

Pallo József

„Büntetéstől menten...”

(Gondolatok a kényszergyógykezelés néhány sarokpontjáról)

I.

A kényszergyógykezelés elméleti és gyakorlati beágyazottsága

A magyar büntetőjogban igen korán megjelent a bűncselekménnyé nyilvánítás egyik kötelező elemeként az ép elmeállapot követelménye. Ezzel a kérdéssel már az 1791. évi büntető törvényjavaslat is foglalkozott. A javaslat alapelvi szinten kimondta, hogy nem büntett az, ahol az akarat szabadsága hiányzik; a cselekvés szabadsága nincs meg ott, ahol nem tudják, mit cselekszenek. Majd később: bárki-nek valamely cselekmény csak akkor számítható be, ha szabadon cselekedett, és amit cselekedett, felfogta vagy legalább felfoghatta. Ebből nyilvánvaló, hogy nemcsak az akarat szabadságát (*libertas consilii*), hanem az ítélőképességet (*libertas iudicii*) is figyelembe veszi.¹ Az eljárási rész szerint a szabad akarat hiánya a büntett beszámításától bárkit mentesít; mint ahogy teljes elmezavarodottság miatt (*ob plenam mentis emotionem*), ha a vádlott tébolyodott (*mente captus*), vagy az, akinek világos időszakai (*lucida intervalla*) vannak, a cselekményt roham alatt (*furore durante*) követte el. Ugyancsak mentesít a büntett beszámításától, ha a tett egyenes szándékon kívül esetlegesen támadt részegségben (*in ebrietate, citra intentionem directam fortuito contracta*) vagy más idült testi vagy lelki betegségben, illetve az elmebeli működések annyira heves megzavarodásában (*vehementi sensuum perturbatione*) hajtatott végre, hogy a bűnös tettének legkevésbé sem volt tudatában (*ut delinquens facti sui minime sibi fuerit conscius*).² A javaslat láthatóan előremutató elveket fogalmazott meg, bár mint az ismert, soha nem fogadták el törvényként.

A történeti fejlődésben mérföldkövet jelentő 1843. évi törvényjavaslatban már megjelenik a *büntetéstől menten maradás*, melynek fontosabb esetei az őrültség, betegség miatt a büntethetőség felfogására ideiglenesen a szükséges eszmélettel nem rendelkezés ténye, a tompaelméjűség,³ a siketnémaság, az erőszak és fenyegetés, a végszükség és a jogos védelem.⁴ Klasszikus jogi megközelítéssel találkozhatunk *Pauler Tivadarnál (1816–1886)*, aki szerint bűncselekmény alanya csak ésszel és szabadsággal bíró, büntetőhatalomnak alárendelt ember lehet, aki a kö-

¹ SZÁSZ, Béla: Az 1791-ik évi büntető törvényjavaslat törvényszéki orvosi szempontból, Pécs, 1936. 44. p.

² SZÁSZ, Béla: i. m. 345. p.

³ Amennyiben a bűnösséget kizárja.

⁴ FAYER, László: Az 1843-iki büntetőjogi javaslatok anyaggyűjteménye, MTA, Budapest, 1986. 73. §.

telező szabályokat képes felfogni. Ugyanakkor rámutat arra is, hogy az őrültek és a kisdedek, valamint az állatok sérelmet okozhatnak, de ezt bünként felróni számukra nem lehet.⁵ Kiterjed figyelme a 12. életévüket be nem töltött gyermekekre is, akiket szintén nem lehet büntetni, de szüleiken, illetve felügyelőiken keresztül nem maradhat el a felelősségre vonásuk. Ennek érdekében az illetékes közhatóság feladatkörébe utalja azt, hogy a megérdemelt fenyítés ne maradjon el.⁶

Ebben az időszakban elfogadott álláspont volt, hogy az elmeegógyintézetekbe⁷ a gyógykezelésre szoruló és közveszélyes személyek vehetők fel. Magyarországon tébolydákkal első alkalommal az 1876. évi XIV. törvénycikk foglalkozik. A jogszabály érdeme, hogy humanitárius elvek alapján, a büntetés teljes mellőzésével, preventív közigazgatási intézkedésként jeleníti meg a kényszergyógykezelést.

A szabályozás elveit illetően igen beszédes a következő regula: „*az elmebeteggel szemben csak az okvetlenül jelentkező szükség estén alkalmazhatóak kényszerítő eszközök, melyek a veszély elmúltával megszüntetendők.*”⁸ Ugyanakkor az ön- és közveszélyesség fogalmát nem definiálja a jogszabály, helyette relatív értékelhetőséget biztosít, mely középpontjába nem a betegség súlyosságát állítja, hanem a körülményeket és a környezetet. A tébolyda nem tartotta feltétlenül szükségesnek⁹ a gyógyítást, megelégszik az elmebetegek külvilágtól való elzárásának biztosításával, mellyel a társadalom védelmét szolgálta. Az intézmény igazgatóját óriási felelősséggel terhelte meg a szabályozás, amikor feladatkörébe utalta annak eldöntését, hogy a beteg intézetben tartását bírósági végzés nélkül, de értesítési kötelezettség mellett meghosszabbítsa.

A jogi háttér további alakulását mozdította elő a Csemegi-kódex, mely szerint: „*nem számítható be a cselekvény annak, ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva és emiatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt.*”¹⁰ A Csemegi-kódex tehát megkülönböztette az elmezavart és az öntudatlan állapotot, melyek azonban nem zárják ki egymást, továbbá általános formulaként határozza meg az értelmi tehetség hiányát, azonban nem sorolja fel taxatíván annak egyes formáit. A szabályozás kitért arra is, hogy a 12–16 év közötti személyek, valamint életkortól függetlenül a siketnémák esetén vizsgálni kell a bűnösségi képesség kérdéseit. Továbbra is kizárta a jogszabály a 12 év alattiak büntethetőségét.¹¹ A végrehajtás-gyógyítás szempontjából ez a jogszabály nem ad útmutatást, de a kóros elmeállapot fogalmának büntetőjogba emelésével nagyban hozzájárult a későbbi szabályozás útjának kijelöléséhez. Ez a

⁵ PAULER, Ede: Büntetőjogtan. I. Kötet, Pest, 1872. 70. p.

⁶ FAYER, László: i. m. 80. §.

⁷ Ide értve a közkórházak, klinikák zárt elmeosztályát és az elmebeteget kezelő gyógy-szatóriumot is.

⁸ A közegészségügyi rendelkezésekről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk 17. §.

⁹ A szabályozás természetesen nem zárta ki, hogy a *lehető mértékű javulást* ne segítsék elő.

¹⁰ Csemegi-kódex 76. §.

¹¹ Csemegi-kódex 89. §.

rendszer egészen 1948-ig változatlan tartalommal élt, azonban a III. Büntetőnovella hatályba lépett¹² és értékesíteni kívánta a tettes-büntetőjogi irányzat eredményeit. Ennek megfelelően a beszámíthatatlan, illetve a csökkent beszámítási képességgel rendelkező személyek kezelése érdekében próbált előremutató lépéseket tenni.

E jogszabály külön fejezetet szentel az elmebeteg bűnelkövetők biztonsági őrizetének,¹³ melyet a társadalom védelme érdekében kívánt alkalmazni azon 18. életévüket betöltött személyekkel szemben, akiknél elmebetegségük kizárta a beszámítási képességet.

