkezéseket arról, hogyan kell eljárni azokban a helyzetekben, amikor az intézkedés maximális lehetséges tartama eltelt, külön kitérve arra, ha a gyógykezelés szükségessége továbbra is fennáll, így ezek a relatíve határozott tartam ismételt intézményesítése esetén adekvát kiindulópontot jelentenek. Amennyiben további kezelés indokolt – amely korábbi elemzések és saját kutatásom által egyaránt alátámasztottan viszonylag csekély számú elkövetőt érint –, megfelelő biztonsági mechanizmusok kialakítása mellett a civil pszichiátriai intézményrendszer veheti át a feladatellátást, ahogy lényegében jelenleg teszik a szociális otthonok, illetve a betegek hozzátartozói a határozatlan tartamú szankció megszüntetését követően.

A végrehajtással összefüggésben ugyancsak feltűnő az utógondozási rendszer hiánya, miközben látható, hogy más államok főként a bűnismétlés megakadályozása végett

kiemelt figyelmet fordítanak rá. Elég arra gondolni, hogy Németországban a pártfogó felügyelői szolgálat általi ellenőrzéssel és járóbeteg-szakellátás keretében biztosított további kezeléssel, Ausztriában, Franciaországban, Hollandiában és Portugáliában kifejezetten fejlett, e célnak megfelelő klinikák és szálláshelyek létrehozásával, Japánban pedig rehabilitációs koordinátorok közreműködésével valósul meg. E rendszer hazánkban a pártfogó felügyelők bevonásával és specifikus képzésének elősegítésével látszik leginkább kialakíthatónak.

A fennmaradó és egyben legalapvetőbb kérdés, hogy milyen képet tár fel ma a büntető anyagi jogi szabályozás, eljárás és végrehajtás az egyes fokozottan kiszolgáltatott, mentális zavarban szenvedő személyekkel való bánásmódról a bevezetésben említett tükörként a társadalmunknak? A szabadságelvonó intézkedés kapcsán szükséges garanciák és a társadalom védelme közti összhang megteremtésére törekvés végigkíséri és folyamatosan alakítja a szankcióalkalmazást, mintegy példázva, hogy minden közösséget éppúgy meghatároz a humanitás, amit érvényre juttat, mint a kegyetlenség, amit eltűr vagy a jogok, amelyeknek érvényt szerez, illetve amiket hagy a feledés távolról sem jótékony homályába veszni. Talán nem túlzás azt állítani, hogy ez a kép számtalan fény-árnyékjátékkal tarkított mélységet rejt, mint maga az emberi elme. E mélységek pedig éppolyan időtlenek, mint Foucault igazsága: az épelméjű és az őrült szilárdabban kötődnek egymáshoz, mint azokban a hatalmas állati átváltozásokban, amelyeket hajdan Bosch tűzbe borult malmai világítottak meg; egy kölcsönös igazság kitapinthatatlan köteléke fűzi őket össze.[848]

[848] FOUCAULT, 726.

Irodalomjegyzék

Könyvek, doktori értekezések, jelentések

Magyar nyelvű

1. Alapvető jogok biztosa mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben, Budapest, 2017. február 22.

2. ANGYAL Pál: *A magyar büntetőjog tankönyve I.*, Athenaeum, Budapest, 1920.

3. ANGYAL Pál: *A Magyar Büntetőjog Tankönyve II.*, Athenaeum, Budapest, 1943.

4. BALÁS Elemér: *A magyar büntetőjog tankönyve*, Pallas Irodalmi és Nyomdai Részvénytársaság, Budapest, 1901.

5. BALOGH Ágnes et al.: *Magyar büntetőjog Általános rész*, Osiris Kiadó, Budapest, 2015.

6. BÁRÁNYOS Bernadett et al.: *Büntetőjog Általános rész*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015.

7. (szerk.) BELEGI József: *Büntetőeljárás jog I-III. - régi Be. - Kommentár a gyakorlat számára*, Második kiadás, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2017.

8. (szerk.) BELEGI József: *Büntetőeljárás jog I-II. - új Be. - Kommentár a gyakorlat számára*, Harmadik kiadás, ORAC Kiadó, Budapest, 2024.

9. BELOVICS Ervin et al.: *Büntetés-végrehajtási jog*, ORAC Kiadó, Budapest, 2021.

10. BELOVICS Ervin: *Büntetőjog I. Általános rész* (Ötödik, hatályosított kiadás), ORAC Kiadó Kft., Budapest, 2023.

11. BELOVICS Ervin – BÉRCES Viktor: *Büntető eljárásjog*, ORAC Kiadó Kft., Budapest, 2023.

12. (szerk.) BELOVICS Ervin – POLT Péter: *A Büntető Törvénykönyv kommentárja*, ORAC Kiadó, Budapest, 2023.

13. BELOVICS Ervin – VOKÓ György: *A büntetésvégrehajtási törvény magyarázata*, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2014.

14. BLASKÓ Béla: *Magyar büntetőjog Általános rész* (Kilencedik, átdolgozott kiadás), Rejtjel Kiadó, Budapest – Debrecen, 2023.

15. BULYÁKI Tünde: *Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2023.

16. DOMÁN Auguszta: *A beszámítási képesség a büntethetőségi akadályok rendszerében* (doktori értekezés), Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar Doktori Iskola, Budapest, 2019.

17. DOMÁN Auguszta: *A beszámítási képesség a büntethetőségi akadályok rendszerében, doktori értekezés tézisei*, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2019.

18. EDVI Illés Károly: *A Büntető Törvénykönyv magyarázata, Első kötet*, Révai Testvérek Kiadása, Budapest, 1894.

19. (szerk.) EDVI Illés Károly – GYOMAI Zsigmond: *Csemegi Károly művei, Második kötet*, Franklin-társulat, Magyar Irod. Intézet és Könyvnyomda, Budapest, 1904.

20. (szerk.) FAYER László: *Az 1843-iki büntetőjogi javaslatok anyaggyűjteménye I. Kötet*, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1896.

21. FEHÉR Lenke: *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1993.

22. FINKEY Ferenc: *Az 1792. évi büntetőtörvényjavaslat 150. évfordulója*, Stúdium Könyvkiadó Rt., Budapest, 1942.

23. FINKEY Ferenc: *A magyar büntetőjog tankönyve*, Grill Könyvkereskedés, Budapest, 1914.

24. FINSZTER Géza et al.: *Büntetőeljárási jog I.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2024.

25. FOUCAULT, Michel: *A bolondság története* (fordította: Sujtó László), Atlantisz Könyvkiadó, Budapest, 2004.

26. FÖLDVÁRI József: *A büntetés tana*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1970.

27. FÖLDVÁRI József: *Magyar büntetőjog, Általános rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1984.

28. FRIEDMANN Ernő: *A határozatlan tartamú ítéletek*, Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Részvénytársulat, Budapest, 1910.

29. GELLÉR Balázs: *Legalitás a vádpadon*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2013.

30. GELLÉR Balázs – AMBRUS István: *A magyar büntetőjog általános tanai I.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017.

31. GELLÉR Balázs – AMBRUS István – VASKUTI András: *A magyar büntetőjog általános tanai II.*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2019.

32. GÖRGÉNYI Ilona et al.: *Magyar büntetőjog - Általános rész*, Wolters Kluwer Hungary Kft., Budapest, 2019.

33. GYÖRGYI Kálmán: *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984.

34. GYÖRGYI Kálmán et al.: *A Büntető Törvénykönyv magyarázata, Első kötet*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986.

35. HELLER Erik: *A magyar büntetőjog általános tanai*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1945.

36. Igazságügyi Minisztérium: *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962.

37. IRK Albert: *A magyar anyagi büntetőjog*, Dunántúl Egyetemi Ny., Pécs, 1928.

38. (szerk.) JUHÁSZ Zsuzsanna et al.: *Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez* (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/1/id/97800000.BTK/ts/20120629/lr/24)

39. (szerk.) JUHÁSZ Zsuzsanna: *Nagykommentár a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvényhez* (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/375/id/A13Y0240.KK/ts/20240701/)

40. LAUFENAUER Károly: *Kétes elmeállapotok a törvényszék előtt*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, X. kötet, 3. füzet, Franklin-társulat, Budapest, 1893.

41. KÁDÁR Miklós: *Magyar büntetőjog - Általános rész*, Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest, 1952.

42. KÁDÁR Miklós – KÁLMÁN György: *A büntetőjog általános tanai*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966.

43. (szerk.) KARSAI Krisztina: *Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvhöz*, Wolters Kluwer Hungary, Budapest, 2019.

44. KIS Norbert – HOLLÁN Miklós: *Büntetőjog I. Általános rész* (2. átdolgozott kiadás), Dialóg Campus Kiadó, Budapest – Pécs, 2013.

45. (szerk.) KÓNYA István: *Magyar Büntetőjog I-IV. - új Btk. - Kommentár a gyakorlat számára*, ORAC Kiadó, Budapest, 2024.

46. KOÓSNÉ MOHÁCSI Barbara et al.: *Büntetés-végrehajtási jog*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2022.

47. KOVÁCS Zsuzsa Gyöngyvér: *A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése* (doktori értekezés), Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Kar, Debrecen, 2013.

48. (szerk.) LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése, IV. kötet*, Igazságügyi Minisztérium Tudományos és Tájékoztatási Főosztály, Budapest, 1985.

49. Magyar Helsinki Bizottság: A Magyar Helsinki Bizottság jelentése az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben 2013. augusztus 7-9-én tett látogatásról (forrás: https://helsinki.hu/wp-content/uploads/HHC_jelentes__IMEI_vegleges.pdf)

50. MÁRAI Sándor: *Vendégjáték Bolzanóban*, Helikon Kiadó, Budapest, 2023.

51. Mental Disability and Advocacy Center (MDAC, Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány): *Megvont szabadság – Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon*, Budapest, 2004.

52. NAGY Ferenc: *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986.

53. NAGY Ferenc – TOKAJI Géza: *A magyar büntetőjog általános része, II. kötet*, JATE Könyvkiadó, Szeged, 1989-1990.

54. PALLO József: *A gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedések fogalmi és alkalmazási kérdései* (PhD értekezés), Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2009.

55. PAULER Tivadar: *Büntetőjogtan I. kötet*, kiadta: Pfeifer Ferdinánd, Pest, 1869.

56. (szerk.) POLT Péter: *Új Btk. Kommentár, 1. kötet, Általános rész*, Nemzeti Közszolgálati és Tankönyv Kiadó, Budapest, 2013.

57. (szerk.) POLT Péter: *A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény nagykommentárja*, OPTEN Informatikai Kft., Budapest, 2016.

58. (szerk.) RABÓCKI Ede – BERKES György: *Magyar Büntetőjog I-III. - régi Btk. - Kommentár a gyakorlat számára*, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2012.

59. (szerk.) SCHMEHL János – PALLO József: *Korszakváltás a büntetés-végrehajtásban – Útmutató a 2013. évi CCXL. (Bv.) törvény megismeréséhez*, Börtönügyi Tanulmányok 2., Büntetés-végrehajtás Tudományos Tanácsa, Budapest, 2015.

60. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Pszichiátria és betegjogok*, Budapest, 2002.

61. VÁMBÉRY Rusztem: *Büntetőjog, I. Füzet*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1913.

62. (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2020*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2021.

63. (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2021*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2022.

64. (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2022*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2023.

65. (szerk.) VÁRKONYI Zsolt Kristóf: *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve 2023*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Budapest, 2024.

Idegennyelvű

66. All Rise: *Adult Treatment Court Best Practice Standards*, *Definitive guidance for treatment court practitioners*, Printed in the United States of America, 2023.

67. All Rise: *Reference Guide for Standard IV: Incentives, Sanctions, and Service Adjustments*, 2024. (forrás: https://allrise.org/wp-content/uploads/2023/08/ISSA-Reference-Guide-2024.pdf)

68. American Psychiatric Association (APA): *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5), American Psychiatric Publishing, Washington DC – London, 2013.

69. Bureau of Justice Assistance: *Improving Responses to People with Mental Illnesses – The Essential Elements of a Mental Health Court*, Council of State Governments Justice Center, 2007.

70. CASEY, Pamela M. et al.: *Helping courts address implicit bias: Resources for education*, National Center for State Courts, 2012.

71. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 March to 8 April 2005, Strasbourg, 29 June 2006.

72. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: 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, Strasbourg, 2010. június 8.

73. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017.

74. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 26 May 2023, Strasbourg, 3 December 2024.

75. Government of Hungary: Response of the Hungarian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Hungary from 16 to 26 May 2023, Strasbourg, 3 December 2024.

76. Judicial Council of California: *Implementation of the Task Force for Criminal Justice Collaboration on Mental Health Issues Recommendations: Progress Update*, San Francisco, March 2021.

77. KIM, KiDeuk – BECKER-COHEN, Miriam – SERAKOS, Maria: *The Processing and Treatment of Mentally Ill Persons in the Criminal Justice System – A Scan of Practice and Background Analysis*, Urban Institute, Washington, D.C., 2015.

