

# JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

**Büntetni vagy gyógyítani?  
A kényszergyógykezelés dilemmái**

Szerző:

**dr. Dülk Tímea Zsuzsanna**

bírósági titkár

Veszprém, 2022. július 15.

„Ki képes a szivárványban meghúzni a határvonalat,  
ahol véget ér az ibolyaszín, és elkezdődik a narancssárga?  
Jól látjuk a színek különbözőségét, de pontosan hol is megy át az egyik a másikba?  
Ugyanígy van ez az épelméjűséggel és az örülettel is.”

Herman Melville

## I. Bevezetés

A büntetőjogi felelősségre vonás alóli mentesülés egyik oka az elkövető elmeállapotának kóros mivolta. Ugyanakkor elfogadható az a társadalmi igény is, hogy amennyiben valaki bűnt követ el, az állam mindent megtegyen annak érdekében, hogy akár az elkövető, akár más ne kövessen el újabb ilyen jellegű cselekményeket. Az igazságszolgáltatásban sokat vitatott kérdés, hogy az elmeműködésük kóros állapotában büntetendő cselekményeket elkövető személyeket inkább gyógyítani vagy büntetni kellene-e.

Mivel büntetőjogi felelősségről nem beszélhetünk ezen elkövetői csoport vonatkozásában, felmerül a kérdés, hogy az ő esetükben a büntetőjog szerepe hogyan definiálható. Ezzel összefüggésben az a kérdés is megválaszolásra vár, hogy a megtorló jellegű büntetőjognak kell-e megjelennie, vagy létjogosultsága lehet a kezelő büntetőjognak? Ez utóbbi szerint, vagyis az úgynevezett treatment ideológiákban a büntetőjogi szigor helyett a kezelésnek, a javításnak és a nevelésnek van determináló szerepe. A büntetőjogi garanciákat azonban nem lehet alkalmazni az ilyen gyógyító jellegű elemekkel átszótt szankciókra, ez ugyanis megbontaná a büntetőjog egységét és garanciarendszerét, amely veszélyezteteti az állampolgári szabadságjogokat.

A kérdés összefoglalva tehát az, hogy a kényszergyógykezelést a büntetőjogi szankciókon belül kell-e szabályozni.<sup>1</sup>

„A büntetőjog tehát választási lehetőséget kínál fel minden egyes ember számára: “vagy tartózkodsz bizonyos tettek elkövetésétől vagy büntetésben részesülsz!” Ennek megismertetése után azonban az

---

<sup>1</sup> Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése, Doktori (PhD) Értekezés, Debrecen, 2013., 36. old.

egyén szabad választására bízva, hogy elköveti-e a tiltott tettet vagy sem. Pszichiátriai beteg esetén azonban ez az elv nem alkalmazható, mert a kiindulópont esetükben az, hogy nem rendelkeznek a szabad választás képességével, nem áll szabadságukban, hogy a tiltott tettet ne kövessék el, mert pszichiátriai betegségük ebben a szabad választásban őket akadályozza.<sup>2</sup>

Tanulmányom célja a kényszergyógykezelés jelenlegi alkalmazásában a szakértők nélkülözhetetlen szerepének bemutatása, a végrehajtás és a kezelés nehézségeinek feltárása. Kitérek arra is, hogy az eljárás utóbbi szakaszában a jelenlegi szabályozás mellett mennyiben tudnak érvényesülni az alapvető emberi jogok egyúttal felhívva a figyelmet az utánkövetés létjogosultságára és fontosságára. Végül a fenti kérdés mentén igyekszem állást foglalni abban a kérdésben, hogy milyen új megoldások, lehetséges fejlődési irányok kidolgozására, esetleges minták, jó gyakorlatok átvételére lenne lehetőség.

Az elmúlt években egyre növekvő problémát jelent, hogy megfelelő intézetek híján a pszichiátriai betegek nem jutnak hozzá a megfelelő orvosi ellátáshoz, állapotukat nem ellenőrzik, ami számos esetben vezet valamilyen törvény által büntetni rendelt cselekmény elkövetéséhez.

„A hazai pszichiátriai osztályok szervezésének és finanszírozásának a hiányosságai miatt a gyakorlatban nálunk a legtöbb helyen a betegek számára csak a biológiai terápia, vagyis a gyógyszeres kezelés elérhető. Általában nem, vagy csak nagyon korlátozottan érhető el az ingyenes pszichoterápia, s nagyon korlátozottak a szocioterápia lehetőségei is.”<sup>3</sup>

A másik, bűncselekmények elkövetésére determináló tényező pedig az, hogy a nem megfelelően szinten tartott betegségek miatt az ilyen emberek nem jutnak munkához, fokozatosan a társadalom peremére sodródnak.

## **II. Az elmeműködés kóros állapota, avagy a szakértők meghatározó szerepe**

Az ítélkező bírók érthető módon a jogszabályok adta lehetőségek között mozoghatnak abban a

---

<sup>2</sup> Kovács József: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában, Budapest, 2006., 266.old.

<sup>3</sup> Kovács József, Budapest, 2006., 488. old.

tekintetben, hogy elrendelik-e a kényszergyógykezelést, avagy sem. A legmeghatározóbb kérdés a téma szempontjából mégis az, hogy az elkövető kóros elmeállapotú-e vagy sem, hiszen fel sem merülhet a kényszergyógykezelés intézkedés alkalmazása, ha az elkövető büntethetősége kóros elmeállapota miatt nem kizárt. Ennek eldöntése pedig egyértelműen szakkérdés, azaz szakértői kompetenciába tartozik.

Éppen ezért fontosnak tartom, hogy kitérjek a kóros elmeállapot mibenlétére, illetve a szakértők szerepére a témában.

Az egészséges és a beteg elme közötti határvonalat általában a mindenkori felfogás, és a szabályokban lefektetett fogalommeghatározások adják. Nehéz is lenne egy minden korra általánosságban igaz és használható definíciót létrehozni arra vonatkozóan, hogy ki vagy mi tekinthető "normálisnak".

Az a kérdés, hogy pszichológiai értelemben mi a normális, illetve a nem normális, egy adott eszmefuttatás, magatartás, érzelem megnyilvánulás, reakció normális-e, nem könnyen eldönthető, és mint ilyen, a mai napig számtalan vita tárgyát képezi. „A pszichés működés megítélése terén ugyanis nincsenek anatómiai és fiziológiai normák, melyek segítséget adnának annak eldöntésében, hogy mi a normális és mi nem az. A pszichés működés területén elmosódik a határ a patológiás működés és a furcsa, különös, de nem patológiás viselkedés között. A normalitás kritériumai pedig - anatómiai és élettani normák híján -szükségszerűen szubjektívek és erkölcsi értékektől is függők lesznek.”<sup>4</sup>

„Bizonyos értékrendszert, kulturális kontextust használva betegségnek tekintenek tüneteket, melyek egy más értékrend, illetve kontextus felől nézve már korántsem egyértelműen tekinthetők betegségnek. Amikor kijelentjük, hogy valaki pszichológiailag-pszichiátriailag normális vagy abnormális, akkor mindig fel kell tenni azt a kérdést is: ki szerint abnormális és milyen standard szerint abnormális? Amikor a lelki egészséget a társadalomhoz való alkalmazkodási képességként definiálják, akkor a meghatározás elvontsága eltakarja azt a ténytet, hogy mindig egy konkrét társadalom konkrét normáihoz, értékrendjéhez kell alkalmazkodni. Vagyis nem arról van szó, hogy valaki általánosságban nem képes alkalmazkodni a társadalmi normákhoz, hanem arról, hogy nem