A biztonsági őrizet egy évig tartott, azonban letelte előtt három hónappal a bíróság újra értékelt és szükség esetén még egy évvel hosszabbított. A processzus az elkövető gyógyulásáig, illetve közveszélyes állapota megszűnéséig tartott. A biztonsági őrizetet többen kritikával illették, így *Schäfer István*, aki arra mutatott rá, hogy az elmebetegség színlelése menekülő út a megtorlás elől szökni igyekvő elkövetőnek,¹⁴ vagy *Horányi Béla (1904–1986)*, aki orvosi szempontok alapján azt emelte ki, hogy a betegre nézve kifejezetten káros hatások érvényesülnek, ha egy rövidebb idejű gyógyulás után még egy évet intézetben kell maradnia.¹⁵

A III. Büntetőnovella megalkotását az a jogalkotói szándék vezérelte, hogy a Csemegi-kódex fogyatékoságait próbálják kiküszöbölni, azonban e szándék nem terjeszkedett túl az ártalmatlanná tételi célon, illetve a közveszélyes állapot megszüntetésén. A biztonsági őrizet bevezetését a XIX. század végének reformirányzatai óta számosan pártfogolták, de ettől függetlenül tényszerűen megállapítható, hogy a korlátozott beszámítási képességet a magyar büntetőjog még 1948-ban sem ismerte.

A sztálini-típusú jogalkotás emblemikus terméke volt a büntető törvénykönyv általános részéről szóló 1950. évi II. törvény (Bt.).¹⁶ E jogszabály nem használja a

¹² A büntető törvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról szóló 1948. évi XLVIII. törvénycikk, amely értelemszerűen a Csemegi-kódex módosítását jelenti. A jogszabály korábbi novelláris módosításai voltak: az 1908. évi XXXVI. törvénycikk (I. Büntetőnovella), illetve az 1928. évi X. törvénycikk (II. Büntetőnovella).

¹³ A kodifikáció során élénk szakmai tevékenység bontakozott ki, melynek eredményeképpen a Jogász Szakszervezet büntetőjogi bizottsága *Kádár Miklóssal (1904–1971)* az élen egy komplex javaslatot készített. Ebben az anyagban eredetileg *gyógyító őrizet* szerepelt, mely szabályozta a közveszélyes személyek kezelését és lehetőséget adott a feltételes szabadon bocsátásra is. Rendelkezett arról is, hogy a csökkent beszámítási képességűeket hogyan kell gyógyító őrizetben tartani. A jó szándékú és európai színvonalú javaslat csak töredékében valósult meg a III. Büntetőnovella keretei között.

¹⁴ SCHÄFER, István: Biztonság vagy gyógyítás?, *Jogtudományi Közlöny*, 1948. 3. szám. 34. p.

¹⁵ HORÁNYI, Béla: Az új büntetőnovella elmeorvosi szempontból, *Jogtudományi Közlöny*, 1948. 2. szám 13. p.

¹⁶ Ez a jogszabály helyezte hatályon kívül a Csemegi-kódex még életben lévő rendelkezéseit. A különös rész anyagát rendszerbe foglaló *Hatályos anyagi büntető jogszabályok hivatalos összeállítása (BHÖ)* két kiadása (1952. és 1958.) nem oldotta meg a problémákat, csak használható formában foglalta össze a joganyagot.

beszámíthatóság kifejezést, azonban a büntethetőség alól kivon minden olyan elkövetőt, aki elmebeli állapota vagy öntudatzavara miatt képtelen volt cselekménye társadalomra veszélyes következményeit felismerni, illetve akaratának megfelelő magatartást tanúsítani. Ugyancsak ezen megítélés alá tartoznak azon elkövetők, akik a büntettet kényszer vagy fenyegetés hatására hajtották végre, feltéve, hogy az akaratuknak megfelelő magatartásra ezek a körülmények őket képtelenné tették. A Btá. is szabályozta a biztonsági őrizet intézményét, azonban az 1948-as szabályozáshoz képest rugalmasabb szemléletmóddal történt mindez. Lényegét tekintve a bűnismétlés veszélyétől már nem független az intézkedés elrendelése, hanem a közveszélyes állapotú elmebetegnek kellett büntett elkövetése esetén biztonsági őrizetbe helyezni.

Ez a fajta eltérés abból látható, hogy a Btá. csak abban az esetben tette kötelezővé a biztonsági őrizet alkalmazását, ha az elkövető elmeállapota miatt feltételezhető az újabb hasonló bűncselekmény elkövetése. A biztonsági őrizetet meg kellett szüntetni, ha az elkövető közveszélyes állapota megszűnt.¹⁷ Tehát a Btá. igyekezett korrigálni a III. Büntetőnovella azon hibáját, hogy a bűnismétlés veszélyétől függetlenül elrendelte az intézkedés alkalmazását.¹⁸ Ugyanakkor arra is rá kell mutatni, hogy a büntett-vétség megkülönböztetés elvetésével megszűnt az őrizet elrendelése mellőzésének az a lehetősége is, amelyet a III. Büntetőnovella még szabályozhatott. A magyar jogfejlődésben itt jelenik meg először a büntethetőséget kizáró és megszüntető okok közti különbségtétel, mely magába foglalja a beszámítást kizáró okot is. A Btá. tíz éven keresztül alapját képezte a magyar büntetőjognak, és első alkalommal hirdette meg a rövid tartamú szabadságvesztések kiküszöbölésének programját.¹⁹ Ugyanakkor azt is jelezni kell, hogy színvonalában, fejlettségében nem léphetett a Csemegi-kódex nyomdokaiba, az aktuálpolitikával erősen átszótt és emiatt deformált jogalkotás egyik tipikus példajaként vonult be a magyar jogtörténetbe.

A büntetőjog átfogó kodifikálásának eszméje már a Btá. megalkotásának idején is napirenden volt, melyet hitelesen bizonyít, hogy a Magyar Tudományos Akadémia 1955. évi nagygyűlésén az egyik téma e joganyag megújítása volt. Az érdemi munka 1957-ben kezdődött meg, amikor főleg elméleti jogászokból álló szakmai csoport²⁰ foglalkozott a feladattal, akik abból indultak ki, hogy a legjelentősebb módosítás a büntetési rendszer vonatkozásában szükséges.

Az 1961. évi büntető törvénykönyv²¹ már úgy rendelkezik, hogy büntethetőséget kizáró oknak minősíti az olyan elmebetegséget, gyengeelméjűséget és

¹⁷ Btá. 49. §.

¹⁸ A Btá.1. §-a szerint ugyanis a közveszélyes állapotú (*elmeállapotánál fogva alaposan feltehető, hogy újabb büntettet követ el*) elmebetegnek kell büntett elkövetése miatt biztonsági őrizetbe helyezni.

¹⁹ GYÖRGYI, Kálmán: Büntetések és intézkedések, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984. 58. p.

²⁰ GYÖRGYI, Kálmán: i. m. 64. p.

