

JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

Ön- és közveszélyes elkövetők

A gyógykezelés kényszere hazánkban és a nagyvilágban

Szerző:

dr. Dülk Tímea Zsuzsanna

bírósági titkár

Veszprém, 2022.07.15.

I. Bevezetés

A büntetőjognak nem feladata a beteg egyének gyógyítása, arra az egészségügyi rendszer való. A büntetőjog az elmebeli rendellenességekkel a büntetendő cselekmények elkövetése kapcsán találkozunk, ennek megfelelően a társadalom védelmét helyezi előtérbe. Beszámíthatóság hiányában azonban a büntetés helyett csak valamilyen gyógyító jellegű intézménybe, így például elmeorvosintézetbe utalás jöhet csak szóba.¹

Az utóbbi évtizedekben nőtt a pszichiátriai megbetegedések száma, hiszen nőtt az átlagéletkor, ezáltal növekedett az idős korral, valamint a modern civilizációs tendenciákkal összefüggő stressz hatására kialakuló megbetegedések száma. A gyorsan változó élethelyzetek fokozták a pszichológiai ártalmakat, illetve a növekvő alkohol-, kábítószer-, és gyógyszerfogyasztás fokozták a személyiségkárosodás valószínűségét.

A büntetőjog alapvetően az elkövetők megbüntetéséhez rendelkezik eszközökkel, a gyógyítás pedig inkább az egészségügy területére tartozik. Sajátos, hibrid jellegű intézménynek tekinthető a kényszergyógykezelés intézkedés, amely egyensúlyt teremthet(ne) az elkövető gyógyítása és a társadalom védelme iránti igény között. Sajnos azonban e büntetőjogi intézkedés szabályozása jelenleg nem feltétlenül képes elérni a célját - ahogyan azt a lejjebb felhívott jogesetek is jól példázzák -, ezért indokolt lehet annak felülvizsgálata és módosítása.

II. Előzmények

A római jogban az őrültet, vagyis a „furiosit” már felmentették a büntetés alól, az egyházjogban viszont hosszú időn keresztül uralkodott az a nézet, hogy az elmebetegség a bűn következménye, ezért legfeljebb csak a büntetés enyhítésére adhat okot. Egészen a XVIII. század végéig büntették az elmebeteg elkövetőket, és csak a humanistáknak volt köszönhető, hogy az elmebetegség, illetőleg az elmezavar a beszámítási képességet kizáró okok közé került.²

¹ Ez a büntetőjogi intézkedés nem mindenhol a kényszergyógykezelés, az angolszász államokban például az egészségügyi törvény rendelkezik a büntetendő cselekményt elkövető mentálisan sérült elkövetők helyzetéről

² Buri Edina Krisztina - Zeöldné dr. Király Anita: A korlátozott beszámítási képesség története napjainkig, Budapest, 2017. november 1. [http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/buri_edina-zeoldne_kiraly_anita__korlatozott_beszamitasi_kepesseg_tortenete\[jogi_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/buri_edina-zeoldne_kiraly_anita__korlatozott_beszamitasi_kepesseg_tortenete[jogi_forum].pdf)

A felvilágosodás korában jelentek meg az első olyan források, amelyek alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a beteg elméjű bűnelkövetőkre már nem úgy tekintettek, mint egy külső erő által megszállt lélekre, hanem örültek házába vagy kórházba rendelték elhelyezni őket.³

Az elmebetegekre vonatkozó első magyarországi jogforrás III. István (1162-1172) korából származik, ez az úgynevezett Gratiani-féle dekrétum 1151-ből. Az elmebetegek jogállását a Werbőczy-féle Tripartitum is szabályozta, miszerint a bárgyú, dühöngő fiúk az apai hatalom alól nem szabadulnak fel, továbbá különleges bánásmódot írt elő a dühöngőkre és az esztelenekre.

Magyarországon az első hatályos büntető törvénykönyv az 1787-ben kihirdetett Közönséges törvény a vétkekről és azoknak büntetésekről⁴ 5. §-a szerint: akiben szabad akarat nincs, főben járó vétket annak nem lehet tulajdonítani. Nem büntethető az a személy, akinek nincsen szabad akarata, így a bolond, aki eszétől egészen meg van fosztva, a változó eszelősséggel bíró az eszelőssége idején elkövetett cselekményekért, és a részegségben vagy az érzékenység más egyéb háborodásában véghezvitt cselekedetért az, aki nem szándékosan került ebbe az állapotba és cselekedetéről nem tudott.

Az 1843-as büntetőjogi törvényjavaslatok közül az anyagi jogit szokás Deák Ferenc-féle Btk.-nak nevezni. A 74.§-a szerint minden beszámítástól és büntetéstől menten maradnak: az örültek azon tettekre nézve, miket örültségük idején elkövettek; azok, kik betegség miatt ideiglenesen olyan állapotban vannak, hogy tetteik büntethetőségének felfogására szükséges eszmélettel nem bírnak, de csak oly tettekre nézve, miket ezen állapotban követtek el; a tompa elméjűek és siketnémák, ha elmetehetségeik oly kevésbé vannak kifejlődve, hogy tetteiknek büntethetőségét belátni képesek nem voltak.

A 84.§-a szerint: örültség, betegség, tompaelméjűség, mely még azon fokon ugyan nincsen, hogy minden beszámítást megszüntessen, de mégis olyan, hogy a törvényességének józan belátását megzavarta, a beszámítást szintén enyhíti.

³ Mária Terézia 1763. évi dekrétuma

⁴ Sanctio Criminalis Josephina, 1787.

Ezzel egyidőben a francia, a porosz és bajor büntető törvénykönyvek már a felismerési és akaratí képeesség fogalmával foglalkoztak, és kiemeltek néhány kizáró okot az akkori orvostudomány állásának megfelelően, így az örültséget, az őrzöngést és a részegség legmagasabb fokát. Ismerték a lázdelírium vagy az álomkór szabad akarat-elhatározást kizáró hatását.⁵

1852-ben Magyarországon hatályba léptették az 1803-ban kelt osztrák büntető törvényt, mely rendelkezett a beszámítási képeességet kizáró okokról. A gyengeelméjűségben, elhanyagolt neveltetésben megnyilvánuló korlátozott beszámítási képeességet az enyhítö körülmények között hivatkozta meg. Ezt a törvényt azonban nem alkalmazták a magyar bíróságok.⁶

Ebben az idöszakban - pont a fent kifejtettek miatt - nagy jelentössel bírt Pauler Tivadar 1864-ben megjelent Büntetőjogtan című tankönyve, mely kidolgozta és rendszerezte a beszámítási képeességet kizáró okokat. Ezeket összefoglalóan úgy fogalmazta meg, hogy azon körülmények, melyek az ember öntudatát, elhatározási vagy cselekvési szabadságát megszüntetik, tette beszámíthatását is kizárják. Mások tárgyi vagy alanyi tekintetben a büntett beszámíthatását enyhítik vagy súlyosbítják, némely viszonyok pedig elveinek alkalmazását különféleképp módosítják. Pauler álláspontja szerint enyhítö körülmények azok, melyek a büntett beszámíthatását teljesen ki nem zárják ugyan, de az öntudat vagy akarat korlátozásánál vagy pedig a cselekmény minőségénél fogva annak bűnösséget kisebbítik.⁷

Az 1878. évi V. törvényekkel aztán hatályba lépett a Csemegi kódex, mely nem határozta meg a beszámítási képeesség fogalmát, ugyanakkor felsorolta a beszámítási képeességet kizáró okokat. A Csemegi kódex egyáltalán nem tartalmazott rendelkezéseket arra nézve, mi a teendöje a bírónak azután, ha az elmetehetség megzavarodása miatt az elkövetöt felmentette.