---

<sup>4</sup> Kovács József: A pszichiátriai betegségfogalom filozófiai kérdései, Valóság, 2006. június XLIX. évfolyam 6. szám, 73. old.

képes alkalmazkodni a náci Németország, a viktoriánus angol társadalom, vagy például a Szovjetunió normáihoz. Ha a normákkal, melyekhez valakinek alkalmazkodnia kellene, nem értünk egyet, akkor az ezekhez alkalmazkodni nem tudót nem fogjuk pszichológiai értelemben betegnek tartani, sőt, esetleg az általunk embertelenek, igazságtalannak tartott normákhoz túl könnyen alkalmazkodókat fogjuk betegnek látni.”<sup>5</sup> Rendkívül komoly gyakorlati jelentősége van annak, hogy mi a pszichiátriai betegség pontos fogalma, és hogy ennek meghatározásában mekkora szerepet játszhat a társadalom éppen aktuális értékrendje.

A jelen társadalmunk által használt kifejezés, a kóros elmeállapot gyűjtőfogalom, az e körbe tartozó betegségeknek rengeteg típusa van, melyek mértékük és jellegük szerint különböznek. Ismert a mentális retardáció, a szellemi leépülés, a személyiségzavar, és a tudatzavar, valamint az elmebetegség, amely szintén gyűjtőfogalom és általános jellemzője, hogy az idegrendszer, az agykéreg tartós megbetegedéséből származik, megváltozott indulati, értelmi, érzelmi reakciót váltanak ki, melynek következtében az egyén másként gondolkodik, másként reagál az őt ért hatásokra, a külvilág eseményeire. Akadályokba ütközik új ismeretek megszerzése és a régieket is elfelejti a beteg, ritkán előfordulhat ugyan gyógyulás, de a visszaesés talán gyakoribb. Ide tartozik a skizofrénia, az affektív zavarok és a paranoid pszichotikus zavarok.

A kóros elmeállapot kapcsán gyakran alkalmazott további terminus technicus, a beszámíthatóság tulajdonképpen az ép személyiségű, egészséges ember akarati szabadsága, választási képessége. Az, hogy valakinél kialakulnak-e elmebeli betegségek, több tényező együttes hatásától is függhet, így például az öröklési hajlamtól, vagy pszichés, szociális hatásoktól.

Az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 14. számú módszertani levele az irányadó az ilyen jellegű szakvélemények kapcsán, hiszen tartalmazza az igazságügyi pszichiátriai vizsgálat és vélemény kapcsán az alapvető rendelkezéseket.

A formai szempontokon felül tartalmazza a tartalmi követelményekre vonatkozó előírásokat, miszerint a szakvéleménynek ki kell mondania, pontosan miből állt a vizsgálat, milyen kórisme került megállapításra a BNO-10-ben használt megnevezések alkalmazásán túl, illetve mely pszichopatológiai

---

<sup>5</sup> Kovács József, Valóság, 2006., 12-13. old.

tünetek alapján tette a megállapításait egyrészt a vizsgálatkori állapot vonatkozásában, másrészt a cselekvéskori állapot feltárása körében. Rögzítenie kell a szakértőnek azt is, hogy a vizsgálat lefolytatásának voltak-e korlátai, akadályai.<sup>6</sup>

Az igazságügyi elmeorvos szakértői vélemény alapját az igazságügyi pszichiátriai vizsgálat képezi, melynek során az eljáró igazságügyi elmeorvos szakértő a klinikai tapasztalatát, és a szakmai ismereteit felhasználva feltárja a vizsgált személy pszichopatológiai tüneteit, személyiségét, a cselekményhez fűződő viszonyát, a cselekménykori és azt közvetlenül követő pszichés állapotát.<sup>7</sup> A vizsgálathoz hozzá tartozik egy általános belgyógyászati és neurológiai állapotfelmérés is.

Az igazságügyi pszichiáter szakértő különböző vizsgálati tesztekkel használ, így felméri az elemi ismereteket és a rövid távú memóriát számsor visszamondása vagy például közmondás értelmezése útján. Emellett rögzíti az egyes mért paraméterek, tünetek változását, főleg ha azok a kidolgozott értékhatárokon kívül eső tendenciát mutatnak.

A lelki egészség fogalmától a kóros elmeállapot megállapíthatóságáig széles a skála, maga a lelki egészség az alábbi elemeket foglalja magába: ép önkontroll, önaktualizálás, autonóm személyiség, megtartott realitásérzék, környezet ismerete, rugalmas viselkedés, eredményes tanulási folyamatok alapján értékes feladat hatékony teljesítése.<sup>8</sup>

A vizsgálat az alább kifejtett tünetcsoportokra kell, hogy kiterjedjen.<sup>9</sup>

A vizsgálati szempontok közül az első a külső megjelenés, a kontaktusfelvétel és a vizsgálat során tanúsított magatartás megfigyelése, ugyanis ezek értékes információt szolgáltatnak a szakértő számára. Annak pedig különös jelentése van, hogy az alany hogyan alkalmazkodik a vizsgálati helyzethez, a környezethez, az esetleges elővezetéshez, illetve az őt esetlegesen felügyelő büntetés-végrehajtási őrök, valamint az orvosszakértők jelenlétéhez.

---

<sup>6</sup> Máthé Magdolna: A pszichopatológia alapfogalmai - az igazságügyi elmeorvos szakértői vélemény elkészültéhez és megértéséhez vezető út, 2015.  
[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/mathe\\_magdolna\\_\\_a\\_pszichopatologia\\_alapfogalmai\[jogi\\_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/mathe_magdolna__a_pszichopatologia_alapfogalmai[jogi_forum].pdf)

<sup>7</sup> Máthé Magdolna, 2. old.

<sup>8</sup> Juhász Pál-Pethő Bertalan: Általános pszichiátria, Medicina könyvkiadó, 1983., 186.old.

<sup>9</sup> Tóth Éva - Belovics Ervin (szerk.) A büntetőeljárás segéd tudománya. Budapest, Pázmány Press, 2015.510.old.

"A pszichomotorium a pszichés állapot mozgásban és testtartásban való megtestesülése. A pszichogén stupor mozdulatlanságától és teljes kommunikáció zavarától a mániás állapotok természetellenes, zavaros és teátrális mozgásain át igen széles a motoros jelenségek skálája, amivel a vizsgáló személy találkozhat."<sup>10</sup>

A tájékozódás és a tudat vizsgálatánál ismételten a lelki egészség fogalmához kell visszanyúlni, amely igencsak nehezen meghatározható, de a lelki egészség fennállásához nélkülözhetetlen - többek között - a megtartott realitásérzék és a környezet ismerete, uralása. Tudatnak a "pszichés tevékenység magasan differenciált, összetett funkcióját nevezzük, amellyel egyfelől saját magunkat (éntudat), másfelől a körülöttünk levő világot (tárgytudat) tételezzük, megismerjük és kezeljük."<sup>11</sup>

A tájékozódás vizsgálata során a szakértő megkérdezi a vizsgált személy adatait, lakóhelyére, esetleges attól eltérő tartózkodási helyére, valamint közlekedési készségére vonatkozó kérdéseket tesz fel. Ezt követően pedig feltárja az alany vizsgálati helyzetéhez való viszonyulását, azt, hogy tudja-e miért van ott, miért kerül sor a meghallgatására, és az egyes vizsgálatok elvégzésére. A térbeli orientáció vizsgálata mellett kitér a szakértő az időbeli orientáltságára is, vagyis arra, hogy tudja-e milyen évet írunk, milyen hónap, nap, napszak van.