²¹ A Magyar Népköztársaság büntetőtörvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvény

tudatzavart, amely az elkövetőt képtelenné tette cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére, vagy e felismerésnek megfelelő cselekvésre. Ebben a szabályozásban váltja fel a biztonsági őrizetet a kényszergyógykezelés megnevezés, amely egyértelműen tükrözi azt a megváltozott szemléletet, hogy a cél elsősorban a beteg gyógyítása. Ugyanakkor nem volt egyöntetű az új terminológia fölötti öröm, mert *Schulteiszt Emil (1899–1983)* arra utalt, hogy a régi jogintézmény elhagyása aggályos elemeket vet fel, melyeket a kényszergyógykezelés nem tud helyre tenni.²² *Szabó András (1928–2011)* azt fejtette ki, hogy a kényszergyógykezelés egy részben büntetőjogon kívüli eszköz, mert csak az elrendelése tartozik ide, azonban a végrehajtás egészségügyi orvosi szakfeladat.²³ A jogszabály a beszámítási képességgel nem rendelkező elkövetővel szemben rendeli alkalmazni a kényszergyógykezelést, feltéve, hogy fennáll a bűnismétlés veszélye. A végrehajtásnak két módja volt, egyrésztől lehetőség nyílt az erre a célra kijelölt egészségügyi intézetben való végrehajtásra, másrészt mód volt a gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásra. A foganatosítás helyszínét az elkövetett cselekményhez rendelt büntetési tétel határozta meg. Annak lehetünk tanúi, hogy ez a szabályozás a Btá. *akaratainak megfelelő magatartás* kifejezést korrigálja. A törvényszövegben nem szerepel a beszámíthatóság kifejezés, ezt a tudomány művelői dolgozták ki oly módon, hogy ide sorolták az elmebetegséget, a gyengeelméjűséget és tudatzavart, továbbá a kényszert és fenyegetést. Látható, hogy a Btá.-hoz képest a gyengeelméjűség külön kategóriaként jelenik meg, és a születéstől fennálló agyi károsodást jelenti.

A kényszergyógykezelésre vonatkozó szabályokat kisebb mértékben módosította az 1971. évi novella,²⁴ mert lehetőséget teremtett az elrendelés mellőzésére vétség esetén, ha az a társadalom védelme szempontjából szükségtelen.

Az új terminológia szerinti jogintézmény (kényszergyógykezelés), illetve annak alkalmazása élénk vitákat indított meg a törvény hatályba lépése után; érdekes például a Gárdai Gyula, Vígh János szerzőpáros munkája, akik azt sürgették, hogy a kényszergyógykezelést ki kell terjeszteni a nemi aberráltság eseteire is.²⁵ A kiterjesztéssel ellentétes álláspontra helyezkedik *Farkas Sándor*, aki amellett érvel, hogy csak a súlyos, erőszakos bűncselekmények estén alkalmazható a jogintézmény.²⁶ További szűkítés melletti álláspontot képvisel *Szabóné Nagy Terézia*, mert indokolatlannak tartja a vétségek elkövetőivel szemben elrendelt kényszergyógykezelést.²⁷ Szabó András szerint a büntetőjog hatókörében kell elhe-

²² NAGY, Ferenc: Intézkedések a büntetőjog szankció rendszerében, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1986. 210. p.

²³ SZABÓ, András: A beszámíthatóság és korlátozott beszámíthatóság kodifikációs kérdései, Jogtudományi Közlöny, 1955. 2. szám, 36. p.

²⁴ A Büntető Törvénykönyv kiegészítéséről és módosításáról szóló 1971. évi 28. számú törvényerejű rendelet.

²⁵ GÁRDAI, Gyula – VÍGH, János: Észrevételek a büntetési rendszerünk problémáihoz, Magyar Jog, 1969. 234. p.

²⁶ FARKAS, Sándor: A büntetőjog néhány időszerű kérdése, Magyar Jog, 1969. 345. p.

²⁷ SZABÓNÉ NAGY, FERENC, Terézia: Vétség – büntett – súlyos büntett, Magyar Jog, 1977. 67. p.

lyezni a beszámíthatatlan elkövetők kezelését, azonban jogi helyzetüket a büntetés-végrehajtási jogszabályok között kell szabályozni.²⁸ A kényszergyógykezelés büntetőjogi keretek között való fenntartását *Berkes György* szerint csupán az indokolja, hogy zárt körülmények között, a büntetés-végrehajtási szervezet feladataként jelenik meg.²⁹ Érdekes és egyben elgondolkodtató álláspontot képvisel *Horváth Tibor*, mert szerinte büntetőjogi felelősség hiányában nem lehet büntetőjogi intézkedésről beszélni, sokkal inkább a büntető eljárás során kiteljesedő államigazgatási kényszerintézkedésnek tekinti a kényszergyógykezelést.³⁰

A jogfejlődésben a következő állomás az 1978. évi IV. törvényben megjelenő büntető törvénykönyv vonatkozó rendelkezése.³¹ Eszerint nem büntethető, aki a cselekményt elmeműködésének olyan kóros állapotában – így különösen elmebetegségben, gyengeelméjűségben, szellemi leépülésben, tudatzavarban vagy személyiségzavarban – követi el, amely képtelenné teszi a cselekmény következményeinek felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék. A jogszabály a beszámítási képességet kizáró biológiai okokat a kóros elmeállapot gyűjtőfogalomba vonja össze, és egyidejűleg kinyilvánítja, hogy a beszámíthatóságnak szélesebb értelmet tulajdonít, mint a kóros elmeállapot felsorolt elemei. Elmebetegségen jellemzően tartós megbetegedést értünk, amely a magasabb rendű idegműködés súlyosabb zavarait előidézne a beteg gondolati, akarat- és érzelmi világára is kihat. A Btk. leszűkítette a kényszergyógykezelés elrendelésének feltételeit, és a végrehajtás korábbi két módjához képest csak az erre kijelölt zárt intézetben lehet foganatosítani az intézkedést. Azonban a gyakorlat szerint az elrendelés kizárt, ha a cselekmény elkövetése idején még nem volt az érintett beszámítási képességet kizáró gondnokság alatt.³² A végrehajtás tekintetében a büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi 11. sz. törvényerejű rendelet (Bv. tvr.), illetve a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az IMEI feladatairól és működéséről szóló 36/2003. (X. 3.) IM rendelet tartalmaz alapvető rendelkezéseket.

A 2010-től megindult büntetőjogi kodifikáció során több felvetés született a kényszergyógykezelést illetően, melyek lényegét az alábbiakban mutatom be.

Az első modus a határozatlan idő fenntartását tartja követendőnek. Ennek előnye a társadalom védelmének kiteljesedése, az átlagos kezelési idő (5 év) eltelté után pedig a civil szférában, de a beteg állapotához igazodó körülmények (zárt pszichiátriai osztály, elme szociális otthon) közötti elhelyezés. Hátránya, hogy néhány esetben a beteg a cselekményétől függetlenül hosszabb ideig kényszergyógykezelést, mintha bűncselekmény miatt elítéltként töltene szabadságvesztés büntetést.

²⁸ VÓKÓ, György: A magyar büntetés-végrehajtási jog, Dialóg Campus Kiadó, Pécs, 2001. 330. p.

²⁹ BERKES, György: A pszichopata bűnelkövetők kezelése, Magyar Jog, 1969. 23. p.

³⁰ NAGY, Ferenc: i. m. 155. p.

³¹ A büntető törvénykönyvről szóló, többször módosított 1978. évi IV. törvény (Btk.) 24. §.

³² BH1992.747.

