

BÚNHÓDÉS BŰNÖSSÉG NÉLKÜL

A KÉNYSZERGYÓGYKEZELÉS A BÜNTETŐJOGBAN

Doktori (PhD) értekezés tézisei

dr. Gula Krisztina Petra

Témavezető: Prof. Dr. Tóth Mihály

Pázmány Péter Katolikus Egyetem
Jog- és Államtudományi Doktori Iskola

Budapest

2025.

1. Bevezetés, a kutatás tárgya és módszertana

„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. Találón írják le a büntetőjog-tudomány területén végzett és végzendő kutatások esszenciáját, egyszerűsített 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 megkérdőjelezzik a büntetőjog szerepéről alkotott klasszikus felfogást. Friedmann Ernő a „gyógyító büntetés” szerepét éppen abban látta, hogy „nem bünt torol meg, hanem embereket ment meg az élet számára”.³ E két megállapításból is egyértelműen látható, hogy a szankcióalkalmazás azokkal az elkövetőkkel szemben, akiknek bűnössége – és ezáltal a bűncselekmény megvalósulása – fogalmilag kizárt, a „bűnösség hiányában való bűnhődés” természetesen éles szakmai vitákat indukál, napjainkig felvetve régi és új kérdéseket egyaránt. Ezek vizsgálata különösen indokolt annak tükrében, hogy a büntetőeljárás alá vonásból és a kóros elmeállapotúnak minősítésből eredő kettős stigmatizáció mellett a kényszergyógykezelt marginalizálódott helyzete és korlátozott érdekérvényesítési képessége fokozottan kiszolgáltatottá teszi őket a büntető igazságszolgáltatás és a végrehajtás során esetlegesen felmerülő jogsértéseknek.

A beszámíthatatlan elkövetőkkel szembeni szankcióalkalmazás történeti ívét és hatályos szabályozásának anyagi, eljárási, valamint végrehajtási jogi aspektusait áttekintve 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 tébolydaktól a kórházai gyűjtőfogházon át a ma ismert,

¹ MÁRAI Sándor: *Vendégjáték Bolzanóban*, Helikon Kiadó, Budapest, 2023. 235.

² SZABÓ András: A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga, *Jogtudományi Közöny*, 1988/8. 523.

³ FRIEDMANN Ernő: *A határozatlan tartamú ítéletek*, Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Részvénytársulat, Budapest, 1910. 258.

büntetés-végrehajtási jelleggel még mindig erősen átítatott Igazságügyi Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézetig.

A kutatási téma interdiszciplináris jellegére is figyelemmel disszertációm felépítését a patológia orvostudományban ismert, négyelemű szempontrendszerével illusztráltam, mely az etiológia – patogenezis – morfológia – klinikai szempontok tetralógiáján alapul. A patológia koncepciója természetesen 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 etiológia⁴ leképezéseként vizsgálandók a probléma okai, a háttérben meghúzódó tendenciák; a patogenezisnek⁵ megfelelően részleteiben, egymással összefüggő kisebb egységekre osztva válik lehetővé az egyes vitás kérdések áttekintése; míg a morfológia⁶ mintáját követve megfigyelhetők a jogalkalmazásban testet öltő hiányosságok; végül a klinikai szempontok⁷ keretében feltárhatók a funkcionális hatások, a végrehajtásban megjelenő diszkrepanciák. Ezekhez adalékként nyilvánvaló jelentőséggel bírt a kórtörténeti előzmények feltárása, vagyis az intézkedés fejlődése főbb állomásainak számbavétele. Emellett, bármilyen rendellenességről legyen 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 (EJEB) és az Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottsága (CPT) mellett ilyennek (kellene, hogy legyen) tekinthető a hazai jogalkotó és esetlegesen az Alapvető Jogok Biztosa.

A módszertant tekintve a vonatkozó joganyagok mellett felhasználtam 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. A végrehajtási jogi vonatkozásokhoz a kényszergyógykezelés fogatosításának helyéül szolgáló – és a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer részét képező – Igazságügyi Megfigyelő és Elmeógyógyító Intézetben (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*

⁴ A betegség okait kutatja.

⁵ A betegség lefolyását, mechanizmusát elemzi.