Vizsgálja a szakértő az öngyilkosságra való hajlamot, valamint a betegségtudatot, azt, hogy ha jelen van, mennyire határozza meg a vizsgált személy mindennapjait, mennyire elszánt ebben a kérdésben, valamint, hogy mi motiválja ebben.

A kogníció zavara esetén az alany nem képes megjegyezni, összekapcsolni vagy felidézni az általa észlelt jelenségeket. Figyelemzavarnál képtelen hosszabb ideig koncentrálni egy adott feladatra, figyelembe véve természetesen az átlagos és a vizsgálat személytől elvárható képességeket. Ebben az esetben az is górcső alá kerül, hogy mennyire terelhető az alany figyelme, mennyiben hajlandó visszatérni az adott feladathoz. Például egy mániás depresszióban szenvedő személy a mániás állapotában figyelmetlen, csapongó, míg a depressziós időszakában a figyelem tenacitása, vagyis leköthetősége csökken.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Máthé Magdolna, 2. old.

<sup>11</sup> Kuncz Elemér (szerk.) Igazságügyi pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2011. 152.old.

<sup>12</sup> Baraczka Krisztina igazságügyi elmeorvos szakértő előadása a PPKE-JÁK Deák Ferenc Intézetében 2014.04.11.



A vizsgáló személy figyel a gondolkodás és beszéd lassulására, felgyorsulására. A kényszeresség kapcsán vizsgálja, hogy a megrögzött tevékenységek, mozdulatok elmaradása milyen mértékű frusztrációt, szorongást, idegességet, dühöt vált ki a vizsgált személyből, vagy éppen bizonytalanságérzet válik úrrá rajta. Ennek vizsgálata sem objektív azonban, mivel a kényszerek jelenléte rejtve is maradhat.

Az affektivitás, vagyis az érzelmi telítettség a lassan hullámzó-változó kedélyállapotból, a hangulatból és az affektusból, vagy indulatból tevődik össze, mely rövid, spontán, az adott élethelyzetben bekövetkező gyors változás.<sup>13</sup>

"A vizsgált személynél sok más mellett észlelhető lehet depressziós hangulat, érzelmi sivárság, anhedónia, a vitális érzékek csökkenése, generalizált szorongás, pánikroham, euphoriás vagy éppen dysphoriás állapot, büntudat vagy ambivalencia, agresszivitás."<sup>14</sup>

"Az érzékcsalódás megélését tekintve hang, látvány, szag, vagy akár élősködő érzete is lehet. Én-kép zavar fennállása esetén az egyén magát, környezetét és a kettő közti kapcsolatot tévesen értelmezi. Gyakori velejárója a gondolkodás kiterjesztése, miszerint gondolatai más számára hozzáférhetők, vagy éppen gondolatait mások irányítják, ez utóbbi az úgynevezett gondolat sugalmazás, mely példaként skizofrén betegeknél a pszichózis állapotában fordul elő."<sup>15</sup>

Természetesen a fentiekben bemutatott vizsgálati területek csak mintegy ízelítőül szolgálnak témánkhoz, hiszen sem a dolgozat témája, sem terjedelme nem teszi lehetővé ezen pszichológiai, pszichiátriai jelenségek, betegségek, és munkamódszerek feltárását, azonban véleményem szerint a betegek, esetleges büntethető vagy nem büntethető elkövetők oldaláról nézve mégiscsak jelentősége van.

A fentiek alapján tehát a szakértő feladata a pszichés zavar fennállásának bizonyítása az elkövetés és a vizsgálat időpontjában. A szakértőnek véleményt kell formálnia arról, hogy a vizsgált személy akár

---

<sup>13</sup> Tóth Éva - Belovics Ervin i.m. 514.p.

<sup>14</sup> Máthé Magdolna, 3. old.

<sup>15</sup> Máthé Magdolna, 4. old.

a cselekmény elkövetésének időpontjában, akár a jelenben kóros elmeállapotú-e vagy sem, valamint abban, hogy a bűncselekmény időpontjában fennálló rendellenes lelkiállapot kizárta vagy esetleg korlátozta-e a terheltnek azt a képességét, hogy cselekménye társadalomra veszélyes következményeit felismerje, illetve hogy ennek a felismerésnek megfelelően cselekedjen.

A bizonyításelméletben a szakértő a bizonyítási eljárás egyik központi szereplője, ő a bizonyíték forrása, a szakvélemény bizonyítási eszköz, a szakvéleményben előadott tények, adatok pedig maguk a bizonyítékok.

A büntetőeljárás során igen gyakran előfordul, hogy bizonyos tények és körülmények bizonyításához az általános élettapasztalat, tudás és ismeretanyag már nem elegendő, ezért az ilyen esetekben szakértőt kell igénybe venni. Nem jelenti ugyanakkor a bizonyítás szabadságának a korlátozását az a törvényi rendelkezés, miszerint a törvény elrendelheti egyes bizonyítási eszközök igénybevételét, mert csak a bizonyítási eszközök igénybevételét és nem a bizonyítási eszközökből származó bizonyítékok mérlegelését írhatja elő.

A különleges szakértelem jelentése a Be.<sup>16</sup> megfogalmazásában azt jelenti, hogy a bizonyítandó tény vagy körülmény megállapítása, illetve megítélése nem lehetséges pusztán jogi szakismeretek birtokában. Jogszabály tehát - összhangban a Be. rendelkezéseivel - előírhat részletesebb előírásokat is a bizonyítás lefolytatásával kapcsolatban, azzal együtt, hogy erre az érintettek emberi méltósága, személyiségi jogai és kegyeleti joga tiszteletben tartása mellett kerülhet sor, a magánéletre vonatkozó adatok szükségtelen nyilvánosságra hozatala nélkül.

A hatóság döntési kompetenciájába tartozik a szakértelem szükségességének megállapítása és a szakértő kirendelése, ugyanakkor ha az eldöntendő kérdés valamilyen speciális szakismeretet feltételez, úgy a szakértő kirendelése kötelező még akkor is, ha a hatóság eljáró tagja esetleg rendelkezik az eldöntéshez szükséges ismeretanyaggal. A törvényhozó felsorolja azokat az eseteket, amikor nem lehet mérlegelni, a szakértő alkalmazása kötelező. Így kóros elmeállapot, kábítószer-függőség megállapítása, kényszergyógykezelés szükségessége esetén, valamint akkor, ha a személyazonosítást biológiai vizsgálattal végzik vagy elhalt személy kihantolására kerül sor.