Elképzelhető az a megoldás is, mely lehetőséget ad a kényszergyógykezelés minimális idejének korlátozására az eljáró bíróság hatáskörében. A megoldás előnye, hogy érvényre jut a társadalmi igazságosság, és nem merülnek fel a határozatlan idővel kapcsolatos humanitárius kifogások.

A harmadik megoldás a kényszergyógykezelés maximális idejének korlátozása, melynek előnye, hogy a terhelt jogbiztonsága erősödik, a cselekménye meghatározza a várható következményeket, és nincs kiszolgáltatva a pszichiáterek és a pszichiátriai igazságügyi szakértők *szabad akaratának*. Hátránya, hogy a pszichiátriai megbetegedések nem gyógyulnak úgy, hogy határozott időn belül megfelelő kompenzációt mutassanak. Ez a szakmai megfontolás azzal az eredménnyel jár, hogy olyan betegek kerülnek a törvény hatályánál fogva szabadlábra, akik a társadalomra veszélyesek. Ennek következményeként az várható, hogy a kényszergyógykezelésen átesettek bűnismétlési gyakorisága szignifikánsan növekedni fog.³³ Magyarországon közel húsz éve az IMEI kivételével nincsenek zárt pszichiátriai intézmények. Az egészségügyi ágazat fennhatósága alá tartozó pszichiátriákra az Eütv. vonatkozik. Sem a közvetett, sem a közvetlen veszélyeztető állapot nem azonos a kényszergyógykezelés feltételeként megszabott jogi követelménnyel, ezért a jelenlegi pszichiátriai ellátás a bűnismétlés veszélyét képtelen kezelni. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a kényszergyógykezelés idejének határozottá tételével eleget tudunk tenni az erre vonatkozó nemzetközi emberi jogi elvárásoknak.

Az elmeorvosok és jogi szakemberek vitájából 2009-ben még a jogászok kerültek ki győztesként, mert a Btk. módosításáról szóló 2009. évi LXXX. törvény a határozott idejű megoldást emelte be a magyar jogrendbe. Az inga azonban átlendült, mert az átfogó igazságszolgáltatási reform eredményeként³⁴ megszületett a büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény, amely ismételten a határozatlan ideig tartó kényszergyógykezelést vezette be a 78. §-ában rögzített regulával. A gyakorlatban mindez azt jelenti, hogy a kezelést addig kell folytatni, amíg a szükségessége fennáll. Ez pedig addig az időpontig tart, amitől már nem kell attól tartani, hogy olyan újabb büntetendő cselekményt követ el az érintett személy, amely miatt kényszergyógykezelés elrendelésének lenne helye. Tehát itt is tetten érhető a jogintézmény egyik nagy ellentmondása, mely szerint egy alapvetően speciális orvosi szakkérdésről van szó, amelyet jogi köntösbe öltöztetve kívánunk megoldani.

Ha már szóba került az átfogó igazságszolgáltatási reform, akkor nem hagyhatjuk említés nélkül, hogy megszületett a 2015. január 1-én hatályba lépő új bv. törvény. A tervezetet T/13096 számon tárgyalta az Országgyűlés, majd 2013. december 17-én fogadta azt el. A *büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény* a Magyar Közlöny 2013. évi 218. számában jelent meg december 23-án. E jogszabály

³³ A BVOP közlése alapján jelenleg ez 15 éves után-követési vizsgálat alapján 4,5 %.

³⁴ A tervezetet T/13096 számon tárgyalta az Országgyűlés, majd 2013. december 17-én fogadta azt el. A *büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény* a Magyar Közlöny 2013. évi 218. számában jelent meg december 23-án.

a kényszergyógykezelés végrehajtásának elveit megtartva több helyen az adekvát szemlélethez igazodó kisebb változásokat vezet be a praxis számára.

II.

Európai elvárások

Az európai követelményeket jórészt az Európa Tanács (ET) ajánlásai rögzítik, ám ezek a szó valódi értelmében véve nem minősülnek jogforrásoknak, legfeljebb az ún. *puha jog* (*soft law*) kategóriájába tartoznak, noha egyébként kimutatható a tagállami törvényhozásokra gyakorolt hatásuk. Külön le kell szögezni, hogy ezen ajánlások jelentős része csak a kötelező pszichiátriai kezelést szabályozza, de az egyes rendelkezéseken belül az ET *expressis verbis* kimondja, hogy mely szabályokat lehet a bünvádi eljárás során elrendelt, mentálisan zavart személyeket érintő kezeléseken alkalmazni.³⁵

Az ajánlások mellett szólni kell az ET keretében elfogadott két, büntetés-végrehajtási jogi relevanciával is bíró, emberi jogi tárgyú nemzetközi egyezményről. Ezek az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény (Egyezmény)³⁶, valamint az 1987-ben „elfogadott „A kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény” (Kínzás elleni egyezmény).³⁷ Ez utóbbi az emberi méltósághoz való jog érvényesülését hivatott biztosítani azokon a helyszíneken, ahol szabadságuktól a közhatalom által megfosztott személyek vannak.³⁸ Az Egyezmény cikkei közül a 3. és az 5. cikkek azok, amelyek különös jelentőséggel bírnak a mentális rendellenességük, vagy fogyatékoságuk miatt fogva tartott, illetve kényszergyógykezelt személyeket illetően.³⁹

Az Egyezmény végrehajtását az EJEB hivatott biztosítani, melynek joghatósága kiterjed – azon államok tekintetében, amelyek ezt elismerték – az Egyezmény értelmezésére és alkalmazására. Az EJEB többször is hangsúlyozta, hogy az Egyezmény élő dokumentum, melyet a mindenkori körülmények figyelembevételével kell értelmezni, ugyanakkor a zárt pszichiátriai intézetekben való fogvatartásról pedig kimondta, hogy „az alárendeltség és tehetetlenség ama állapota, amely a pszichiátriai intézetekben fogva tartott személyeket jellemzi, fokozott figyelemre int az Egyezmény betartásának vizsgálatakor.”⁴⁰

³⁵ Ennek nyilvánvaló oka az, hogy sok országban a kényszergyógykezelés mint büntetőjogi intézkedés, nem is létezik.

³⁶ Magyarországon kihirdetve az 1993. évi XXXI. törvénnyel.

³⁷ Magyarországon kihirdetve az 1995. évi III. törvénnyel.

³⁸ Kínzás elleni egyezmény, I. fejezet, 2. cikk.

³⁹ Senkit sem lehet kínzásnak, vagy embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni. (3. cikk.)

⁴⁰ Herczegfalvy v. Ausztria, alkalmazási szám: 10533/83, ítélet: 1992. szeptember, 24., 82. szakasz.

