

37. Országos Tudományos Diákköri Konferencia

Had- és Rendészettudományi Szekció

Budapest, 2025. április 22-24.

Nemzeti Közszolgálati Egyetem

Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar

A kényszergyógykezelés célja, végrehajtása és kihívásai

Jelige: IMEI123

Pályamunka lezárásának időpontja: 2024. november

2025.

Tartalomjegyzék

Empirikus kutatás bemutatása – módszertan és kutatási kérdések	3
Problémafelvetés	4
I. Vélekedés a mentális betegekről	6
1. Ókor.....	6
2. Középkor	8
3. Újkor.....	9
4. Tébolyda, bolondház, elmegyógyintézet.....	10
II. A kóros elmeállapot megjelenése a büntetőjogban	10
1. Nemzetközi tendenciák	11
2. Büntetéselméleti megközelítések	12
3. Hazai tendenciák	14
3.1. Jogszabályi rendelkezések.....	14
3.2. A hazai pszichiátria intézményesülése	17
III. Büntetés-végrehajtás kóros elmeállapot esetén.....	18
1. Beszámítási képesség	20
2. Kóros elmeállapot	20
IV. Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI).....	23
1. Az IMEI és a kényszergyógykezelés kapcsán végzett empirikus kutatás eredményei.....	25
1.1. Módszertan	25
1.2. Elhelyezkedés és épület.....	25
1.3. Létszámadatok.....	27
1.3.1. Az IMEI betegek	27
1.3.2. Személyi állomány és az IMEI osztályai	30
1.4. Kapcsolattartás	31

1.4.1. Látogatófogadás	31
1.4.2. Levelezés	33
1.4.3. Csomagküldés- és fogadás	33
1.4.4. Telefonálás	34
1.5. Rehabilitáció és reintegráció	34
V. A kényszergyógykezelés problémái, kihívásai és ellentmondásai.....	37
1. Börtön vagy kórház? Fogvatartott vagy ápolat beteg?.....	37
2. A reintegráció hiányosságai	39
3. Szabadulás az IMEI-ből	40
Konklúzió és az eredmények felhasználhatóságának bemutatása	43
Felhasznált irodalom	46
Kapcsolódó jogszabályok.....	48
Hazai emberi jogi intézmények jelentései.....	49
Az Emberi Jogok Európai Bíróságának hivatkozott ítéletei és döntései.....	49
Hivatkozott weboldalak.....	50
Interjú és interjúkérdések	50
Melléklet.....	52

„Aki ezzel a témával foglalkozik, nem hagyhatja figyelmen kívül, nem minimalizálhatja azt a fájdalmat és szenvedést, amit az ész elvesztése az áldozat, a szerettei és általában a társadalom számára jelent. Ide tartozik az emberi szenvedés néhány legsúlyosabb formája: a szomorúság, az izoláció, az elidegenedés, a gyötrődés, valamint az ész és a tudat halála.”¹

A kényszergyógykezelés célja, végrehajtása és kihívásai

Empirikus kutatás bemutatása – módszertan és kutatási kérdések

Dolgozatomban a *kényszergyógykezelés* intézményét kutattam, aminek keretein belül a lehetőségeimhez mérten kitértem a történeti előzményekre, a jogi szabályozásokra, illetve az intézkedés ténylegesen megvalósuló formájára. Kutatásomat többértű kíváncsiságom motiválta. Egyrészt arra voltam kíváncsi, hogy a kényszergyógykezelés intézménye, annak célja és végrehajtási keretei milyen módon változtak az idők során. Másrészt arra, hogy jelenleg mi jellemzi a kényszergyógykezelést és annak végrehajtására kijelölt, hosszú történeti múltra visszatekintő intézményt, az *Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet* (a továbbiakban: IMEI) intézményét, annak működése vajon a börtönre vagy a kórházra hasonlít jobban, és vannak-e olyan sajátosságai, amelyek problémákat vagy hiányosságokat jeleznek, tehát a sikeres orvoslás érdekében érdemesek az orvoslásra. Munkám során többek között a korábbi, már hatályukat veszített magyar büntető törvénykönyvekre, a 2012. évi C. törvényre (vagyis a jelenleg hatályos büntető törvénykönyvre) és egyéb, az intézkedés végrehajtásához kapcsolódó jogi dokumentumokra támaszkodtam. Mindezek mellett 2024. április 15-én közérdekű adatigényléssel fordultam az IMEI felé, továbbá a kutatás kapcsán 2024. szeptember 20-án interjút is készítettem Gasteiger Nórával, korábban – 2016 és 2020 között – az IMEI-ben dolgozó szakértővel, akinek személyes szakmai tapasztalatai és történetei segítettek a kutatási kérdéseim megválaszolásához közelebb jutni, így az intézetet is mélyebben megismerni.

Vizsgálódásom során kiemelt figyelmet fordítottam kutatásom központi kérdéseire:

- Milyen jog- és pszichiátriatörténeti előzményei voltak a kényszergyógykezelés ma megvalósuló formájának?

¹ idézet: Andrew Scull (2017), 18.o.

- Hogyan és milyen körülmények között zajlik a kényszergyógykezelés végrehajtása napjainkban, különös tekintettel az IMEI által részemre szolgáltatott közérdekű adatokra?
- Milyen kihívások és ellentmondások merülnek fel a kényszergyógykezelés végrehajtása során?
- Volna-e olyan jogszabálymódosítás, amellyel javítani lehetne a jelenleg fennálló problémákon annak érdekében, hogy a kényszergyógykezelés annak rehabilitációs céljainak a jelenleginél nagyobb mértékben legyen képes teljesíteni?

Kutatómunkám elmélyítése, illetve a közvetlen ismeretszerzés érdekében 2024 júliusában kutatási kérelmet nyújtottam be az intézet felé, ezt azonban novemberben sajnos elutasították. Emellett novemberben egy intézménylátogatás során további személyes tapasztalatokkal fogok gazdagodni az intézménnyel kapcsolatban.

A kutatás és a dolgozat elkészítése során mesterséges intelligenciára épülő eszközt nem használtam.

Problémafelvetés

Időről időre színesnél színesebb beszámolók jelennek meg a médiában a kényszergyógykezeléssel, valamint a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban; ilyen példa az utóbbi időből az egész országot felkavaró újbudai rendőrgyilkosság elkövetőjére kiszabott kényszergyógykezelés és az annak kapcsán kialakult társadalmi diskurzus is. Ugyanakkor azt lehet tapasztalni, hogy kevés pontos információ hangzik el ezekben a média diskurzusokban, így számos tévhit él a kényszergyógykezeléssel és a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban a közvéleményben. Ezek a diskurzusok inkább a stigmaizáció, valamint a tévhitek terjedését és felerősödését idézik el, mintsem azt, hogy a jogintézmény bizonyítékokon alapulva fejlődhessen. Megjelennek ugyanakkor a pszichiátriai ellátórendszer súlyos hiányosságairól szóló beszámolók a médiában² – a civil ellátórendszer hiányosságai pedig végsősoron hatással lesznek a kényszergyógykezelés végrehajtására is. Dolgozatom kereteit ennek széleskörű tárgyalása bizonyosan szétfeszítené, ezért célom inkább annak tisztázása, hogy mivel lehetne fejleszteni a kényszergyógykezelés végrehajtását.