---

<sup>16</sup> Be. 188. § (1) bekezdés

A szakértői véleménnyel kapcsolatosan az egyik legfontosabb szakmai követelmény, hogy természet-tudományosan megalapozott legyen, a hivatkozott tapasztalati tételei a valóságnak megfeleljenek, a felhasznált vizsgálati módszer alkalmas legyen a feltett kérdés eldöntésére, a véleményben közölt megállapítás a leletből következzen, meggyőzően indokolt, dokumentált és kellően világos legyen és a szakmai protokoll szabályainak is megfeleljen.<sup>17</sup>

Az igazságügyi szakértővé válás magas szakmai követelményei, az intézményes szakmai továbbképzés és jogi oktatás pedig megteremtik annak feltételeit, hogy a szakértő a rá irányadó szakmai szabályoknak maradéktalanul megfelelő módszerrel végzett vizsgálat alapján, tudományosan megalapozott, meggyőzően indokolt, ellentmondásoktól mentes válaszokat adjon a kirendelő határozatban (megbízásban) feltett kérdésekre.<sup>18</sup>

A szakvélemény értékelése kapcsán először is azt érdemes tisztázni, hogy az a többi bizonyítási eszközhöz hasonlóan részbizonyításnak, vagy mikrobizonyításnak tekinthető. A szakvéleményre is vonatkozik az a megállapítás, hogy nincs előre meghatározott bizonyító ereje, mivel a bizonyítékok szabad értékelésének elve a szakvéleményre is kiterjed.

Ez egyben azt is jelenti, hogy a bíróságnak a szakértői véleményt is ugyanolyan kritikai értékelés alá kell vennie, mint a rendelkezésre álló többi bizonyítási eszközt. Ebből következik, hogy a bíróságnak a szakvélemény elfogadását vagy elvetését is meg kell indokolnia.

Ennek paradoxona, hogy az a szerv vagy személy, aki különleges szakértelem hiányában kirendelte a szakértőt, utóbb annak szakmai megállapításait értékeli, adott esetben kétségbe vonja.

Sok esetben a szakvélemény az, ami döntő bizonyíték az eljárásban. Ennek veszélyére hívja fel a figyelmet Erdei Árpád: "A hatóságok és a felek bizonyos értelemben "kiszolgáltatott" helyzetben vannak a szakértővel szemben: ellentétes bizonyítékok hiányában "el kell hinniük" a véleményben foglaltakat."<sup>19</sup> Persze a bíróságnak kötelessége, hogy minden rendelkezésre álló bizonyítékot

---

<sup>17</sup> 1978. évi IV. törvény 111. §-ához fűzött Nagykommentár

<sup>18</sup> Be. 197.§-ához fűzött Kommentár

<sup>19</sup> Erdei Árpád: Tény és jog a szakvéleményben. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1987., 242. old.

egyenként, illetve összességében is értékeljen, de egy téves, elhibázott szakvélemény nagy károkat tud okozni a terheltre nézve akkor, ha abból a bűnössége megállapítására kerül sor, a társadalomra nézve pedig akkor, ha egy bűnös elkövető büntetlenül marad. Utóbbi esetben nemcsak abból a szempontból lehet ez káros, hogy visszaengedjük az elkövetőt a társadalomba mindenféle speciális prevenció alkalmazása nélkül, hanem egyúttal sérülhet a társadalomnak az igazságszolgáltatásba vetett bizalma is.

A jogász és a szakértő szerepe tehát láthatóan összefonódik a büntetőeljárás során. A jogász, végső soron "a bíróság akkor jár el helyesen, ha a szakvélemény és a tények összefüggéseinek megállapítása során alkalmazott módszer "(köz)hitelességét", illetve ezek hiányában megfelelő logikai felépítettségét vizsgálja. A szakértő pedig akkor segíti legjobban a bíróság munkáját, ha a lehetőségekhez mérten minél nagyobb "betekintést" biztosít a szakértői munka egyes fázisaiba."<sup>20</sup>

### III. Aggályok

A más bizonyítékok mellett a szakvélemény alapján elrendelt kényszergyógykezelés intézkedés végrehajtása jelenleg az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történik, amely a Budapesti Fegyház és Börtönnel közös telephelyen lévő, elhanyagolt állapotú épületrendszerben helyezkedik el, ahol több szervezet is végzett vizsgálatokat, mint például a Legfőbb Ügyészség, a Kínzás Elleni Bizottság (CPT), valamint a Központ a Mentálisan Sérültek Jogaiért Alapítvány (MDAC).

Az intézkedés végrehajtása kapcsán az egyik legfőbb probléma az, hogy a büntetés végrehajtási rendszeren belül az egészségügyi tevékenység üzemeltetése igazából csak egyfajta mellékággként működik, amely megkérdőjelezi annak szakmai hatékonyságát. Kérdéses továbbá az is, hogy biztosítható-e a gyógyító tevékenység eredményessége, ha a börtön és a kórház alapvető funkciói különböznek.

Ahogy Kalapos Miklós Péter fogalmaz, a kórház nem egyetemes intézmény, oda többnyire önkéntes alapon kerülnek be az emberek, míg a büntetés-végrehajtási intézet egyetemes intézmény, amely megköveteli, hogy az élet minden területe egy helyen, meghatározott módon történjen. Így ebben az

---

<sup>20</sup> Bányai István: A bírói mérlegelés szabadsága szakértő szemszögéből, Magyar Jog, 2015. szeptember. 539.

esetben gyakorlatilag egy fenyítő intézetről van szó, és nem gyógyításról. Mindezek alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy kevésbé alkalmas gyógyításra.<sup>21</sup>

"A vizsgálatok szerint az IMEI-ben kezelt betegek több, mint a fele skizofréniában szenved. Elmondható továbbá, hogy a leggyakoribb az emberölés, vagy annak kísérlete, hiszen az ápoltak 70 %-a ezt a bűncselekményt követte el. A hivatalos személy elleni erőszak 25 %-ot tesz ki, a rablás kisebb arányban, 5 %-ban fordul elő."<sup>22</sup>

"A kényszergyógykezelt férfiakat az I., a II., vagy a III. számú Férfi Rehabilitációs Osztályon, a nőket pedig a Női Neuropszichiátriai és Rehabilitációs Osztályon kell elhelyezni. A kényszergyógykezelt beteg elhelyezését kórházi jellegű nyitott ajtós kórtermekben biztosítják. A betegek ételmezése kórházi normák szerint történik, kapnak ruhát, ágyneműt és hálóruhát, továbbá az IMEI biztosítja a tisztasági szereket is."<sup>23</sup>

Kényszergyógykezelték létszámának alakulása <sup>24</sup>							
	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.
létszám	162	165	185	179	188	198	251

További problémás eleme a jogintézménynek a kényszer jelleg, amely talán rossz kiindulópont a gyógyítási tevékenységhez, főként ha az hatalmi pozícióból történik és vegyülnek benne a büntetőjogi és terápiás célok?<sup>25</sup>

Rihmer Zoltán pszichiáter szakorvos mutatott rá egy cikkében, hogy az orvostudomány más területeihez hasonlóan a pszichiátriai kezelések hatékonysága sem szavatolható teljes egészében. Ahogy fogalmaz, a "pszichiátria a terápia során csak a definitív pszichiátriai tünetekre tud hatni és nem tudja (de nem is akarja) befolyásolni, illetve manipulálni az emberek pszichiátriai kórtünetekkel

<sup>21</sup> Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben? Börtönügyi Szemle, 2008., 80. old.

<sup>22</sup> Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése, Doktori (PhD) Értekezés, Debrecen, 2013., 134. old.

<sup>23</sup> Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, 137. old.

<sup>24</sup> Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve(i)

<sup>25</sup> Fehér Lenke: Kényszergyógykezelés: a patológia terápiaja, avagy a terápia patológiája?, Jogtudomány Közlöny, 1989/12., 630.