78. MONTESQUIEU, Charles de Secondat: *The Spirit of Laws*, Batoche Books, Kitchener, 2001.

79. National Drug Court Resource Center (szerk. DEVALL, Kristen – LANIER, Christina – BAKER, Lindsay J.): *Painting the Current Picture. A National Report on Treatment Courts in the United States*, Mental Health Courts Brief, 2022.

80. Policy Research Associates – STEADMAN, Henry J. – REDLICH, Allison: *MacArthur Mental Health Court Study*, Ann Arbor, MI, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2022-02-08.

81. (szerk.) ROESCH, Ronald – COOK, Alana N.: *Handbook of Forensic Mental Health Services, 1st Edition*, Routledge, New York, 2017.

82. SALIZE, Joachim – DREßING, Harald: *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU-Member States*, Final Report, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.

83. SALIZE, Hans Joachim – DREßING, Harald – PEITZ, Monika: *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*, Final Report, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2002.

84. WOLF, Robert: *California's Collaborative Justice Courts. Building a Problem-Solving Judiciary*, Judicial Council of California, 2005.

85. World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 2nd Edition*, *Tenth Revision*, 2004. (forrás: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42980/9241546530_eng.pdf)

Szakcikkek, könyvfejezetek, tudományos előadások

Magyar nyelvű

86. ANTAL Albert – LACZKÓ János – KARDON László: A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés büntetőjogi és büntető-eljárásjogi problematikája, *Börtönügyi Szemle*, 2002/4.

87. ANTAL Albert – LACZKÓ János: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet rövid története, *Börtönügyi Szemle*, 2002/4.

88. BACSÁK Dániel: Kényszergyógykezeltek utógondozása – Jó gyakorlat egy bentlakásos pszichiátriai intézetben, *Börtönügyi Szemle*, 2016/4.

89. BACSÁK Dániel: *Felújítás állami(?) támogatással – a kényszergyógykezelés jogintézményének szükséges reformja*, előadás, 2025. március 27., Magyar Kriminológiai Társaság ülése: „Határterületen és egymásra utalva: pszichiátria és büntető igazságszolgáltatás Magyarországon és Európában"

90. BAGOSSY Mária: A kínzás tilalmának érvényesülése a kényszergyógykezelés végrehajtása során, *JURA*, 2020/1.

91. BALOGH Jenő: Az elmebetegség és elmegyengeség jelentősége a büntetőjogi beszámíthatóság szempontjából, *Jogtudományi Közlöny*, 1905/36.

92. BÁRÁNDY Gergely – BÁRÁNDY Aliz: Gondolatok az új Büntető Törvénykönyv elvi jelentőségű rendelkezéseiről, *Büntetőjogi Szemle*, 2013/3.

93. BÁRÁNDY Péter: Jogállami garanciák a Btk.-ban, In: (szerk.) BORBÍRÓ Andrea et al.: *A büntető hatalom korlátainak megtartása: A büntetés mint végső eszköz, Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2014.

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

95. DOMÁN Auguszta: Az igazságügyi orvosszakértő feladatának nehézségei a beszámítási képességet illetően, *Büntetőjogi Szemle*, 2019/1.

96. DOMOKOS Andrea: A bűntevő elmetehetségéről – A kóros elmeállapot megítélésének változásai az idők során, *Jogtörténeti Szemle*, 2005/3.

97. DOMOKOS Andrea: Farina és Rivière esete – A beteg elméjű bűnelkövető, *Jogtörténeti Szemle*, 2011/2.

98. DOMOKOS Andrea: A belátási képesség a büntetőjogban, In: (szerk.) DOMOKOS Andrea: *5 éves a Büntető Törvénykönyv*, Acta Caroliensia Conventorum Scientiarum Iuridico-Politicarum XXIII. Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 2018.

99. ELEK Balázs: A büntetőügyekben eljáró szakértők felelősségének rendszere, *Büntetőjogi Szemle*, 2022/1.

100. FARKAS Sándor: A büntetőjog néhány időszerű kérdése, *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, Budapest, 1969. június-július

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

102. FEJESNÉ VARGA Zita: A kóros elmeállapot kérdésének megjelenése a perújítási eljárásban, *JURA*, 2017/2.

103. FEKETE Szabolcs: A kényszergyógykezelés végrehajtása az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben, előadás, 2024. október 25. (forrás: https://kozossegiellatasok.hu/doc/Kenyszergyogykezeles_folyamata.pdf)

104. FERENCZ Adrienn: Kóros elmeállapotban – Az elmeállapot megfigyelése és az ideiglenes gyógykezelés gyakorlati alkalmazása, *Jogi fórum*, 2019. április (forrás: https://www.jogiforum.hu/cikk/2019/04/26/koros-elmeallapotban-az-elmeallapot-megfigyelese-es-az-ideiglenes-gyogykezeles-gyakorlati-alkalmazasa/)

105. FRIEDMANN Ernő: Büntetendő cselekmény és közveszélyesség, *Jogtudományi Közlöny*, 1907/46.

106. GÁRDAI Gyula – VIGH József: Észrevételek büntetési rendszerünk problémáihoz, *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, 1969/10.

107. HAMULA János – UZONYI Adél: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet csoportterápiás rendszerének bemutatása, *Börtönügyi Szemle*, 2015/4.

108. HEVÉR Tibor: Gyanús vagy kóros? – Rezümé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól, *Magyar Jog*, 2007/6.

109. HÉVÍZI Enikő: A kényszergyógykezelés és annak gyakorlati problémái, *Diskurzus*, 2020/2.

110. HOLLÁN Miklós: Az Új Büntető Törvénykönyv, In: (szerk.) JAKAB András: *A magyar jogrendszer állapota*, MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Jogtudományi Intézet, Budapest, 2016.

111. HORÁNYI Béla: Az új büntető novella elmeorvosi szempontból, *Jogtudományi Közlöny*, 1948/2.

112. HORVÁTH György: Kihívások és lehetőségek a XXI. században: a beszámítási képesség az újabb idegtudományi eredmények tükrében, *Magyar Jog*, 2020/6.

113. KALAPOS Miklós Péter: Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben?, *Börtönügyi Szemle*, 2008/2.

114. KARDOS Dóra: A beszámíthatóság megléte, avagy a tény- és jogkérdés határai, In: (szerk.) RIMASZÉCSI János: *Jogalkotás és jogalkalmazás a XXI. század Európájában IV*., Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ), Budapest, 2018.

115. KOVÁCS Péter: Miért nincs még kihirdetve a Római Statútum? Gondolatok a Római Statútum és az Alaptörvény összeegyeztethetőségének egyszerűségéről, *Állam- és Jogtudomány*, 2019/1.

116. KOVÁCS Zsuzsa Gyöngyvér: Gondolatok a kényszergyógykezelésről, In: (szerk.) SMUK Péter: *Az állam és jog alapvető értékei, 1. kötet*, Széchenyi István Egyetem Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola Konferenciája, Győr, 2010.

117. KŐHALMI László: A kóros elmeállapot és a beszámítási képesség büntetőjogi szabályozása, *Büntetőjogi Szemle*, 2012/3.

118. KRÁMER Lili – BACSÁK Dániel: Bolondok Börtöne – Egy Ország Gyógyítása, *Liget*, 2020/8.

119. KULCSÁR Gabriella: A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák, *Rendészeti Szemle*, 2007/7-8.

120. LÁSZLÓ Balázs: Erőszak, erőszakos magatartás, személy elleni erőszakos cselekmény - értelmezési kérdések a csekély súlyú, tömegesen előforduló bűncselekmények körében, *Büntetőjogi Szemle*, 2018/1.

121. NAGY Ferenc: A szabadságelvonással járó szankcióról az új Btk.-ban, *Börtönügyi Szemle*, 2014/4.

122. NAGY Ferenc: A szankciórendszer, *Jogtudományi Közlöny*, 2015/1.

123. NIKULA János: A kóros elmeállapotok egyes válfajainak pszichiátriai és büntetőjogi értékelése, *Bűnügyi Szemle*, 2009/4.

124. PALLO József: Gondolatok az atipikus büntetés-végrehajtási feladatokról, *Börtönügyi Szemle*, 2003/4.

125. PALLO József: A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei, *Börtönügyi Szemle*, 2006/3.

126. PALLO József: A beszámítási képesség jogi megítélésének aspektusai, *Börtönügyi Szemle*, 2009/4.

127. PALLO József: „Büntetéstől menten…", In: (szerk.) DEÁK Ferenc – PALLÓ József: *Börtönügyi Kaleidoszkóp, Ünnepi kötet Dr. Lőrincz József 70. születésnapja tiszteletére,* Budapest, 2014.

128. PISTYÚR Anett: Speciális csoportok a büntetés-végrehajtásban, In: (szerk.) FAZEKAS Marianna: *Jogi Tanulmányok 2018*, ELTE Állam- és Jogtudományi Kar, Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2018.

129. PÖSTYÉNI Réka: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyintézetben elhelyezett betegek és beutaltak fegyelmi felelősségére vonatkozó szabályrendszer bemutatása és reintegrációs eszközként történő értékelése, *Ügyészek lapja*, 2021/6.

130. ROTTLER Violetta: A beszámíthatóság fogalmának pszichopatológiai és normatív megközelítése Európa büntetőjogi szabályozásában, In: (szerk.) KARLOVITZ János Tibor: *Fejlődő jogrendszer és gazdasági környezet a változó társadalomban*, International Research Institute, 2015.

131. SCHÄFER István: Biztonság vagy gyógyítás?, *Jogtudományi Közlöny*, 1948/14.

132. SIPOS Szandra: Fókuszcsoportos értékelő vizsgálat a büntetés-végrehajtási intézetek speciális csoportjaiban, és az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben működő reintegrációs programot megvalósító személyek körében, In: (szerk.) ORBÓK Ákos: *A hadtudomány és a XXI. század*, Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest, 2016.

133. SOMOGYI Andrea: *Egy igazságügyi pszichiáter szakértő tapasztalatai az elmúlt 10 évben*, 2025. március 27., Magyar Kriminológiai Társaság ülése: „Határterületen és egymásra utalva: pszichiátria és büntető igazságszolgáltatás Magyarországon és Európában"

134. STRASSZER Anett: Gondolatok a kényszergyógykezelésről, In: *TAIEX-konferencia az ügyészségi szervezet és az ügyész polgári jogi felelősségéről Európában*, Budapest, 2010. március 7-9.

135. SVECZ Miklós: A fogvatartotti létszámokban megfigyelhető tendenciák, *Börtönstatisztikai Szemle*, Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BvOP), Budapest, 2020.

136. SZABÓ András: Vita büntetőjogunk kodifikációjának elvi kérdéseiről, *Jogtudományi Közlöny*, 1955/3-4.

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

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

139. SZALONTAI Máté: A kényszergyógykezelés problémás elemei, *Jog és Állam*, XI. Jogász Doktoranduszok Országos Szakmai Találkozója, Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2016.

140. SZOMORA Zsolt: Büntetőjogi garanciák az Alkotmányban és az Alaptörvényben, In: (szerk.) DRINÓCZI Tímea – JAKAB András: *Alkotmányozás Magyarországon 2010-2011, I. kötet*, Pázmány Press, Budapest–Pécs, 2013.

141. TÓTH Mihály válasza Varga Zoltán kúriai bírónak az 1/2011. BJE megalkotását megelőzően

142. TÓTH Mihály: Dogmatikai szilánkok az új Btk. elfogadása ürügyén, *Acta Universitatis Szegediensis, Forum Acta Juridica et Politica*, 2013/1.

143. TÓTH Mihály: Az új Btk. bölcsőjénél, *Magyar jog*, 2013/9.

144. TÓTH Mihály: Az orvosi tevékenység néhány időszerű büntetőjogi aspektusa, In: (szerk.) BORBÍRÓ Andrea et al.: *A büntető hatalom korlátainak megtartása: A büntetés mint végső eszköz, Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2014.

145. VIGH József: A kárhelyreállító igazságszolgáltatás eszközei a hazai büntető igazságszolgáltatás rendszerében, *Jogelméleti Szemle*, 2003/2.

146. VÍZVÁRINÉ DELI Éva: Egészségügyi szakmai munka az IMEI-ben, *Börtönügyi Szemle*, 2000/2.

147. VOKÓ György – LAJTÁR István: A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei, *Belügyi Szemle*, 1997/12.

148. WLASSICS Gyula: Hazánk és a büntetőjog fejlődése, *Jogállam*, 1905/8.

Idegennyelvű

149. BAL, Peter – KOENRAADT, Frans: Criminal Law and Mentally Ill Offenders in Comparative Perspective, *Psychology, Crime, and Law*, 2000/6.

150. BEIS, Pavlos – GRAF, Marc – HACHTEL, Henning: Impact of Legal Traditions on Forensic Mental Health Treatment Worldwide, *Frontiers in Psychiatry*, 2022/13.

151. BELLI, Kelsey: Mental Illness and Criminal Justice, *Santa Clara Journal of International Law*, 2023/2.

152. CRIDER, Andrea: California's Mental Health Diversion Courts: Navigating Failures and Charting Solutions, *International Association of Forensic Mental Health Services Newsletter*, 2024/4.