² többek között például: Kaiser – Halász (2023): „Úgy éreztem magam, mint egy kétéves, aki teljesen tehetetlen.” *Telex*, 2023. december 7. 10:57 <https://telex.hu/eletmod/2023/12/07/pszichiatriai-ellatas-szakemberhiany-korhazak-pszichiaterrek-mentalis-egeszseg-egeszsegugy>

A *kényszergyógykezelés* egy büntetés helyett alkalmazható, gyógyító jellegű intézkedés, amelyet kizárólag kóros elmeállapot esetében rendelhetnek el; olyan esetben, ha a büntethetőséget az elkövető pszichés állapota korlátozza vagy kizárja. Az intézkedés célja a *speciális prevenció* mellett (ahogy minden más büntetésnek is) a *társadalom védelme*.³

A büntetés-végrehajtásban és a felelősségre vonás folyamatában számos körülmény befolyásolhatja az ítélet kimenetelét – ilyennek számít a kóros elmeállapot is, amely az elkövető beszámítási képességét érinti. A 2012. évi C. törvény, vagyis a jelenleg hatályos Büntető Törvénykönyv (a továbbiakban: Btk.) a 17. paragrafusban tartalmazza: nem büntethető az a személy, aki a cselekményt olyan kóros elmeállapotban követi el, amely képtelenné teszi őt a következmények felismerésére vagy arra, hogy a felismerésnek megfelelően cselekedjen. Fontos megjegyezni, hogy a kóros elmeállapot önmagában még nem jelent mentesülést a büntetőjogi felelősségre vonás alól, azonban amennyiben megállapítható, hogy ennek következtében az elkövető beszámítási képessége jelentősen sérül (ami kizárja a büntethetőséget), vele szemben kényszergyógykezelésnek van helye.

A kényszergyógykezelés intézkedését a Btk. 78. paragrafusa részletezi; leírja, hogy „*személy elleni erőszakos vagy közvesélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelést kell elrendelni, ha elméműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni*”.⁴ A kényszergyógykezelés elrendelhetőségének egyik feltétele tehát a kóros elmeállapot fennállása, amely esetén a *speciális prevenció* célja a hagyományos szabadságvesztés formáját öltő büntetőjogi megtorlással azonban nem érhető el, hiszen az elkövető beszámítási képesség hiányában – ha már a saját tettét sem képes racionálisan felmérni – a kiszabott büntetést sem fogja érdemben megérteni. Ebből kifolyólag idővel kialakult az a szemléletmód, miszerint célravezetőbb egy alternatív megoldás a kóros elmeállapotú elkövetők esetében; ennek hatására született meg a kényszergyógykezelés jogintézménye. Az intézkedésben két terület találkozik; érvényesül az állam büntetőpolitikai beavatkozása a kényszeren keresztül, illetve az orvostudomány a gyógykezelés által.⁵

Noha beszámítási képesség hiányában az elkövető nem a szó hagyományos értelmében vett büntetést kap, a jogkövetkezmény magában hordozza a morális elítélés és stigmatizáció

³ Szarka (2020), 20.o.

⁴ idézet Btk. 78.§ (1)

⁵ Gál (2016), 7.o.

veszélyét.⁶ Foucault már az 1975. január 8-i előadásában kiemelte, hogy egy „*a jog számára felismerhetetlen személyiségről van szó, akiről kénytelen lemondani*”⁷, a pszichiátriai szakértő diskurzusa pedig a mentális zavarokat jellemzően úgy mutatja be, mint a bűncselekmény okát, eredetét és motívumát.⁸ Rávilágított, hogy a mentális zavarként emlegetett viselkedések (például pszichológiai éretlenség, kevéssé strukturált személyiség, a valóság helytelen megítélése) nem büntetendőek, hiszen nem tiltja ezeket semmilyen törvény.⁹ Ezzel szemben az ítélezés során a bíró a pszichiátriai szakértői vélemény alapján mégis inkább a mentális zavarokat, deviánsnak vélt viselkedésmódokat bünteti, mintsem kizárólag magát a bűncselekményt – hiszen a szakértői vélemény ezeket a kórtörténetben megjelenő életeseményeket, tüneteket és jellemzőket tulajdonítja a bűntény mélyből eredő okának, kezdőpontjának, a betegség történetéből büntörténetet konstruálva ezáltal. Ez Foucault szerint lényegében „*tudományos tudásként legitimálja a büntető hatalom törvénysértésen való túlterjeszkedését.*”¹⁰ A pszichiáter az eljárás során ugyanis – alig megkérdőjelezhető szakértői hatalmánál fogva – bíróvá válik, aki a valós bűnösség kérdésében jár el, ami által hozzájárul ahhoz, hogy a vádlottból a szó szoros értelmében vett „elítelt” váljék.¹¹

I. Vélekedés a mentális betegekről

„*Az örület nyugtalanító kérdés, rejtélye a mai napig zavarba hoz bennünket*”¹² – írja Andrew Scull a 2015-ben kiadott (2017-ben pedig magyarra lefordított) „*Az örület kultúrtörténete*” című könyvének első fejezetében. A mentális zavarokkal, a múltban népszerű szóhasználatlálva *örültséggel* az emberiség történelme során szinte minden korban foglalkoztak, persze különböző minőségben. Az alábbiakban a szerző által is bemutatott történeti korokra világítok rá röviden (Európára fókuszálva), hiszen a mentális zavarban szenvedő emberekről kialakított társadalmi kép mindenkor meghatározza a velük foglalkozó intézményrendszereket.

1. Ókor

Az ókori gondolkodásban az *örület* egy égi csapás, isteni átok volt, amely egy súlyos tett (például felségárulás) következménye volt – így, ha valaki „megörült”, azt büntetésnek tekintették. Az izraeliták története szerint például Saul – az izraeliták első királya – megsértette

⁶ Kovács (2013), 36.o.

⁷ idézet Foucault (1975), 37.o.

⁸ Foucault (1975), 31.o.

⁹ Foucault (1975), 32.o.

¹⁰ Foucault (1975), 34.o.

¹¹ Foucault (1975), 38-39.o.

¹² idézet Scull (2017), 17.o.

Jahvét, a zsidóság legfőbb istenségét, a felségárulásért pedig szörnyű árat fizetett; *megőrült*. A király mindössze egyetlen alkalommal nem engedelmeskedett urának és parancsolójának, ellenszegüléséért pedig nem járt megbocsátás. Árulásának következménye a történet szerint az lett, hogy Jahve nemcsak elhagyta Sault, de gonosz szellemet is küldött rá, hogy az uralkodásának végéig gyötörje – a király rettegjen, őrjöngjön és essen depresszióba – majd végül az okozza vesztét is.¹³ Az uralkodó bajára egyetlen orvos sem tudta a megoldást, végül pedig Saul egy csatában saját kardjába dőlt.¹⁴

A mentális problémák isteni eredeztetése nemcsak az izraelita történelemben figyelhető meg; a görög mitológiában is számos olyan történettel találkozhatunk, ahol az ember kóros elmeállapotának gyökere az isteni büntetésben rejlik. Héraklész – aki saját gyerekeire támadt – például Héra sújtotta örülettel, mert a fiú Zeusznak, az istennő férjének házasságon kívül született gyermeke.¹⁵ Fontos azonban megjegyezni, hogy Hippokratész (i. e. 460-377 körül) a mentális problémákat fiziológiai okokra, a testnedvek működésére vezette vissza, így a gyógyításukra is orvosi beavatkozást javasolt, tehát az ókori Görögországban már megjelent az elmebetegség medikális megközelítése is.¹⁶

Ebben az időszakban vallás és az isteni erők kapcsolata a mentális betegségekhez nemcsak az eredethez, hanem a gyógyításhoz is szorosan kapcsolódott; az *ördögűzés* bevett szokás volt a mentális problémák kezelésében. A keresztény hitvilág szerint Jézus több alkalommal űzött ki démonokat az emberekből, erre alapozva pedig bizonyos papok azt állították magukról, hogy ezzel a gyógyító erővel ők is rendelkeznek.¹⁷ Ennek folyományaként idővel tömegesen kezdtek el megjelenni a mentális betegséggel küzdő emberek a gyógyító szentélyekben és a kolostorokban.¹⁸

Összességében azonban az ókorban még nem jelenek meg olyan modern értelemben vett gyógyító intézmények, amelyek kifejezetten a mentális betegségben szenvedő emberekkel foglalkoztak volna – ezen személyek ápolása főként a család felelőssége és feladata volt.¹⁹

¹³ Scull (2017), 25-26.o.