A Kínzás elleni egyezmény végrehajtását a CPT ellenőrzi. A CPT munkatársai időszakos vagy rendkívüli látogatásokat tehetnek a büntetés-végrehajtási intézményekben,⁴¹ de egyéni panasszal is lehet hozzájuk fordulni, különösen, ha fennáll a lehetősége, hogy az ügyben a hatóságok nem járnak el megfelelően. A CPT és a tagállami hatóságok tagjait az eljárás során együttműködési és titoktartási kötelezettség terheli.⁴² A CPT munkáját az ellenőrzött tagállam aktívan köteles segíteni. A strasbourgi székhelyű bíróság eddigi joggyakorlata során három olyan követelményt nevezett meg, amelyeknek mindenkor fenn kell állniuk, ha az egyént mentális rendellenessége miatti közveszélyessége folytán személyes szabadságától megfosztják. E három követelményt az EJEB először a *Winterwerp* kontra Hollandia ügyben⁴³ fogalmazta meg, és ezekre *Winterwerp kritériumok* (*Winterwerp criteria*) néven többször is hivatkozott az egyes ítéleteiben.⁴⁴ A feltételek az alábbiak:

- az intézkedés alanyának bizonyíthatóan értelmileg sérültnek kell lennie (értelmi fogyatékosnak vagy elmebetegnek), mely sürgős szükség esetén utólag is megállapítható;
- a szabadságelvonást előzetes orvosi vizsgálatnak kell megelőznie, mely valódi mentális rendellenességet mutat ki;
- a betegségnek olyan súlyúnak kell lennie, amely indokolja a szabadságelvonással járó intézkedés elrendelését.

E három követelményen túlmenően azonban a tagállamok széles mérlegelési joggal rendelkeznek a tekintetben, kit tartanak olyan elmeállapotúnak, akivel szemben a személyi szabadság korlátozása megengedett.⁴⁵

A szabadság elvonására irányuló eljárással nem céloz részletesen foglalkozni, lévén, hogy a tanulmány nem szorosan ezzel a témával foglalkozik. Szükséges azonban legalább két dolgot megemlíteni. Először is azt, hogy a kényszergyógykezeltek kényszerbeutalására irányuló eljárásnak – lévén, hogy szabadság megvonással jár – szintén jogilag szabályozottnak kell lennie. Érdemes ezzel kapcsolatban felidézni az EJEB egyik döntését, amely kimondta, hogy *„amikor a szabadság megvonásáról van szó, különösen fontos, hogy a jogbiztonság követelménye érvényesüljön. Ezért lényeges, hogy a szabadságelvonás feltételeit a hazai jog világosan meghatározza, valamint hogy a jogalkalmazás kiszámítható legyen, ezzel eleget téve a törvényesség Egyezményben foglalt követelményének, amely szerint a szabályozásnak kielégítően pontosnak kell lennie*

⁴¹ Kínzás elleni egyezmény, III. fejezet, 7-9 cikk.

⁴² Vö. LUKÁCS Krisztina: CPT látogatások Magyarországon, Collegium, 2007. 2-3. szám, 91. p.

⁴³ *Winterwerp v Hollandia*, alkalmazási szám: 6031/73, ítélet: 1979. október 24.

⁴⁴ Például a *Kolanis*-ügy indoklása során (*Kolanis v. Egyesült Királyság*, 67. szakasz, alkalmazási szám: 517/02, ítélet: 2005. június 21.)

⁴⁵ Az Egyezmény 1940-es években lefektetett szövege még az „elmebeteg” (*persons of unsound minds*) kifejezést használja, ám ez terminológia ma már elavult, s így napjainkban az elzárást megalapozó elmeállapotot inkább már egy bizonyos mértéket meghaladó mentális zavarként vagy fogyatékosként (*mental disabilities*) szokás meghatározni.

*ahhoz, hogy az egyén – amennyiben szükséges megfelelő jogi tanácsadás révén – az adott helyzetben, ésszerű mértékben előre láthassa magatartásának következményeit.*⁴⁶

A kényszergyógykezelés elrendelésének, mint bármely más szabadságelvonó intézkedésről való döntés meghozatalának, *gyorsnak* kell lennie. Egész pontosan az EJEB azt mondta ki, hogy „*a bíróság – az eljárás megindulását követően – kelő gyorsasággal döntsön az elzárás törvényességét, illetve – amennyiben a törvényes feltételek hiányoznak – megszüntetését illetően.*”⁴⁷ A mentális fogyatékoság valamely fajtájának pusztán diagnosztizálása önmagában még nem elegendő ahhoz, hogy valakit szabadságától megfossszanak, vagy vele szemben a szabadságelvonást fenntartsák.⁴⁸ Ennek előfeltétele ugyanis az egyén mentálisan zavart, illetve fogyatékos állapotának folyamatossága. Az EJEB kifejtette: ha már nem áll fenn a szabadságelvonást szükségessé tévő fajtájú vagy mértékű fogyatékoság, az illető személyt el kell bocsátani a fogva tartó intézményből.⁴⁹

Az Eriksen-ügyben⁵⁰ hozott döntés szerint az érintett (norvég) hatóságok nem sértették meg a fogvatartott szabadsághoz való jogát azzal, hogy a pszichiátriai állapota miatt elrendelt biztonsági őrizet időtartamának lejárta után őt még további 3 hónapra fogva tartották, tekintettel arra, hogy ezt az intézkedés meghosszabbításáról való döntés meghozataláig szükségesnek ítélték meg. Az indoklás szerint a konkrét esetben arra lehetett következtetni, hogy az illető nyomban a szabadlábra helyezése után visszaesővé fog válni (ami utóbb be is következett). Hasonló döntés született egy másik ügyben is, amelyben az EJEB kimondta, hogy nem sérti a szabadsághoz és biztonsághoz való jogot az, ha a bíróság által elrendelt kényszergyógykezelés időtartamának lejárta után, az intézkedés meghosszabbításáról való döntés meghozataláig még több mint 1 hónapig fogva tartják a kényszergyógykezelt személyt, feltéve, hogy az elzárás hatályának fenntartása megfelel a hatályos büntetőeljárás törvény rendelkezéseinek.⁵¹ Egy több mint 1 éves fogvatartást azonban már semmilyen körülmények között nem tart jogszerűnek az EJEB.⁵²

Nemcsak a kényszergyógykezelés meghosszabbításáról szóló döntés meghozatalával, hanem az annak alapjául szolgáló felülvizsgálatok lefolytatásával való késlekedés is az Egyezmény sérelmére vezethet adott esetben.⁵³ Magáról a

⁴⁶ Kawka v. Lengyelország, 49. szakasz, alkalmazási szám: 2587/94, ítélet: 2001. január 9.

⁴⁷ Musial v. Lengyelország, 43. szakasz, alkalmazási szám: 28300/06, ítélet: 1999. március 25.

⁴⁸ Winterwerp v. Hollandia, 39. szakasz

⁴⁹ Vö: Van der Leer v. Hollandia, alkalmazási szám: 11509/85, ítélet: 1990. február 21.

⁵⁰ Emberi Jogi Füzetek 1998/3. 38–40. pp. – Idézi: TÓTH Mihály: A magyar büntetőeljárás az Alkotmánybíróság és az európai emberi jogi ítélkezés tükrében, KJK-Kerszöv, Budapest, 2001. 220. p.

⁵¹ Rutten v Hollandia elleni ügye, ítélet: 2001. július 24., <http://www.lb.hu/embjog/cj003201.html>

⁵² Vö. Musial v. Lengyelország ügy.