153. FOVET, Thomas et al.: Psychiatric Hospitalizations of People Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in France: A Ten-Year Retrospective Study (2011-2020), *Frontiers in Psychiatry*, 2022/13.

154. GARDNER, Patrick: An Overview of Juvenile Mental Health Courts, September 01, 2011. (https://www.americanbar.org/groups/public_interest/child_law/resources/child_law_practiceonline/child_law_practice/vol30/september_2011/an_overview_of_juvenilementalhealthcourts/)

155. GOODALE, Gregg – CALLAHAN, Lisa – STEADMAN, Henry J.: What Can We Say About Mental Health Courts Today?, *Law and Psychiatry*, 2013/4.

156. GROSSI, Laura M. – GREEN, Debbie: An International Perspective on Criminal Responsibility and Mental Illness, *Practice Innovations*, 2017/1.

157. GRÖNING, Linda et al.: Constructing criminal insanity: The roles of legislators, judges and experts in Norway, Sweden and the Netherlands, *New Journal of European Criminal Law*, 2020/3.

158. HANSON, Karl – MORTON-BOURGON, Kelly: The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005/6.

159. HOUIDI, Ahlem – PARUK, Saeeda: A narrative review of international legislation regulating fitness to stand trial and criminal responsibility: Is there a perfect system?, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2021/74.

160. JAMES, David V.: Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4.

161. JEHLE, Jorg Martin et al.: Dealing with Dangerous Offenders in Europe. A Comparative Study of Provisions in England and Wales, Germany, The Netherlands, Poland and Sweden, *Criminal Law Forum*, 2021/32.

162. KONRAD, Norbert – LAU, Steffen: Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4.

163. MCKINSEY, Eva: Judges' Views on a Trauma-Informed Courtroom, *International Association of Forensic Mental Health Services Newsletter*, 2023/3.

164. MULLAN, Michael: Sentencing Alternative to an Insanity Defense, *Seattle Journal for Social Justice*, 2021/2.

165. PUTKONEN, Hanna – VÖLLM, Birgit: Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland, *Psychiatric Bulletin*, 2007/3.

166. REDLICH, Allison D. et al.: Patterns of Practice in Mental Health Courts: A National Survey, *Law and Human Behavior*, 2006/3.

167. RICHARDSON, Liz: Mental health courts: Providing access to justice for people with mental illness and cognitive impairments, *Alternative Law Journal*, 2019/2.

168. SALIZE, Hans Joachim et al.: Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union, *Public Health*, 2023/11.

169. SCHNEIDER, Richard D.: Mental health courts and diversion programs: A global survey, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010/4.

170. SOON, Yin-Lan et al.: Impact of Mental Health Court Diversion on Reoffending: A Direct Comparison of Diverted and Undiverted Groups, *International Journal of Forensic Mental Health*, 2024/4.

171. WING, Lo T. – WANG, Xiaohai: Policing and the Mentally Ill in China: Challenges and Prospects, *Police Practice and Research*, 2010/4.

Jogszabályok és kapcsolódó források

Magyar nyelvű

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

A magyar kir. budapesti orvosegylet 1876 januári véleménye a közegészségügy rendezéséről szóló törvény tervezetéhez (forrás: http://tankonyvek.edu.pl/mati-files/pdf/otka/04_kap.pdf)

1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről

1878. évi V. törvénycikk indokolása a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről

1948. évi XLVIII. törvénycikk a büntetőtörvények egyes fogyatékosságainak megszüntetéséről és pótlásáról

1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása a büntetőtörvények egyes fogyatékosságainak megszüntetéséről és pótlásáról

1950. évi II. törvény a büntetőtörvénykönyv általános részéről

1950. évi II. törvény indokolása a büntetőtörvénykönyv általános részéről

1951. évi III. törvény a büntető perrendtartásról

1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről

1962. évi 8. törvényerejű rendelet a büntető eljárásról

1962. évi 10. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről

1962. évi 10. törvényerejű rendelet indokolása a Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről

9/1962. (VII. 21.) IM rendelet a büntető bíróságok által elrendelt kényszergyógykezelés foganatosításának részletes szabályairól

6/1966. (VII. 24.) IM rendelet a bíróság által elrendelt kényszergyógykezelés végrehajtásának részletes szabályairól

1971. évi 28. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyv módosításáról és kiegészítéséről

1973. évi I. törvény a büntetőeljárásról

5/1974. (VI. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés végrehajtásának részletes szabályairól

1976. évi 8. törvényerejű rendelet az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülésszakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről

1978. évi IV. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/4/id/97800004.TVI/)

Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényhez (forrás: https://uj.jogtar.hu/#doc/db/321/id/978Y0004.KK/ts/20130430/lr/74)

9/1979. (VI. 30.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról

1979. évi 5. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény hatálybalépéséről és végrehajtásáról

1979. évi 11. törvényerejű rendelet a büntetések és az intézkedések végrehajtásáról

1988. évi 3. törvényerejű rendelet a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni nemzetközi egyezmény kihirdetéséről

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

1993. évi XXXI. törvény az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről

1995. évi III. törvény a Strasbourgban, 1987. november 26-án kelt, a kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény kihirdetéséről

1995. évi CVII. törvény a büntetés-végrehajtási szervezetről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról

T/4490. számú törvényjavaslat indokolással - az Egyesült Nemzetek Diplomáciai Konferenciája által, a Nemzetközi Büntetőbíróság Rómában, 1998. július 17-én elfogadott Statútumának kihirdetéséről

2002. évi I. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról

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

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

A Miniszteri Bizottság Európai Börtönszabályokról szóló R/2006/2 ajánlása a Tagállamok számára (2006. január 11.)

2006. évi LI. törvény a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról

2118/2006. (VI. 30.) Korm. határozat az államháztartás hatékony működését elősegítő szervezeti átalakításokról és az azokat megalapozó intézkedésekről

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

31/2008. (XII. 31.) IRM rendelet az igazságügyi szakértői működésről

Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. sz. módszertani levele az igazságügyi pszichiátriai szakértői vizsgálatokról és véleményezésről

2009. évi LXXX. törvény a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról

2009. évi LXXX. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról

2010. évi CLXI. törvény egyes büntető tárgyú törvények módosításáról

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)

2011. évi CLXIII. törvény az ügyészségről

T/6958. számú törvényjavaslat indokolással - A Büntető Törvénykönyvről

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

2012. évi C. törvény indokolása a Büntető Törvénykönyvről

1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (Budapest), a Büntetés-végrehajtás Központi Kórház (Tököl) és a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részleg (Algyő-Nagyfa) közös telephelyre integrálásával összefüggő feladatokról

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

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

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

16/2014. (XII. 19.) IM rendelet a szabadságvesztés, az elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbírság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól

20/2014. (XII. 23.) LÜ utasítás a büntetés-végrehajtási törvényességi felügyeleti és jogvédelmi ügyészi tevékenységről

2016. évi XXIX. törvény az igazságügyi szakértőkről

T/13972. számú törvényjavaslat indokolással - a büntetőeljárásról

2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról

2017. évi XC. törvény indokolása a büntetőeljárásról

2017. évi LXXVIII. törvény az ügyvédi tevékenységről

6/2018. (III. 26.) MÜK szabályzat az ügyvédi hivatás etikai szabályairól és elvárásairól

9/2018. (VI. 11.) IM rendelet a fogva tartott személy esetében a büntetőeljárás lefolytatása, továbbá a büntetőügyekben hozott határozatok végrehajtása során a bíróságokra és egyéb szervekre háruló feladatokról

1457/2018. (IX. 25.) Korm. határozat a büntetés-végrehajtási intézetek férőhely-bővítési programjához kapcsolódó egyes kérdésekről

2023. évi XCVII. törvény büntetőjogi tárgyú és ehhez kapcsolódóan egyéb törvények módosításáról

Kérelem kényszergyógykezelés felülvizsgálatára [Bv. t.v. 69/B. § (6) bekezdés], iratminta, 2021.02.10.

Észrevétel kényszergyógykezelés felülvizsgálatával kapcsolatos eljárásban, iratminta, 2021.02.10.

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet: Alapító okirat módosításokkal egységes szerkezetbe foglalva (okirat száma: A-135/1/2019)

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata (forrás: https://bv.gov.hu/sites/default/files/imei_szmsz_jovahagyott_2022.pdf)

<u>Idegennyelvű</u>

Act of 3 March 1881 (Wetboek van Strafrecht as of 1 October 2012)

Ministry of Justice: The Criminal Code of Finland, 39/1889.

Act No. 45 of 1907 (Penal Code, Last version: Act No. 72 of 2017)

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21 Dezember 1937

Universal Declaration of Human Rights, Resolution 217 A (III) adopted by the United Nations General Assembly, 10 December 1948.

No. 140/1961 Coll. (Criminal Code "Trestní zákon")

The Criminal Code of Sweden (SFS 1962:700)

Parliamentary Assembly Recommendation 818 (8 October 1977)

Criminal Law of the People's Republic of China (Adopted by the Second Session of the Fifth National People's Congress on July 1, 1979)

Mental Health Act 1983

Recommendation No. R (83) 2 Concerning The Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients (Committee of Ministers, 22 February 1983)

General Assembly resolution 43/173 of 09 December 1988 on the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment

General Assembly resolution 45/110 of 14 December 1990 on the United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures

General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991 on the Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care

1994 Parliamentary Assembly Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (12 April 1994)

The Criminal Code z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. tłum. gb Nr 88, poz. 553)

8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, Strasbourg, 31 August 1998.

Strafgesetzbuch (StGB, Neugefasst durch Bek. v. 13.11.1998)

"WHITE PAPER" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment, Strasbourg, 3 January 2000.

Recommendation No. REC(2004)10 of the Committee of Ministers to Member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum (22 September 2004)

Order No. 909 of September 27, 2005 (The Criminal Code of Denmark as amended by Act 1389 and 1400 of 21 December 2005)

Code Pénal as of 10 December 2005

16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Strasbourg, 16 October 2006.

Utah Criminal Code of 2006

Law no. 59/2007 of 4 September on the Criminal Code

Code de procédure pénale (Version en vigueur depuis le 01 août 2011)

Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015.

Ministerio de Justicia: *Criminal Code*, 2016.

Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 12.06.2017

American Law Institute: *Model Penal Code*, 2017.

Parliamentary Assembly Recommendation 2132 (2018) on Detainees with disabilities in Europe

Parliamentary Assembly Resolution 2223 (1 June 2018) on Detainees with disabilities in Europe

Criminal Procedure Law of the People's Republic of China, 2018

Ministry of Justice and Public Security: *Penal Code* (LOV-2019-06-21-52)

Penal Code of California, 2023.

New Hampshire Judicial Branch: *Adult Mental Health Courts – Guidelines for New Hampshire Mental Health Court Teams*, 2023.
(forrás: https://www.courts.nh.gov/sites/g/files/ehbemt471/files/inline-documents/sonh/mental-health-courts-guidelines.pdf, https://csgjusticecenter.org/2023/06/27/building-a-better-mental-health-court-new-hampshire-judicial-branch-establishes-state-guidelines/)

Recommendation CM/Rec(2025)2 of the Committee of Ministers to member States regarding the promotion of the mental health of prisoners and probationers and the management of their mental disorders, adopted by the Committee of Ministers on 26 February 2025 at the 1520th meeting of the Ministers' Deputies

Bírósági határozatok

9/1992. (I. 30.) AB határozat a törvényességi óvás emelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések megsemmisítéséről

11/1992. (III. 5.) AB határozat a köztársasági elnöknek „Az 1944. december 21-e és 1990. május 2-a között elkövetett és politikai okból nem üldözött súlyos bűncselekmények üldözhetőségéről" szóló, az Országgyűlés 1991. november 4-i ülésén elfogadott törvény alkotmányellenességének előzetes vizsgálatára benyújtott indítványa tárgyában

30/1992. (V. 26.) AB határozat a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény egyes rendelkezései alkotmányellenességének vizsgálatára irányuló indítványok tárgyában

3/1998. Büntető jogegységi határozat a Btk. 24. § (1) bekezdésében felsorolt okok miatt, az 1973. évi I. törvény (Be.) 49. § (2) bekezdése alapján a védő kirendelésének vizsgálatáról

1/2011. (VI. 1.) Büntető jogegységi határozat a kényszergyógykezelés végrehajtása, kényszergyógykezelés tartama alatt elkövetett újabb büntetendő cselekmény miatt ismételt kényszergyógykezelés elrendelése és a kényszergyógykezelés tartamának kezdőnapja tárgyában

3/2013. Büntető jogegységi határozat a Legfelsőbb Bíróságnak az élet és testi épség büntetőjogi védelméről szóló 15. számú Irányelve újjáalakításának tárgyában

III. számú Büntető Elvi Döntés az ittas vagy bódult állapotban elkövetett bűncselekményekért való felelősségről

56. BK vélemény a büntetéskiszabás során értékelhető tényezőkről

30/2007. BK vélemény a kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról

BH 1958.6.1962: Legf. Bír. Bf. I. 1647/1958. sz. 1958. V. 3.