¹⁴ Scull (2017), 26.o.

¹⁵ Scull (2017), 32.o.

¹⁶ Sófi – Farkas (2020), 270.o.

¹⁷ Scull (2017), 75.o.

¹⁸ Scull (2017), 77.o.

¹⁹ Sófi – Farkas (2020), 270.o.

2. Középkor

A felfogás, miszerint a betegség – így a mentális betegség is – Isten büntetése, ami figyelmeztetés arra vonatkozóan, hogy mi vár a bűnösökre, vagy az ördög műve, a középkorban is fennmaradt.²⁰ A mentális betegségben szenvedő emberek ezáltal könnyen váltak a sötét középkorban zajló boszorkányüldözések és inkvizíció áldozataivá is.²¹

Noha az ördög- és démonűzés még mindig szerepelt a lehetséges kezelési módok listáján, a középkorban jelentek meg először olyan intézmények, amelyek már a mentális betegekkel is foglalkoztak. Spanyolországban például számos menedékhely szakosodott a mentális problémákkal küzdő emberek bezárására és gondozására (bár itt még egyáltalán nem beszélhetünk modern értelemben vett gyógykezelésről), aminek következtében a XV. századra már hét ilyen intézményt számlálhatott az Ibériai-félsziget országa.²² Itt azonban fontos leszögezni, hogy ebben az időszakban ezek a helyek még kivételesnek számítottak, ugyanis a betegek többségét továbbra is a családja gondozta.²³

A középkorban idővel elkezdtek megjelenni más szemléletmódok is, amelyek az örületet testi funkciókra vezették vissza, nem pedig egy természetfeletti döntés eredményének tekintették. Noha a mentális problémákat magyarázó isteni eredetet előnyben részesítő, valamint a testi funkciókat alapul vevő elmélet gyakran szembekerült egymással, az orvosok még nem voltak annyira biztosak elméleteikben, hogy bizonyos esetekben ne engedjenek az egyházi dominanciának – bár ebben vélhetően az adott kor szelleme és a vallás megkerülhetetlensége is szerepet játszott. Annak ellenére, hogy ekkoriban a társadalom is inkább az egyházi megoldásmódokat tartotta relevánsabbnak és célravezetőbbnek, végsősoron sokan mégis belátták, hogy a mentális problémákat okozhatja lélektani stressz, tragédia vagy trauma is.²⁴

A XIV. században lassan megindult az intézményesülés, 1377-ben pedig *Szent Bonifác* néven megnyitotta kapuit az első „örültek háza” is Firenzében. Az elkövetkezendő években egyre több hasonló intézmény jött létre Európában, de ezek nemcsak mentális betegségben szenvedő embereket, hanem például szegényeket, hajléktalanokat és bűnelkövetőket is befogadtak.²⁵

²⁰ Scull (2017), 90.o.

²¹ Sófi – Farkas (2020), 270.o.

²² Scull (2017), 94.o.

²³ Scull (2017), 94-95.o.

²⁴ Scull (2017), 95.o.

²⁵ Sófi – Farkas (2020), 271.o.

3. Újkor

A már középkorban megszülető felvetés, hogy az elme zavarai az orvostudományra vagy a teológiára tartoznak-e, az újkorban csak tovább fokozódtak. John Cotta, aki Northamptomban praktizált például kifejezetten megvetette azokat, akik tudatlanként avatkoztak bele orvosi kérdésekbe – különösen a papokat és az egyéb egyházi személyeket.²⁶ A téma kapcsán kibontakozó egyre élesedő szembenállást a Andrew Scull egy Mary Glover nevű fiatal lány esetével mutatta be a könyvben; a természettudomány és a hittudomány ugyanis teljesen ellentétesen magyarázta a lány fuldoklási és nyelési rohamait.²⁷ Ez nemcsak azért volt fontos, mert szemmel láthatóan csökkenésnek indult az egyházi dominancia – ami egyébként az újkorra valóban igaz volt, hiszen a jelentős kulturális, politikai, vallási és gazdasági változások árnyékában a katolikus egyház elvesztette hegemon státuszát –, hanem azért is, mert például egy korábbi időkben előszeretettel használt módszert, nevezetesen az *ördögűzést* is kemény bírálat érte Samuel Harsnett püspök (később érsek) által. Harsnett az ördögűzés minden jelenetét „*gondosan színre vitt szélhámosságnak*” vélte, amelyben a papok és a lelkészek egyszerűen becsapják a hiszékeny közönséget.²⁸ A püspök éles kritikája jelentősen hozzájárult a mentális zavarok világiasabb felfogásának terjedéséhez, a világiasabb megközelítés és a katolikus egyház hatalmi túlsúlyának csökkenése azonban még nem jelentette a korábbi módszerek teljes hanyagolását; Délnyugat-Németországban például nem csorbult az ördögűzési szertartások népszerűsége.²⁹

A korszakban a korábbinál jóval nagyobb mértékben kezdték foglalkoztatni a képzőművészeket is az elme betegségei, aminek következtében egyre több művészeti alkotásban jelent meg azok ábrázolása valamilyen formában.³⁰ A mentális problémákhoz való hozzáállás azonban meglehetősen kétarcú volt a korszakban, különösen a XVIII. század hajnalán. Bár az ész és a ráció hatalmát hirdető felvilágosodás előszele már megérkezett, sok helyen még mindig a babonás magyarázatokat helyezték előtérbe, amelyek a mentális betegségeket valamiféle természetfeletti erő következményének tekintették, a régi hagyományok pedig sokáig megőrizték erejüket.³¹

²⁶ Scull (2017), 111.o.

²⁷ Scull (2017), 112.o.

²⁸ Scull (2017), 113-114.o.

²⁹ Scull (2017), 191.o.

³⁰ Scull (2017), 124.o.

³¹ Scull (2017), 136-137.o.