össze nem függő gondolatait, szándékait, cselekedeteit."<sup>26</sup>

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet 2007-ben történt bezárása csak egy kisebb adalék a hazai pszichiátriát meggyengítő folyamatokhoz. Ahogy Rihmer Zoltán a cikkében írja, a volt Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet 600 pszichiátriai ágán évente több mint 10.000 fekvő beteget kezeltek, a szakambulanciákon megjelent betegek száma több mint 30.000 volt.

A hosszú időn keresztül az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben tartózkodó betegek száma körülbelül 50 fő volt, akik valójában nem voltak bezárva, mert a nagyobb részük a megfelelő családi támogatás hiányában maga kérte, hogy ott maradjon. Az ilyen kezeltek egyébként valamilyen munkát is végeztek az intézeten belül. Arról tehát nem volt szó, hogy az addig az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben bezárt betegek rászabadultak volna a társadalomra.

A problémákat az okozta, hogy az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárásával egy időben az igencsak aggályos úgynevezett egészségügyi reform keretein belül országosan körülbelül huszonöt százalékkal csökkentették a pszichiátriai ágyak számát, vagyis a befogadható betegek létszámát, és a bezárt intézet betegfelvételi területét (kb. 800.000 lakos) szétosztották a megmaradt, de lényegesen csökkentett ágyszámmal működő többi pszichiátriai osztály között. Ennek következtében a túlszűfoltóság már kézzel fogható volt, és az addig sem optimális orvos-beteg arány még tovább romlott.

Az ágyszám csökkentéssel párhuzamosan szükség lett volna az ambuláns, vagyis járóbeteg pszichiátriai ellátás igen komoly fejlesztésére, hogy valamelyest orvosolni lehessen a kialakult helyzetet, ehelyett azonban ezen részleg finanszírozását körülbelül a felére csökkentették. A járóbeteg ellátás pedig rendkívül fontos, mert a kórházakban kezelt pszichiátriai betegek csak viszonylag rövid időt, általában néhány hetet töltenek a fekvőbeteg osztályon, mivel a kivizsgálások után a többnyire gyógyszeres terápia beállítása után, a kezelést és a gondozást már az ambuláns pszichiátriai gondozóintézetek végzik.

Optimális esetben az előírt rendelési időpontoktól távol maradó, együtt nem működő betegeket

---

<sup>26</sup> Rihmer Zoltán: Agresszív bűncselekmények és a pszichiátriai ellátás, 2014. Magyar Nemzet, 2014 augusztus 16. 8. old.

viszonylag rövid időn belüli felkeresik, ha személyesen nem találják meg, akkor a családtagok, rokonok vagy esetlegesen a szociális gondozóintézetek bevonása segítségével is.

Ehhez a munkához persze szükség lenne megfelelő létszámú és képzettségű szakszemélyzetre, ami nem csak a pszichiátriai részlegeken, hanem más osztályokon, rendelőkben sem áll rendelkezésre. A pszichiátriai gondozóintézetek, illetve a közösségi pszichiátriai ellátás finanszírozása nem igazán teszi lehetővé az optimális és hatékony, a betegek állapotát végigkövető ellátást.

Az évek során egyre csak nő a külföldre távozó és tartósan külföldön munkát vállaló pszichiáter szakorvosok száma, ami nyilván nem segíti elő a folyamatot, illetve megmutatkozik abban az arányszámban is, ami az öngyilkossági halálozások növekvő tendenciáját mutatja, a korábbi csökkenéshez képest.

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása tehát csak egy kis szelete a problémának. Emellett szükség lenne a kötelező ambuláns pszichiátriai gyógykezelés megfelelő törvényi szintű szabályozására is, ami megoldást jelenthetne az olyan betegekkel szemben, akik nem hajlandóak együttműködni, hiába történt meg az osztályon a gyógyszeres beállításuk, hiába tudnak otthonukba távozni már gyógyult vagy akár teljesen tünetmentes állapotban, ha a kezelés folytatásaként nem járnak el a szükséges ambuláns kezelésekre. Ezeknél az eseteknél fordulhat elő, hogy a kötelező kezelés hiánya miatt akár saját magukra, akár másokra nézve is veszélyt jelenthetnek.

A kötelező kezelés előírása sokakban azonban ellenkezik a betegek, vagy egyáltalán az egyének önrendelkezési és szabadságjogaival. Úgy tekintenek erre, mint hogy bezárva tartják, személyes szabadságukban korlátozzák az ilyen betegséggel küzdőket. Ez oda vezet, hogy a társadalom kellő ismeretek hiányában a pszichiátria tudományát, az abban alkalmazott terápiákat és módszereket nem ismeri el, bizalmatlanná válik ezzel a tudományággal szemben.

Ahogy Rihmer Zoltán fogalmaz "a pszichiátriának, mint egyetemi tanszékeken kötelezően oktatott orvosi szakmának teljesen komolyan vételére lenne szükség, amelynek fontos része a pszichiátria szakmai vezetői által deklarált szükséges, európai színvonalú ellátás anyagi hátterének és társadalmi támogatottságának biztosítása."

A fogva tartás követelményeit az Emberi Jogok Európai Bírósága elsőként az úgynevezett Winterwerp v. Hollandia ügyben vizsgálta<sup>27</sup>, melyben kimondta, hogy fontos a személyes szabadság korlátozásának törvényi alapú meghatározása, és a nemzeti jog által szabályozott eljárás, valamint az, hogy a szabályozás mögött meghúzódó általános elvrendszer megfeleljen az Emberi Jogok Európai Egyezménye kívánalmainak.

További követelményként fogalmazza meg, hogy a mentális rendellenességnek olyan mértékűnek vagy fajtájúnak kell lenni, amely indokolja a szabadságtól való megfosztást, és amely szükséges a fogva tartás meghosszabbításához, mivel állandó jelleggel fennáll. Elvárás továbbá, hogy az egyén elmeállapotát, a sürgős esetek kivételével, objektív szakértői vélemény támassza alá. Ennek megfelelően a magyar jog alapján a kényszergyógykezelés nem alkalmazható átmeneti mentális problémák esetén, erre a célra szolgál pl. a pszichiátriai betegek kötelező intézeti gyógykezelésének polgári nemperes eljárásban történő elrendelése.

Hazánkban az alapvető jogok országgyűlési biztosa egyébként több alkalommal is vizsgálódott a pszichiátriai intézet zárt osztályán kezelt betegek helyzetét illetően.<sup>28</sup> A vizsgálatban jogi és orvosi (pszichiátriai) szakképzettséggel rendelkező munkatárs is részt vesz, aki képes észlelni az esetleges testi vagy lelki bántalmazás nyomait, tüneteit. A hatályos jogszabályok pedig lehetővé teszik azt is, hogy a helyszíni vizsgálatok során az országgyűlési biztos, illetve munkatársai mind a fogva tartott személyekkel, mind a felügyeletükkel megbízott személyzettel korlátozás nélkül érintkezzenek, velük szükség esetén bizalmas beszélgetéseket folytassanak.<sup>29</sup>

Az alapvető jogok biztosa több jelentésében is rámutatott, hogy a pszichiátriai betegek életkörülményeivel kapcsolatos hiányosságok gyorsan vezethetnek az embertelen és megalázó bánásmód körébe tartozó helyzetekhez, amelynek tilalma az emberi méltósághoz való jog részeként abszolút és korlátozhatatlan. "A pszichiátriai betegek számára megfelelő tárgyi körülményeket kell biztosítani a kulturált elhelyezéshez, étkezéshez, tisztálkodáshoz. A gyakorlatban a zárt intézetek