BH 1960.10.2713: Legfelsőbb Bíróság B. III. 1234/1960. sz. törvényességi határozata 1960. VIII. 23.

BH 1961.1.2794: Győri megyei bíróság Bf. 588/1960. sz. 1960. VIII. 26.

BH 1962.10.3284: Legf. Bír. Bf. IV. 592/1962.

BH 1964.5.3982: Legf. Bír. Bf. III. 1091/1963.

BH 1967.7.5346: Legf. Bír. B. törv. IV. 1022/1966.

BH 1967.11.5477: Legf. Bír. B. törv. IV. 567/1967.

BH 1969.8.6127: Legf. Bír. B. törv. I. 32/1969.

BH 1970.4.6371: Legf. Bír. B. törv. II. 383/1969.

BH 1970.12.6593: Legf. Bír. Bf. V. 173/1970.

BH 1971.2.6640: Legf. Bír. Bf. IV. 692/1970.

BH 1971.2.6656: Legf. Bír. B. törv. V. 630/1970.

BH 1971.4.6710: Legf. Bír. B. törv. III. 855/1970.

BH 1971.5.6745: Legf. Bír. Bf. III. 933/1970.

BH 1972.5.7051: Legf. Bír. Bf. II. 624/1971.

BH 1973.3.93: Legf. Bír. Bf. I. 834/1972.

BH 1973.10.348: Legf. Bír. B. törv. IV. 87/1973.

BH 1977.12.537: Legf Bír. Bf. III. 1213/1977.

BH 1978.3.101: Legf. Bír. B. törv. IV. 1207/1977.

BH 1979.4.145: Legf. Bír. Bf. V. 82/1978.

BH 1982.11.452: Debreceni Megyei Bíróság 1. Bf. 240/1982.

BH 1987.12.423: B. törv. I. 1499/1986.

BH 1990.3.82: Baranya Megyei Bíróság 2. Bf, 310/1989.

BH 1991.11.420: Legf. Bír. Bf. II. 809/1990.

BH 1992.4.217: Legf. Bír. Bf. II. 468/1990.

BH 1992.7.452: B. törv. II. 566/1991.

BH 1992.12.747: B. törv. III. 1580/1991.

BH 1993.3.132: Legf. Bír. Bf. II. 834/1991.

BH 1993.12.724: Legf. Bír. Bf. III. 1365/1993.

BH+ 2000.3.180: Legfelsőbb Bíróság Bf.I.1569/2000.

BH 2001.8.352: Legf. Bír. Bf.IV.2677/1999.

BH 2003.10.393: Legf. Bír. Bf.I.1891/2001. (BH+ 2003.10.461: Legfelsőbb Bíróság Bf.I.891/2001.)

BH 2004.2.43: Legf. Bír. Bf. I. 891/2001.

BH+ 2007.2.51: Legf. Bír. Bfv.II.805/2006.

BH+ 2009.6.246: Legf. Bír. Bfv.II.850/2008. határozata közfeladatot ellátó személy elleni erőszak bűntette tárgyában

ÍH 2010.52: Pécsi Ítélőtábla Bf. II. 245/2009/6. határozata emberölés bűntette tárgyában

ÍH 2010.150: Győri Ítélőtábla Bf. 50/2010/4.

BH 2011.5.131: Legf. Bír. Bhar. III. 900/2010.

BH 2011.8.215: Legf. Bír. Bfv. III. 858/2010. határozata emberölés bűntette tárgyában

BH 2011.11.298: Legf. Bír. Bfv. III. 214/2011. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában (BH+ 2011.9.379: Legf. Bír. Bfv.III.214/2011. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában)

EH 2011.2303: Legf. Bír. Bfv. I. 293/2011. határozata testi sértés bűntette (életveszélyt okozó testi sértés bűntette) tárgyában

ÍH 2011.99: Fővárosi Ítélőtábla 3. Bhar. 63/2010/6.

BH+ 2012.1.2: Legf. Bír. Bfv.III.615/2011.

BH 2015.5.117: Kúria Bfv. III. 1.474/2014. határozata garázdaság bűntette tárgyában

BH 2017.7.211: Kúria Bfv. II. 174/2017. határozata garázdaság vétsége tárgyában

BH 2018.3.74: Kúria Bpkf. III. 1.584/2017.

BH 2020.3.62: Kúria Bfv. II. 759/2019.

ÍH 2024.93: Fővárosi Ítélőtábla 16.Bpkf.10.437/2024/5.

A Legfelsőbb Bíróság Bfv.1026/2008/5. számú határozata önbíráskodás bűntette tárgyában

A Kúria Bfv.268/2012/5. számú precedensképes határozata hatósági eljárás akadályozása bűntett tárgyában

A Kúria Bfv.1616/2015/8. számú precedensképes határozata rablás bűntette tárgyában

A Kúria Bfv.174/2017/7. számú precedensképes határozata garázdaság vétsége tárgyában

A Kúria Bfv.959/2018/7. számú precedensképes határozata garázdaság vétsége tárgyában

A Veszprémi Járásbíróság B.349/2009/24. sz. határozata kiskorú veszélyeztetésének bűntette tárgyában

Az Emberi Jogok Európai Bíróságának határozatai

Winterwerp Hollandia elleni ügye, 1979. október 24. (ügyszám: 6301/73)

X Egyesült Királyság elleni ügye, 1981. november 5. (ügyszám: 7215/75)

Luberti Olaszország elleni ügye, 1984. február 23. (ügyszám: 9019/80)

Megyeri Németország elleni ügye, 1992. május 12. (ügyszám: 13770/88)

Herczegfalvy Ausztria elleni ügye, 1992. szeptember 24. (ügyszám: 10533/83)

Silva Rocha Portugália elleni ügye, 1996. október 26. (ügyszám: 18165/91)

Eriksen Norvégia elleni ügye, 1997. május 27. (ügyszám: 17391/90)

Johnson Egyesült Királyság elleni ügye, 1997. október 24. (ügyszám: 119/1996/738/937)

Aerts Belgium elleni ügye, 1998. július 30. (ügyszám: 61/1997/845/1051)

Erkalo Hollandia elleni ügye, 1998. szeptember 2. (ügyszám: 89/1997/873/1085)

Musial Lengyelország elleni ügye, 1999. március 25. (ügyszám: 24557/94)

Nikolova Bulgária elleni ügye, 1999. március 25. (ügyszám: 31195/96)

Kudla Lengyelország elleni ügye, 2000. október 26. (ügyszám: 30210/96)

G.B. Svájc elleni ügye, 2000. november 30. (ügyszám: 27426/95)

Kawka Lengyelország elleni ügye, 2001. január 9. (ügyszám: 25874/94)

Keenan Egyesült Királyság elleni ügye, 2001. április 3. (ügyszám: 27229/95)

Rutten Hollandia elleni ügye, 2001. július 24. (ügyszám: 32605/96)

Magalhães Pereira Portugália elleni ügye, 2002. február 26. (ügyszám: 44872/98)

Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye, 2003. február 20. (ügyszám: 50272/99)

Kolanis Egyesült Királyság elleni ügye, 2005. június 21. (ügyszám: 517/02)

Gorshkov Ukrajna elleni ügye, 2005. november 8. (ügyszám: 67531/01)

Rivière Franciaország elleni ügye, 2006. július 11. (ügyszám: 33834/03)

Kucheruk Ukrajna elleni ügye, 2007. szeptember 6. (ügyszám: 2570/04)

Dybeku Albánia elleni ügye, 2007. december 18. (ügyszám: 41153/06)

Pankiewicz Lengyelország elleni ügye, 2008. február 12. (ügyszám: 34151/04)

Sławomir Musial Lengyelország elleni ügye, 2009. január 20. (ügyszám: 28300/06)

G. Franciaország elleni ügye, 2012. február 23. (ügyszám: 27244/09)

LB Belgium elleni ügye, 2012. október 2. (ügyszám: 22831/08)

Z.H. Magyarország elleni ügye, 2012. november 8. (ügyszám: 28973/11)

Bureš Cseh Köztársaság elleni ügye, 2013. január 18. (ügyszám: 37679/08)

Claes Blegium elleni ügye, 2013. április 10. (ügyszám: 43418/09)

Ţicu Románia elleni ügye, 2013. október 1. (ügyszám: 24575/10)

Ruiz Rivera Svájc elleni ügye, 2014. február 18. (ügyszám: 8300/06)

Constancia Hollandia elleni ügye, 2015. március 26. (ügyszám: 73560/12)

M.S. Horvátország elleni ügye, 2015. május 19. (ügyszám: 75450/12)

Bamouhammad Belgium elleni ügye, 2015. november 17. (ügyszám: 47687/13)

Murray Hollandia elleni ügye, 2016. április 26. (ügyszám: 10511/10)

W.D. Belgium elleni ügye, 2016. szeptember 6. (ügyszám: 73548/13)

Kadusic Svájc elleni ügye, 2018. január 9. (ügyszám: 43977/13)

Ilnseher Németország elleni ügye, 2018. december 4. (ügyszám: 10211/12 és 27505/14)

Rooman Belgium elleni ügye, 2019. január 31. (ügyszám: 18052/11)

Hodžić Horvátország elleni ügye, 2019. április 4. (ügyszám: 28932/14)

Denis és Irvine Belgium elleni ügye, 2021. június 1. (ügyszám: 62819/17 és 63921/17)

P.W. Ausztria elleni ügye, 2022. június 21. (ügyszám: 10425/19)

Internetes források

https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/kerdesek

https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb

https://bv.gov.hu/hu/hasznos-informaciok

https://kuria-birosag.hu/hu/ejeb/musial-lengyelorszag-elleni-ugye-2455794

https://igazsagugyiinformaciok.kormany.hu/partfogo-felugyeloi-szolgalat

https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Patol%C3%B3gia

https://www.coe.int/hu/web/cpt/about-the-cpt

https://arizonaforensics.com/wp-content/uploads/2014/06/HCR-20.pdf

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7684770/

https://ntcrc.org/maps/interactive-maps/

https://newsroom.courts.ca.gov/branch-facts/judicial-branch-governance-judicial-council-california

https://csgjusticecenter.org/2016/04/28/state-standards-building-better-mental-health-courts/

https://public.tableau.com/app/profile/tracey.johnson/viz/FINALPSCStandardsdraftOct2017/Dashboard1

1. melléklet: Empirikus kutatás a kényszergyógykezelés felülvizsgálata tárgyában

I. Az elkövetett büntetendő cselekmények és a kényszergyógykezelés tartama

Hivatkozási szám[849]	**Elkövetett büntetendő cselekmény(ek)**	**Büntetendő cselekmény(ek) büntetési tétele**	**Kényszergyógykezelés kezdete az előzetes kényszergyógykezelésre is figyelemmel[850]**	**Az intézkedés jogerős elrendelésének időpontja**	**Az intézkedés tartama Meghaladta-e a (legsúlyosabb) büntetendő cselekmény büntetési tételének felső határát, és ha igen, mennyivel**
2023. április					
1.	szexuális erőszak (Btk. 197. § (1) bek. a) pont)	2-8 év szabadságvesztés	2022. október 11.	2022. október 11.	6 hónap nem haladta meg
2a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2014. május 6-tól: ideiglenes kényszergyógykezelés	2014. november 12.	9 év nem haladta meg
3a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2012. április 5-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2013. április 30.	11 év nem haladta meg

[849] Az áttekinthetőség, a különböző táblázatokban rögzített adatsorok összekapcsolhatósága érdekében valamennyi táblázatban azonos hivatkozási számok kerültek alkalmazásra a kényszergyógykezeltekre való referenciaként. Az egyes számokat követő a., b., illetve c. jelölés mutatja, ha ugyanazon alany kényszergyógykezelése felülvizsgálatára többször került sor a kutatási időszakban, illetve, hogy az első (a.), a második (b.), esetleg a harmadik (c.) alkalom volt-e.

[850] 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet, 4. § A kényszergyógykezelés kezdete az IMEI-be történő befogadás napja. Abban az esetben, ha a kényszergyógykezelést előzetes kényszergyógykezelés előzte meg és annak végrehajtását nem szakították meg, a kényszergyógykezelés kezdete az előzetes kényszergyógykezelés kezdő napja.