⁵³ Magalhaes Pereira v. Portugália elleni ügye, ítélet: 2002. február 26., <http://www.lb.hu/embjog/cj000902.html>

felülvizsgálat tartalmáról szólva pedig kimondták, hogy ennek „elég széleskörűnek kell lennie ahhoz, hogy mindazon körülményeket figyelembe vegye, amelyek az Egyezmény szerint elengedhetetlenek az elmezavarban szenvedő személy törvényes fogvatartásához, különös tekintettel arra, hogy azok az indokok, amelyek az efféle szabadságelvonást előzetesen igazolják, megszűnhetnek.”⁵⁴

Az EJEB álláspontja szerint, ha valaki a büntetőjogi felelősség alól kóros elmeállapota miatt mentesül, a bíróság által vele szemben elrendelt bármely szabadságelvonás csak akkor törvényes, ha azt kórházban, klinikán vagy más megfelelő intézetben hajtják végre.⁵⁵ Így például az Egyezmény 5. cikke 1. pontjának sérelmére vezet az, ha az elmebeteg elkövetőt hosszú időn keresztül a kényszergyógykezelésre alkalmatlan büntetés-végrehajtási intézet pszichiátriai részlegében tartják fogva.⁵⁶

A büntetés-végrehajtási intézet általában nem tekinthető az elmebetegek őrizetben tartására alkalmas intézménynek. Ezért is mondta ki még az 1987-es Európai Büntetőszabályzat, hogy az elmebetegnek minősített személyeket nem szabad bebörtönözni, hanem mihamarabb intézkedni kell a megfelelő elmeógyógyintézetbe történő átszállításukról.⁵⁷ Ezzel szemben az új Európai Börtönszabályok (2006) elviekben már nem zárja ki, hogy az ilyen személyeket alkalmasint büntetés-végrehajtási intézetben tartsák fogva, viszont előírja, hogy helyzetüket és szükségleteiket külön szabályokkal rendezzék.⁵⁸

Az ET ugyanakkor még mindig azt tartja a legkívánatosabbnak, hogy a mentálisan beteg személyeket, akiknek állapota összeegyeztethetetlen a börtönben történő fogvatartással, speciális, e célra kijelölt intézményekben (forenzikus klinikákon) helyezték el.⁵⁹

A szabadságvesztés végrehajtása során megzavarodott elméjű fogvatartottakat szintén elmeógyógyintézetekben vagy az intézetek szakosított részlegeiben, illetőleg szakosított büntetés-végrehajtási intézményekben kell elhelyezni.⁶⁰ A Börtönszabályok továbbá azt is kimondják, hogy a büntetés-végrehajtás közegében működő egészségügyi szolgáltatnak biztosítania kell minden olyan fogvatartott pszichiátriai kezelését, akinek ilyen terápiára van szüksége, és kiemelt figyelmet kell fordítania az öngyilkosság megelőzésére.⁶¹

A mentálisan beteg fogvatartottak speciális kezelési igényeit sem az új Börtönszabályok, sem a korábban hatályos Büntetőszabályzat nem részletezte különösebben.

⁵⁴ Wassink v. Hollandia, alkalmazási szám: 12535/86, ítélet: 1990.09.27, 58. szakasz

⁵⁵ Winterwerp v. Hollandia, 39. szakasz.

⁵⁶ Ld. Aerts Belgium elleni ügye, ítélet: 1998. július 30., <http://www.lb.hu/embjog/ej005898.html>

⁵⁷ Európai Büntetőszabályzat (Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1991.), 100. 1. pont.

⁵⁸ Vö. Új európai börtönszabályok és magyarázatuk (a továbbiakban: Börtönszabályok), összeállította: *Vókó György*, Ügyészek Országos Egyesülete, Budapest, 2007. 12. 2. Szabály.

⁵⁹ Vö. Börtönszabályok, 12. 1. Szabály.

⁶⁰ Vö. Börtönszabályok, 47. 1. Szabály.

⁶¹ Vö. Börtönszabályok, 47. 2. Szabály.

Érdemes azonban felidézni az 1987-es ajánlás kommentárját, mely szerint: „Az e kategóriába tartozó fogvatartottak kezelésével és gondozásával megbízott minden alkalmazottnak különleges képzettséggel és gyakorlattal kell rendelkeznie. Ez különösen fontos olyan intézményekben, ahol a források elégtelensége nem teszi lehetővé a szóban forgó fogvatartottak szükségleteinek kielégítését vagy a vezetésre háruló feladatok teljesítését. E terület fontossága és problematikus jellege indokoltá teszi, hogy a vezetés állandó orvosi és vezetői felügyeletet gyakoroljon a problémák és az egyéni esetek felett. Nagyon fontos, hogy a pszichiátriai kezelés a szabadon bocsátást követően is folytatódjon.”⁶²

A kényszergyógykezelés foganatosítására az ET 2004-es ajánlása⁶³ irányadó. Ennek során a beteget, illetve képviselőjét mind írásban, mind szóban tájékoztatni kell a jogairól, illetve arról, hogy milyen jogorvoslati lehetőségek állnak a beteg rendelkezésére. Rendszeresen és kielégítően kell informálni a kezelés alá vont személyt a kezelés okáról, szükségességéről, tartamáról és befejezéséről.⁶⁴

A mentálisan sérült személyt nem szabad korlátozni abban, hogy az ügyvédjével, képviselőjével, vagy a hatósággal kommunikáljon. Tilos továbbá indokolatlanul korlátozni abban, hogy egyéb látogatókat fogadjon, ám ilyen esetekben pszichiáter közreműködését is biztosítani kell.⁶⁵

A kezelés eredményességének alapfeltétele és kötelező eleme a szakképzett személyzet és a személyre szabott kezelési terv, mely elkészítésénél, ha lehetőség van rá, figyelembe kell venni az érintett véleményét is.⁶⁶ A kezelésnek lehetőleg a beteg beleegyezésén kell alapulnia, vagy ha nem rendelkezik a döntés meghozatalához szükséges belátási képességgel, akkor a törvényes képviselője által adott felhatalmazáson.⁶⁷ A magyar jogban a fentebb említett elveket az Eütv. részletesen is tartalmazza, mely alapján elmondható, hogy a hazai szabályozás megfelel az ajánlásban rögzítetteknek.

Az elmebetegek kezelésével foglalkozó rekomendasiók közül megemlítendő még az Európa Tanács 1983-as ajánlása.⁶⁸ E dokumentum rögzíti, hogy olyan kezelést, amelyet az orvostudomány még nem ismert el általánosan, vagy amely a tartós agykárosodás okozásának vagy a beteg személyisége megváltozásának komoly veszélyével jár, csak akkor lehet alkalmazni, ha az orvos feltétlenül szükségesnek tartja és a beteg – tájékoztatás után – kifejezetten beleegyezik.

⁶² <http://web.t-online.hu/barabbas/tananyag/eu-bosz/eu-bosz/magyarazatok/htm#Elmebeteg-%C3%>

⁶³ R (2004) 10 számú Ajánlás a mentális problémákkal küzdő személyek emberi jogainak és méltóságának védelméről

⁶⁴ Vö. uo. 22. számú Szabály.

⁶⁵ Vö. uo. 24. számú Szabály.

⁶⁶ Vö. uo. 12. számú Szabály.

⁶⁷ Vö. uo. 12. számú Szabály .