---

<sup>27</sup> Winterwerp v. Hollandia, 1979. ügyszám: 6301/73, ítélet: 1979. 10. 24., 39. szakasz

<sup>28</sup> Tarics Csilla: Betegjogok hazai szabályozása, különös tekintettel a pszichiátriai betegekre, Szeged, 2018. [http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/tarics\\_csilla\\_\\_betegjogok\\_hazai\\_szabalyozasa\[jogi\\_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/tarics_csilla__betegjogok_hazai_szabalyozasa[jogi_forum].pdf)

<sup>29</sup> Az alapvető jogok biztosa vizsgálatának szakmai szabályairól és módszereiről 3/2015. (XI. 30.) AJB utasítás



tárgyi és személyi feltételeinek hiányosságai idézhetnek elő jogsértő helyzeteket. Ilyen lehet a túlszűfolttság, a koedukált fürdőhelyiség, a szellőzés hiánya, különböző épülethibák (pl.: beázás, gombásodott vakolat, vakolatomlás veszélye), akadálymentesség hiánya, társalgóhelyiség hiánya."<sup>30</sup>

Konkrét esetben is megállapított a biztos a kínzás tilalmával összefüggő visszásságot, amikor egy nő a pszichiátriai zárt intézeti kezelése során szülte meg gyermekét, aki a felvételét megelőzően saját magát közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsított, ezért a 36. hetében járó terhes nőt lekötözték és nyugtatót adtak neki, majd a krízismegfigyelőben hosszabb időre magára hagyták. Ez alatt a betegnél rohamszülés indult meg, lekötözve, bepelenkázva vajúdott, majd szülte meg gyermekét, aki a kórházban meghalt. A szülés beindulását a személyzet késve észlelte, az egészségügyi dokumentáció hiányos volt, a beteg ilyen jellegű bekorlátozásáról a betegjogi képviselőt határidőn túl értesítették.

Egy másik esetben az embertelen bánásmód tilalmával összefüggő visszásság került feltárára, mert a pszichiátriai zárt osztály folyosóján úgy helyeztek el lekötözött betegeket helyhiány miatt, hogy közülük az egyik beteget ruha nélkül egyetlen pelenkában fektették, továbbá nem biztosítottak olyan éjjeli szekrényt, amelybe a betegek a személyes tárgyaikat elhelyezhették volna.<sup>31</sup>

Szintén a megalázó bánásmód tilalmával összefüggő visszásságot állapított meg az alapjogi biztos egy olyan esetben is, amikor a pszichiátriai betegektől elvették a saját ruhájukat és kötelezték őket kórházi ruha használatára annak ellenére, hogy ez indokolt lett volna, továbbá az ilyen jellegű intézkedést, mint lehetőséget sem rögzítették a házirendben. Ez gyengítette a pszichiátriai beteg önbecsülésének és a személyes identitásának megerősítését, továbbá a tulajdonhoz való jog indokolatlan korlátozását is felvetette.<sup>32</sup>

A pszichiátriai betegek jogainak hatékonyabb érvényesülése érdekében ezért fontos szerepet tölthet be a betegjogi képviselő, aki fel tudná hívni az intézmény figyelmét a hasonló problémákra, közvetíteni tudna a beteg és az egészségügyi személyzet között, hiszen a „pszichiátriai

---

<sup>30</sup> Az alapvető jogok biztosa mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus Jelentése az AJB-410/2015. számú ügyben 11. oldal

<sup>31</sup> Az alapvető jogok biztosa Jelentése az AJB-524/2016. számú ügyben

<sup>32</sup> Az alapvető jogok biztosa mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus Jelentése az AJB-410/2015. számú ügyben 17-18. oldal

intézményekben túl könnyen tulajdonítják a beteg panaszát betegségének következményének, s ritkán kérdezik meg: ésszerűek-e azok az igények, melyeket a beteg az intézménnyel vagy az egészségügyi személyzettel szemben támaszt. Nagyon könnyű egy panaszkodó betegre azt mondani, hogy depressziós, egy vitatkozó betegre azt mondani, hogy személyiségzavara van, egy gyanakvó betegre azt mondani, hogy paranoid, egy, a körülményekkel elégedetlen, s ezért a kórházból távozni akaró betegre azt mondani, hogy nem motivált a terápiára, s ezért nem is akar igazán meggyógyulni, stb.”.<sup>33</sup>

Összefoglalóan elmondható, hogy „A jogrendszerünk szerint nem büntethető emberek határozatlan időre olyan intézménybe kerülnek, amit a gyakorlatban jórészt a büntetés-végrehajtás logikája, a rehabilitáción évek óta messze felülkerekedő biztonságközpontú szemlélet, a mentális betegségekre és agresszióra adható közösségi megoldásokat nem pártoló, rendkívül zárt szervezetrendszer irányít. A kényszergyógykezelés végrehajtásában mozgástér éppen csak az egyéni szükségletekhez igazodó rehabilitációs-reszocializációs szemléletnek nem marad: a büntetés-végrehajtásban többé-kevésbé használt reintegrációs programok (oktatás, szakképzés, munkáltatás, családi kapcsolatok erősítése stb.) jórészt azért nem alkalmazhatóak, mert az IMEI-t fekvőbeteg-gyógyintézetként adminisztrálták: munkáltatásra például azért nincs lehetőség, mert az ott ápoltak jogi értelemben nem tekinthetők munkaképesnek. Ezzel ellentétben az egyre szigorodó kapcsolattartási szabályok szinte ugyanúgy vonatkoznak a kényszergyógykezeltekre, mint bárkire, aki a szabadságvesztését tölti: 2019 tavasza óta tiltott a látogatáskori testi kontaktus, valamint hozzátartozó és ápolt egymástól plexifallal elválasztott a látogatószobában - így téve még inkább fizikaivá a betegek elkülönítését a társadalomtól. Ráadásul amíg a jó magaviseletű, rövid tartamú szabadságvesztést töltő elítélteknek legalább van lehetősége rövid idejű eltávozásra, kimaradásra, reintegrációs őrizetre, részvételre a társadalmi kötődés-programban, erre egy kényszergyógykezeltnak mind nincs - a (gyógy)kezelés időtartama alatt tehát teljes az izoláció.”<sup>34</sup>

„A nagy állami fenntartású intézményrendszerek közül pedig (legalábbis a hivatalos közlések szerint) kizárólag a büntetés-végrehajtásban nem betegedett meg egyetlen fogvatartott és dolgozó sem, mégis egyedül ezekben az intézetekben tartják fenn mai napig is a legsúlyosabb korlátozó intézkedéseket, például a látogatók fogadásának tilalmát. A kényszergyógykezelte betegek ráadásul

---

<sup>33</sup> Kovács József, Budapest, 2006., 499-500. old.

<sup>34</sup> Krámer Lili-Bacsák Dániel: Bolondok börtöne - egy ország gyógyítása esszé 2020.

már a mihamarabbi szabadulásban is kevésbé bízhatnak, hiszen a szociális intézmények egy része jelenleg nem vehet fel új ellátottakat.”<sup>35</sup>

A kormány szándékai között egyébként időről időre megjelenik a kérdés rendezésének igénye, azonban ezidáig nem történt lépés a kérdésben.