4a.	**súlyos testi sértés kísérlete** (régi Btk. 170. § (2) bek.), **személyi szabadság megsértése** (régi Btk. 175. § (1) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés, 3 évig terjedő szabadságvesztés	2009. február 6-tól: ideiglenes kényszergyógykezelés	2009. április 23.	14 év meghaladta, 11 évvel
5a.	emberölés (Btk. 160. § (2) bek. d) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2020. február 25-től: előzetes kényszergyógykezelés:	2020. szeptember 17.	3 év nem haladta meg
6a.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. b) pont)	1-5 év szabadságvesztés	2020. június 18-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2020. szeptember 24. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2020. június 18.	3 év nem haladta meg
7a.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. a) pont)	1-5 év szabadságvesztés	2020. július 14-től: előzetes kényszergyógykezelés	2021. szeptember 20.	3 év nem haladta meg
8a.	közveszélyokozás (régi Btk. 259. § (1) bek.)	2-8 év szabadságvesztés (relatíve) határozott tartamú intézkedés: legfeljebb 8 évig tarthat	2017. november 8.	2017. november 8.	6 év nem haladta meg szabadon bocsátás legkésőbbi időpontja: 2025 novembere
9a.	**hivatalos személy elleni erőszak**	1-5 év szabadságvesztés	2021. április 15. (ezt megelőzően ismeretlen helyen	2017. október 17.	2 év nem haladta meg

	(régi Btk. 229. § (1) és (8) bek.), könnyű testi sértés (régi Btk. 170. § (1) bek.), becsületsértés (régi Btk. 180. § (1) bek. a) pont)	(relatíve) határozott tartamú intézkedés: legfeljebb 5 évig tarthat 2 évig terjedő szabadságvesztés 1 évig terjedő szabadságvesztés	tartózkodott a kényszergyógykezelt)		szabadon bocsátás legkésőbbi időpontja: 2026 áprilisa
10a.	rablás (régi Btk. 321. § (1) bek.)	2-8 év szabadságvesztés	2009. augusztus 14-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2009. október 8.	14 év meghaladta, 6 évvel
11a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2018. január 10-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2018. április 6.	5 év nem haladta meg
2023. május					
12a.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. c) pont)	1-5 év szabadságvesztés	2019. augusztus 16-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2019. október 30.	4 év nem haladta meg
13a.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. a) pont)	1-5 év szabadságvesztés	2021. szeptember 29-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. június 10. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2022. február 7.	2 év nem haladta meg

14a.	súlyos testi sértés (Btk. 164. § (8) bek.)	2-8 év szabadságvesztés	2019. június 3-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2020. szeptember 25.	4 év nem haladta meg
15a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. c) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2018. július 18-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2020. február 18. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2019. október 11.	5 év nem haladta meg
16a.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. c) pont)	1-5 év szabadságvesztés	2021. november 29-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. április 21. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2021. október 19.	2 év nem haladta meg
17a.	emberölés kísérlete *(Btk. 160. § (1) bek.)* → a Bécsi Büntetőügyi Törvényszék hozott ítéletet az ügyben	*5-15 év szabadságvesztés → az osztrák bíróság az ottani büntető törvényeknek megfelelően határozatlan időtartamra rendelt el kényszergyógykezelést*	2022. április 20. *→ 2021. június 21-ig összesen 186 napot töltött kényszergyógykezelés-ben Bécsben*	*2020. december 17.: Bécsi Büntetőügyi Törvényszék ítélete → 2021. október 27.: ügy átvétele magyar bíróság végzésével → 2022. január 18.: másodfokú döntés, helybenhagyás*	1 év nem haladta meg
18a.	**3 rendbeli testi sértés kísérlete (Btk. 164. § (3) bek.)**, testi sértés (Btk. 164. § (2) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés	2022. március 31-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. október 27.	1 év nem haladta meg

19a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. e) és f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2020. november 24-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. április 14. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2021. szeptember 13.	3 év nem haladta meg
20a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2015. július 23-tól: ideiglenes kényszergyógykezelés	2015. október 1.	8 év nem haladta meg
21a.	emberölés (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2015. december 10-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2017. október 17.	8 év nem haladta meg
22a.	emberölés (Btk. 160 § (2) bek. d) és f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2021. május 21-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. április 12.	2 év nem haladta meg
23a.	**rablás kísérlete** (Btk. 365. § (1) bek.), kapcsolati erőszak (Btk. 212/A. § (2) bek. b) pont), személyi szabadság megsértése (Btk. 194. § (2) bek. d) pont), személyi szabadság megsértése (Btk. 194. § (1) bek.)	2-8 év szabadságvesztés 1-5 év szabadságvesztés 1-5 év szabadságvesztés 3 évig terjedő szabadságvesztés	2020. július 10-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. április 13.	3 év nem haladta meg

2023. június					
24.	**emberölés kísérlete** (Btk. 160. § (1) bek.), kiskorú veszélyeztetése (Btk. 208. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés 1-5 év szabadságvesztés	2021. június 22-től: előzetes kényszergyógykezelés	2023. március 9. (másodfokú ítélet) → elsőfokú ítélet: 2022. szeptember 9.	2 év nem haladta meg
25.	testi sértés kísérlete (Btk. 164. § (3) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés	2019. december 2-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. július 2.	4 év meghaladta, fél évvel
26.	emberölés kísérlete (régi Btk. 166. § (2) bek. f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2004. március 3-tól: ideiglenes kényszergyógykezelés	2004. október 27.	19 év nem haladta meg
2b. *(2. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*[851]					
27a.	testi sértés (régi Btk. 170. § (2) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés	2007. szeptember 21.	2007. szeptember 21.	16 év meghaladta, 13 évvel
28a.	testi sértés kísérlete (Btk. 164. § (3) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés	2022. március 4-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. november 3.	1 év nem haladta meg
29a.	emberölés (régi Btk. 166. § (2) bek. d) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2013. július 24-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2015. június 3. (másodfokú ítélet) → elsőfokú ítélet: 2014. május 13.	10 év nem haladta meg

[851] Az e táblázatban feltüntetett információk szempontjából az egyes alanyok második, illetve harmadik alkalommal lefolytatott felülvizsgálatai nem jelentettek új adattartalmat, a szabadságelvonás időintervallumának kalkulálásakor sem eredményeztek érdemi eltérést, így feltüntetésük célja kizárólag a további táblázatokban szereplő adat- és idősorokkal való koherencia megőrzése.

30a.	emberölés (Btk. 160. § (2) bek. d) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2020. április 7-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. december 10.	3 év nem haladta meg
31a.	emberölés (Btk. 160. § (2) bek. k) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2021. március 24-től: előzetes kényszergyógykezelés	2021. november 26.	2 év nem haladta meg
32a.	emberölés kísérlete (régi Btk. 166. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2014. március 12-től: előzetes kényszergyógykezelés	2014. április 10.	9 év nem haladta meg
33.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2020. január 31-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. szeptember 9.	3 év nem haladta meg
34a.	emberölés (Btk. 160. § (2) bek. a) és i) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2020. július 29-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. december 8.	3 év nem haladta meg
35a.	emberölés kísérlete (régi Btk. 166. § (2) bek. f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2013. április 4-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2013. november 7.	10 év nem haladta meg
36a.	**emberölés** (régi Btk. 166. § (2) bek. j) pont), testi sértés kísérlete (régi Btk. 170. § (6) bek.), testi sértés kísérlete (régi Btk. 170. § (2) bek.)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés 2-8 év szabadságvesztés 3 évig terjedő szabadságvesztés	2011. május 25-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2012. június 8.	12 év nem haladta meg

37a.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. i) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2006. október 25-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2007. május 17.	17 év nem haladta meg
2023. szeptember					
34b. *(34. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
31b. *(31. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
32b. *(32. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
38.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. i) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2021. január 8-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2022. szeptember 19.	2 év nem haladta meg
39.	közveszélyokozás (Btk. 322. § (1) bek.)	2-8 év szabadságvesztés	2022. szeptember 18.	*2021. január 18. (Innsbrucki Törvényszék ítélete – szellemi rendellenességgel rendelkező elkövetők intézetében helyezték el; felmentésnek és kényszergyógy-kezelésnek felel meg)* → *2022. április 5.: kényszergyógykezelés átvétele magyar bíróság végzésével*	1 év nem haladta meg
15b. *(15. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
40.	rablás (Btk. 365. § (3) bek. b) pont)	5-10 év szabadságvesztés	2013. december 2-től: előzetes kényszergyógykezelés	2015. július 6.	10 év elérte a felső határt

41.	hivatalos személy elleni erőszak (Btk. 310. § (1) bek. a) pontjába ütköző és a (2) bek. szerint minősülő)	2-8 év szabadságvesztés	2019. március 21-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. február 14. (másodfokú ítélet, helybenhagyás) → elsőfokú ítélet: 2019. szeptember 24.	4 év nem haladta meg
42.	emberölés (Btk. 160. § (2) bek. d) és f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2015. július 21-től: előzetes kényszergyógykezelés	2016. március 11.	8 év nem haladta meg
43.	**2 rendbeli testi sértés, mely 1 esetben kísérletként elkövetett** (Btk. 164. § (6) bek. c) pont), testi sértés kísérlete (Btk. 164. § (3) bek.), garázdaság (Btk. 339. § (1) bek.), rongálás (Btk. 371. § (2) bek. a) pont)	1-5 év szabadságvesztés 3 évig terjedő szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés 1 évig terjedő szabadságvesztés	2020. június 3-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2022. február 7.	3 év nem haladta meg
3b. *(3. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
44.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2021. szeptember 10-től: előzetes kényszergyógykezelés	2023. március 3.	2 év nem haladta meg
7b. *(7. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
45.	*gondatlanságból elkövetett súlyos testi*	1-5 év szabadságvesztés	2022. február 18.	*2017. június 19.: Bécsi Büntetőügyi*	1 év nem haladta meg

	sértés (Btk. 164. § (9) bek. c) pont)			*Törvényszék ítélete (szellemileg abnormális elkövetők intézetébe utalta)* *→ 2022. január 14.: kényszergyógykezelés átvétele magyar bíróság végzésével*	
46.	**hivatalos személy elleni erőszak** (Btk. 310. § (1) bek. a) pont), testi sértés kísérlete (Btk. 164. § (3) bek.)	1-5 év szabadságvesztés 3 évig terjedő szabadságvesztés	2021. augusztus 5.	*2018. április 4.: Bécsi Büntetőügyi Törvényszék ítélete* *→ 2021. április 14.: kényszergyógykezelés átvétele magyar bíróság végzésével*	2 év nem haladta meg
47.	rablás (Btk. 365. § (1) bek. a) pont és (3) bek. b) és g) pont)	5-10 év szabadságvesztés	2017. július 6-tól: ideiglenes kényszergyógykezelés	2017. szeptember 6.	6 év nem haladta meg
48.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. f) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2015. április 2-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2016. szeptember 9.	8 év nem haladta meg
5b. *(5. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
2023. október					
6b. *(6. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
9b. *(9. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
10b. *(10. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
17b. *(17. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
11b. *(11. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
23b. *(23. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
8b. *(8. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					

12b. *(12. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
4b. *(4. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
14b. *(14. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
49.	garázdaság (régi Btk. 271. §) többszörös visszaeső	2 évig terjedő szabadságvesztés	2008. június 3.	2008. május 23.	15 év meghaladta, 13 évvel
37b. *(37. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
2023. december					
29b. *(29. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
50.	**testi sértés** (Btk. 164. § (3) bek.), 2 rendbeli garázdaság (Btk. 339. § (1) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés	2019. október 31-től: előzetes kényszergyógykezelés	2020. február 11.	4 év meghaladta, 1 évvel
19b. *(19. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
13b. *(13. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
18b. *(18. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
22b. *(22. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
16b. *(16. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
35b. *(35. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
21b. *(21. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
20b. *(20. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
2024. január					
51.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (2) bek. j) pont)	10-20 év vagy életfogytig tartó szabadságvesztés	2022. december 9-től: előzetes kényszergyógykezelés	2023. július 4.	1 év nem haladta meg
52.	emberölés előkészülete (Btk. 160. § (3) bek.)	1-5 év szabadságvesztés	2020. június 19-től: előzetes kényszergyógykezelés	2021. november 30.	4 év nem haladta meg
17c. *(17. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb - harmadik - felülvizsgálata a kutatási időszakban)*					

27b. *(27. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
53.	**testi sértés** (Btk. 164. § (4) bek. c) pont), fogolyszökés (Btk. 283. § (2) bek.)	3 évig terjedő szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés	2021. december 22-től: előzetes kényszergyógykezelés	2023. január 31.	3 év nem haladta meg
54.	emberölés kísérlete (Btk. 160. § (1) bek.)	5-15 év szabadságvesztés	2016. december 21-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2017. június 15.	8 év nem haladta meg
36b. *(36. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
55.	**közfeladatot ellátó személy elleni erőszak** (Btk. 311. § – 310. § (1) bek. c) pont), testi sértés (Btk. 164. § (2) bek.), zaklatás (Btk. 222. § (2) bek. a) pont)	1-5 év szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés	2022. január 5.	2021. június 21.	2 év nem haladta meg
28b. *(28. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					
56.	**testi sértés** (Btk. 164. § (3) bek.), garázdaság (Btk. 339. § (2) bek. d) pont)	3 évig terjedő szabadságvesztés 3 évig terjedő szabadságvesztés	2021. május 21-től: előzetes kényszergyógykezelés	2022. december 1. (másodfokú ítélet) → 2022. június 21.: elsőfokú ítélet	3 év nem haladta meg
30b. *(30. sz. alany kényszergyógykezelésének újabb felülvizsgálata)*					