⁶⁸ R (83) 2 számú Ajánlás az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogi védelméről (Elfogadta a Miniszteri Bizottság 1983. február 22-én, a miniszteri megbíztottak 356. ülésén)

Ha a beteg nem képes megérteni a kezelés jellegét, az orvos a kérdést döntés végett törvényben meghatározott független hatóság elé terjeszti, amely kikéri a beteg jogi képviselőjének véleményét.⁶⁹ Tilos a gyógykezelt, elmebetegségben szenvedő személyeken olyan termékek és terápiák klinikai tesztelése, amelyeknek nincs pszichiátriai kezelési célzata.⁷⁰ Külön meg kell említeni az elektrosokk terápiát, melyet a CPT kiemelt figyelemmel vizsgál ellenőrzései során, hangsúlyozva azt is, hogy alkalmazása összhangban álljon a modern pszichiátria gyakorlatával, azaz mindig gyengített formában történjen a kezelés. Az EJEB egy eseti döntésében kifejtette, hogy a kórháznak képesnek kell lennie arra, hogy a beteg felett elbocsátása után bizonyos mértékű felügyeletet gyakoroljon, és ennek érdekében az intézkedés megszüntetését meghatározott feltételektől teheti függővé. Ilyen feltétel lehet, hogy a kórház gondoskodni tudjon az utódgondozásról.

Lehetőség van arra, hogy valamely ilyen jellegű feltétel teljesüléséig a kórház elhalassza a beteg elbocsátását. Megfelelő garanciáknak kell azonban rendelkezésre állnia annak érdekében, hogy a szabadon bocsátás elhalasztása összhangban álljon a szabadságelvonás céljával, és különösen, hogy az elbocsátást ne késleltessék indokolatlanul.⁷¹

Európa legtöbb országában a büntető kódexek szabályozzák az elmeállapota miatt beszámíthatatlan személyek által elkövetett jogellenes cselekmények következményeit. Ilyen esetekben biztonsági és kezelő jellegű intézkedésekre kerül sor, amely általában együtt jár elmeegógyintézetbe utalással és a börtönbüntetés alóli mentesüléssel. Az európai követelményeket összegezve megállapítható, hogy bár a kényszergyógykezelés végrehajtásának, illetőleg a mentálisan abnormis kategóriába tartozó fogvatartottak őrzésének, kezelésének és gondozásának emberi jogi vonatkozásait immár számos ET egyezmény és ajánlás érinti, ezen élethelyzetek szabályozása ugyanakkor még mindig fölvet néhány súlyos, erkölcsi jellegű kérdést. Az alapvető dilemma itt is visszaköszön, mert a kényszergyógykezelt személyek esetében hiányzik a személyes szabadság korlátozásának morális indoka: a bűnösség, ám ennek ellenére gyakran mégis egyértelműen börtönszerű, ha éppen nem rosszabb körülmények között helyezik el őket.⁷²

E probléma koncepcionális boncolgatása persze nem tartozik szorosan az európai büntetés-végrehajtási jog területére, de az már igen, hogy milyen bánásmódban részesülnek a büntetés-végrehajtás szervezetébe tartozó klinikákon (IMEI) kezelt fogvatartottak.

⁶⁹ R (83) 2 számú Ajánlás, 5. Cikk, 2. Szabály.

⁷⁰ R (83) 2 számú Ajánlás 5. Cikk, 3. Szabály.

⁷¹ PALLO, József: A kóros elmeállapotú bűnelkövetők kezelésével kapcsolatos nemzetközi elvárások, *Börtönügyi Szemle*, 2009. 4. szám, 34. p.

⁷² Arról nem is szólva, hogy ugyanezt a zárt pszichiátriai intézetekben kezelt, bűncselekményt el nem követő betegek vonatkozásában is el lehetne mondani.

III.

A kényszergyógykezelés jövője

Az elmúlt évtizedekben sokan bírálták a kényszergyógykezelést, főként amiatt, hogy egészségügyi funkciót próbál meg ellátni büntetőjogi keretek közt. Az elrendeléssel kapcsolatban kérdésként merülhet fel, hogy hogyan lehet az egyént szabadságától megfosztani, vele szemben szabadság elvonásával járó büntetőjogi intézkedést alkalmazni, amennyiben maga a büntetőjogi felelősség hiányzik?

A kérdés első részére, vagyis, hogy miként lehet az egyént ilyen körülmények közt szabadságától megfosztani, egyszerű választ adni, mert Európában a legtöbb jogrendszer, és így a magyar is elismeri, hogy ha az adott személy a társadalomra mentális állapota miatt közvetlen és súlyos veszélyt jelent, az államnak – jogszabályi keretek közt – lehetősége van arra, hogy őt a szabadságától megfoszsa kötelező pszichiátriai kezelés, illetve kényszerbeutalás keretében.

A probléma második felének megválaszolása nem ennyire egyszerű, hiszen felmerül az a kérdés is, hogy miért van szükség kényszergyógykezelésre Magyarországon, ha lehetőség van a kóros elmeállapotú közveszélyes egyéneket kötelező pszichiátriai kezelés keretében zárt intézetben elhelyezni. A két jogintézmény sok vonatkozásban hasonlít egymásra: mindkét intézkedés tartalma megegyezik, mindkettőt bíróság rendeli el és szünteti meg, továbbá mindkét intézmény jellemben dominál a kényszerjelleg, mert az intézkedés elrendelésére a beteg akarata ellenére került sor.

A kényszergyógykezelés végrehajtásának rendje eltér a kötelező pszichiátriai kezelésre vonatkozó rendelkezésektől, függetlenül attól, hogy az orvosi kezelés módszerei hasonlóak. A kényszergyógykezelés ideje átlagosan hosszabb, mely szükségessé teszi, hogy a kezelésben olyan funkciók jelenjenek meg, mint a rehabilitáció, reszocializáció, ezek a kötelező pszichiátriai kezelésre viszont nem jellemzőek. A kötelező kezelés polgári jogi intézmény, elrendelésében a más egyének, közösség védelmének szándéka mutatkozik meg, míg a kényszergyógykezelést az állami érdek, a bűnisméltés veszélye teszi szükségessé.

A különbségek indokolhatják a kényszergyógykezelés mint büntetőjogi intézkedés fenntartását, és meghatározott esetekben való alkalmazhatóságát. A kényszergyógykezelésben érvényesül az állam azon szándéka, hogy a kóros elmeállapotú bűnelkövetők közül kiválasztja azokat, akik objektív ismervek alapján a társadalomra oly mértékben veszélyt jelentenek, hogy kezelésüket a kötelező pszichiátriai kezelésben foglaltakon túlmenően kell szabályozni.

Az IMEI a büntetés-végrehajtás szervezetrendszeréhez tartozik; többen kritizálják ezt, rámutatva, hogy helyesebb lenne az Egészségügyi Minisztérium struktúrájába helyezni, mivel a jelenlegi szabályozásban az egészségügyi jelleg a meghatározó. A bírálók közül többen úgy gondolják, hogy az intézkedés igazságügyi intézményben történő végrehajtása csak arra jó, hogy hangsúlyozza az elkövető veszélyes voltát, és erősítse a beteggel szemben amúgy is megnyilvánuló megfélemlítést. Az a tény viszont tagadhatatlan, hogy az elmúlt években, évtizedek-

ben olyan folyamatok kezdődtek meg, és mentek végbe, amelyek az intézkedés egészségügyi jellegének erősödését eredményezték a büntetés-végrehajtási jelleg hátrányára.