4. Tébolyda, bolondház, elmeorvosintézet

Az „őrültek” gondozása sokáig a család feladata és felelőssége volt. Az alacsonyabb társadalmi státuszú körökben azonban jellemzően nem tudták megengedni maguknak az adott korban legmodernebbnek számító kezelési módokat, így gyakran az olyan kezdetleges, nyers és barbár módszereket vetették be, amik kicsit sem mondhatóak humánusnak – például a padlásra, pincébe vagy melléképületbe való bezárást és az egyszerű leláncolást.³²

Idővel a mentális betegségben szenvedő emberekkel kapcsolatos problémákra az izoláció lett a megoldás, amelynek végrehajtásához megjelent az igény az elmeorvosintézetek iránt.³³ Az újdonsült intézmények fogadtatása és népszerűsége meglehetősen ambivalens volt; míg egyes beszámolók szerint az efféle intézetekben horribilis körülmények között tengették mindennapjaikat a betegek (gyakran meztelenül leláncolva, mocskos állapotban, bélsárral bekent falak között),³⁴ addig mások egészen másként vélekedtek és az elmeorvosintézetre „*az igazi civilizáció legszentebb megnyilvánulása*”-ként hivatkoztak.³⁵ Az elmeorvosintézetek állami rendszere elsőként Franciaországban alakult ki az európai kontinensen.³⁶

Később, a XIX-XX. század fordulójára a pszichológiai és mélylélektani kutatások fejlődése számos tudományterületen hozott változást; ilyen volt például az orvostudomány és a büntetőjog is. Annak felismerését, hogy a mentális zavarokkal foglalkozni kell, elsősorban a közkórházak elviselhetetlenné váló túlszűfolttsága hozta el, majd később az emberek arra is rájöttek, hogy a kóros elmeállapot és a mentális betegségek gyógyításra, kezelésre szorulnak – ennek megfelelően pedig a mentális zavarban szenvedő személyeket az egyszerű elzárás helyett olyan intézetbe kell elhelyezni, ahol a számukra szükséges gyógyító kezelést megkaphatják.³⁷

II. A kóros elmeállapot megjelenése a büntetőjogban

Ahogy az az előbbi fejezetben is kirajzolódott, a mentális zavarokhoz való társadalmi viszony az idők során meglehetősen változó volt; márpedig egy adott kor adott társadalmának mentális betegségekről, illetve betegekről alkotott képe határozta meg a velük való bánásmódot és a hozzájuk való hozzáállást (például a próféta babonás tisztelete vagy az eretnek kivégzése, a bolond kiközösítése vagy az uralkodói udvarba emelése).³⁸ A pszichiátria intézményesülésének

³² Scull (2017), 146.o.

³³ Scull (2017), 209.o.

³⁴ Scull (2017), 210-211.o.

³⁵ Scull (2017), 218.o.

³⁶ Kapócs – Bacsák (2020), 43.o.

³⁷ Béky (2013), 1.o.

³⁸ Pallo (2006), 21.o.

és a tudományos fejlődésének köszönhetően idővel a büntetőjogban is bekövetkeztek változások; ezek leginkább a bűncselekmények alanyi oldalán, illetve a beszámítási képesség kérdésében figyelhetők meg.³⁹

1. Nemzetközi tendenciák

Már a római jog szabályai is rendelkeztek arról, hogy a kóros elmeállapot kizárhatja a büntethetőséget, ugyanis a korabeli szóhasználatból élve „elmebetegek” nem tudnak számot adni a cselekedeteikről. Ezzel szemben érdekes pálfordulás figyelhető meg a későbbi időszakban; a középkorban sokkal inkább a *tálio-elv* érvényesült, ami alapján tulajdonképpen bárkit meg lehetett büntetni.⁴⁰ A kánonjog legfeljebb a büntetés kiszabásakor vette figyelembe a mentális zavarokat, aminek legfőbb oka az volt, hogy a kóros elmeállapotot már önmagában büntetésnek tekintette, ami valamilyen bűn következménye.⁴¹

Noha 1532-ben a *Constitutio Criminalis Carolina* 176. cikke utalt már arra, hogy az értékelés során vizsgálni kell az elkövető kriminális veszélyességét is, mégis még sok időnek kellett eltelnie addig, mire az igazságszolgáltatás felismerte, hogy sajátos elhelyezési és egyéb körülményeket (például elmebeli rehabilitációra is alkalmas eszközöket) kell biztosítani az olyan elkövetőknek, akik mentális zavarokkal is küzdenek. Az elmebetegség büntetőjogi megítélésében az első nagy változás a felvilágosodás eszméinek köszönhető; ebben az időszakban erősödött meg az a gondolat, hogy az elmebetegeket – mivel nem rendelkeznek szabad akaratral, azaz nem racionális cselekvők – nem büntetni, hanem gyógyítani kell.⁴² Nagy jelentősége volt ebben a folyamatban Voltaire, Montesquieu és Beccaria munkásságának, amelynek köszönhetően Európa-szerte elkezdett elterjedni az a nézet, hogy az elmebetegség olyan körülmény, amely mentesítheti az elkövetőt a felelősségre vonás alól.⁴³ Ezzel párhuzamosan a professzionális orvoslás fellendülése, majd differenciálódása intézményesítette a pszichiátriát, amelyhez kapcsolódóan megjelent az a szemléletmód is, miszerint az elmebeli állapotot a jogkövetkezmények kiszabása során is figyelembe kell vagy lehet venni.⁴⁴

A folyamatban továbbá óriási jelentősége volt *Philippe Pinel* francia orvosnak és kórházigazgatónak (1745-1826), aki úgy vélte, ezeket az embereket állapotukból kifolyólag

³⁹ Béky (2013), 2.o.

⁴⁰ Kovács (2013), 45.o.

⁴¹ Busch (2015), 202.o.

⁴² Kovács (2013), 45.o.

⁴³ Busch (2015), 203.o.

⁴⁴ Pallo (2006), 21.o.

gyógyítani kell, nem pedig büntetni.⁴⁵ Pinel a *La Bicêtre* közkórházban, az 1790-es években hozott intézkedéseivel lényegében elismerte, hogy az emberhez méltatlan fogvatartási körülmények nagymértékben befolyásolják a tébolyult ember agresszív, bizarr viselkedését – ebben az időszakban ugyanis bevett szokás volt a mentális betegségben szenvedő embereket súlyosan méltatlan körülmények között (például leláncolva), sok esetben még közszemlére is kitéve tartani. Az intézkedésekkel Pinel nemcsak a fogvatartás addigi formáját kérdőjelezte meg, hanem letette a *humanista pszichiátria* első mérföldköveit is, amelyet később az ún. *morális gyógyítás* követett. A morális gyógyítás kiindulópontja, hogy az őrület a modern civilizáció (az ipari forradalom, urbanizáció és háborúk) tünete, gyakorlati oldala pedig a humánus bánásmódon, foglalkoztatáson és a természet közelségén alapult, előtérbe helyezve a „*semmi kényszer*” elvét. A szemléletmód kapcsán a XIX. században jelentős mértékben elszaporodtak az önálló elmegyógyintézetek Nyugat-Európában. Az újonnan épült elmegyógyintézetek óriási előrelépést jelentettek, hiszen a korábbi népkórházakkal és szegényházakkal ellentétben már kifejezetten a mentális zavarban szenvedő emberek kezelésére specializálódtak, amelyekről sokan úgy tartották, hogy már önmagukban terápiás hatást gyakorolnak.⁴⁶ A kezdeti népszerűség ellenére a morális terápia és az elveit követő intézmények a XIX. század második felére Európa-szerte és a tengeren túl is többnyire válságba jutottak; mivel kevés beteget bocsátottak el, túlszűfoltta és pénzügyileg fenntarthatatlanná váltak, a terápia hatékonysága legitimációs válságba került, mindennek tetejébe pedig a pszichiátriai betegekkel szembeni évszázados előítéletek csak tovább erősödtek.⁴⁷ Mindezek nyomán már a 1810-ben kodifikált *Code Penal* – ami az első modern büntető törvénykönyvnek tekinthető, hiszen már Cesare Beccaria alapelveire épített – rögzítette, hogy az egyén szabad akaratból cselekszik, feltéve, hogy nem elmebeteg. A mentális zavarban küzdő embereket ugyanis nem tekintette szabad akaratból cselekvő egyéneknek; ebből kifolyólag pedig sem büntett, sem pedig vétség nem valósul meg akkor, ha a vádlott a cselekmény elkövetésének idején elmebeteg állapotban volt.⁴⁸

2. Büntetéselméleti megközelítések

A büntetések differenciálódásában és egyéniesítésében a kriminológiai elméletek közül nagy jelentősége volt az olasz pozitivista iskolának is.⁴⁹ A *pozitivista iskola* elvei szerint az egyén

⁴⁵ Pallo (2006), 22.o.