A közveszélyes elmebetegek elhelyezéséről a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvény úgy rendelkezett, hogy „Mindazon gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegek, kik a közbiztonságra veszélyesek, gyógyítás, illetöleg eltartás végett elmeegógyintézetbe helyezendök”.⁸

⁵ Borossy Gabriella Barbara: A beszámítási képeesség határán, Budapest, 2014.

[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/borossy_gabriella_barbara__a_beszmitasi_kepesseg_hataran\[jogi_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/borossy_gabriella_barbara__a_beszmitasi_kepesseg_hataran[jogi_forum].pdf)

⁶ Mezei Barna: A magyar jogtörténet forrásai, Budapest, Osiris kiadó 2000.

⁷ Pauler Tivadar: Büntetőjogtan I-II. Kötet Budapest, 1869.

⁸ 1876. évi XIV. tv. 71. §

A beszámítási képesség fogalmát Vámbéry Rusztem 1913-ban megjelent Büntetőjog című tankönyvében igyekezett meghatározni, mely szerint a beszámíthatóság az embernek a képessége, hogy cselekvésének valóságos és erkölcsi vagy jogi jelentőségét átlássa, s magát jellemének, egyéniségének megfelelően ható képzetek szerint irányítsa.⁹

Visszatérve a Csemegi kódex rendelkezéseihez, a 76. §-a kimondta, hogy nem számítható be a cselekmény annak, aki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva, és emiatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt. Öntudatlan állapotnak tekintette a tudatvesztéssel járó állapotokat, mint például az álomkórt, az alvajárást és a részegség ezen fokát. Az elmetehetség zavarának tekintette az őrültséget, hüleséget, tébolyt, mániát és idiotizmust.

A 88. §-a szerint a siketnémák, ha cselekvésük bűnösségének felismerésére szükséges belátással nem bírnak, büntett vagy vétség miatt nem büntethetők. Ide tartozott még az ellenállhatatlan erő és fenyegetés, a jogos védelem, a végszükség, a tévedés és a gyermekkor is.

A XIX. század végén - orvos és jogász kongresszusokon megtárgyalva - a jogtudósok már elismerték, hogy a teljes beszámíthatatlanság és a teljes beszámíthatóság között sok átmenet van, ezért ha a törvény a korlátolt beszámíthatóságot nem fogadja el, a szakértő és a bíró ahelyett, hogy a bűnösség fokával arányban álló enyhébb büntetést alkalmazna, a beszámítás kizárását és a büntethetetlenséget mondja ki.¹⁰

Általánossá vált az a felfogás, hogy az ilyen elkövetőket enyhébben kell büntetni. Ahogy arra Pauler Tivadar is utalt, abban a jogászok és a pszichiáterek is egyetértettek, hogy az idetartozó bűnelkövetőkön a büntetést másként kelljen végrehajtani, mint a „normális” elítélteken. Abban azonban már nem volt összhang, hogy miként legyen ez a végrehajtás más. Voltak olyanok, akik a rendes büntetés alkalmazását ajánlották, utólagos nevelő vagy gyógyító kezeléssel, mások pedig a büntetés mellőzését és csupán nevelő-gyógyító intézetben történő elhelyezést javasoltak.

⁹ Vámbéry Rusztem: Büntetőjog Budapest, Grill Károly Könyvkiadó vállalat, 1913.

¹⁰ Babarczi Schwarzer Ottó: A korlátolt beszámíthatóság, Budapest, Orvosi hetilap tudományos közleményei 1906.

Az 1950. évi II. törvény, a Btá. már újraszabályozta a büntethetőséget kizáró okokat, bevezette a korlátozott beszámítási képesség fogalmát, és meghatározta a végszükség, valamint a jogos védelem fogalmát. A törvény 10. §-a szerint nem büntethető, aki a büntettet olyan elmebeteg állapotban vagy olyan öntudatzavarban követte el, mely őt képtelenné tette a cselekmény társadalmi veszélyességének felismerésére vagy az akaratának megfelelő magatartásra. Ehhez képest az 1978. évi IV. törvény kiegészítette ezt, bár csak példálózó jelleggel, a szellemi leépüléssel és a személyiségzavarral. Végül a hatályos Btk. már szakított ezzel a hagyománnyal és a kórképek felsorolása kikerült a törvényből.

Ami a végrehajtást illeti, már Mária Terézia idején is őrültek házában vagy kórházban helyezték el az ilyen betegségekkel küzdő elítélteket, majd bevezetésre került a Csemegi-kódex III. Novellájával a kóros elmeállapot miatt beszámítási képességgel nem rendelkező, ezért nem büntethető elkövetőkkel szembeni speciális jogintézmény, a biztonsági őrizet. A biztonsági őrizet felnőtt korú elmebeteg, beszámíthatatlan személy által elkövetett büntett vagy vétség esetén került kiszabásra.

Ezt a Btá. is fenntartotta azzal, hogy alkalmazásának feltételeként az elkövető közveszélyes állapotát jelölte meg. A 49. § (1) bekezdése ugyanis úgy rendelkezett, hogy „azt aki 18. életévének betöltése után büntettet követ el, ha elmebetegsége okából nem büntethető, viszont elmeállapotánál fogva alaposan feltehető, hogy újabb büntettet követ el, biztonsági őrizetbe kell helyezni.”

A kényszergyógykezelés mint intézkedés ezzel a névvel és rendszertani elhelyezkedéssel először az 1961. évi V. törvény 61. § (1) bekezdésében jelent meg. E szerint "azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban elkövetett cselekménye miatt nem büntethető, a bíróság kényszergyógykezelést rendel el, ha attól kell tartani, hogy olyan cselekményt követ el, amely egyébként megvalósítja valamely büntett törvényi tényállását."

A miniszteri indoklás kifejezetten kitért arra, hogy az alkalmazás feltételeként a törvényben szereplő „attól kell tartani” kitétel tartalmában megegyezik a Btá. által megkívánt „alaposan feltehető, hogy újabb büntettet követ el” fordulattal. A törvény¹¹ a végrehajtás két módját ismerte: kijelölt

¹¹ 1962. évi 10. tvr. 21. §

egészségügyi intézetben vagy gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban való végrehajtást. A kijelölt egészségügyi intézet az Országos Megfigyelő és Elmeorvosintézet. Házi gondozás esetén a beteg ápolását és felügyeletét a beteg hozzátartozójának kellett ellátni, amit az Intézet orvosa ellenőrzött. Az Intézetben kellett fogantatni a szankciót, ha olyan cselekmény miatt alkalmazták, amelyre büntetési akadály hiányában egy évnél súlyosabb szabadságvesztés kiszabása lenne indokolt.

III. A kényszerorvoskezelés intézménye, szabályozása

A kényszerorvoskezelés a büntető szankciók körében egy gyógyító-védelmi jellegű intézkedési nem, önállóan, büntetés helyett alkalmazható határozatlan időre, és a személyi szabadság elvonására tekintettel a legsúlyosabb intézkedésnek tekinthető. Ez egy speciális joghátrány a büntetőjogban, mert alapja nem a bűncselekmény, hanem a jogellenes, büntetendő, de nem bűnös cselekmény elkövetése és az ebben megnyilvánuló kóros elmeállapot, elmebetegség.

Elsődleges célja a gyógyítás, kezelés, amely egy erre kijelölt speciális intézményben történik. A kényszerorvoskezeléssel érintett személyre betegként tekint a jogalkotó, akinek gyógykezelését az orvostudomány mindenkor aktuális lehetőségeihez mérten, és az ő érdekében kell gyakorolni, azért, hogy állapotának további romlását megakadályozzák, és a lehetséges mértékig helyreállítsák. Mindezek mellett preventív célja is van az intézkedésnek, hiszen a társadalom védelmét is szolgálja azáltal, hogy megakadályozza a beteg elkövetőt, hogy újabb büntetendő cselekményt kövessen el. Ezen másodlagos cél egyben meghatározza a jogintézmény büntetőjogi jellegét is.¹²

Ez a kettősség megjelenik az ilyen típusú elkövetők jogi státuszában is, hiszen egyrészt megilletik őket az egészségügyi törvényben meghatározott, minden beteget általánosan megillető jogok, ugyanakkor ők a büntetés-végrehajtási szervezet fogvatartottjai is egyben. Így ez a speciális élethelyzet az általánostól eltérő szabályozási igényt vet fel az esetükben, amelyet az egészségügyi törvény, a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos rendelkezések és a büntetés-végrehajtási törvény tartalmaz.