Az IMEI a Budapesti Fegyház és Börtön falain belül helyezkedik el, ezért egyfelől embertelennek tűnhet mentálisan sérült személyeket szögesdróttal határolt területen elhelyezni, mert nyilvánvalóan nincsen biztosítva a pozitív terápiás környezet. A kényszergyógykezelés végrehajtása során a legkirívóbb gyakorlati gond a kórtermek túlszűfoaltsága. A betegeket az egészségügyi normák alapján kialakított kórtermekben kell elhelyezni. Viszont azt nem vették figyelembe a jogalkotók, hogy egy normál kórházi kezelés során előfordulhat, hogy akár 10–15 személy fekszik egy kórteremben, mivel annak időtartama viszonylag rövid; ehhez mérten azonban a kényszergyógykezeltek ilyen elhelyezése akár 4–6 évig is eltarthat, és ez már sérti az emberi méltósághoz való, alapvető szinten deklarált jogot.

Nehézséget okoz továbbá a kényszerítőeszközök alkalmazásának megítélése a betegekkel szemben. Igaz, velük kapcsolatban csak korlátozott testi kényszert lehet alkalmazni, viszont a betegektől nem várható el feltétlenül a kötelességeik teljesítése, ezért a testi kényszernek mint megtorló reakciónak nincs meg a jogszerű alapja. Probléma az is, hogy a testi kényszert csak a büntetés-végrehajtási szervezet hivatásos állományú tagjai alkalmazhatják, ezért elvileg az orvosok – akik közalkalmazottak – erre nem jogosultak.⁷³

A pszichiátriai betegek otthona az utóbbi évek tapasztalata alapján egyre gyakrabban válik bűncselekmény elkövetésének színhelyévé. A korlátozások hiánya, a betegjogok ésszerűtlen alkalmazása következtében az itt elhelyezett betegek – attól függetlenül, hogy előzőleg kényszergyógykezeltek voltak-e – egyre gyakrabban követnek el agresszív cselekményt. Mindezek alapján a kényszergyógykezelés büntetési tételtől függő maximalizálása aggályos lehet, ez az intézkedés véleményem szerint nem szolgálja a pszichiátriai betegek érdekeit, tekintettel arra, hogy az általuk elkövetett bűncselekmények a társadalmi megítélést negatív irányba mozdítják el, és ezek gyakoribbá válása a pszichiátriai betegeket még inkább stigmatizálja. Tovább bonyolítja a helyzet megítélését, hogy ez a megoldás jogfilozófiailag egyenlőségjelet tesz a büntetések és a kényszergyógykezelés mint intézkedés között.⁷⁴ A jövő kihívásai a forenzikus pszichiátria számára nem nemzeti, hanem nemzetközi kihívások. Ezek egy része morális és jogi természetű, míg más része tudományos kérdés.⁷⁵

⁷³ Ugyanakkor az Eütv. lehetőséget ad egészségügyi kényszerintézkedés alkalmazására, amely gyakorlatilag a beteg ágyhoz való rögzítését jelenti.

⁷⁴ A BVOP részére készített szakmai vélemény. (Készítette Dr. Hamula János, az IMEI pszichiátere, Bv. 23/2008.

⁷⁵ McNIEL, David, Binder, R. L.: Effectiveness of a Mental Health Court in reducing criminal recidivism and violence, *American Journal of Psychiatry*, 2007. 164. 1395–1403. pp. (Id. Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben, *Börtönügyi Szemle*, 2008. 2. szám, 79–86. p.)

A morális és jogi természetű dilemmák egymástól nem elválaszthatók, és abban ragadhatók meg, hogy miként is viszonyuljon a társadalom és a jogrend az elmebeteg elkövetőkhöz.

A felvilágosodás kora óta ez a kérdés megválaszolást nyert: az igazságszolgáltatás nem bánhat az elmebeteg bűnelkövetőkkel a nem elmebeteg bűnelkövetőkhöz hasonlóan.⁷⁶ Ennek megfelelően a civilizált világban mindenhol, jóllehet eltérő struktúrában és tartalommal, ismert a kényszergyógykezelés intézménye.

A jövő további nagy kihívása, hogy miként lehetne a forenzikus rendszer felől az egészségügyi rendszer felé terelni ezeket a betegeket. Vannak országok – például ilyen az Egyesült Királyság vagy az Amerikai Egyesült Államok – ahol speciális bíróságok⁷⁷ foglalkoznak az elmebetegekkel. Számos megválaszolásra váró tudományos kérdés is felmerül, ilyen például a kockázat becslése, az erőszak epidemiológiája és összefüggése a nagy pszichotikus kórképekkel⁷⁸; a kezelés eredményességének vizsgálata, a különböző elkövetőtípusok jellemzőinek vizsgálata, de a forenzikus ellátás minőségének javítása is komoly kutatómunkát igényelne.

A börtön és a kórház attitűdje és rezsimje más, így terápiás szempontból talán a legalapvetőbb kérdés, hogy milyen körülmények között működjön egy a büntetés-végrehajtás rendszerébe integrált elmekórház.

Hazai viszonylatban fontos ennek vizsgálata azért is, mert nyilvánvaló, hogy a bv. szervezet feladatrendszeréről a jogalkotó nem kívánja leválasztani a kényszergyógykezelést, azaz még sokáig a bv. szervezet feladatrendszerét színezi e jogintézmény végrehajtása. Ugyanakkor tényszerű, hogy elemi szakmai és morális kérdések merülnek fel, melyek közül a kezelés megtagadásának lehetősége talán a legösszetettebb probléma. Magyarországon e kérdésekkel foglalkozó kutatóbázis létrehozása nehézkes,⁷⁹ ám a nemzetközi kollaboráció lehetősége az Európai Unió keretein belül adott, illetve kimunkálható. Ennek személyi és pénzügyi feltételei kormányzati támogató szándék esetén viszonylag rövid időn belül megteremthetők.

⁷⁶ Korszakos jelentőségű volt, amikor 1795-ben a híres francia elmeorvos, *Philippe Pinel (1745–1826)* az elmeintézeti ápolatról a bilincseket leoldotta, ezzel is kifejezve, hogy betegségnek tekinti az elmebaj, melyet nem büntetni, hanem gyógyítani kell. Ez alapozta meg azon elvet is, hogy a későbbiekben a beszámíthatóság két elemét, a felismerési és az akarati képességet megkülönböztessék. Ezután, ha kóros elmeállapotú terhelt felelősségéről kellett dönten a büntető eljárás keretében, nem volt elegendő annak megállapítása, hogy a büntetendő cselekményt ő követte el (*imputatio facti*), hanem választ kellett találni arra is, hogy a kóros elmeállapot kizárta, illetve korlátozta-e az elkövető felismerési és akarati képességét (*imputatio iuris*), vagy sem.

⁷⁷ Ilyenek például a Mental Health Courts vagy a Drug Courts.

⁷⁸ Kiemelten kell utalni a skizofréniára, hiszen az IMEI-ben elhelyezett kényszergyógykezeltek túlnyomó része (78%-a) ebben a kórképben szenved.

⁷⁹ Különösen az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása után merül fel ez a probléma.

Végezetül: ha kellő távolságból szemléljük a kényszergyógykezeléshez kapcsolódó komplex (jogi, orvosi, etikai) problémahalmazt, talán a legnagyobb tanulságként a római remekjogász Ulpianus bölcsessége juthat az eszünkbe: „*Ignem gladio ne fodito!*”, azaz tüzet karddal nem lehet eloltani. Mindez azt jelenti, hogy az orvosi szakkérdéseken alapuló kényszergyógykezelés eredményességének garantálására a büntetőjog merev struktúrájának primer alkalmazása kevésbé megfelelő közeget biztosít.