⁶ A sejteket, szöveteket, szerveket érintő szerkezeti változások megfigyelése.

⁷ A morfológiai változások funkcionális következményeinek analízise.

ösztöndíjjal⁸ folytatott kutatásom, melynek során a Kaliforniai Egyetem (Berkeley) támogatásával az állam különböző megyéiben közel kétszázhetven „meghallgatáson” vettem részt. Értekezésem valamennyi fejezetében kiemelésre kerültek 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.

2. A kényszergyógykezelés büntető anyagi jogi szabályozása *de lege ferenda*

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 Bt., 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 megnyilvánulásaiival 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 és egy új szakértői módszertani levél megalkotásának esetleges szükségességére. Ezt indokolja egyrészt, hogy bár a Btk. az egyes számításba vehető kórformákat már példálózó jelleggel sem nevesíti, más kapcsolódó jogszabályokban továbbra is szerepelnek – például a büntetőeljárás törvényben (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 –, másrészt, hogy a jogalkalmazók számára követhetőbbé, ellenőrizhetőbbé váljon az alkalmazott szakértői módszertan és vizsgálati kritériumrendszer.

A prognosztikus feltételként érvényesülő bűnismétlési veszély bírósági esetjogban történt konkretizálásán túl célszerű utalni a szakértői értékeléskor a standardizált módszerek alkalmazásának

⁸ 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.

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 számára a szakirányú képzés, illetve ismeretek biztosítására. Az eljáró szakértőkkel kapcsolatban aktuális a törvényi rendezés kívánalma arra tekintettel, hogy míg a régi Be. rögzítette, hogy az elmeállapot vizsgálatánál két szakértőt kell alkalmazni, az új Be. nem tartalmaz erre vonatkozó előírást. Sőt, a kapcsolódó indokolásban kifejezésre jut, hogy a jogalkotó szakítani kívánt a régi Be. szemléletével, mivel az eljáró szakértők számát nem tartotta büntetőeljárás specifikus kérdésnek. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy más törvénybe, például az igazságügyi szakértőkről szólóba sem integrálta a rendelkezést, így jelenleg rendeleti szintű szabályozás van hatályban, amely azonban (még) könnyebb módosíthatóságára és garanciális szempontokra figyelemmel aggályokat vet fel.

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. A szabadságelvönással járó intézkedés *ultima ratio* jellegére és ezzel összefüggésben az alapul szolgáló cselekmények súlyosságára vonatkozó, a Btk. hatályos szövegéből is kitűnő elvárásra figyelemmel álláspontom szerint e cselekmények leginkább akkor alapozhatnák meg a kényszergyógykezelés alkalmazását, ha az elkövetésre ténylegesen személy elleni erőszakkal kerül sor. E leszűkítőbb, elvi és dogmatikai alapokhoz visszanyúló megközelítésre a kódex 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 szankció alkalmazása szempontjából. 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 utalással, 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) számításba vehető lenne. A Kúria megközelítésére tekintettel még ez sem zárható ki egyértelműen, mindamellet 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 értékelhetőségéről.

Megfontolásra érdemes továbbá a cselekményi kör hangsúlyosan mérsékelt és megfontolt kibővítése egyes büntetési tételkeretükre is figyelemmel jelentősebb tárgyi súlyúnak tekinthető⁹ deliktumokkal. 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. Felmerülhet(nek) többek közt 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 büntetési tételét tekintve egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő), a jármű önkényes elvételének minősített esete, mely megvalósulhat személy elleni erőszakos magatartással (és szintén egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő) vagy akár a kényszerítés hatósági eljárásban, különösen büntetőügyben való elkövetés esetén.