¹² Pallo József: „Büntetéstől menten...” (Gondolatok a kényszerorvoskezelés néhány sarokpontjáról), Börtönügyi Kaleidoszkóp, Budapest, 2014.

A kényszergyógykezelés mint jogintézmény a magyar jogrendben a 2012. évi C. törvény (Btk.), Általános Részében található. A Btk., de már az 1978. évi IV. törvény is úgy rendelkezett, hogy személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elmeműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.¹³

A kényszergyógykezelés elrendelésének tehát négy konjunktív feltétele van:

1. az elkövetett cselekménynek személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó jellegűnek kell lennie,
2. az elkövető büntethetősége kóros elmeállapota miatt kizárt,
3. megalapozottan attól kell tartani, hogy az elkövető hasonló cselekményt fog elkövetni,
4. az elkövető büntethetősége esetén a bíróság egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést szabna ki.

Személy elleni erőszakos bűncselekménynek minősülnek a Btk. 459. § (1) bekezdés 26. pontjában felsorolt bűncselekmények, így a leggyakoribbak az emberölés (Btk. 160. § (1)-(3) és (5) bekezdés), az erős felindulásban elkövetett emberölés (Btk. 161. §) vagy a testi sértés (Btk. 164. § (3)-(6) és (8) bekezdés). **Közveszélyt okozó cselekmény** elsősorban a közveszélyokozás (Btk. 322. §), de ide tartozhat például a közérdekű üzem működésének megzavarása (Btk. 323. §), vagy a terrorcselekmény (Btk. 314. §) is.

A **kóros elmeállapot** sajátosan befolyásolja az ember akarati és tudatműködését. Korlátozhatja, de ki is zárhatja a beteg cselekvőképességét (polgári jog), vétőképességét (munkajog), beszámíthatóságát, büntethetőségét (büntetőjog), de legsúlyosabb jogi következménye az, hogy az előbbieken meghatározott - valamint törvényben meghatározott egyéb - feltételek fennforgása esetén kényszergyógykezelést lehet alkalmazni az adott személlyel szemben.

¹³ 1978. évi IV. törvény 74. §, Btk. 78.§

Az elkövetőnek a cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában kell elkövetnie, amely képtelenné teszi őt cselekménye következményeinek a felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék.¹⁴ Ez az ember azon képességeire utal, amelyek a bűnösségi értékítéletben megnyilvánuló szemrehányás előfeltételét képezik: a cselekmény következményeinek előrelátására való képesség, a cselekmény társadalmi jelentőségének, helyességének vagy helytelenségének felismerésére való képesség.¹⁵

A terhelt elmeállapotának vizsgálatára általában akkor kerül sor, ha a bírósági eljárás során adatok merülnek fel a terhelt kóros elmeállapotára vonatkozóan, amelyek származhatnak a tárgyalás közvetlensége folytán észlelt tapasztalatokból, a cselekmény elkövetésének jellegéből, tanúvallomásokból, orvosi előzményi adatokból, illetve korábbi szakvéleményekből.

A kóros elmeállapotú bűnelkövető felelősségéről való döntésnél azonban nem elég annak megállapítása, hogy ő követte el a bűncselekményt (imputatio facti), hanem annak a kérdésnek az eldöntése is nélkülözhetetlen, hogy a kóros elmeállapot kizárta-e vagy csak korlátozta cselekménye társadalomra veszélyességének felismerésében, illetve az ennek megfelelő cselekvésben (imputatio iuris).¹⁶

Annak eldöntése, hogy a terhelt szenvedett-e a cselekmény elkövetésekor az elmeműködés olyan kóros állapotában, amely a beszámítási képességét kizárta, vagy korlátozta, egyértelműen különleges szakértelmet igénylő kérdés, ezért az ügyész, illetve a bíróság köteles igazságügyi szakértőt kirendelni. Amennyiben egyszeri vizsgálattal nem dönthető el, szakértői bizonyossággal a terhelt elmeállapota, a bíróság maximum egy hónapra elrendelheti a terhelt megfigyelését, a fogvatartott terheltet az IMEI-be, a szabadlábban lévő terheltet pedig elmeorvosintézetbe utalja. Ez szükség esetén további egy hónappal meghosszabbítható.¹⁷

Ahogy már fentebb említettem, a kényszergyógykezelt a kóros elmeállapotából fakadóan beteg, azonban a büntetés-végrehajtási szabályok alapján fogvatartottnak is minősül, így a

¹⁴ Btk. 17. § (1) bekezdés

¹⁵ Paksi András: A kóros elmeállapot szabályozása a hatályos magyar büntetőjogban

¹⁶ Paksi András, 8. old.

¹⁷ Glonczy Erzsébet: A kóros elmeállapot büntetőjogi kérdései, Szakdolgozat, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudomány Kar Bűnügyi Tudományok Intézete Büntetőjogi és Kriminológiai Tanszék, Miskolc, 2021., 28. old.

kényszergyógykezelés elsődleges célja a gyógyítás, másodlagos célja pedig az, hogy visszatartsa a kóros elmeállapotú elkövetőt újabb bűncselekmény elkövetésétől. Ennek azért is van különös jelentősége, mert az elkövető vizsgálata az előbb említetteket túl arra is kiterjed, hogy a kóros elmeállapotánál fogva feltehetően **elkövetne-e a jövőben is hasonló jogellenes cselekményt, cselekményeket.**

Tekintettel arra, hogy az ilyen jellegű cselekmények ismételt, jövőbeli elkövetése - figyelemmel arra is, hogy a személy elleni erőszakos cselekmények szándékos bűncselekmények - csak szándékos elkövetésnél jöhetnek számításba, ebből következően gondatlan elkövetésnél ezen feltétel megvalósulása fogalmilag kizárt.¹⁸

Ha valamennyi elrendelési feltétel együttesen fennáll, és a cselekmény elkövetésének pillanatában az elkövető beszámítási képessége kóros elmeállapota miatt teljesen hiányzik, a bíróság a büntethetőséget (bűnösséget) kizáró ok folytán felmentő ítéletet hoz, és elrendeli a vádlott kényszergyógykezelését¹⁹, melyet a Budapesti Fegyház és Börtön falain belül elhelyezkedő Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (továbbiakban: IMEI) kell végrehajtani. Az IMEI fekvő beteg gyógyintézetként hajtja végre a kényszergyógykezelt betegek pszichiátriai kezelését és rehabilitációját.²⁰

A kényszergyógykezelés a hatályos szabályozás szerint határozatlan időre szól, melynek hátránya, hogy előfordulhat, hogy az elkövető hosszabb ideig áll majd gyógykezelés alatt, mint amennyi ideig az adott cselekményért a szabadságvesztés büntetését töltené. Előnye viszont, hogy a lehető legnagyobb mértékben erősíti a társadalom védelmét.

A Bv. tv. 329.§ (1) bekezdése értelmében a betegnek az IMEI-be történő befogadása napjától számított harmadik hónap folyamán az IMEI főigazgató főorvosa a beteg állapotára vonatkozó részletes kórrajzkivonatot megküldi a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának lefolytatása érdekében az illetékes büntetés-végrehajtási bírónak. Ezt az eljárást a kényszergyógykezelés megszűnéséig vagy megszüntetéséig hathavonta meg kell ismétetni.

¹⁸ BH1987. 423.