57.	**2 rendbeli rablás kísérlete** (Btk. 365. § (3) bek. b) pont), 2 rendbeli garázdaság (Btk. 339. § (1) bek.)	5-10 év szabadságvesztés 2 évig terjedő szabadságvesztés	2018. május 21-től: előzetes kényszergyógykezelés	2019. június 26.	6 év nem haladta meg
58.	testi sértés (Btk. 164. § (8) bek.)	2-8 év szabadságvesztés	2015. március 19-től: ideiglenes kényszergyógykezelés	2015. október 29.	9 év meghaladta, 1 évvel
59.	**emberölés kísérlete** (Btk. 160. § (2) bek. e) pont), közfeladatot ellátó személy elleni erőszak (Btk. 311. § – Btk. 310. § (1) bek. c) pont, a (2) bek.-re figyelemmel), közfeladatot ellátó személy elleni erőszak (Btk. 311. § – 310. § (1) bek, c) pontjára figyelemmel)	*az elkövetéskor fiatalkorú volt, további adat nem áll rendelkezésre*	2020. július 16-tól: előzetes kényszergyógykezelés	2021. május 13.	4 év nem haladta meg

II. Szakvélemények, adaptációs szabadság, gondnokság alá helyezés

Hivatkozási szám	**A kezelt mentális zavarának típusa[852]**	**A kirendelt szakértők (és az IMEI) állásfoglalása a kényszergyógykezelés megszüntethetőségéről[853]**	**Adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége[854]**	**Gondnokság alatt áll-e a kezelt[855] [I = igen, X = nem]**	**Tárgyaláson megjelenésre alkalmas állapotban van-e a kezelt [I = igen, X = nem]**
2023. április					
1.	ciklotímia (a hangulati élet labilitásával, enyhe depresszióval felhangoltabb állapotokkal jellemezhető mentális zavar)	megszüntetést javasol → 1. sz. „szakértőpáros” (IMEI soros vélemény szerint az osztályra kerülése óta nem detektáltak pszichózisra utaló tünetet, jelet)	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	X	I
2a.	paranoid skizofrénia (tudathasadásos elmezavar téveseszmékkel társult és idültté vált formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI állapotjavulásra tekintettel másodszorra javasol megszüntetést, de a szakértők szerint most sem bocsátható el	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	I	I

[852] A kezeltek mentális zavarára vonatkozó adatok az egyes kényszergyógykezeltek első felülvizsgálati alkalmánál kerültek feltüntetésre.
[853] A bíróság a vizsgált ügyek mindegyikében két „szakértőpáros” közül rendelte ki az egyiket, akikre a továbbiakban szám szerinti megjelöléssel hivatkozom.
[854] 2013. évi CCXL. törvény, 338. § (1) Ha a kényszergyógykezelés megkezdésétől hat hónap eltelt, a beteg gyógyulása érdekében, a jogszabályban meghatározottak szerint felállított adaptációs bizottság javaslatára az IMEI főigazgató főorvosának engedélyével adaptációs szabadságra bocsátható.
(2) Az adaptációs szabadság tartama legfeljebb harminc nap, amely egy alkalommal legfeljebb harminc nappal meghosszabbítható. Adaptációs szabadság több alkalommal is engedélyezhető.
[855] A gondnokság alá helyezésre vonatkozó adatok (változatlanságukra tekintettel) az egyes kezeltek első felülvizsgálati alkalmánál kerültek feltüntetésre.

		(nem kielégítő mértékű az állapotjavulás, protektív háttér hiányában nem küszöbölhető ki a bűnismétlés veszélye)			
3a.	paranoid skizofrénia fiatalkorban kezdődő és idültté vált formája	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
4a.	skizofrénia hebefrenica (fiatalkori tudathasadásos elmezavar)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható pszichés állapota miatt	I (cselekvő-képességet kizáró)	N/A
5a.	skizoaffektív zavar (hasadásos elmezavar szélsőséges hangulati ingadozásokkal ötvözött formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	X	I
6a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	X	I
7a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
8a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
9a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - nincs protektív családi háttere, adaptációs szabadság nem jöhet szóba	X	I

10a.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható pszichés állapota miatt	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
11a.	paranoid skizofrénia és társuló szellemi leépülés, extrém parkinsonizmus, mely nagy valószínűséggel részben medikális eredetű, másrészt elsődleges Parkinson-szindróma is, erre külön gyógyszert pszichózisindukáló hatása miatt nem tudnak adni	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
2023. május					
12a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
13a.	kevert típusú személyiségzavar, illetve átmeneti pszichotikus zavarok (Alzheimer típusú neurokognitív zavar, mely hátterében alkohol és kábítószer tartós használata feltételezhető)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	X	I
14a.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátása nem lehetséges az állapota miatt	X	I

15a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	X	I
16a.	skizoaffektív pszichózis (hasadásos elmezavar szélsőséges hangulati ingadozásokkal ötvözött formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
17a.	személyiségzavar, kóros jellegű pszichoaktív szerfogyasztás, annak mentén kialakult mentális- és viselkedészavar	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba pszichés állapota miatt	X	I
18a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	X	I
19a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	X	I
20a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 2. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
21a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 2. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
22a.	skizofrénia simplex (hasadásos elmezavar ún. egyszerű formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	X	I

23a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
2023. június					
24.	kábítószerfogyasztás indukálta pszichotikus tünetek, illetve ehhez társuló paranoid zavar	megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	X	I
25.	kábítószerek és (egyéb) pszichoaktív anyagok okozta függőség, valamint tartós téveseszmés elmezavar	megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	X	I
26.	paranoid skizofrénia másodszor áll az IMEI-ben kényszergyógykezelés alatt	megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - protektív háttér hiánya miatt nem lehetséges	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
2b.		megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
27a.	delúzív zavar (téveseszmés elmezavar) – pszichotikus (elmezavar szintjét elérő) paranoid dekompenzációkkal jellemezhető kevert típusú, döntően disszociális, illetve szenzitív-paranoid és nárcisztikus vonásokat hordozó személyiségzavar	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - pszichés állapota miatt nem lehetséges	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
28a.	paranoid skizofrénia az átlagosnál gyengébb	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	X	I

	intellektuális képességek mellett (szubintellektus)				
29a.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - állapota miatt nem lehetséges	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
30a.	személyiségzavar, visszaélésszerű pszichoaktív szerhasználat (politoxikománia), ezek talaján korábban kialakult pszichotikus zavar az átlagosnál gyengébb intellektuális képességek mellett	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - pszichés állapota miatt nem lehetséges	X	I
31a.	elmezavar szintű, visszatérő unipoláris depresszió (súlyos hangulatzavar)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - pszichés állapota miatt nem lehetséges	X	I
32a.	paranoid skizofrénia, melyhez demencia (az intellektuális funkciók megindult hanyatlása) társul	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X	I	I
33.	paranoid skizofrénia, melyhez korábban alkohol és nyugtató hatású gyógyszerek visszaélésszerű fogyasztása társult	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
34a.	elmezavar szintjét elérő súlyos major depresszív epizód	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége fennáll	X	I

35a.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
36a.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
37a.	születési sérülésként agyi károsodás folytán enyhe-közepes fok határán álló értelmi fogyatékosság	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
2023. szeptember					
34b.		megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
31b.		megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
32b.		megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
38.	érzelmileg, indulatilag, hangulatilag labilis személyiségzavar és annak pszichotikus (elmezavar szintű) dekompenzációja (kábítószerfogyasztási előzménnyel)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátás pszichés állapota miatt nem lehetséges	X	I
39.	akut polimorf pszichotikus zavar (hallucinációkkal és paranoid kóros gondolatokkal jellemezhető elmezavar és	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátás pszichés állapota miatt nem lehetséges	X	I

	ehhez társuló hangulati labilitás)				
15b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, de a szakértőpáros nem	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
40.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
41.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
42.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátás szociális és pszichés állapota miatt nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
43.	skizofrénia simplex	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátás pszichés állapota miatt nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
3b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
44.	skizoaffektív zavar	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	X	I

7b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
45.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
46.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
47.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
48.	skizofrénia idült formája	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra bocsátás nem jöhet szóba befogadó környezet hiányában	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
5b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
2023. október					
6b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
9b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba (nincs protektív családi háttere)		I

10b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható pszichés állapota miatt		I
17b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba pszichés állapota miatt		I
11b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
23b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
8b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
12b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadságra nem bocsátható		I
4b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		N/A

14b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, állapota javult, és szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
49.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, állapota javult, és szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
37b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
2023. december					
29b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I

		az IMEI megszüntetést javasol, szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye			
50.	skizofrénia hebefrenica	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, szociális otthoni elhelyezése folyamatban van, de a szakértőpáros nem, mert még nem biztosított a férőhelye	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba	I (cselekvő-képességet korlátozó)	I
19b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
13b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
18b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
22b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
16b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I

35b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
21b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
20b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - adaptációs szabadság nem jöhet szóba		I
2024. január					
51.	pszichotikus szintű (elemzavart elérő) depresszió	megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	X	I
52.	deluzív zavar (tartós téveseszmés elmezavar)	megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	X	I
17c.		megszüntetést javasol → 1. sz. szakértőpáros	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)		I
27b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X		I
53.	kábítószer okozta pszichotikus és egyéb mentális- és viselkedészavar	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, de a szakértők nem	N/A (megszüntetést javasol az IMEI)	I (cselekvő-képességet kizáró)	I
54.	paranoid skizofrénia (idült, jelenleg döntően negatív tüneteket mutató formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X	X	I

36b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X		I
55.	paranoid skizofrénia és enyhe fokú értelmi fogyatékosság	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros az IMEI megszüntetést javasol, a betegtől autoanamnesis nem vehető fel, dezorientált, a kérdéseket részben érti, általános és pszichés állapota miatt nem explorálható, érdemi információ tőle nem nyerhető	X - protektív háttér hiányában nincs lehetőség	I (cselekvő-képességet korlátozó)	X (mozgás-korláto-zottsága nem teszi lehetővé)
28b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X		I
56.	paranoid skizofrénia	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X	X	I
30b.		fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - pszichés állapota miatt nem jöhet szóba		I
57.	paranoid skizofrénia (idült formája)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - pszichés állapota miatt nem jöhet szóba	X	I
58.	epilepszia, ehhez társuló személyiség-torzulás, enyhe fokú gyengeelméjűség (IQ 65)	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - állapota miatt nem javasolt	I (cselekvő-képességet kizáró)	I

59.	figyelemhiányos és hiperkinetikus magatartászavar, valamint közepes fokú értelmi fogyatékosság	fenntartást javasol → 1. sz. szakértőpáros	X - nem jöhet szóba (további indokolás nincs)	gyámság alatt áll	X

III. A megfigyelt tárgyalások tartamára vonatkozó adatok

A megfigyelt tárgyalások teljes tartama: 456 perc
A megfigyelt tárgyalások (n=92) átlagos tartama: 5 perc
A kényszergyógykezelést megszüntető tárgyalások (n=11) átlagos tartama: 6 perc
A kényszergyógykezelést fenntartó tárgyalások átlagos tartama (n=81): 5 perc
Kényszergyógykezelést fenntartó tárgyalások átlagos tartama, amikor az IMEI megszüntetést javasolt (n=10): 7 perc

Hivatkozási szám	**Tárgyalás kezdete**	**Tárgyalás vége**	**Tárgyalás teljes tartama (perc)**
2023. áprilisi tárgyalási nap			
1. (megszüntetés)	9:05	9:11	6
2a. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	9:12	9:20	8
3a.	9:21	9:26	5
4a.	9:27	9:33	6
5a.	9:34	9:47	13
6a.	9:49	9:53	4
7a.	9:54	10:01	7
8a.	10:02	10:11	9
9a.	10:12	10:16	4
10a.	10:17	10:22	5
11a.	10:25	10:27	2
2023. májusi tárgyalási nap			
12a.	10:06	10:13	7
13a.	10:14	10:18	4
14a.	10:18	10:27	9
15a.	10:30	10:32	2
16a.	10:35	10:42	7
17a.	10:43	10:48	5

18a.	10:49	10:53	4
19a.	10:54	10:58	4
20a.	10:58	11:10	12
21a.	11:11	11:20	9
22a.	11:21	11:24	3
23a.	11:25	11:31	6
2023. júniusi tárgyalási nap			
24. (megszüntetés)	9:55	9:59	4
25. (megszüntetés)	10:00	10:03	3
26. (megszüntetés)	10:04	10:07	3
2b. (megszüntetés)	10:08	10:10	2
27a.	10:11	10:13	2
28a.	10:14	10:19	5
29a.	10:20	10:23	3
30a.	10:24	10:28	4
31a.	10:28	10:32	4
32a.	10:33	10:36	3
33.	10:36	10:43	7
34a.	10:44	10:49	5
35a.	11:06	11:10	4
36a.	11:11	11:15	4
37a.	11:16	11:19	3
2023. szeptemberi tárgyalási nap			
34b. (megszüntetés)	9:11	9:17	6
31b. (megszüntetés)	9:17	9:21	4
32b. (megszüntetés)	9:22	9:24	2
38.	9:25	9:29	4
39.	9:30	9:34	4