Ugyanakkor a csekélyebb tárgyi súlyú cselekmények, így a különösen gyakran felmerülő garázdaság vagy a zaklatás integrálása egy jelenleg határozatlan tartamú szabadságelvonással járó és ezáltal a jogrendszerben az egyik legdrasztikusabbnak tekinthető szankció szabályozásába kifejezetten aggályos. Kétségtelen, hogy ezek kapcsán joghézag manifesztálódik, mivel sem a kényszergyógykezelést, sem az Eütv. szerinti kötelező gyógykezelést nem alapozzák meg – mely akkor rendelhető el, ha a büntetendő cselekmény elkövetőjénél a kényszergyógykezelés egyéb törvényi feltételei fennállnak, azonban büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél nem súlyosabb büntetést kellene kiszabni –, ugyanakkor ez a visszasság elsősorban a kötelező gyógykezelés szempontjából vizsgálendő és annak szélesebb körben történő alkalmazhatóvá tételét, nem pedig a szabadságelvonó szankció spektrumának kiterjesztését és potenciálisan parttalanná 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 kritériuma, 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.

Utóbbi követelménnyel 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. Magának a közveszély okozásának, ami természetesen a legalapvetőbb cselekmény e körben, nevesíti és büntetni rendeli a Btk. a szándékos,

⁹ 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.

illetve a gondatlan elkövetését egyaránt, emellett a szakirodalom ide sorolhatónak tekinti a közérdekű üzem működésének megzavarását, melynek szándékosan, illetve gondatlansággal történő megvalósítása ugyancsak felmerülhet. 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 e körbe vonhatóságát. Valamelyest enyhít e körülményen, hogy a szóba jövő cselekmények jellege a társadalomra való kiemelt veszélyességet hordozza magában, továbbá, hogy a bíróságnak döntését mindenekelőtt a tárgyi oldali (objektív) büntetéskiszabási tényezőkre kell alapítania. Megjegyzem azonban, hogy a számításba vehető cselekmények 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) deliktumokat.

A ma felvázolható kép egyik legkirívóbb, újfent helyreállításra váró részletének hazánkban a szankció tartamára vonatkozó rendelkezés tekinthető. Nem csupán indokolt, hanem szükségszerű is az intézkedés relatíve határozott tartamának visszaállítása a büntetés-végrehajtási rendszerben fogatosított szabadságelvonás kapcsán érvényesítendő büntetőjogi alapelvekre, a *nulla poena sine lege (certa)* és az arányosság követelményére, különösképp pedig arra az elvárásra figyelemmel, hogy az intézkedés ne jelenthessen súlyosabb joghátrányt az elkövetőre nézve, mint bármely büntetés, illetve egy beszámíthatatlan elkövető ne kerülhessen (alapjaiban véve) hátrányosabb helyzetbe felmentése és az intézkedés alkalmazása révén, mint egy beszámítható terhelt.¹⁰ Napjainkban is megjelenik viszont az a nézet, mely szerint a szankció határozatlanságára elegendő alapul szolgál a társadalomvédelmi elv és a gyógyítás célja. Ez azonban azt jelentené, hogy a jogalkotó 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. 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. Ahogy a relatíve határozott tartamra vonatkozó, 2010-2013 közt hatályban volt szabályozásból látható volt, nem kizárt

¹⁰ Hozzáteszem, még a relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés intézményesítése esetén sem lesz egy beszámíthatatlan egyén a beszámíthatóval 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 szabadságvesztés büntetés tartamának meghatározásakor a büntetés enyhítésének szabályaira, illetve az ügyben felmerülő enyhítő körülményekre figyelemmel lenne a bíróság. Ezt mégsem látom kifejezetten problémának arra tekintettel, hogy az intézkedés megszüntetésére azonnal sor kell, hogy kerüljön a felső időkorlát elérése előtt is, ha szükségessége már nem áll fenn.

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 nem kényszeríti valamely tudományterület képviselőit indokolatlan, mégis elkerülhetetlen meghasonulásra.

E javaslatom kapcsán áttekintettem azokat a potenciális jogalkalmazási dilemmákat, melyekre a jogalkotó a Btk. indoklásában 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. 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 például az élet, testi épség és az egészség elleni deliktum meghatározó. 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 kifejezetten egyes általános részi rendelkezésekre vonatkoztatva sem idegen a szabályozás logikájától. Ugyanakkor a szabadságelvonással járó szankció *ultima ratio* jellegű alkalmazásának 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.