¹⁹ Be. 566. § (3) bekezdés

²⁰ 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 2. § (1) bekezdés a) pont

A felülvizsgálati eljárásban a szükségesség keretében azt kell vizsgálni, hogy a beteg meggyógyult-e, illetve a bűnismétlés veszélye fennáll-e, valamint hogy a kényszergyógykezelés - a beteg esetleg változott egészségi állapotára is figyelemmel - a társadalom védelme szempontjából a továbbiakban szükséges-e.²¹

Ha a bíróság mindezek alapján arra a döntésre jut, hogy a kényszergyógykezelés nem szüntethető meg, a felülvizsgálatot hat hónaponként megismétli. Ha azonban azt állapítja meg, hogy annak szükségessége már nem áll fenn, vagyis ha már nem kell tartani attól, hogy olyan újabb hasonló büntetendő cselekményt követ el az érintett személy, amely miatt kényszergyógykezelés elrendelésének lenne helye, a kényszergyógykezelést megszünteti.

A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 16. § (1) bekezdése értelmében a kényszergyógykezelés megszüntetésére vonatkozó előterjesztés megtételével egyidejűleg a főigazgató főorvos írásban értesíti a beteg törvényes képviselőjét vagy kapcsolattartóként megjelölt hozzátartozóját.

A (2) bekezdés szerint, ha a beteg önálló életvitelre képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodik, illetve arra alkalmas lenne, a főigazgató főorvos a kényszergyógykezelés megszüntetésére vonatkozó előterjesztés megtétele előtt megteszi a szükséges intézkedéseket a beteg további gondozása érdekében. Ha az elbocsátásig a megtett intézkedések nem vezetnek eredményre a főigazgató főorvos kezdeményezi a beteg soron kívüli ellátását a megfelelő intézményben.

A (3)-(4) bekezdés értelmében a beteget a kényszergyógykezelés megszüntetésének tényét tartalmazó igazolással kell ellátni és részére át kell adni az egészségügyi dokumentációját. Ha a beteg megfelelő ruházattal nem rendelkezik, el kell látni az évszaknak megfelelő ruházattal. Továbbá szükség esetén a főigazgató főorvos intézkedik a betegnek az Országos Mentőszolgálat útján történő szállítása iránt.

²¹ 30/2007. BK vélemény

Ha a büntetőeljárás során elrendelt kényszergyógykezelés megszűnése után a beteg további intézeti gyógykezelése szükséges, lehetőség van kötelező gyógykezelés alkalmazására.²² Ezt a kényszergyógykezelést végző szerv főigazgató főorvosa a bíróság értesítésével kezdeményezi és javaslatot tesz a gyógykezelést végző pszichiátriai intézetre, valamint az elbocsátás napjára, és azt a bíróság, a beteg, az eljárást kezdeményező szakorvos és egy független igazságügyi elmeorvos szakértő meghallgatása után, ha szükséges, a kényszergyógykezelés megszűnésének napjával elrendeli.

A kötelező gyógykezelés intézménye abban az esetben is alkalmazható, ha a kényszergyógykezelést nem lehet elrendelni, mert a bíróság egyévi szabadságvesztésnél enyhébb büntetést szabna ki. Ilyenkor a büntetőeljárást követően az ügyész kezdeményezi a kötelező gyógykezelés elrendelésére irányuló eljárást.²³

IV. A jogi szabályozás gyakorlati alkalmazása - Jogesetek

1.) A vádlott egy októberi délutánon egy megyeszékhelyi város egyik terén fel-alá járkált és hangosan kiabált. Észrevette a téren gyalogosan közlekedő két női sértettet, akik a járási ügyészség dolgozói. A vádlott ezt nem tudta, de minden előzmény nélkül odalépett az egyik nőhöz és egy alkalommal a nyaka bal oldalán közepes erővel ököllel megütötte.

Ezután eltávolodott a sértettől, miközben folyamatosan trágár szavakat kiabált és fenyegetőzött, hogy megöli őket. A másik sértett közben értesítette a rendőrséget, valamint a saját mobiltelefonjával fényképeket készített az elkövetőről.

A vádlott közben ismét ideges lett, megindult az előzőleg bántalmazott sértett felé és előrenyújtott lábbal belerúgott a sértett bal combjának felső részébe egy alkalommal, majd nagy erővel megütötte a sértett bal állkapcsát. A másik sértett erélyesen távozásra szólította fel a vádlottat, aminek hatására az felhagyott magatartásával, majd a felsőruházatát letépvé, folyamatos trágár kiabálás közepette

²² 1997. évi CLIV. törvény (Eü.tv.) 200. § (2) bekezdés

²³ Eü.tv. 200. § (2a) bekezdés

távozott a helyszínről.

A terhelt cselekménye alkalmas volt arra, hogy az azt észlelőkben megbotránkozást, riadalmat keltsen. A sértett nyolc napon belül gyógyuló könnyű sérüléseket szenvedett, az őt ért bántalmazás miatt joghatályos magánindítványt terjesztett elő.

A garázdaság vétsége és könnyű testi sértés vétsége miatt indult büntetőeljárás során kirendelt elmeorvos szakértő megállapította, hogy a vádlott a tudathasadásos elmezavar fiatal korban kialakuló formájában (skizofrénia, hebefrenika) szenvedett és szenved, mely a bűncselekmény elkövetésének időpontjában kizárta azt, hogy cselekménye következményeit felismerje, és e felismerésnek megfelelően cselekedjék.

Mindezek alapján az elsőfokú bíróság a vádlottat felmentette az ellene emelet vád alól, és elrendelte kényszergyógykezelését.

A vádlott és védője fellebbezése folytán eljáró másodfokú bíróság megváltoztatta az elsőfokú ítéletet és mellőzte a vádlott kényszergyógykezelését elrendelő elsőbírői rendelkezést, tekintettel arra, hogy a vádlott által elkövetett cselekmények nem tartoznak a Btk. 459. § (1) bekezdés 26. pontjában felsorolt személy elleni erőszakos bűncselekmények közé, így a kényszergyógykezelés elrendelésének ezen feltétele hiányzott.²⁴

2.) A terheltek 2011 decemberében - mivel korábban nem ismerték egymást - külön-külön bementek egy presszóba. Mindketten ittas állapotban voltak, de a sértett, a presszó üzemeltetője még kiszolgálta őket azzal, hogy záróra van. Mivel az I. rendű terhelt lassan itta az italát, a sértett figyelmeztette, hogy hamarosan el kell hagynia a presszót. Ekkor ő kiabálni kezdett a sértett asztaltársaságának, és felhúzta a pólóját, így látható volt, hogy övében egy kés van. Emiatt a sértett a terheltet kiküldte és a presszó ajtaját kulcsra zárta.

Rövid idő múlva a terheltek - már együtt - kopogni kezdtek a presszó ajtaján, sört kértek, a sértett adott nekik 1-1 üveg sört, majd az ajtót ismét kulcsra zárta. A terheltek azonban nem mentek el, kb.

²⁴ 3.B.183/2013/52. és 1.Bf.318/2014/7.

10 perc elteltével a II. rendű terhelt a hozzá került késsel a presszó ajtajának üvegét kocogtatta, az ajtót rugdosta, az I. rendű terhelt pedig a presszó dupla, hőszigetelt, 140x140 cm méretű ablakát ököllel ütötte, amely miatt annak külső üvege betört. Ekkor a sértett értesítette a rendőrséget.

A terheltek cselekménye alkalmas volt arra, hogy az azt észlelőkben megbotránkozást, riadalmat keltsen.