⁴⁶ Kapócs – Bacsák (2020), 43.o.

⁴⁷ Kapócs – Bacsák (2020), 44.o.

⁴⁸ Bacsák – Krámer (2020), 68.o.

⁴⁹ főbb képviselői: Cesare Lombroso, Raffaele Garofalo, Enrico Ferri

nem szabad akaratából válik bűnelkövetővé; a társadalmi és szociális helyzet kényszeríti erre, így a kriminológiai gondolkodásban megjelent a determináltság kérdése. Ez élesen ellentmondott a korábban uralkodó elméletnek, a klasszikus iskolának, amelynek elvei alapján az ember racionális döntésének következtében válik bűnelkövetővé – tehát egyszerűen azért, mert mérlegelése alapján jobban megéri neki, ha bűncselekményt követ el.⁵⁰ A XIX. század végén jelent meg az igény a két iskola téziseinek összehangolására; a közvetítés egyik kiemelkedő alakja volt Franz von Liszt, aki a *marburgi programjában* fejtette ki álláspontját a büntetőjogi következmény lényegéről – véleménye szerint a legfontosabb az, hogy az elkövető egyéniségéhez igazított behatásként érzékelje a büntetést. Ebben az időszakban ezen gondolatmenetek mentén Adolphe Prins is különös figyelemmel kísért többek között a mentális zavarban szenvedő bűnelkövetőket. Álláspontja szerint ezeknek az elkövetőknek olyan új intézményekre van szüksége, amelyek különböznek a börtönöktől és a civil elmeagyógyintézetektől is – ebből kifolyólag afféle törvényszéki klinikák létrejöttét előlegezte meg. Noha más intézményeket képzelt el az elméleti rendellenességgel küzdő elkövetőkkel szemben, nem gondolta, hogy enyhébb szankcióval kell őket súlytani.⁵¹

A gyógyító jellegű intézkedésekben újabb előrelépést Carl Stoos (1849-1922) munkássága jelentett, ami megszilárdította a szankciók dualista felfogásának elméletét. Nézetei szerint ugyanis a büntetés kiszabásához fontos az, hogy a megbüntetni kívánt személy büntethető legyen; vagyis képes legyen érzékelni a jogkövetkezmény pszichés hatását és felfogja, hogy büntetést kapott – erre a mentális zavarokkal küzdő elkövető azonban nem feltétlen képes, ugyanis vagy beszámíthatatlanok, vagy beszámítási képességük korlátozott. Stoos véleménye szerint az intézkedés eleve jobb, mint a büntetés, mert az elkövető kezelését helyezi előtérbe és addig tart, amíg a kitűzött célt el nem érte.⁵²

A modern büntetőjog és büntető törvénykönyvek már általában büntethetőséget kizáró okként rögzítik a kóros elmeállapotot.⁵³ Fontos azonban, hogy a hazai jogrendben a kóros elmeállapot önmagában még nem jelent akadályt a felelősségre vonás folyamatában; ahhoz, hogy ezt is befolyásolja, érintenie kell a beszámítási képességet.⁵⁴

⁵⁰ Kovács (2013), 23.o.

⁵¹ Pallo (2006), 23.o.

⁵² Pallo (2006), 24.o.

⁵³ Busch (2015), 203.o.

⁵⁴ Busch (2015), 204.o.

3. Hazai tendenciák

3.1. Jogszabályi rendelkezések

A magyar büntetőjogban már 1791-ben megjelent az ép elmeállapot követelménye, mint a bűncselekménnyé nyilvánítás egyik kötelező eleme. A törvényjavaslat alapelvi szinten mondta ki, hogy nem büntett az, ahol az akarat szabadsága hiányzik. Az akarat szabadságának fogalmába bevonta az ehhez kapcsolódó ítélőképességet is; „*bárminek valamely cselekmény csak akkor számítható be, ha szabadon cselekedett, és amit cselekedett, felfogta vagy legalább felfoghatta*”.⁵⁵ Noha a javaslat több tekintetben előremutató volt, sosem fogadták el törvényként.⁵⁶

További fejlődést jelentett a témában az 1843. évi törvényjavaslat (bár ez sem emelkedett jogerőre), amelyben megjelent a büntetéstől menten maradás; ennek fontosabb elemei között az örültség is felsorolásra került.⁵⁷ A javaslat azért is volt fontos, mert mérföldkövet jelentett a kóros elmeállapot fogalmának jogi megjelenésében.⁵⁸ Később, az 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről már a tébolydákkal is foglalkozott; ennek érdeme, hogy a kötelező tébolydai elhelyezést közigazgatási intézkedésként jelenítette meg, amelynek preventív (megelőző) célzata volt.⁵⁹ A szabályozás szerint az elmebetegekkel szemben csak olyan esetben volt alkalmazható kényszerítő eszköz, ha arra mindenképpen szükség volt – így pedig, ha a veszély elmúlt, meg kellett szüntetni a kényszert.⁶⁰ Lényeges hiányossága volt azonban a törvénycikknek, hogy nem definiálta az ön- és közveszélyesség fogalmát – ehelyett amolyan relatív értékelhetőséget biztosított, amelynek fókusza nem a betegség súlyosságán volt, hanem a körülményeken. Emellett megelégedett a mentális zavarral küzdők külvilágtól való elzárásával, amivel a társadalom védelmét vélhetően valóban szolgálta, viszont a beteg reintegrációját és kezelését közel sem tette lehetővé.⁶¹

Az 1878. évi V. törvénycikk, a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről – ismertebb nevén *Csemegi-kódex* – már megkülönböztette az elmezavart és az öntudatlan állapotot (bár további pontosító felsorolás nélkül ez még hiányosnak tekinthető). A kóros elmeállapot büntetőjogba emelése ellenére a kódex még nem adott érdemi útmutatást és

⁵⁵ idézet Pallo (2014), 162.o.

⁵⁶ Pallo (2014), 162.o.

⁵⁷ Pallo (2014), 162.o.

⁵⁸ Kovács (2013), 46.o.

⁵⁹ Pallo (2014), 163.o.

⁶⁰ 1876. évi XVI. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről 76.§

⁶¹ Pallo (2006), 25.o.

előírásokat arra vonatkozóan, hogy az elmeállapot gyógyításának hogyan kell megvalósulnia.⁶² A kódex kimondta, hogy „*nem számítható be a cselekménye annak, ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva és emiatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt.*”⁶³

A XX. század első évtizedeiben óriási fejlődés következett be az elmekórtan, illetve az ehhez kapcsolódó jogi ismeretekben is, ugyanis a pönológiai paradigmaváltás nyomán előtérbe került a *nevelésgondolat*. A reform- vagy pozitivista kriminálpolitika jelentős mértékben átformálta a korábbi büntetés-végrehajtás cél- és eszközrendszerét; a büntetés célja ugyanis többé már nem kizárólag a jogi egyensúly visszaállítása volt, hanem többek között a társadalom védelme, valamint a bűnözős megelőzése is. A kutatások, illetve a bűnözéshez vezető okok feltárása kapcsán kialakult szemlélet, miszerint a társadalomra veszélyes emberek kiszűrhetőek a társadalomból, elvezetett odáig, hogy az igazságszolgáltatás rájött, hogy az emberi akaratot három alapvető szféra, a szocio-, bio- és a pszichoszféra befolyásolja – így az emberek ezen szférák mentén korrigálhatóak is.⁶⁴ A *reform-büntetéstan* képviselői szerint a veszélyes emberek halálbüntetés révén véglegesen, szabadságvesztéssel pedig átmenetileg szűrhetőek ki a társadalomból; ez utóbbi esetében azonban addig kell őket nevelni és gyógyítani, amíg többé már nem veszélyesek, újabb bűncselekmény elkövetésétől pedig már nem kell tartani⁶⁵ (ez erőteljesen hajaz a mai kényszergyógykezelés feltételrendszerére, amely addig áll fenn, amíg szükséges és nem kell attól tartani, hogy a beteg hasonló cselekményt fog elkövetni, mint amiért az IMEI-be került).