A relatíve határozott tartamú intézkedés kezdő időpontjának meghatározásában számottevő szerep jut a kényszerintézkedések esetleges beszámíthatóságának. Szabadságelvonó jellegük, valamint esetlegesen az IMEI-ben való fogatosításuk potenciális jelentőségének vizsgálatát követően mégis az érintett gyógyítása megkezdésének szempontját tartom döntőnek, ami alapján kizárólag az előzetes kényszergyógykezelés kell, hogy beszámításra kerüljön, annak törvénybe iktatása mellett. Ezt támasztja

alá egyébként, hogy a felülvizsgálati eljárás lefolytatásának hathónapos határideje és az adaptációs szabadság feltételeként megállapított határidő ugyancsak az előzetes kényszergyógykezelés végrehajtásának kezdő napjától számítandó. A gyógyítás effektív megkezdésének hangsúlyossága a büntetés-végrehajtási törvény (Bv. tv.) azon rendelkezéséből szintén következik, hogy az előzetes kényszergyógykezelésbe a más gyógyintézetben töltött időt be kell számítani, miközben, ha a kényszerintézkedést megelőzően a beteg elmeállapotát az IMEI-ben megfigyelték, ennek tartama nem számítható be.

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 – törvényileg rögzítendő a fiatakorú elkövetőkre nézve a Btk. Általános Részében szereplő speciális, enyhébb elbírálást eredményező büntetéskiszabási szabályok irányadó volta a szankció maximumának meghatározásakor annak érdekében, hogy az érintett elkövetői körön belül ne történjen indokolatlan különbségtétel a beszámíthatatlan és a beszámítható személyek közt. 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. Hozzá kell tenni, hogy ha 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 ellátásáról és kezeléséről, mint felnőttkorúak esetében.

Az intézkedés relatíve határozott tartamának visszaállításakor természetesen 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. 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. 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. A határozatlan idejű szankció bizonytalanságából adódó emberiességi és méltányossági megfontolások szintén amellel szólnak, hogy ne kerüljön sor súlyosan diszkriminatív különbségtételre az egyes érintettek közt aszerint,

hogy kényszergyógykezelésük elrendelésére a kedvezőbb szabályozás életbe lépése előtt vagy után kerül sor.

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. Ennek a Btk.-ban való rendezése a relatíve határozott tartamra vonatkoztatott rendelkezés formájában szintén indokolt.

3. A kényszergyógykezelés felülvizsgálatát érintő javaslatok

A kép viszonylagos teljessége érdekében nem volt mellőzhető a kényszergyógykezelés felülvizsgálata és végrehajtása szabályozási háttérének 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 a Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (*Mental Disability and Advocacy Center, 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 véleményyt adó szakértők (illetve a beteg kezelőorvosának) tárgyaláson való jelenléte, a kényszergyógykezeltek jogi képviselte – melyre nézve az EJE esetjogában megjelent a védő kirendelése és a hatékony jogi segítségnyújtás közti különbségtétel –, valamint az eljárások időtartama mellett elemzésem kiterjedt többek közt a kezelték 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 felülvizsgálat 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, különösen az intézkedés megszüntethetőségéhez a gyakorlatban fűzött további követelményeket.

Megállapításaim közül csupán néhányat kiemelve utalok arra, hogy az elkövetett büntetendő cselekmények közt a személy elleni erőszakos jellegűek egyértelmű dominanciája volt megfigyelhető (97%-ban), ezen belül az élet és testi épség elleniek voltak túlsúlyban: az emberölések és a testi sértések e cselekményi kör 68%-át tették ki. Az IMEI (a kezeltről küldött kórrajzkivonatban) és a kirendelt szakértők egyaránt nyilatkoztak a kényszergyógykezeltek esetében (esetlegesen) fennálló mentális zavarról és annak természetéről. A kezeltek 71%-ánál fordult elő a skizofrénia valamely altípusa, ezek közül leggyakoribbnak a paranoid skizofrénia bizonyult. Az előzetes kényszergyógykezelés alkalmazásának elterjedtségét mutatja, hogy a kutatási időszakban felülvizsgálattal érintett ápoltak 83%-a állt korábban a kényszerintézkedés hatálya alatt. A betegek megközelítőleg 14%-a esetében az intézkedés tartama elérte vagy meghaladta az elrendelés alapját képező (legsúlyosabb) cselekmény büntetési tételének felső határát. Az érintett kezeltek száma is a jogirodalomban korábban megjelent azon megközelítést támasztja alá, hogy a civil pszichiátriai rendszer felkészültségének hiánya és a relatíve határozott tartam elteltét követően az IMEI-ből elbocsátandók ellátására való (feltételezett) alkalmatlansága nem lehet (érdemi) érv a szankció felső időkorlátjának rögzítése ellen. Bár az érintettek száma nem kirívó, az esetükben felmerülő jog- és érdeksérelem a büntetés-végrehajtási rendszerben történő szabadságelvonás tartamára figyelemmel annál inkább az.