Bár 2013 júniusában megalapításra került az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI), amely azonban nem járt az ágyszám növelésével, mivel a fejlesztés a speciális ambulanciákra és a pszichiátriai sürgősségi betegfogadó részlegekre irányult az egyéb országos funkciók ellátása mellett. A Semmelweis terv egyik deklarált célja volt, hogy a szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszert megerősítse.

Nagy szükség lenne egy korszerű, betegközpontú pszichiátriai intézmény-hálózat kialakítására, és egy módszertani-szervezési, a betegfolyamatokat követő és bizonyos speciális területeket kiemelt módon ellátni képes központ újraszervezésére.

Az OPAI létrehozása során a rendelkezésre álló kereteken belül hiánypótló szakambulanciákat és specializált részlegeket, kisebb osztályokat alakítottak ki, amelyek tevékenységi köre vagy nem, vagy csak nagyon kevés helyen volt elérhető az országban. Komorbid részlegükön a lelki betegség mellett szerfogyasztással kapcsolatos problémákkal küzdőket gyógyítják, drogterápiás részlegükön a megvonáson átesett betegek tartós absztinenciáját biztosító képességeket fejlesztik, az alkoholderápiás részlegen a józanság megtartásának egyénre szabott kezelési tervét dolgozzák ki, gyógyszeres-, pszichoterápiás-, szocioterápiás kezeléseket és utógondozás révén. Az úgynevezett Minnesota-részlegen nyolchetes program keretében kóros szerencsejátékosok- és alkoholbetegek kezelését végzik, elsősorban csoportterápia keretein belül, melynek feltétele, hogy előzetesen látogassák a Névtelen Szerencsejátékosok (GA) vagy Névtelen Alkoholisták (AA) gyűléseit. Végül addiktológiai pszichoterápiás részlegükön az ország egész területéről fogadnak addiktológiai problémájuk mellett személyiségzavarral, szorongással, hangulati zavarral, szomatizációs zavarral, illetve egyéb, traumatikus eredetű problémával küzdő személyeket.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Krámer Lili-Bacsák Dániel: Bolondok börtöne - egy ország gyógyítása esszé 2020.

<sup>36</sup> <http://www.nygy-opai.hu>

#### IV. Mi történik a kényszergyógykezelés megszüntetése után?

A kérdés elsősorban az, hogy mi történik, ha a kóros elmeállapotú elkövetők visszakerülnek a társadalomba. Mi az az intézkedés, megoldás vagy módszer, ami ha nem is szünteti meg, de legalább csökkenti a visszaesések számát, a bűnismétlés veszélyét?

Egyes nézetek szerint nincs ok az aggodalomra. A kényszergyógykezeltek szabadulására vonatkozó állampolgári félelemmel kapcsolatban Nagy Ferenc<sup>37</sup> leszögezi, hogy "az nem tekinthető indokoltnak, mert az IMEI-ből szabadultaknak csupán 4-5 %-a visszaeső. Az intézkedés megszüntetése után a korábbi kényszergyógykezeltek kb. felét elmeszociális otthonban helyezik el, ennek oka elsősorban az, hogy nincs, aki visszafogadná őket."

Mind a társadalom, mind a beteg szempontjából azonban - véleményem szerint - érdemes végiggondolni és feltárni azokat az okokat, amelyek a deviáns viselkedéshez, végső soron a bűncselekmény elkövetéséhez vezetnek. Hangsúlyozva ezáltal a prevenció, a megelőzés fontosságát a kóros elmeállapotú elkövetők esetében is.

Rihmer Zoltán pszichiáter professzor vizsgálati eredmények alapján jutott arra a következtetésre, hogy az erőszakos cselekményeket elkövető pszichiátriai betegek általában skizofréniában, paranoiában vagy súlyos mániás epizódban szenvednek. Különösen akkor követnek el büntetendő cselekményeket, ha egyidejűleg alkohol vagy kábítószer használata is fennáll náluk.

Ezen felül gyakoribb a bűnelkövetés az olyan fiatal férfiak esetében, akik már korábban is agresszíven, a társadalmi elvárásokkal ellentétesen viselkedtek, cselekedtek, illetve ha anyagilag rossz helyzetben lévő, család nélküli vagy hajléktalan emberekről van szó. Rihmer kiemeli továbbá, hogy az ilyen erőszakos cselekmények előfordulását jelentős mértékben csökkenteni tudja a megfelelő kezelés.

Kóros elmeállapotúak esetében álláspontom szerint azt is tisztázni kell, hogy mit értünk a visszaesés fogalma alatt? Ebben a körben először is le kell szögezni, hogy a bűnismétlést és a betegségben

---

<sup>37</sup> Nagy Ferenc: A szankciórendszer, Jogtudományi Közlöny, LXX. évfolyam, 2015. január

történő visszaesést nem lehet élesen elválasztani egymástól, a preventív megoldásokat pedig mindkét terület vonatkozásában ki kell dolgozni.

Az elmebetegek esetében a hatékony kriminológiai prevenció érdekében egyrészt meg kell érteni a kriminalitáshoz vezető okokat, másrészt biztosítani kell a megfelelő pszichiátriai ellátást. A bűnisméltés szempontjából meghatározó faktorok az antiszociális személyiségstruktúra (viselkedés, kogníció, attitűdök), a szociális/családi háttér, a szabadidő eltöltése, az iskolai és munkahelyi elfoglaltság, valamint a tudatmódosító szerek használata.<sup>38</sup>

„Ahogyan Levendel esetelemzéseiben, úgy a kényszergyógykezelés ápoltságainak élettörténetében is gyakran találunk halmozódó családi traumát, sőt, jelentős részük családtag sérelmére követte el cselekményét, ezért azok esetében, ahol a hozzátartozók bevonhatók, kiemelten fontos lenne az intézetbe bekerüléstől kezdődően a családi kapcsolatok újraépítését és erősítését célzó terápiás munka. A koronavírus-járvány miatt hozott korlátozó intézkedések pedig a büntetés-végrehajtást még messzebb sodorták a már eddig is igen távolinak tetsző reintegrációs-reszocializációs szemlélettől.”<sup>39</sup>

Ezekre figyelemmel a prevenciónak különös hangsúlyt kell fektetnie a személyiség fejlesztésére, a családi konfliktusok csökkentésére, a megfelelő kontroll kialakítására és a pozitív kapcsolatok kiépítésére, a munka és egyes eredmények elismerésére, valamint az aktivitás kifejtésének az ösztönzésére. Mindezek mellett csökkenteni kell a kémiai szerek használatát és fel kell számolni a kábítószeres kapcsolatokat. Szakszerű és elérhető kezelés mellett, ezek mind elősegítik a kriminalitás csökkenését, megszakítva ezáltal a kórházba vagy börtönbe kerülés ciklikus ismétlődését.<sup>40</sup>

## V. Összegzés

Vannak olyan vélemények, amelyek szerint, ha az elkövető nem büntethető kóros elmeállapota miatt, az ügy a továbbiakban már nem tartozik büntetőjogi útra, mivel ezekben az esetekben elsődlegesen orvosi kérdéssről van szó; vagy ahogy Horváth Tibor<sup>41</sup> fogalmaz, mert nem felelősségi alapú szankciónól

---

<sup>38</sup> Lamberti, J. S. (2007): Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58:773-781.