Hacker Ervin (1888-1945) is kiemelte, milyen nagy jelentősége van annak, hogy az igazságszolgáltatásban dolgozó szakemberek is rendelkezzenek elmekórtani ismeretekkel,⁶⁶ az elmebetegség büntetőjogi megítélése kapcsán kialakult folyamat magyarországi képviselői közé sorolható azonban többek között Angyal Pál és Vámbéry Ruzstem is.⁶⁷ Angyal szerint a korlátozottan beszámítható vagy közveszélyes elkövetőknek tébolydában, vagy más olyan intézetben kellene tölteniük a büntetésüket, amely megfelelő ápolást és kezelést biztosít a számukra – erre az 1904-ben kiadott Büntetőnovella tervezetében is javaslatot tett.⁶⁸ Később, a III. Büntetőnovella 1948-as hatálybalépése újabb fejlődést hozott; külön fejezetet nyitott a

⁶² Pallo (2014), 163.o.

⁶³ Pallo (2006), 26.o. idézet 1878. évi V. törvénycikk 76.§

⁶⁴ Lőrincz – Mezey (2019), 119.o.

⁶⁵ Lőrincz (2006), 1.o.

⁶⁶ Kovács (2013), 48.o.

⁶⁷ Pallo (2006), 24.o.

⁶⁸ Pallo (2006), 24-25.o.

korabeli szóhasználatlal élve elmebeteg bűnelkövetők biztonsági őrizetének – ez előtt nem létezett a beszámíthatatlan elkövetők gyógyítására irányuló intézkedés.⁶⁹ A biztonsági őrizetet az akkori IMEI egy elkülönített részén az Elmebetegek Igazságügyi Biztonsági Intézetében hajtották végre az igazságügy-miniszter felügyelete alatt.⁷⁰ A szabályozás értelmében a biztonsági őrizet egy évig tartott, de a letelte előtt a bíróság újraértékelte és szükség esetén (például az elkövető közveszélyes állapotának további fennállása esetén) egy újabb évvel meghosszabbította. A kialakított intézkedést azonban sokan kritikusan fogadták; Schäfer István szerint ennek nyomán az elmebetegség színlelése menekülőutat jelenthetett az elkövetőknek a tényleges felelősségre vonás elől.⁷¹

A II. világháború utáni kommunista rendszer keretei között kialakított 1950. évi II. törvény (Btá.) – amely hatályon kívül helyezte a Csemegi-kódex rendelkezéseit – a büntethetőség alól kivont minden olyan elkövetőt, akinek elmebeli állapota vagy öntudatzavara kapcsán nem volt képes saját cselekményének társadalomra való veszélyességének következményeit felismerni. Ebből kirajzolódik, hogy noha nem használta a beszámíthatóság kifejezését a törvény, mégis a cselekedetek felismerésének és a felismerésnek megfelelő magatartás tanúsításának képességét helyezte előtérbe. Az új törvény értelmében *biztonsági őrizetet* kellett alkalmazni a kóros elmeállapotú elkövetőkkel szemben abban az esetben, ha az elkövető elmeállapotából fakadóan feltételezni lehet, hogy újabb, hasonló bűncselekményt fog elkövetni.⁷²

A mainak megfelelő kényszergyógykezelés-fogalmat az 1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről jelenítette meg, bevezetése nyomán pedig komoly szakmai vita alakult ki, amelynek vezéralakjai Schulteis Imre és Szabó András voltak.⁷³ Az akkor hatályba lépő törvény már egyértelműen a gyógyítást helyezte előtérbe, illetve a beszámítási képességet kizáró körülmények közé besorolta a gyengeelméjűség és a tudatzavar bizonyos eseteit is. A kényszergyógykezelés kiszabásának egyik alapvető feltételeként jelent meg a bűnismétlés veszélye, továbbá megjelentek a végrehajtásra vonatkozó keretek is.⁷⁴ Az 1978-as Btk. szintén rendelkezett a kóros elmeállapotról, és a 74.§-ban rögzítette a kényszergyógykezelés kiszabásának kritériumait – ezek a kritériumok a jelenleg hatályos törvényben is szerepelnek.⁷⁵

⁶⁹ Pallo (2006), 26.o.

⁷⁰ Lőrincz – Mezey (2019), 131.o.

⁷¹ Pallo (2014), 164.o.

⁷² Pallo (2014), 164-165.o.

⁷³ Pallo (2006), 26-27.o.

⁷⁴ Pallo (2006), 27.o.

⁷⁵ 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről 74.§

Napjainkban a 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről a 17.§-ban rögzíti a kóros elmeállapotot, mint büntethetőséget kizáró vagy korlátozó okot, a 78.§-ban pedig kitér a kényszergyógykezelés intézményére.

3.2. A hazai pszichiátria intézményesülése

Magyarországon a nyugat-európai tendenciákhoz képest néhány évtizeddel később kezdődött el a pszichiátria intézményesülése; a XIX. század közepéig mindössze néhány kis befogadóképességű magánklinika létezett (elsőként a *Schwartzer Ferenc* – akit a magyar pszichiátria atyjának is tartanak – által 1850-ben alapított váci, később Budára áttelepült 50-60 fős intézet). Csak a XIX. század közepén, 1868-ban nyitotta meg kapuit egy olyan országos tébolyda is – *Magyar Királyi Országos Tébolyda*, köznapi nevén „*Lipót*” –, aminek a létrehozásáról már közel egy évszázaddal korábban, 1790-1791-ben is tárgyalt az Országgyűlés. 1875-ben a magyarországi elmeegógyintézetekben és a néhány kórházi elmeosztályon összesen 1200 főt ápoltak.⁷⁶

A korábban már említett 1876. évi XIV. törvény a közegészségügy rendezéséről új lendületet adott az infrastrukturális fejlesztéseknek, ugyanis a törvény szerint „*mindazon gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegek, kik a közbiztonságra veszélyesek, gyógyítás, illetőleg eltartás végett elmeegógyintézetbe helyezendők.*”⁷⁷ A rendelkezés következtében 1884-ben és 1898-ban két új állami elmeegógyintézet is épült; először a *Gyógyíthatatlan és Közveszélyes Elmebetegek Tébolydája*,⁷⁸ majd a *Nagykállói Magyar Királyi Országos Elmeegógyintézet*.⁷⁹ A törvény hatására vidéken is jelentős változás történt; egyre több kórházhoz kapcsolódott elmeosztály – többek között például Szekszárdon, Gyöngyösön, Kaposváron, Pécsen és Gyulán is – bár az itt tartózkodók közül sokan már több intézetet is megjártak, a fővárosi intézetek ugyanis előszeretettel küldték ezekre a vidéki osztályokra az általuk gyógyíthatatlannak és közveszélyesnek ítélt betegeiket.⁸⁰ A felbukkanó problémák miatt 1896. novemberében létrejött a *Letartóztatottak és Elítéltek Országos Megfigyelő és Elmeegógyító Intézete* a kőbányai gyűjtőfogház mellett, ami ma már az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeegógyító Intézet néven ismert. Az intézet létrejöttékor 70 ágygal és akkori viszonylatokban korszerűnek számító kis

⁷⁶ Kapócs – Bacsák (2020), 44.o.