A bíróság jogerős ítéletében megállapított tényállás szerint II. rendű terhelt tudathasadásos jellegű elmezavarban szenved, súlyos észrevevés és gondolkodászavarok, indulat-vezérelt viselkedésmódok, passzív életvitel, rendkívül alacsony konfliktustűrő-készség, bizarr, elhanyagolt higiénias viszonyok megnyilvánulásával. Gondolkodása sok formai és tartalmi zavar jeleit tükrözi, környezetével szemben bizalmatlan, gyakran kóros beállítottságú. A kóros élmények, a nagyzasos, misztikus, megfigyeléses téveszmék meghatározzák mindennapi életvitelét, viselkedésmódozatait. A cselekmény kóros élmények által vezérelt paranoid, téveszmék által determinált, illetve szoros összefüggésben a felszínre került elmeműködés zavarával.

Kóros elmeállapotú, amely miatt teljes mértékben képtelen volt a terhére rótt cselekmény következményeinek a felismerésére, és a felismerésnek megfelelő magatartás kialakítására. Szokványos alkoholfogyasztó, esetleg kábítószer-fogyasztó, de nála nem valósulnak meg az alkoholizmus, az alkoholfüggőség ismérvei. A terhelt elmebetegsége huzamos ideje fennáll, és előreláthatólag a jövőben is fenn fog állni, jelenleg meghatározhatatlan ideig, ezért alaposan feltételezhető, hogy elmebetegsége folytán a jövőben is megvalósíthatja valamely testi sértéses, avagy életellenes bűncselekmény törvényi tényállását. Pszichés állapota folytán kötelező pszichiátriai fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést igényel. Az elmeműködés zavara, azaz a tudathasadásos jellegű elmezavar rekonstruálható a vizsgálatot megelőző hosszú időszakra, 1-2 éves időintervallumra.

Mindezek alapján a bíróság az ítéletével²⁵ II. rendű terheltet az ellene garázdaság büntette [1978. évi IV. törvény 271. § (1) bekezdés, (3) bekezdés d) pont] miatt emelt vád alól felmentette, és elrendelte a terhelt kényszergyógykezelését, legfeljebb 5 évi időtartamra.

²⁵ 1.B.34/2012/24.

A bíróság jogerős ügydöntő határozatát a Főügyészség felülvizsgálati indítványa alapján a Kúria megváltoztatta és a kényszergyógykezelés alkalmazását mellőzte arra tekintettel, hogy II. rendű terhelt a terhére rótt garázdaság büntettének elkövetése során nem személy, hanem dolog elleni erőszakot alkalmazott. Ezért vele szemben a kényszergyógykezelés elrendelése a nem személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekmény elkövetése miatt törvénysértő.²⁶

3.) A vádlott a sértettel egy szobában feküdt le, majd reggel 6 óra körüli időben a vádlott azt álmodta, hogy anyját az élettársa bántalmazza, majd alvajárás állapotában, kibontotta csomagolásából az ajándékba vitt 14 cm pengehosszúságú konyhakést, a hátán fekvő alvó sértett mellkasára ült és öt több alkalommal nyaktájékon szúrta. Mikor a sértett a fájdalomra felriadt, dulakodni kezdett a vádlottal. A sértett a vádlott fejéhez térdelt és jobb kézzel ököllel orrba vágta. Az orrba vágástól a vádlott „magához tért” rácsodálkozott a sértetre, meglepődve mondta neki, hogy „...! Te vérzel!”. Kérdezgette a sértettől, hogy mi történt, mire sértett azt válaszolta, hogy „te csináltad!” A vádlott sírva fakadt, azt mondogatta, hogy „nem én voltam”.

Végül az időközben a szobába belépő 3 sz. tanú, a sértett anyja vádlottat a sértettől lehúzta, és az ágyra leszorította. Ezt követően a sértettet a mentők a ... kórházba szállították.

Sértett a bántalmazás következtében nyakának bal oldalán, a kulcscsont felett 5 cm-es szúrt sebzéses sérülést szenvedett, a szúrcsatorna mély volt, de ér- és ideg nem sérült. Ezen túlmenően vállának bal oldalán, mellkasának bal oldalán vágott sebzések érték.

A sérülések gyógytartama ténylegesen 7 nap volt, azonban a szúrt nyaki sérülés miatt megvolt az elvi és gyakorlati lehetősége annak, hogy életveszélyes sérülés keletkezzen, a halál akár néhány percen belül bekövetkezzen.

Az ügyészség vádlottat az 1978. évi IV. tv. 166.§ (1) bekezdésébe ütköző emberölés büntettének a Btk. 16. §-a szerinti kísérletével vádolta. Az elsőfokú bíróság az emberölés büntettének kísérlete vádjára alól felmentette és elrendelte a vádlott kényszergyógykezelését.

²⁶ Bfv. III. 1.474/2014/5.

Az indokolás szerint a vádlott átlagos intellektusú személy, képességeinek realizálását „éngyenge” személyisége akadályozza. Személyiségfejlődése során neurotikus konfliktusait nem volt képes meghaladni, így az később pszichopátiás irányba fordult. Emberi kötődésekhez, kötelezettségekhez infantilis felelőtlenséggel, irreálisan viszonyulhat, állásfoglalásaiban labilis, nehezen köt kompromisszumot, vágyait a realitás korlátaihoz igazítani nem képes. Viselkedését a gátoltság és a gátlástalanság váltakozása jellemzi. A férfi szerep bizonytalansága oppozíciós (kihívó, dacos, szembenálló, provokatív, ellenséges, indulatos magatartás) viszonyulást eredményez, ez alkalmazkodási problémákhoz, egyenetlen életvezetéshez vezet. Hisztrionikus vonásokkal színezett személyiség. (A hisztrionikus személyiségzavart a szélsőséges érzelmi megnyilvánulások, feltűnési vágy, teátrális viselkedés, az állandó élmény és újdonság keresés jellemzi.)

Vádlott a cselekmény elkövetésekor alváshoz társuló tudtazavarban szenvedett, amely kizárta őt cselekménye következményeinek felismerésében, illetve a felismerésnek megfelelő cselekvésben. Ez a tudatzavar a parasomniák (alvászavarok, alvás alatti rendellenes mozgásjelenségek) körébe sorolható szomnambulizmusnak (alvajárás) felel meg.

Az alvajárás a tudomány jelenlegi állása szerint nem gyógyítható, ismétlődő jellegű, hasonló jellegű cselekmény előfordulásának lehetősége nem zárható ki.

A bíróság a vádlott beszámítási képességét vizsgálva a szakvélemények alapján arra a megállapításra jutott, hogy a vádlott cselekményét az elmeműködés olyan kóros állapotában követte el, amely képtelenné tette cselekménye következményeinek felismerésére, ezért a Btk. 22. § b) pontja szerint büntethetősége kizárt.

A bíróság megállapította, hogy a kényszergyógykezelés elrendelésének feltételei fennállnak, mivel a vádlott személy elleni erőszakos cselekményt valósított meg, melynek büntetési tétele 5-15 évig terjedő szabadságvesztés, az enyhítő és súlyosító körülményeket figyelembe véve 1 évnél hosszabb szabadságvesztés kiszabására kerülne sor büntethetősége esetén.

”Annak ellenére, hogy az alvajárás a tudomány jelenlegi állása szerint nem gyógyítható és a szakértői vélemény szerint az IMEI keretében történő kényszergyógykezeléstől eredmény nem várható, a

bíróság úgy ítélte meg, hogy a vádlottal szemben a kényszergyógykezelés elrendelése indokolt.

Az a körülmény, hogy a szakértők azt javasolták, hogy a vádlottat ideggondozó intézetben gondozásba kell venni, rendszeres időszakonként kontrollvizsgálatnak kell alávetni, valamint szigorúan figyelni kell az alkoholtilalomra és az alvási ritmus megtartására, arra utal, hogy vádlott számára valamilyen orvosi felügyelet szükséges ahhoz, hogy a hasonló cselekmény előfordulását minimalizálja, illetőleg kizárja.