Míg a kezeltek online formában történő meghallgatása a Covid-19 járvány idején logikus és az adott körülmények közt alkalmas eszköz volt személyes jelenlétük kiváltására, az egészségügyi kockázatok számottevő csökkenése nyomán különösen előremutatónak tartom azt a korábbi bírósági szakmai gyakorlatom során (2017-ben) 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 védőjükkal 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 rögzített kritériumrendszer kialakításának szükségességére, valamint a bíróság által kirendelt szakértők döntésbe való bevonásának lehetőségére. A beteg megjelenésre alkalmas állapotáról való döntés kapcsán hiányzó iránymutatás, valamint az indokolási kötelezettség és a jogorvoslati lehetőség hiánya önkényességre adhat alapot, miközben a kezelt eljárásban való részvétele alapvető jelentőségű büntetőeljárási garancia. Ugyancsak célszerű az IMEI állásfoglalásának részletes indokolással ellátott – elsősorban a kórrajzkivonatban 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, véleményt adnak a beteg állapotát illetően, reális megoldás lehet, hogy a bíróság arra vonatkozóan is

kérdést intézzon a szakértőkhöz, hogy a kezelt a tárgyaláson megjelenésre alkalmas állapotban van-e, és ez határozza meg az eljárásban való részvételét.

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, amik 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 kezelttekkel 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 beteg elbocsátását követően a protektív háttér, a szociális otthoni férőhely észszerű időben történő biztosítása.

A szakértők tárgyaláson való jelenléte kívánalmának törvényi kötelezettségként való előírása okvetlenül indokolt legalább azokban az ügyekben, amikor álláspontjuk eltér az IMEI-től a kezelt szabadon bocsáthatóságának kérdésében. E körben figyelemmel kell lenni arra, hogy a szakértők (és a kezelőorvos) jelenléte hiányában sem a kényszergyógykezeltek, sem védőik nem intézhetnek hozzájuk kérdést, ami a jogi képviselő hatékony ellátása és a kezelési érdekérvényesítés ellenében hat, míg a bírónak el kellene napolnia a tárgyalást, amennyiben további kérdése merülne fel irányukban. A szakértők részvételének megkövetelése nem ütközne különösebb akadályba sem, hiszen erre akár online formában is sor kerülhet, ahogy a kényszergyógykezeltek eljárásba való bekapcsolódása jelenleg megoldott, ami sem anyagi, sem infrastrukturális szempontból nem eredményezne addicionális terhet a büntető igazságszolgáltatási rendszerre nézve.

A kezelt (hatékony) jogi képviselője szempontjából alapvető jelentőségűnek tartom, hogy a Magyar Ügyvédi Kamara etikai szabályzatával összhangban a (kirendelt) védő éljen a jogorvoslat lehetőségével azokban az esetekben, amikor a kényszergyógykezelte fellebbez a bírói döntés ellen, illetve, amikor a képviselt személy szándéka egyértelműen erre irányul. Amellett, hogy fokozott hangsúlyt szükséges fektetni a védők szakmai tevékenységére, 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 hozzáférhető formában rendelkezésre álljon.