⁷⁷ 1876. évi XIV. törvény 71.§

⁷⁸ későbbi nevén Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet, ma a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet nevet viseli

⁷⁹ ma Sántha Kálmán Szakkórház néven ismert

⁸⁰ Kapócs – Bacsák (2020), 45.o.

kórtermi zárkakkal rendelkezett.⁸¹ Az IMEI létrejöttéről és korai működéséről egy későbbi fejezetben térek ki részletesebben.

A hazai pszichiátria intézményesülésében fordulópontot jelentett, hogy 1900. októberében Budapesten tartották az első Országos Elmeorvosi Értekezletet. A kétnapos konferencián tartott ülésen, amelyen a hazai elmeorvosi rendszer működését és aktuális kérdéseit járták körbe, dr. Epstein László (a lipótmezei intézet akkori főorvosa) már akkor kiemelte, mennyire túlsúlyosak az intézetek és milyen komoly problémát jelent a modern eszközök és a betegek állapotuknak megfelelő osztályozásának hiánya, továbbá kritikájában említést tett nem utolsósorban a társadalom felől érkező előítéletekről is.⁸² Mindezen strukturális problémák megoldására, de legalábbis enyhítésére hozták létre a két világháború között igen népszerűvé váló, a mai közösségi pszichiátria előfutárának is tekinthető családi ápolási telepeket.

A pszichiátriai ellátás és gyógykezelés tekintetében jelentős változást hoztak az 1950-es évek, amikor megjelentek az olyan gyógyszerek, amelyek már nemcsak a mentális zavarban szenvedő egyén nyugtatására, hanem a mentális betegség klasszikus tüneteinek csökkentésére is képesek voltak. Bár ekkoriban még számos olyan invazív módszert is alkalmaztak, amelyek a betegek egészségét, akár életét is veszélyeztethették (például elektrosokk, görcskezelés, lobotómia), a korszerű gyógyszerekkel a betegek sokkal megközelíthetőbbé váltak, aminek következtében a betegeket ellátó személyzet és a pszichoterápia is egyre szakszerűbbé kezdett válni.⁸³ Ezzel párhuzamosan az elmeorvosi intézetek egy része általános profilú kórházzá alakult (például az angyalfüldi), a családi ápolási telepeket elsősorban ideológiai okokból elszorvasztották, a krónikus pszichiátriai betegek gondozására pedig létrehozták az elmeszociális otthonokat.

A hazai pszichiátriai ellátórendszer mai struktúrájának kialakulása is nagyjából az 1950-es évek végére, illetve az 1960-as évek elejére tehető – ez azóta sem esett át jelentős változáson; legfőbb pillérei ma is a kórházi pszichiátriai osztályok, az 1970-es években országos hálózattá alakult pszichiátriai gondozók és a szakosított szociális otthonok, azaz még ma is jelentős részben intézményi (kórházi vagy bentlakásos) keretek között zajlik a pszichiátriai ellátás.⁸⁴

III. Büntetés-végrehajtás kóros elmeállapot esetén

A kényszergyógykezelés kiszabásának feltételeit a Btk. 78. paragrafusa rögzíti. Ennek értelmében az intézkedést olyan kóros elmeállapota miatt nem büntethető személlyel szemben

⁸¹ Szabó (2023), 9.o.

⁸² Kapócs – Bacsák (2020), 45.o.

⁸³ Deli (2023), 10.o.

⁸⁴ Kapócs – Bacsák (2020), 47.o.

lehet alkalmazni, aki személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekményt követett el – feltéve, hogy ha büntethetőségét kizáró vagy korlátozó ok hiánya esetén egy évi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni. A paragrafus arról is rendelkezik, hogy a kényszerintézkedés csak addig alkalmazható, ameddig az szükséges; tehát egy határozatlan idejű szankcióról beszélünk, amelyet bizonyos időközönként felülvizsgálnak az illetékes szervek.⁸⁵ A jelenleg hatályos Btk. nem sorolja fel a kóros elmeállapot formáit, azonban a korábbi, 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről beleszámította többek között az elmebetegséget, tudatzavart, személyiségzavart és a szellemi leépülést is.⁸⁶ Ezen a ponton lehet némi feszültséget felfedezni a büntetőjogi, illetve a pszichiátriai terminológiák között, ugyanis például a pszichiátria már nem használja kifejezetten az *elmebetegség* fogalmát már csak azért sem, mert nagyon erős a megőrző hatása.⁸⁷ Az orvostudomány által használt zsargon változását a jog nem tudja szimultán lekövetni, amiből adódhatnak problémák. Az intézkedés végrehajtásának körülményeiről, illetve az IMEI feladatairól a 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet ad leírást. Tartalmaz továbbá szabályozást a 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról is, valamint minden egyéb kérdésben az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről az irányadó.

A kényszerszergyógykezelés elrendelhetőségének négy konjunktív feltétele:⁸⁸

- 1) személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekmény elkövetése⁸⁹
- 2) az elkövető büntethetősége kóros elmeállapot miatt kizárt
- 3) megalapozottan kell tartani attól, hogy közbelépés nélkül az elkövető hasonló cselekményt fog elkövetni
- 4) az elkövető büntethetősége esetén (tehát a kóros elmeállapot fennállása nélkül) egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kapna

Mielőtt dolgozatomat tovább folytatnám, szeretnék kiemelni pár alapvető fogalmat, amelyek szükségesek a kóros elmeállapot és a kényszerszergyógykezelés témájának jobb megértéséhez.

⁸⁵ 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 78.§ A kényszerszergyógykezelés

⁸⁶ Kovács (2013), 108.o.

⁸⁷ Kovács (2013), 109.o.

⁸⁸ Dülk (2022), 9.o.

⁸⁹ Személy elleni erőszakos bűncselekménynek minősül például az emberölés vagy a testi sértés, közveszélyt okozó cselekménynek minősül például a terrorcselekmény vagy a közérdekű üzem működésének megzavarása

1. Beszámítási képesség

„A beszámítási képesség fogalmának meghatározása kétféle módszerrel történhet. Az egyik szerint a jogalkotó fogalommeghatározást ad, azaz törvényben körülírja azokat a feltételeket, amelyek megléte a beszámítási képességhez szükséges. A másik módszer a negatív meghatározás, azaz azoknak az okoknak a rögzítése, amelyek kizárják a beszámítási képességet” – rögzítette Domán Augusztina a doktori értekezésében.⁹⁰

A beszámítási képesség tulajdonképpen az a testi-pszichikai állapot, amelynek révén az ember képes cselekedetét társadalmi és erkölcsi szempontból megfelelően értékelni, valamint ezen értékelésnek megfelelő magatartást tanúsítani.⁹¹ A beszámítási képesség egyik legalapvetőbb jellemvonása, hogy az egyén rendelkezik felismerési és akarati képességgel.⁹² A *felismerési képesség* tulajdonképpen a cselekmény következményeinek előrelátása, vagyis az arra való képesség, hogy az egyén felismerje magatartásának lehetséges következményeit.⁹³ Az *akarati képesség* az előbb említett felismerésnek megfelelő viselkedés, magatartás tanúsítására való képesség, az egyén önnön viselkedése feletti döntési képessége.⁹⁴