A bíróság eszközei között annak megakadályozására, hogy az elkövető ismét bűncselekményt kövessen el csupán a Btk.74.§ (1) bekezdésében írt kényszergyógykezelés intézkedése áll rendelkezésre. Annak megítélése, hogy a kényszergyógykezeléstől várható-e, és ha igen, mennyiben várható eredmény, nem jelen eljárás feladata, annak mérlegelése a gyógykezelés kérdéskörébe tartozik."²⁷

Ehhez képest a másodfokú bíróság az ítéletet megváltoztatta és a kényszergyógykezelés elrendelésére vonatkozó rendelkezést mellőzte²⁸ az alábbi tényállás módosítással és kiegészítéssel.

Mellőzte a határozat azon bekezdését, miszerint „Az alvajárás a tudomány jelenlegi állása szerint nem gyógyítható, ismétlődő jellegű, hasonló jellegű cselekmény előfordulásának lehetősége nem zárható ki”. Helyébe a következő szövegrész került:

A szomnambulizmus (alvajárás) betegség a tudomány mai állása szerint nem gyógyítható, hatékony gyógykezelése nem ismert. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a vádlottnak az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet keretében történő kényszergyógykezelésétől eredmény nem várható.

A vádlott nem alkoholfüggő, kényszergyógyítása nem indokolt.

Az alvajárás ismételt előfordulása nem zárható ki. Megjelenését az alkoholfogyasztás és az alvásmegvonás potenciózza. A klinikai tapasztalatok alapján az alvajárás keretében többnyire baleseti jellegű cselekmények fordulnak elő, büntetendő magatartások kifejezetten ritkának

²⁷ Somogy Megyei Bíróság B.223/2009/26.

²⁸ Pécsi Ítéletábla, mint másodfokú bíróság Bf.II.245/2009/6.

számítanak.

A vádlott ideggondozó intézetben történő nyilvántartásba vétele, illetve rendszeres időszakonként, legalább havonta esedékes kontrollvizsgálaton való megjelenése, szigorú alkoholtilalom és az alvási ritmus megtartása, a testi és lelki kimerülés elkerülése mellett a bűnismétlés veszélye a bizonyosságot megközelítő valószínűséggel kizárható.

Indokolásában rámutatott arra, hogy a tényállás kiegészítését mindössze az tette indokolttá, hogy az elsőfokú bíróság a vádlott ideg- és elmeállapotát, betegségének jellegét némileg hiányosan, a szakértői vélemények differenciált megállapításait kissé leegyszerűsítve rögzítette. Megelégedve azzal, hogy a vádlott tudatzavart eredményező, és hangsúlyozottan gyógyíthatatlan alvajáráásának tünetei bármikor ismétlődhetnek, akár hasonló jellegű cselekmény formájában is.

A szóban forgó betegség lényege azonban ennél sokkal árnyaltabb volt. Mindenekelőtt arra visszavezethetően, hogy a gyógyíthatatlanság egyidejűleg a hatékony kórházi kezelés hiányát is jelentette: nem ismert olyan gyógymód, mely az alvás alatti rendellenes mozgásjelenségek végleges megszüntetésére eredményesen alkalmazható lenne. Ilyen elvárás tehát a kényszergyógykezeléssel szemben sem támasztható.

A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a szomnambulizmusban szenvedők sokkal inkább baleseteket idéznek elő, semmint büntetendő cselekményeket, ez utóbbiak előfordulása kifejezetten ritka.

A szóban forgó rendellenes mozgásjelenségek megjelenésével elsősorban alkoholfogyasztás és alvásmegvonás esetén lehet számolni, teljes absztinencia és az alvási ritmus megtartása mellett ugyanakkor a büntetendő cselekmény megismétlésének a veszélye a „bizonyosságot megközelítő valószínűséggel kizárható”. Megfelelő életmód és mentálhigiénés szabályok betartásával, egyszerűen azzal, hogy rendszeres időszakonként ellenőrző vizsgálatokon kell megjeleneni a területileg illetékes ideggondozó intézményben.

Ez annál is inkább elegendőnek bizonyulhat, mert a vádlott nem alkoholfüggő, büntetendő

cselekményét alkalmi - bár mértékében nyilvánvalóan eltúlzott - alkoholfogyasztás után követte el.

Hivatkozott arra, hogy a jelen ügyben a kényszergyógykezelés feltételei közül a személy elleni erőszakos büntetendő cselekmény elkövetése, az elmeműködés kóros állapota, ennek büntethetőséget kizáró okként való jelentkezése, illetve a büntethetőség esetén egy évet meghaladó tartamú szabadságvesztés kiszabásának a lehetősége nyilvánvalóan fennállt, értelmezést kizárólag csak a „tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni” kitétel igényelt.

Annak egyidejű megválaszolásával, hogy a vizsgált intézkedés alkalmazására már az is lehetőséget nyújt-e, ha teljességgel, százszázalékos bizonyossággal nem lehet kizárni az újabb (fenti feltételeknek megfelelő) cselekmény megvalósítását, avagy ennél több szükséges, magasabb fokú valószínűség, annak megalapozott feltételezése, hogy a hasonló jellegű cselekmény elkövetésével reálisan számolni kell.

A vizsgált kérdésben pusztán az e témakörben közzétett eseti döntések és jogirodalmi állásfoglalások alapján nem lehetett állást foglalni, némi eredményre mindössze a jogtörténeti értelmezés vezetett.

Mindezek egybevetéséből arra lehet következtetni, hogy ennek az intézkedésnek az alkalmazásához a bűnismétlés elvont, távoli lehetősége nem elegendő, így az, hogy annak előfordulási valószínűségét nem lehet teljesen, kétséget kizáró bizonyossággal elvetni. Ennél konkrétabb, kézzelfoghatóbb veszély szükséges, olyan ideg- és elmeorvosi szakvéleménnyel alátámasztott feltételezés, hogy a büntetendő cselekmény megismétlése alaposan feltehető.

A társadalomnak az újabb büntetendő cselekmény elkövetésének a kockázatát minimális mértékben a kóros elmeállapotú személyek esetében is viselnie kell; éppúgy, ahogyan teszi ezt az ilyen szempontból egészséges elkövetők vonatkozásában, amikor hasonló kockázatot vállal a büntetés letöltése utáni szabadlábra helyezéssel, a feltételes szabadságra bocsátással vagy a büntetés végrehajtásának a próbaidőre történő felfüggesztésével.

Ezzel ellentétes álláspont a vádlottat érintően azt jelentené, hogy a jelenlegi rendelkezések szerint akár élete végéig, a 2010. évi május hó 1. napján hatályba lépő szabályozás alapján pedig nagy

valószínűséggel tizenöt évig is zárt intézetben maradna, miután a betegsége nem gyógyítható.

Abban évtizedek óta egységes az ítélkezési gyakorlat, hogy a társadalom védelme általában nem teszi indokolttá a kényszergyógykezelés elrendelését abban az esetben, ha az elkövető rendszeres ideggondozói vagy elmeorvosászati kezelése, ellenőrzése - személyi és családi körülményeire, valamint az orvosi ellátás adott lehetőségeire tekintettel - e nélkül is megoldható (BJD 5779. számú eseti döntés indokolása)."

A jelen ügyben éppen erről van szó: az igazságügyi orvosszakértői vélemény és az IMEI egybehangzó közlése alapján a vádlott tartós pszichiátriai osztályos kezelése szükségtelen, attól semmiféle előrelépés nem várható. Állapotának tünetmentessé tételéhez, az alvás alatti rendellenes mozgásjelenségek ideiglenes megszűnéséhez mindössze speciális viselkedési normákat kell betartani, olyan magatartási szabályokat, melyek nyilvántartásba vétellel, illetve havonta esedékes kontrollvizsgálatokkal is figyelemmel kísérhetőek.