Miközben azzal egyetértek, hogy az IMEI-ben évekig tartó szabadságelvonást követően az elbocsátottak tartósan kompenzált állapotának fenntartása és reszocializációjuk előmozdítása szempontjából fokozott relevanciával bír az akár szociális otthon, akár hozzátartozók révén biztosított protektív háttér, a jogszabály által határozottan szűk körben rögzített követelmény és az ezt valamennyi ügyre kiterjesztő szakértői praxis közt kézzelfogható ellentmondás áll fenn. A Bv. tv. kizárólag a súlyos

betegre, illetve az önálló életvitelre képtelen betegre nézve fogalmazza meg elvárásként, hogy gondoskodni kell hazaszállításáról, illetve szükség esetén kezdeményezni kell a megfelelő gyógyintézetben vagy a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást nyújtó intézményben történő elhelyezését, ami iránt az IMEI főigazgató főorvosa intézkedik. Miközben a jogszabály szövege és a szabályozás logikája egyaránt arra enged következtetni, hogy e kritérium(ok) fennállása esetenként és egyedileg vizsgálendő, 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 hasonló büntetendő cselekményt megvalósítani. Amennyiben a protektív háttér biztosítására irányuló 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, ez az Emberi Jogok Európai Egyezményével kizárólag akkor áll összhangban, ha a késedelem nem nyúlik észszerűtlenül hosszúra és ennek jogrendszerbeli biztosítékai fennállnak. Ezzel összefüggésben utalok arra, hogy a kérelem valamennyi kezelt esetében, akiknek az IMEI az elbocsátását és a szociális otthoni elhelyezését javasolja – de általában a szociális otthonokhoz érkező kérelmek számottevő része is –, 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 a teljesítés sorrendjéről. 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.

Saját kutatásomban 92 tárgyalás alatt 11 elkövető kényszergyógykezelését szüntette meg a bíróság. Az érintettek közt hasonló volt azoknak az aránya, akik hozzátartozójuktól rendelkeztek befogadó nyilatkozattal és azoké, akiket szociális otthonban helyeztek el. 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, emellett a kezelték és az Intézet személyzete számára egyaránt komoly kihívást jelent azáltal, hogy hátrányosan befolyásolja a terápiás kapcsolatot és motivációt. 2023-ban és 2024-ben, e

megállapításoktól feltehetőleg nem teljesen függetlenül, látható volt az IMEI-ből történő elbocsátások arányának a megelőző évek adataihoz viszonyított számottevő növekedése.

4. A kényszergyógykezelés végrehajtásával összefüggő ajánlások

A tárgyalótermi szcénából az IMEI „börtön a börtönben” jellege miatt visszatérő kritikák tárgyát képező milliójébe 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. Míg a kényszergyógykezelés végrehajtásáról, illetve az IMEI feladatairól és működéséről szóló korábbi, 36/2003. (X. 3.) IM rendelet szabályozta az IMEI jogállását, az erre vonatkozó rendelkezések a jelenleg hatályos 13/2014. (XII. 16.) IM rendeletből szembetűnően hiányoznak – csupán az Intézet alapító okirata, valamint szervezeti és működési szabályzata ad iránymutatást –, így az IMEI jogállását napjainkban célszerű lenne (új) jogszabályi szinten rögzíteni.

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 aktuális jellegének megtartása mellett. A kérdés viszont, hogy ez az érvelés a büntetés-végrehajtásban történő fogamosítást tekintve hasonlóan adekvátnak tekinthető-e, megújuló viták tárgyát képezi. Célszerűnek tartom az IMEI egészségügyi keretrendszerbe történő (fokozott) integrálását 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 (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, így az OPNI ismételt megnyitása ugyancsak megfontolásra érdemes lenne.

A CPT 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 nem veszített aktualitásából. Nem hagyható ugyanakkor figyelmen kívül, hogy e jelentés az IMEI-ről korábban készítettektől eltérően (további) 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 fennálló érdemi kérdés viszont a kezeltek kislétszámú elhelyezésének szélesebb körben történő lehetővé tétele, melynek megvalósítása a meglévő kórtermek felosztásával a betegek emberi méltósághoz való jogának védelme, az embertelen bánásmód tilalmának érvényesítése és a szankcióalkalmazás céljának mielőbbi elérése érdekében egyaránt kulcsfontosságú lenne.