15b. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	9:35	9:38	3
40.	9:38	9:41	3
41.	10:11	10:15	4
42.	10:16	10:21	5
43.	10:22	10:28	6
3b.	10:29	10:33	4
44.	10:34	10:40	6
7b.	10:41	10:46	5
45.	10:47	10:54	7
46.	10:54	10:58	4
47.	10:58	11:01	3
48.	11:03	11:04	1
5b.	11:05	11:11	6
2023. októberi tárgyalási nap			
6b.	10:06	10:08	2
9b.	10:09	10:15	6
10b.	10:16	10:18	2
17b.	10:19	10:22	3
11b.	10:23	10:28	5
23b.	10:28	10:31	3
8b.	10:31	10:39	8
12b.	10:51	10:54	3
4b. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	10:55	10:58	3
14b. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	10:58	11:05	7
49. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	11:06	11:21	15

37b. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	11:22	11:25	3
2023. decemberi tárgyalási nap			
29b. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	10:03	10:08	5
50. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	10:09	10:15	6
19b.	10:16	10:19	3
13b.	10:20	10:24	4
18b.	10:25	10:28	3
22b.	10:30	10:33	3
16b.	10:35	10:41	6
35b.	10:42	10:45	3
21b.	10:46	10:50	4
20b.	10:51	10:59	8
2024. januári tárgyalási nap			
51. (megszüntetés)	11:05	11:27	22
52. (megszüntetés)	11:28	11:37	9
17c. (megszüntetés)	11:39	11:45	6
27b.	11:46	11:51	5
53. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	11:53	12:08	15
54.	12:09	12:12	3
36b.	12:12	12:15	3
55. (IMEI javaslat a megszüntetésre)	12:27	12:29	2
28b.	12:30	12:33	3
56.	12:34	12:37	3
30b.	12:38	12:40	2

57.	12:41	12:43	2
58.	12:44	12:45	1
59.	-	-	<1 perc

IV. Az IMEI és a szakértők (előzetes) álláspontja a kényszergyógykezelés megszüntethetőségéről, bírói döntés, fellebbezés

Jelmagyarázat:
- F = fenntartást javasol
- Sz = szabadon bocsátást javasol

Hivatkozási szám	**IMEI „soros vélemény" (kórrajz-kivonat)**	**Igazságügyi elmeorvos- és orvos-szakértői vélemény**	**Bírói döntés**	**Ügyész**	**Védő**	**Kezelt**	**Fellebbezés (ha történt) [I = igen, X = nem]**
2023. április							
1.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2a.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
3a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
4a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
5a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
6a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
7a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	I (kezelt fellebbez, védő nem)
8a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	I (kezelt fellebbez, védő nem)
9a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
10a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
11a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nincs jelen	X
2023. május							
12a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
13a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	**I**
14a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X

15a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nincs jelen	X
16a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
17a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
18a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
19a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
20a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
21a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
22a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
23a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2023. június							
24.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
25.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
26.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2b.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
27a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
28a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
29a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
30a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
31a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
32a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
33.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
34a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
35a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
36a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
37a.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2023. szeptember							
34b.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
31b.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
32b.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X

38.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
39.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
15b.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
40.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
41.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
42.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
43.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
3b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
44.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
7b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
45.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
46.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
47.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
48.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
5b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2023. október							
6b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
9b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
10b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
17b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
11b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
23b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
8b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	I (kezelt fellebbez, védő nem)
12b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
4b.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
14b.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
49.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	I (kezelt fellebbez, védő nem)

37b.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2023. december							
29b.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
50.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
19b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
13b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nem veszi tudomásul	I (kezelt fellebbez, védő nem)
18b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
22b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
16b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
35b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
21b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
20b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
2024. január							
51.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
52.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
17c.	Sz	Sz	megszüntetés	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
27b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
53.	Sz	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	I (gondnok fellebbez, kezelt és védő nem)
54.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
36b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
55.	**Sz**	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
28b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
56.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
30b.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
57.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
58.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	tudomásul veszi	X
59.	F	F	fenntartás	tudomásul veszi	tudomásul veszi	nincs jelen	X

V. A kényszergyógykezelt kezelőorvosa, a szakértők és a kezelt jelenléte a tárgyaláson

I = igen
X = nem

Hivatkozási szám	**Kezelő pszichiáter**	**Szakértők**	**Kezelt**
2023. április			
1.	X	X	I
2a.	X	X	I
3a.	X	X	I
4a.	X	X	I
5a.	X	X	I
6a.	X	X	I
7a.	X	X	I
8a.	X	X	I
9a.	X	X	I
10a.	X	X	I
11a.	X	X	X (nincs olyan egészségi állapotban, hogy átvigyék az osztályról a másik épületbe)
2023. május			
12a.	X	X	I
13a.	X	X	I
14a.	X	X	I
15a.	X	X	X
16a.	X	X	I
17a.	X	X	I
18a.	X	X	I

19a.	X	X	I
20a.	X	X	I
21a.	X	X	I
22a.	X	X	I
23a.	X	X	I
2023. június			
24.	X	X	I
25.	X	X	I
26.	X	X	I
2b.	X	X	I
27a.	X	X	I
28a.	X	X	I
29a.	X	X	I
30a.	X	X	I
31a.	X	X	I
32a.	X	X	I
33.	X	X	I
34a.	X	X	I
35a.	X	X	I
36a.	X	X	I
37a.	X	X	I
2023. szeptember			
34b.	X	X	I
31b.	X	X	I
32b.	X	X	I
38.	X	X	I
39.	X	X	I
15b.	X	X	I
40.	X	X	I

41.	X	X	I
42.	X	X	I
43.	X	X	I
3b.	X	X	I
44.	X	X	I
7b.	X	X	I
45.	X	X	I
46.	X	X	I
47.	X	X	I
48.	X	X	I
5b.	X	X	I
2023. október			
6b.	X	X	I
9b.	X	X	I
10b.	X	X	I
17b.	X	X	I
11b.	X	X	I
23b.	X	X	I
8b.	X	X	I
12b.	X	X	I
4b.	X	X	I
14b.	X	X	I
49.	X	X	I
37b.	X	X	I
2023. december			
29b.	X	X	I
50.	X	X	I
19b.	X	X	I
13b.	X	X	I

18b.	X	X	I
22b.	X	X	I
16b.	X	X	I
35b.	X	X	I
21b.	X	X	I
20b.	X	X	I
2024. január			
51.	X	X	I
52.	X	X	I
17c.	X	X	I
27b.	X	X	I
53.	X	X	I
54.	X	X	I
36b.	X	X	I
55.	X	X	I
28b.	X	X	I
56.	X	X	I
30b.	X	X	I
57.	X	X	I
58.	X	X	I
59.	X	X	X

2. melléklet: Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjoga

I = jogsértés megállapítása

N = nem történt jogsértés

Winterwerp Hollandia elleni ügye	1979	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I) 6. cikk 1. (I)	skizofrénia pszichiátriai intézetbe utalás veszélyessége okán
X Egyesült Királyság elleni ügye	1981	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I)	testi sértés beszámíthatatlanság elmegyógyintézetből történő feltételes elbocsátás megszüntetése és további kezelés
Luberti Olaszország elleni ügye	1984	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I)	emberölés beszámíthatatlanság elmegyógyintézeti kezelés
Megyeri Németország elleni ügye	1992	5. cikk 4. (I)	testi sértés, közveszélyokozás beszámíthatatlanság (skizofrénia) pszichiátriai intézeti kezelés
Herczegfalvy Ausztria elleni ügye	1992	5. cikk 1. (N) 5. cikk 3. (N) 5. cikk 4. (I) 3. cikk (N) 8. cikk (I) 10. cikk (I)	börtönbüntetés alatt további büntetendő cselekmények beszámíthatatlanság börtönbüntetés után további szabadságelvonás (pszichiátriai kezelés) veszélyessége okán
Silva Rocha Portugália elleni ügye	1996	5. cikk 4. (N)	emberölés beszámíthatatlanság zárt intézeti kezelés
Johnson Egyesült Királyság elleni ügye	1997	5. cikk 1. (I)	testi sértés elmebetegség (skizofrénia és pszichopátia) „hospital order”
Eriksen Norvégia elleni ügye	1997	5. cikk 1. (N) 5. cikk 3. (N)	visszaeső elkövető biztonsági intézkedés/őrizet
Erkalo Hollandia elleni ügye	1998	5. cikk 1. (I)	kétrendbeli emberölés elmezavar pszichiátriai intézetbe utalás
Aerts Belgium elleni ügye	1998	5. cikk 1. (I) 5. cikk 4. (N) 6. cikk 1. (I) 3. cikk (N)	testi sértés kóros elmeállapot kényszergyógykezelés elrendelése büntetés-végrehajtási intézet pszichiátriai részlegén történő elhelyezés
Nikolova Bulgária elleni ügye	1999	5. cikk 3. (I) 5. cikk 4. (I)	sikkasztás szabadságelvonás törvényességének „felülvizsgálata”

			fegyveregyenlőség elve
Musial Lengyelország elleni ügye	1999	5. cikk 4. (I)	emberölés beszámíthatatlanság elmegyógyintézeti kezelés
G.B. Svájc elleni ügye	2000	5. cikk 4. (I)	terrorcselekmény gyanúja miatti őrizetbe vétel
Kudla Lengyelország elleni ügye	2000	3. cikk (N) 5. cikk 3. (I) 6. cikk 1. (I) 13. cikk (I)	csalás, okirathamisítás depressziós, de beszámítható elkövető pszichiátriai kezelés fogvatartás (börtönbüntetés) alatt
Kawka Lengyelország elleni ügye	2001	5. cikk 1. (I) 5. cikk 4. (I)	emberölés kísérlete pszichiátriai vizsgálatok börtönbüntetés
Keenan Egyesült Királyság elleni ügye	2001	3. cikk (I) 2. cikk (N) 13. cikk (I)	testi sértés skizofrénia öngyilkosság börtönbüntetés alatt
Rutten Hollandia elleni ügye	2001	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I)	emberölés kísérlete magas biztonsági besorolású intézetbe utalás veszélyessége okán „TBS oder”
Magalhães Pereira Portugália elleni ügye	2002	5. cikk 4. (I)	csalás bűntette beszámíthatatlanság (skizofrénia) kényszergyógykezelés
Hutchinson Reid Egyesült Királyság elleni ügye	2003	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I)	emberölés mentális zavar „hospital order”
Kolanis Egyesült Királyság elleni ügye	2005	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (I) 5. cikk 5. (I)	testi sértés mentális zavar „hospital order”
Gorshkov Ukrajna elleni ügye	2005	5. cikk 4. (I)	szexuális erőszak kísérlete korlátozott beszámítási képesség kényszergyógykezelés
Rivière Franciaország elleni ügye	2006	3. cikk (I)	emberölés pszichózis, szuicid hajlam börtönbüntetés
Kucheruk Ukrajna elleni ügye	2007	3. cikk (I) 5. cikk 1. (I)	garázdaság, lopás skizofrénia fogva tartás helye és körülményei
Dybeku Albánia elleni ügye	2007	3. cikk (I)	emberölés, robbanóanyaggal visszaélés paranoid skizofrénia börtönbüntetés (életfogytig tartó szabadságvesztés)
Pankiewicz Lengyelország elleni ügye	2008	5. cikk 1. (I)	állatkínzás mentális zavar börtönbüntetés
Sławomir Musial	2009	3. cikk (I)	rablás és testi sértés

Lengyelország elleni ügye			skizofrénia és más súlyos mentális zavar öngyilkossági kísérlet fogvatartás helye és körülményei
G. Franciaország elleni ügye	2012	3. cikk (I)	rongálás és más büntetendő cselekmények skizofrénia börtönben történő fogvatartás időszakos pszichiátriai intézménybeli kezelésekkel megszakítva
Z.H. Magyarország elleni ügye	2012	3. cikk (I) 5. cikk 2. (I)	rablás szellemi fogyatékosság, siketnéma börtönben történő fogva tartás
LB Belgium elleni ügye	2012	5. cikk 1. (I)	kiskorú sérelmére elkövetett szexuális erőszak súlyos személyiségzavar börtön pszichiátriai osztályán való elhelyezés
Claes Belgium elleni ügye	2013	3. cikk (I)	kiskorú sérelmére elkövetett szexuális erőszak (többrendbeli), zaklatás szellemi fogyatékosság, súlyos és krónikus magatartászavar fogvatartás helye és körülményei
Ţicu Románia elleni ügye	2013	3. cikk (I)	rablás, gondatlanságból elkövetett emberölés gyengeelméjűség börtönbüntetés
Ruiz Rivera Svájc elleni ügye	2014	5. cikk 4. (I)	emberölés beszámíthatatlanság (skizofrénia) fogvatartás büntetés-végrehajtási intézetben
Constancia Hollandia elleni ügye (elutasítás megalapozottság hiányában)	2015	5. cikk 1. (-)	emberölés elmeorvos-szakértői vizsgálatban való közreműködés teljes hiánya
Bamouhammad Belgium elleni ügye	2015	3. cikk (I) 13. cikk (I)	emberölés, rablás és más büntetendő cselekmények Ganser-szindróma börtönbüntetés
Murray Hollandia elleni ügye	2016	3. cikk (I)	kiskorú sérelmére elkövetett emberölés korlátozott beszámítási képesség börtönbüntetés alatti kezelés hiánya életfogytig tartó szabadságvesztést töltő, mentális zavarban szenvedő elkövetők helyzete
W.D. Belgium elleni ügye	2016	3. cikk (I) 5. cikk 1. (I) 5. cikk 4. (I) 13. cikk (I)	kiskorú sérelmére elkövetett szexuális erőszak súlyos szellemi fogyatékosság börtönbüntetés
Ilnseher	2018	5. cikk 1. (N)	emberölés