A fentieket kellőképpen igazolni látszott az is, hogy az IMEI-ben történő megfigyelése alatt, a 2009. évi május hó 19. és a 2010. évi február hó 11. napjai között álomittasság állapotába nem került. A vádlott nem alkoholbeteg, cselekményének hátterében alkalmi italfogyasztás, eseti leittasodás állott. Egyetlen adat sem merült fel arra vonatkozóan, hogy az absztinencia és az alvási ritmus önkéntes megtartására nem mutatna hajlandóságot, személyisége ezzel éppen ellenkező sajátosságokat mutatott: a kórházi kezelés rendjébe tartósan beilleszkedett, a konvenciókat elfogadta, konfliktusmentes és együttműködő magatartást tanúsított, illetve a büntetőeljárás miatt szembesült az alkoholfogyasztásának lehetséges következményeivel is.

Mindezekre figyelemmel a másodfokú bíróság nem látott lehetőséget a Btk. 70. § (1) bekezdés 3. pontja szerinti intézkedés alkalmazására.

A fent említett három különböző jogeset is tökéletesen példázza azt az anomáliát - amely egyébként a családon belüli erőszakkal kapcsolatos esetekre is jellemző -, hogy ameddig nem folyik vér (illetve néha még akkor sem, ha ez bekövetkezik), addig nincs eszköz a hatóságok kezében. Jogosan merül fel a társadalom tagjaiban a kérdés, hogy valóban meg kell-e várni azt a pillanatot, amikor már

emberek élete, testi épsége kerül veszélybe azért, hogy a pszichiátriai segítséget igénylő betegek - akár kényszerű - gyógykezelése elrendelhetővé válhasson. Természetesen a kényszergyógykezelés, ahogyan azt már kifejtettem korábban, szabadságelvonással járó intézkedés, tehát elrendelhetősége körében széleskörű garanciákat is kell biztosítani, ezért megfelelőbb, ha a büntetőjogi jogkövetkezmény alkalmazására kerül sor.

V. Külföldi megoldások

A gyógyítás vagy büntetés problematikája nemcsak hazánkban okoz fejtörést a jogalkotók és jogalkalmazók számára. A különféle országok különféle megoldásokkal próbálják megteremteni az egyensúlyt az egyéni és a generális érdekek között. Az alábbiakban összegyűjtöttem több országnak a beszámítási képességgel nem rendelkező elkövetőkkel szembeni eljárására vonatkozó szabályait, amelyek vizsgálata - esetlegesen átvétele - a magyar jogalkotás számára is megfontolandó lehet.

A kényszergyógykezelés sajátosságai alapvetően eltérnek az egyes államokban. Az angolszász államok és Franciaország berendezkedése alapvetően különbözik a hazaitól, nem ismeri a kényszergyógykezelés jogintézményét, a beszámíthatatlan elmeállapotú elkövetők büntetendő cselekményeit az egészségügyi törvény rendelkezési szabályozzák.

Angliában a rendőrség az őrizetbe vételkor dönthet arról, hogy biztonságos helyre szállítja az elkövetőt vagy kezdeményezi a vádemelést.

Biztonságos hely lehet pl. kórház, gondozóház vagy akár rendőrállomás is. Erre akkor van lehetőség, ha az elkövető láthatóan elmezavarban szenved, fenyegető vagy bizarr magatartást tanúsít és azonnali kezelésre vagy ellenőrzésre van szüksége, a cselekményt közterületen követte el és a biztonságos helyre szállítás a társadalom védelme érdekében szükséges. Ez a jogintézmény azonban a rendőrség pszichiátriai ismereteinek hiányában meglehetősen ritkán alkalmazott, leginkább Londonban kerül alkalmazásra. Ez az időtartam 72 óráig tarthat, mely idő alatt egy szociális munkás és egy gyakorló törvényszéki orvosszakértő vizsgálja meg az elkövetőt. Az orvosszakértő az elmeállapot teljes körű vizsgálata helyett azt nézi, hogy a fogvatartás alkalmazható-e és a gyanúsított

képes-e válaszolni a kérdésekre.²⁹

A vádemeléshez két kritériumnak kell teljesülnie, a nyilvánvalósági kritériumnak, vagyis ún. 51 %-os szabálynak, ami azt jelenti, hogy okszerű kilátás nyílik a későbbi elítélésre, a másik pedig a közérdekűségi kritérium. A rendőrség egyébként több lehetőség közül is választhat, számára nemcsak a vádemelés kezdeményezése és a kórházba utalás adottak. Mindezek alternatívájaként, elterelésként lehetőség van egyszerű vagy kisebb fokú elmezavar esetén feltételes figyelmeztetés alkalmazására, továbbá rendőrségi óvadék kiszabására is.

A vádemelést követően szintén lehetőség van óvadék kiszabására vagy az elkövető kórházba utalására, végül az ítélet meghozatala után a bíróságnak a nem-büntetőjogi eszközök, módszerek köréből kell választania. Így elrendelhet pszichiátriai próbára bocsátást (Psychiatric Probation Order), melynek célja az elkövető jó magaviseletének biztosítása, valamint további bűncselekmények elkövetésének megakadályozása. Feltétele, hogy az orvosi vélemény szerint nem szükséges kórházi gyógykezelés elrendelése, de szükség van orvosi felügyeletre. Az emberölést kivéve bármely bűncselekmény elkövetése esetén kiszabható 6 hónaptól 3 évig terjedő időtartamra, azonban csak akkor, ha az elkövetés idején nem áll fenn a bűnismétlés veszélye.

Gondnokság elrendelése is szóba jöhet, ami sok tekintetben hasonlít a pártfogó felügyelői intézményhez, a gyógyulás reális lehetősége itt nem feltétel.

Elrendelhet továbbá a bíróság kórházi kezelést, amennyiben az az orvosi szakvélemény szerint indokolt és az elmezavar foka és természete lehetővé teszi a megfelelő kezelést. A kórházi kezelésnek több fajtája van, így létezik a hospital order intézménye, ami teljesen határozatlan tartamú szankció, de nem büntetés, hiszen az elkövetővel kapcsolatos összes hatáskör átkerül az orvoshoz, aki dönt a szabadon bocsátás időpontjáról. Az elrendelés előtt két orvos véleményét is ki kell kérni.

A kórházi kezeléseket másik típusa a hospital direction, amit a bíróság többnyire a sorozatelkövetők és a korábbi pszichiátriai betegek által elkövetett súlyos bűncselekmények kapcsán rendel el. Ez a jogintézmény kettős természetű, mert egyrészt az elkövető gyógyítását foglalja magában, másrészt

²⁹ Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, 83. old.

büntetési elemeket is tartalmaz. Akkor kell alkalmazni, ha kétség merül fel a gyógykezelés sikerességét illetően. Amennyiben a gyógykezelés sikeres, úgy az elkövetőt börtönbe kell szállítani, és a büntetése hátralévő részét ott kell letöltenie.³⁰

Az Egyesült Államokban kifejezetten a mentálisan sérült elkövetői réteg számára hoztak létre speciális bíróságokat (MHC).³¹ Ezek ún. probléma megoldó bíróságok³², melyek a probléma egészére fókuszálnak, nem csak a büntetés kiszabására, és a bűncselekmény elkövetése mögött meghúzódó társadalmi-szociális problémák megoldásán keresztül próbálják megakadályozni a bűnismétlést. Ezáltal az elkövetőket megpróbálják visszavezetni a társadalomba, ahelyett, hogy megbélyegeznék őket. Az intézmény lényegére világít rá, hogy az elkövetőt nem bűnösként, hanem ügyfélként kezeli. Ez a módszer mára már Kanadában és Ausztráliában is elterjedt. A bírósági elterelés másik formája pedig a bírósági pszichiátriai klinika, ami egy bírósághoz kapcsolt kórház, melynek alkalmazására csak a súlyos bűncselekményeket elkövető személyeknél kerülhet sor.