<sup>39</sup> Krámer Lili-Bacsák Dániel: Bolondok börtöne - egy ország gyógyítása esszé 2020.

<sup>40</sup> Kalapos Miklós Péter, 82. old.

<sup>41</sup> Horváth Tibor: A büntetési elméletek fejlődése, Budapest, 1980., 123.

van szó. A kényszergyógykezelés tartalmát tulajdonképpen egészségügyi jellegű kérdések töltik ki, ezért nem indokolt a büntetőjogban történő elhelyezése.

Ez alapján az is alapvető kérdés, hogy az elmebeteg bűnelkövetők esetében a kényszergyógykezelés végrehajtása a büntetés-végrehajtás keretein belül lehetséges-e, azt kinek kellene végeznie? Rendelkezik-e a büntetés-végrehajtás és a pszichiátriai ellátás megfelelő kapacitással ezen tevékenység hatékony elvégzéséhez?

Fehér Lenke szerint a kényszergyógykezelés is egyfajta válasz a büntető hatalom és a társadalom részéről, hiszen elrendelésével a hatalom reagál a társadalomra veszélyes cselekmény elkövetésére. A gyógykezelés tartalmi kérdései azonban már az egészségügy hatáskörébe tartoznak, a beteg elkövető és az orvos közötti viszonyt nem befolyásolhatja az, hogy az intézkedés alkalmazására, a beteg beutalására állami kényszer következtében került sor.<sup>42</sup>

Lord Longford pesszimistább véleményen van: „A társadalom bünteti azokat, akik megszegik a jogi normákat, de nem bünteti a betegeket, ehelyett próbálja meggyógyítani őket. A fenti körbe nem sorolható, de nem rendes elmeállapotúak viszont egyfajta átmenetet képeznek a két réteg között. Hiába a jogalkotók minden próbálkozása, hogy tökéletes megoldást találjanak számunkra, ez a probléma sosem oldódik meg.”

Más nézetek szerint azonban a beszámíthatatlan elkövetők helyzetét a büntetőjogon belül kell rendezni, a kényszergyógykezelés pedig intézkedésként a követelményeknek teljes mértékben megfelel<sup>43</sup>, hiszen az intézkedés alkalmazásához nem szükséges a bűnösség, a kényszergyógykezelés elrendelése esetén felmentő ítélet születik és speciális jogkövetkezmény alkalmazására kerül sor. Másrészt garanciális szempontból is fontos - tekintettel a személyes szabadság korlátozására -, hogy a kényszergyógykezelés büntetőjogi szankció maradjon, és semmiképp ne kerüljön a beszámíthatatlan elkövetők cselekményeinek elbírálása például közigazgatási hatáskörbe.

Mindaddig azonban, amíg a hazai jogi szabályozás nem változik, az elmeműködés kóros állapotában

---

<sup>42</sup> Fehér Lenke, 633. old.

<sup>43</sup> Szabó András: A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelése, Magyar Jog, 1976/2., 179.

lévő elkövetők továbbra is ki-be fognak járni az igazságszolgáltatás rendszerében, többlet terhet róva ezzel az abban dolgozókra, miközben semmilyen segítséget nem kapnak.

Az érem másik oldala pedig, hogy mi legyen azokkal az elkövetőkkel, akik nem a törvényben felsorolt és fentebb már ismertetett bűncselekmények valamelyikét követik el, mégis erőszakos viselkedésük miatt veszélyesek a társadalomra. Mi a megoldás, ha az ilyen elkövetők elérnek egy kritikus pontra, amikor betegségük miatt már az emberekre is veszélyt jelentenek, nemcsak tárgyakra? Valóban meg kell várni azt a pillanatot, amikor már emberek élete, testi épsége kerül veszélybe azért, hogy a pszichiátriai segítséget igénylő betegek - akár kényszerű - gyógykezelése elrendelhetővé válhasson? A megnyugtató megoldást az jelentené, ha a kényszergyógykezelést - hasonlóan az osztrák szabályozáshoz - nemcsak személy elleni, hanem más erőszakos cselekmények elkövetőivel szemben is el lehetne rendelni, természetesen az ehhez szükséges intézményi és megfelelő szakmai személyi háttér megteremtése mellett.

Álláspontom szerint ugyanis ezen elkövetők vonatkozásában nem elegendő, hogy csak az egészségügyi jogi szabályok alapján kerüljön sor eljárás lefolytatására, mert a társadalomra különösen veszélyes cselekmények esetén a társadalom védelme szempontjából, valamint garanciális szempontból is indokolt a büntetőjog keretein belül történő szabályozás.

## Felhasznált irodalom, tanulmányok, internetes forrás

1. Bányai István: A bírői mérlegelés szabadsága szakértő szemszögéből, Magyar Jog, 2015. szeptember. 539.
2. Baraczka Krisztina igazságügyi elmeorvos szakértő előadása a PPKE-JÁK Deák Ferenc Intézetében 2014.04.11.
3. Erdei Árpád: Tény és jog a szakvéleményben. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1987.
4. Fehér Lenke, Kényszergyógykezelés: a patológia terápiája, avagy a terápia patológiája?, Jogtudományi Közlöny, 1989/12.,
5. Horváth Tibor: A büntetési elméletek fejlődése, Budapest, 1980.
6. Juhász Pál-Pethő Bertalan: Általános pszichiátria, Medicina könyvkiadó, 1983.
7. Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben? Börtönügyi Szemle, 2008.
8. Kovács József: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában, Budapest, 2006.
9. Kovács József: A pszichiátriai betegségfogalom filozófiai kérdései, Valóság, 2006. június XLIX. évfolyam 6. szám
10. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése, Doktori (PhD) Értekezés, Debrecen, 2013.
11. Krámer Lili-Bacsák Dániel: Bolondok börtöne - egy ország gyógyítása esszé 2020.



12. Kuncz Elemér (szerk.) Igazságügyi pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2011.
13. Lamberti, J. S. (2007): Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. Psychiatric Services
14. Longford, Lord, Prisoner or Patient?, Chapmans London, 1992.
15. Máthé Magdolna: A pszichopatológia alapfogalmai - az igazságügyi elmeorvos szakértői vélemény elkészültéhez és megértéséhez vezető út, 2015.  
[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/mathe\\_magdolna\\_\\_a\\_pszichopatologia\\_alapfogalmai\[jogi\\_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/mathe_magdolna__a_pszichopatologia_alapfogalmai[jogi_forum].pdf)
16. Nagy Ferenc: A szankciórendszer, Jogtudományi Közlöny, LXX. évfolyam, 2015. január
17. Rihmer Zoltán: Agresszív bűncselekmények és a pszichiátriai ellátás, 2014. Magyar Nemzet, 2014. augusztus 16.
18. Szabó András: A beszámíthatóság és az ittasság büntetőjogi értékelése, Magyar Jog, 1976/2.
19. Tarics Csilla: Betegjogok hazai szabályozása, különös tekintettel a pszichiátriai betegekre, Szeged, 2018.  
[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/tarics\\_csilla\\_\\_betegjogok\\_hazai\\_szabalyozasa\[jogi\\_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/tarics_csilla__betegjogok_hazai_szabalyozasa[jogi_forum].pdf)
20. Tóth Éva - Belovics Ervin (szerk.) A büntetőeljárás segédtudománya. Budapest, Pázmány Press, 2015.
21. [www.nygy-opai.hu](http://www.nygy-opai.hu)