Németország elleni ügye		5. cikk 4. (N) 6. cikk 1. (N) 7. cikk 1. (N)	szexuális szadizmus biztonsági őrizet (börtönben végrehajtva) veszélyessége okán
Kadusic Svájc elleni ügye	2018	5. cikk 1. (I) 7. cikk (N)	rablás, testi sértés és más büntetendő cselekmények személyiségzavaros, de beszámítható elkövető börtönbüntetés lejárta előtt biztonsági intézkedés elrendelése
Rooman Belgium elleni ügye	2019	5. cikk 1. (N) 3. cikk (N)	testi sértés, szexuális erőszak kiskorú sértett sérelmére, lőfegyverrel visszaélés börtönbüntetés alatt további büntetendő cselekmények mentális zavar pszichiátriai ellátás színvonala a büntetés-végrehajtási intézetben
Hodžić Horvátország elleni ügye	2019	6. cikk 1. (I)	fenyegetés beszámíthatatlanság pszichiátriai intézeti kezelés
Denis és Irvine Belgium elleni ügye	2021	5. cikk 1. (N) 5. cikk 4. (N)	beszámítási képességet kizáró v. korlátozó mentális zavar kényszergyógykezelés
P.W. Ausztria elleni ügye	2022	5. cikk 1. (N)	hivatalos személy elleni erőszak skizofrénia biztonsági intézkedés (intézeti elhelyezés)

3. melléklet: Interjú a Kaliforniai Igazságszolgáltatási Tanács vezető elemzőjével a mentálisan beteg bűnelkövetők ügyeivel foglalkozó speciális bíróságok jellemzőiről és működéséről [eredeti nyelven]

1) **What does your work as a senior analyst at the Judicial Council of California entail?**

Within the Judicial Council, I work in criminal justice services, and the office branches out to collaborative justice and behavioral health – this is the unit I am in. This office focuses on adult criminal cases only, but there is another office, the Center for Families, Children, and the Courts, which is dealing with all juvenile collaborative courts. We deal with a lot of policy, legislation, and initiatives that are related to adult criminal justice in the courts. Our office has pretrial services as well. Besides, there was a grant we got from the federal government, we did a pilot project with low-income people who could petition to have their fines either reduced or eliminated, which the governor ended up making mandatory statewide.

There are three levels of analysts at the Judicial Council. The entry level is an associate analyst. Then there are regular and senior analysts. As a senior analyst I take the lead on projects, e.g. if I am working on a webinar, I will do most of the content, then I might pass it down to an analyst or an associate analyst to do the scheduling, logistics, etc. I am the collaborative court[856] liaison, therefore, I don't necessarily focus on one specific court but do outreach to all of them. I recently got promoted to senior analyst, and I will be focusing more on trainings in this role.

2) **There are very few multi-site research projects and studies when it comes to mental health courts (MHCs). They mostly focus on one court, and each seems to be quite unique. Can it be said that there are some common characteristics of MHCs in California and are there any common guidelines set for MHCs?**

[856] The concept of collaborative courts is wider than that of mental health courts. It is a generic term that comprises MHCs and other types of courts. It stems from the idea of collaborative justice, which aims to combine the problem-solving attitude with judicial supervision and rehabilitation services that are rigorously monitored and focused on recovery to reduce recidivism and improve offender outcomes.
California currently has more than 400 collaborative justice courts in all but three small jurisdictions. The most numerous types of collaborative courts include adult drug courts (83), adult mental health courts (62), veterans' courts (45), dependency drug courts (32), juvenile drug courts (23), driving under the influence (DUI) courts (20), reentry courts (19), homeless courts (19), community courts (12), and juvenile mental health courts (12). (source: https://newsroom.courts.ca.gov/branch-facts/collaborative-justice-courts)

If not, do you think that such guidelines could and should be created?

The problem with California is that collaborative courts are not funded by the state like e.g. in Minnesota. California is a very progressive state, but it still hasn't funded collaborative courts, unfortunately. With that being said, the characteristics of MHCs are highly dependent on each county, and there are fifty-eight of them in this state. Thus, you can witness something completely different in Alameda County compared to San Francisco County. Also, Santa Clara County is probably more of a liberal county, but then you have Orange County, which is a lot more conservative. They both have collaborative courts, but they approach them in a very different way. And specific features are all dictated by the given judge, too. I mean, there are some judges that are more lenient, but even in those conservative counties they generally do consider that there is a value to the collaborative courts. Yet, these courts are also products of the environment, so the availability of resources will certainly be influenced by that.

To talk about standardization, we had the NADCP (National Association of Drug Court Professionals), which is now referred to as All Rise. They are probably the biggest stakeholder or player in terms of collaborative courts. They have the so-called drug court standards that are also applicable to other types of collaborative courts. So, I would say that for examining MHCs we do not only look at what the different counties have been doing but also at resources like All Rise that aim to create certain common guidelines and set best practices.

3) What would you define as some of the main advantages of MHCs in general?

I think that there is a value to MHCs, which is two-pronged. First, they are diverting people from incarceration. Second, and this is the most significant for people with mental illness, they are getting participants the appropriate treatment needed.

We used to have mental health hospitals in California, but they were closed down, so now there aren't enough adequate outpatient treatment facilities, not even licensed residential treatment facilities or transitional housing options. There are just not enough resources. Therefore, what happens is that somebody who is mentally ill ends up getting involved with the law enforcement, gets in the criminal justice system, and jails are turning into *de facto* mental health hospitals. I think MHCs are crucial to try to stop the revolving door to jails and prisons for mentally ill individuals, which derives from not being treated

sufficiently or not getting any kind of treatment at all. Regularly, they are also homeless and/or have co-occurring disorders, e.g. substance use problem. Basically, when they get into any type of collaborative court, the questions arise whether they need housing, education, social security, employment, etc. These courts are really trying to stabilize people, so they can get to be functional and meaningful members of society. They often need to be on medications and that is where MHCs come in. If we didn't have an MHC, these persons would be detained as long as every other person without taking into consideration their mental health issues. Additionally, this is a saving for taxpayers, too. There was an LA Times article back in the day showing that an inmate incarcerated in a state prison cost California about $75,000 per year (it would even be cheaper to send someone to Harvard for a year).[857]

4) What do you consider to be the major issues related to MHCs that should be dealt with?

I think the major issue around MHCs is stigma. As I mentioned earlier, collaborative courts are only funded by grants, so the state of California cannot require data elements from the collaborative courts. When I was an analyst before I got my recent position, I was working on a project called the California Data Improvement Project and we were trying to create standardized data definitions for all collaborative courts in the state. Each county can collect their own data in court, and we eventually got a list of forty-four standardized data elements. Collecting data and showing how many people are getting treatment and graduating from the program, thus becoming productive members of society is a crucial goal. This could reduce the stigma, too. And I think the other thing is the training of court staff as it is imperative to show the purpose of MHCs, what should be done, as well as modeling and using best practices.

5) Besides the stigma related to mental health, we could also see that there are many biases that mentally ill people face when it comes to the criminal justice system. Have you encountered these, and if so, how do you think they could be handled?

[857] Editorial note: According to more recent estimates from 2024, the direct and indirect cost of imprisoning a person in California has increased by more than 90% in the past decade, reaching altogether a record-breaking $132,860 annually. That's nearly twice as expensive as the annual undergraduate tuition – 66,640 USD – at the University of Southern California, the costliest private university in the state. (source: https://calmatters.org/justice/2024/01/california-prison-cost-per-inmate/)

I would follow back on training. The Judicial Council has the Center for Judicial Education and Research, and they focus on trainings for judges and court staff. Implicit bias must be included in these. A legislation was also passed upon which we need to accomplish training of twenty hours every two years with mandatory requirements, including implicit bias. It first and foremost covers race and ethnicity. However, I think we could expand its scope to the realm of mental illness, because our focus is equity and inclusion. We aim to create equity across all boards, and it shouldn't matter if someone is at an MHC in Alpine County, the farthest north county or in San Diego County. They should all be facing the same standards and expectations, getting similar treatment and care. This is something currently happening, which is something I could say I am proud of, but there would certainly be room for further expansion with regards to mental health instead of just race and ethnicity.

6) **Are there some common eligibility criteria for entering MHCs considering e.g. the fact that some courts accept misdemeanors only, others take felonies (sometimes with restrictions), too?**
   And do you consider it a positive tendency that more severe crimes increasingly tend to fall under the jurisdiction of MHCs, or should their scope be (more) limited?

Like you said, each court is different, some accept felonies, some accept misdemeanors, so it really is a case-by-case basis. The prominent element must be the mental health component to get into the court, and MHCs only accept persons whose mental illness can be connected to their illegal behavior. There is a concern about certain types of perpetrators like sexual offenders or arsonists. Participation in the court is voluntary, so consent to involvement and screening referral are required.
There are assessment tools related to MHC proceedings, especially the categories of high risk, high need, low need, low risk, and the combinations of these. So, it really depends on the risk and need factors of the individuals. Risk aversion is obviously dictated by public safety, but the need component is more imperative: providing housing, employment, getting these people stabilized, and keeping them out of the criminal justice system.

At the Judicial Council, we can't really tell a court what risk assessment tool it should use, but the courts are doing a great job of due diligence, doing research, looking at different types of tools available, and they are always taking into consideration best practices as well. There is e.g. the Ohio risk model[858] and a handful of others that have been validated and put into practice successfully.

7) **I also wanted to refer to the use of motivating factors and sanctions when it comes to compliance and non-compliance with the treatment plan within the MHCs. Did you witness any kind of best practices or other solutions that seemed specifically efficient?**
   Besides, when it comes to sanctions, jail time is obviously the most controversial. What is your stance on this?

The drug court standards that are also applicable to MHCs can be considered best practices, and there is also a list of incentives and sanctions. These have been created based on professional experience and research findings. There is a division of incentives and sanctions based on degrees of low, moderate, and high. The Judicial Council initiates steering away from the use of sanctions, and collaborative courts are also trying to do so, but again, it is dependent on the given judge as some are more lenient than the rest, and the county culture, the environment also play a role. However, I think all courts use those drug court standards and best practices as we have seen the detrimental effects of flash incarcerations and research has proved that deprivation of liberty for five days or a week or two is simply ineffective.

8) **Once the individuals are done with their treatment plan and graduate from the program, are there any further steps to be taken, is there any kind of monitoring (e.g. on them taking medication or potential further crime commission)?**

[858] The Missouri Department of Corrections uses the Ohio Risk Assessment System (ORAS) to identify dynamic factors that drive a person toward negative or criminal behaviors. Adopted June 1, 2019, the ORAS helps staff assess offenders, target interventions, and inform responses to behavior.
Components of the assessment include nine instruments: Pre-Trial Tool; Community Supervision Screening Tool; Community Supervision Assessment Tool; Misdemeanor Screening Tool; Misdemeanor Assessment Tool; Prison Intake Screening Tool; Prison Intake Tool; Reentry Tool; Supplemental Reentry Tool. (source: https://cech.uc.edu/content/dam/refresh/cech-62/ucci/overviews/oras-overview.pdf)

In the course of the treatment plan – regardless of whether it lasts twelve months, eighteen months, or two years, which is the general maximum –, the taking of the medications and regular reporting on the state of the individual by the healthcare professionals is monitored by the MHC. But there isn't really any kind of monitoring once the participants graduate.

With regards to recidivism, the courts and the Judicial Council can get information through the DOJ (Department of Justice) to see if someone has committed another crime. But there isn't much funding to this, there is no data component tied to it, so it is more challenging for courts to follow up on somebody who has reoffended compared, for example, to reentry courts, which focus on parolees only and are funded through CDCR (California Department of Corrections and Rehabilitation), being able to get recidivism data specifically. It largely stands on the material/funding component as well as the (lack of) infrastructure, which essentially entails navigating between fifty-eight counties.

9) **Have you ever encountered cases and practices of MHCs on what happens if someone has a treatment plan, but the two-year time frame seems insufficient? (Not because of non-compliance but due to other factors.)**

I think this is not an issue for most of the judges, however, it is dictated by the county and the specific judge again. So, you can definitely find judges who are stricter, more conservative, and would insist on completing the program in two years. But usually what will happen is that the (healthcare) providers will petition to have more time for treatment. I think two years is reasonable in most cases, it is quite a long time for completing a treatment plan, but exceptions occur every now and then. If someone needs additional time, a third year or so, they should be given the opportunity. For the severely mentally ill, for people that fall into the high need and high-risk category, an additional year could suffice.