Az osztrák és a német rendszer több tekintetben hasonlít a magyar sajátosságokhoz. Az osztrák szabályok lényegesen tágabb körben teszik lehetővé a kényszergyógykezelés elrendelését, mint a magyar szabályok, az kiszabható bármely bűncselekmény esetén, ha azt a törvény több, mint egy évi szabadságvesztés büntetéssel rendeli büntetni, ha az elkövető az elkövetéskor fennálló bizonyos körülmények miatt nem beszámítható, ami egy magasabb fokú szellemi vagy lelki különbözőséget jelent.

Ez a különbözőség abnormális lelkiállapotként fogható fel, amit megalapoz például a szexuális gátlások nagyfokú csökkenése, valamint a gyengeelméjűség. További feltétel, hogy az orvosszakértői vizsgálat szerint az elkövető veszélyes a társadalomra, azaz nagy valószínűséggel fog elkövetni újabb bűncselekményeket és az állapota tartós. Eltérés a hazai szabályozáshoz képest, hogy a kényszergyógykezelés gondatlan cselekmények esetén is elrendelhető, illetve kevésbé veszélyes elkövetők esetén, ambuláns terápia alkalmazása mellett lehetőség van az intézkedés felfüggesztésére is.

³⁰ Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A beszámíthatatlan elkövetők cselekményeinek megítélése az angol, a német és az osztrák büntetőjogban, Magyar Jog, 2014. január

³¹ Mental Health Court

³² mint például a drogbíróságok

Működik egy speciális intézmény Bécsben, ami hasonlóan az IMEI-hez, átmenetet képez a jogi és az egészségügyi rendszer között, azonban ez egy törvényszéki klinika, ahol szakemberekből álló csoport, pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások és nővérek dolgoznak.

Németországban a büntető törvénykönyv szabályozza a pszichiátriai kórházba szállítás jogintézményét, melyet akkor lehet elrendelni, ha „az elkövető felelőtlen vagy felelősségi képessége csökkent, tényállásszerű cselekményt követett el, és jelentős mértékben veszélyes a társadalomra.”³³ Az intézkedés célja hasonlóan a magyar szabályozáshoz, a társadalom védelme és az elkövető gyógyítása, melyet speciális törvényszéki pszichiátriai kórházban hajtanak végre. Megalapozhatja pszichózis, tudatzavar, intelligencia csökkenés, valamint egyéb komoly szellemi károsodás.

Hasonlóan az osztrák szabályozáshoz, bármilyen bűncselekmény elkövetése esetén alkalmazható ez az intézkedés, azonban a német szabályok szerint nem feltétele, hogy a bűncselekmény büntetési tétele legalább 1 évi szabadságvesztés legyen. Ez egy határozatlan időtartamú intézkedés, amelyet a bíróságnak évente felül kell vizsgálnia. Engedélyezhető a gyógykezelt számára feltételhez kötött, vagy feltétel nélküli elbocsátás is.

A bíróság előírhatja az elkövetőnek, hogy pszichiátriai, vagy pszichoterápiai kezelésen vegyen részt, vagy meghatározott időközönként jelenjenek meg egy pszichiátriai intézetben, illetve őket a bíróság, vagy egy pártfogó felügyelő felügyeli, kezelésükre törvényszéki ambulanciákat is létrehozta, amelyek a társadalomba való visszailleszkedést segítik. Az ambulanciák folyamatos kooperációt és kommunikációt folytatnak a bírósággal, így nemcsak gyógyítási, hanem ellenőrzési feladatokat is ellátnak.

Összességében elmondható, hogy a magyar rendelkezések engedik legszűkebb körben az intézkedés alkalmazását. Ezzel biztosított, hogy a büntetőjog csak akkor jut szerephez, ha más jogági szankciók nem segítenek.

³³ StGb. 63. §

VI. Összegzés

A külföldi példák azt sugallják, hogy a leghatékonyabb megoldást törvényszéki (forenzikus) klinikák, illetve klinikai egységek jelentenék, ami arra enged következtetni, hogy a kényszergyógykezelés végrehajtása elszakadna a büntetés végrehajtás rendszerétől.³⁴

Érdemes lenne megfontolni azt a német megoldást, ami az intézkedés megszűnése után lehetővé teszi, hogy a kezelésen sikeresen részt vevők felügyeletét a bíróság vagy egy pártfogó felügyelő lássa el. A bíróság egyúttal előírhatja az elkövetőnek, hogy pszichiátriai vagy pszichoterápiai kezelésen vegyen részt olyan törvényszéki ambulanciákon, melyek folyamatosan együttműködnek és kommunikálnak a bíróságokkal, vagy meghatározott időközönként jelenjen meg egy pszichiátriai intézetben, ahol a kezelések a társadalomba való visszailleszkedést segítik.

Végkonklúzióként azonban leszögezhetjük, egyetértve Levendel Lászlóval, hogy a jelenlegi szabályozás nem teszi lehetővé a minden aspektusra kiterjedő szemléleti megközelítést, továbbá a szükséges eszközrendszerek sem állnak rendelkezésre ahhoz, hogy komplexen tudjuk kezelni ezen személyek egészségügyi problémáit, egyúttal megelőzzük, illetve végső esetben büntessük deviáns magatartásukat.

Ennek elsődleges feltétele állásponatom szerint az összefogás és az a közös, társadalmi akarat lenne, amely hajlandó empátiával is fordulni az érintett személyek felé, feltárva a betegségeik kialakulásának okait, az egyén pszichéjétől kiindulva vizsgálni az adott deviáns viselkedésig vezető utat, beleértve és megértve a család és társadalmi közeg szerepét, azért, hogy az egyén számára a lehető leghatékonyabb segítséget, míg a társadalom számára a legmegnyugtatóbb eszközt és megoldást biztosítsa.

³⁴ Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, 180. old.

Felhasznált irodalom, tanulmányok

1. Babarczi Schwarzer Ottó: A korlátolt beszámíthatóság, Budapest, Orvosi hetilap tudományos közleményei 1906.
2. Borossy Gabriella Barbara: A beszámítási képesség határán, Budapest, 2014.
[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/borossy_gabriella_barbara__a_beszmitasi_kepesseg_hataran\[jogi_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/borossy_gabriella_barbara__a_beszmitasi_kepesseg_hataran[jogi_forum].pdf)
3. Buri Edina Krisztina - Zeöldné dr. Király Anita: A korlátozott beszámítási képesség története napjainkig, Budapest, 2017. november 1.
[http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/buri_edina-zeoldne_kiraly_anita__korlatozott_beszamitasi_kepesseg_tortenete\[jogi_forum\].pdf](http://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/buri_edina-zeoldne_kiraly_anita__korlatozott_beszamitasi_kepesseg_tortenete[jogi_forum].pdf)
4. Glonczy Erzsébet: A kóros elmeállapot büntetőjogi kérdései, Szakdolgozat, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudomány Kar Bűnügyi Tudományok Intézete Büntetőjogi és Kriminológiai Tanszék, Miskolc, 2021., 28. old.
5. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A beszámíthatatlan elkövetők cselekményeinek megítélése az angol, a német és az osztrák büntetőjogban, Magyar Jog, 2014. január
6. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér: A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése, Doktori (PhD) Értekezés, Debrecen, 2013.
7. Levendel László: Börtönjárt betegek, Társadalmi Szemle 1991.
8. Mezei Barna: A magyar jogtörténet forrásai, Budapest, Osiris kiadó 2000.
9. Paksi András: A kóros elmeállapot szabályozása a hatályos magyar büntetőjogban
10. Pallo József: „Büntetéstől menten...” (Gondolatok a kényszergyógykezelés néhány

sarokpontjáról), Börtönügyi Kaleidoszkóp, Budapest, 2014.

11. Pauler Tivadar: Büntetőjogtan I-II. Kötet Budapest, 1869.

12. Vámbéry Ruzstem: Büntetőjog Budapest, Grill Károly Könyvkiadó vállalat, 1913.