A CPT kifejezetten alkalmatlannak minősítette az Intézetet a kóros elmeállapotú fiatakorú 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 helyül kizárólag az IMEI szolgálhat, melynek adottságai és személyzete alkalmas a gyógyítási cél elérésére. A kényszergyógykezeltek túlnyomó többsége azonban kutatásom által is alátámasztottan felnőttkorú, az IMEI rendszere alapvetően az ő kezelésükre és igényeikre tekintettel került kialakításra, és (esetenként) sem a fiatakorúak gyógyításához szükséges materiális feltételekkel, sem e speciális célnak megfelelően képzett személyzettel nem rendelkezik. A hazai szakirodalomban szintén többször felvetődött már, hogy ezen elkövetői kör igényeivel és jogaik védelmével fokozott összhangban állna, ha civil pszichiátriai intézetben kerülhetne sor a kezelésükre.

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. Legyen szó akár a nemzetközi palettáról az egyezmények, határozatok és ajánlások rendelkezései, az EJEB esetjogában megjelent elvárások, valamint az értekezésemben bemutatott 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 kezelteket megillető egyes jogok kapcsán nagyobb hangsúlyt szükséges viszont helyezni a közérthető és szükség szerint ismétlődő tájékoztatás követelményére, mivel a betegek egyes jogaikkal (a CPT megfigyelései alapján) nincsenek tisztában. Ezek közé tartozik az a kezeléssel összefüggő sajátos elem – melynek megvalósulása a kényszergyógykezelés gyakorlatában nem minden kétségtől és ellentmondástól mentes –, hogy míg az ápoló a kezelést egészében véve értelemszerűen nem utasíthatja vissza, annak módzatai, az alkalmazni kívánt egyes beavatkozások tekintetében ez a jog a kényszergyógykezelteket is megilleti. Ilyen helyzetben alappal merül fel, hogy a beteg tiltakozása esetén jogszabályi követelményként kerüljön rögzítésre a (kezelésében részt nem vevő pszichiátertől származó) másodvélemény beszerzésének kötelezettsége.

A korlátozó intézkedések 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 legkirívóbb visszasságként az ezen elvárásokkal való összhang hiánya értékelhető. Mind betegjogi, mind adatvédelmi szempontból kifogásolható továbbá a kezelték elektronikus megfigyelése egyrészt az egyes kórtermekben generális jelleggel (nem konkrét egyénre összpontosulóan), másrészt a mechanikai korlátozás alkalmazása alatt, ami személyzeti hiány esetén sem helyettesítheti a folyamatos személyes megfigyelést. Hozzá kell tenni, hogy a CPT 2010-es megállapításával összhangban a hivatásos állományú személyzet 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 –, így e terület ugyancsak fejlesztésre érdemes.

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 betegek 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 kezeltékre akár az intézményi keretek közti megvalósítás megfontolásával, figyelemmel arra, hogy az érintettek a kényszergyógykezelés megszüntetését követően várhatóan ugyancsak más intézeti környezetbe kerülnek. Emellett a korábbi rendeleti szabályozás még konkrétan megjelölte az Adaptációs Bizottság tagjait (amelynek javaslata alapján a főigazgató főorvos dönt az engedélyezésről), köztük a betegjogi képviselőt. A hatályos jogszabály ehhez képest garanciális szempontból visszalépést jelent, mivel csupán arra utal, hogy a Bizottság tagjait a főigazgató főorvos jelöli ki, diszkrecionális jogkörrel, és az IMEI betegjogi képviselője meghívott résztvevő, akinek jelenléte nem kötelező. A betegjogi képviselő részvételének (ismételt) kötelezővé tételét a kezelték jog- és érdekérvényesítésének előmozdítása végett szükségesnek tartom.

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 látszik leginkább kialakíthatónak. 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 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. 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, a szervezetrendszer létszámnövelése az egyébként is fennálló túlterheltség okán indokoltnak tekinthető. 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 érvényesülhet akár a pártfogó felügyelet körében rögzíthető magatartási szabályként –, mivel a (farmako)terápia folytatásának hiányában állapotuk várhatóan nem tartható egyensúlyban, és a recidíva kockázata szignifikánsan megnő.

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.

5. Záró gondolat

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 tükröként a társadalmunknak? A szabadságelvönő 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- árnyékjátékkel 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.¹¹

¹¹ FOUCAULT, Michel: *A bolondság története* (fordította: Sujtó László), Atlantisz Könyvkiadó, Budapest, 2004. 726.