A beszámítási képesség akkor sérül, ha fennállnak bizonyos külső és/vagy belső tényezők. Külső tényező lehet például kényszer vagy fenyegetés, belső tényező pedig lehet a személyiség fejletlensége, illetve valamilyen mentális betegség is.⁹⁵

Jelenleg az eljárások során az emberek beszámítási képességét vélelmezni szokták, vizsgálat alá csak akkor vetik, ha kétségek merülnek fel; ilyen vizsgálat során figyelembe szokták venni a társadalomra való veszélyesség fokát is. A beszámítási képesség meglétének vagy hiányának megállapítása szakértői feladat – ez különösen igaz kóros elmeállapot esetén.⁹⁶

2. Kóros elmeállapot

A törvény különbséget tesz az elkövető büntethetősége és a bűncselekmény büntetendősége között. Fennállhatnak ugyanis olyan körülmények, amelyek a büntetés korlátlan enyhítését vagy kizárását vonhatják maguk után – ilyen körülmények közé sorolható például a kóros elmeállapot fennállása is. A kizáró okokat a jogirodalom általában három fő csoportra osztja;

⁹⁰ Domán (2019), 2.o.

⁹¹ Domán (2019), 2.o.

⁹² Kovács (2013), 17.o.

⁹³ Busch (2015), 203.o.

⁹⁴ Busch (2015), 204.o.

⁹⁵ Domán (2019), 3.o.

⁹⁶ Kovács (2013), 18.o.

fennállhatnak beszámítást kizáró, bűnösséget kizáró, illetve a cselekmény társadalomra való veszélyességét kizáró okok.⁹⁷ Jelen fejezetben a büntethetőséget kizáró okok közül kizárólag a kóros elmeállapottal foglalkozom.

A *kóros elmeállapot* fogalmának pontos meghatározása mindig is problémás volt, ugyanis mindig az adott kornak megfelelően definiálták a „normálist” és a „nem normálist”,⁹⁸ ennek megfelelően pedig a kóros elmeállapot, mint büntetőjogi fogalom jelentősen különbözik a pszichiátriában elismert definícióktól.⁹⁹ Fontos azonban kiemelni, hogy a kóros elmeállapot fennállása még önmagában nem jelenti azt, hogy az elkövető mentesül a felelősségre vonás alól – többek között ezért is van szükség az szakértői vélemény bevonására az eljárás során.¹⁰⁰

A kóros elmeállapot fogalmának megjelenésére először Werbőczy Tripartitumában lehet utalásokat találni, ebben ugyanis különleges bánásmódot írtak elő a dühöngőkre és az esztelenekre. Később, az 1843. évi törvényjavaslat keretében tovább formálódott a fogalom jogi megközelítése; a javaslat rögzítette például azt, hogy minden beszámítástól és büntetéstől menten maradnak az örültek, ha a tetteiket ezen örülségük alatt követték el.¹⁰¹

A jelenleg hatályos Btk. a 17.§-ban rögzíti a kóros elmeállapotot, fontos azonban, hogy nem rögzíti, mely állapotok minősülnek kórosnak. A szövegezés értelmében nem büntethető az a személy, aki a bűncselekményt az elmeműködés olyan kóros elmeállapotában követte el, amely kizárta a beszámítási képességét – tehát nem volt képes felmérni a lehetséges következményeket, vagy képtelen volt ennek megfelelő magatartást tanúsítani. Ugyanezen paragrafus azt is rögzíti, ha a kóros elmeállapot nem zárja ki, csupán korlátozza az elkövető beszámítási képességét; ilyen esetben a büntetés korlátlanul enyhíthető.¹⁰²

A jelenlegi törvény ugyan nem fejt ki, hogy mit ért kóros elmeállapot alatt, azonban a miniszteri indoklásban megjelenítik az 5 leggyakoribb pszichés zavart, amelyek kizárhatják vagy korlátozhatják a beszámítási képességet.¹⁰³ Kiemelendő azonban, hogy a szereplő fogalmak nem egyeznek meg a pszichiátria jelenleg használt fogalomkészletével, nozológiájával.

⁹⁷ Busch (2015), 197.o.

⁹⁸ Kóhalmi (2012), 34.o.

⁹⁹ Gál (2016), 6.o.

¹⁰⁰ Gál (2016), 7.o.

¹⁰¹ Kovács (2013), 46.o.

¹⁰² Busch (2015), 202.o.

¹⁰³ Gál (2016), 7.o.

Ezek az alábbiak:¹⁰⁴

- *elmebetegség (pszichózis)*: általában egy tartós megbetegedés, amely súlyos zavarokat idézhet elő az idegműködésben; ez jellemzően az egyén gondolati, akarat, érzelmi és értelmi indulataira is hatással van. Az orvostudomány megközelítése szerint ide tartozik a hasadásos elmezavar, a paranoia és a mániás depresszió is.¹⁰⁵
- *gyengeelméjűség*: az értelmi teljesítőképesség csökkent állapota, ami fakadhat veleszületett vagy gyermekkorban bekövetkező károsodásból is. Súlyosabb fokban a gyengeelméjűség az élet minden területére kihat, azonban fontos megjegyezni, hogy a debilitásban szenvedő személyek gyakran rendelkeznek beszámítási képességgel büntetőjogi szempontból.¹⁰⁶
- *demencia (szellemi hanyatlás)*: olyan betegség, amely a már kifejlődött értelmi teljesítőképességre hat. Esetenként eltérő mértékben és formában érintheti az egyént.¹⁰⁷
- *tudatzavar*: általában időleges, múló jellegű állapot, amelynek több oka is lehet (például központi idegrendszer megbetegedése, vagy kábítószerfogyasztás). Noha a tudat ilyen esetekben beszűkül, pszichiátriai értelemben nem értékelhető a beszámítási képességet kizáró vagy korlátozó tényezőnek.¹⁰⁸
- *személyiségzavar (különös tekintettel a pszichopátiára)*: a beszámíthatóságot jelentősen befolyásolhatja egy súlyosabb személyiségzavar; büntetőjogi szempontból ezek közül az egyik legfontosabb a *pszichopátia*. A pszichopátia nem mondható betegségnek; sokkal inkább amolyan személyiségtorzulás, amelynek következtében az egyén nem képes a társadalmi elvárásoknak megfelelő magatartást tanúsítani. A személyiségzavarok biológiai és környezeti tényezők hatására alakulnak ki.¹⁰⁹

A kóros elmeállapot tehát a beszámítást kizáró okok közé sorolható; ennek értelmében az elkövetőnél nem áll fenn a beszámítási képesség valamely komponense – a felismerési és/vagy az akarat, a képesség. Az az ember számít beszámíthatatlannak, aki nem képes cselekménye következményeinek felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően viselkedjen.¹¹⁰ A kóros elmeállapotból fakadó diszfunkciónak két típusát különböztethetjük meg; a kognitív, valamint a kontroll típust. Kognitív diszfunkció az, amikor az elkövető mentális betegsége

¹⁰⁴ Gál (2016), 7.o.

¹⁰⁵ Gál (2016), 7.o.

¹⁰⁶ Gál (2016), 8.o.

¹⁰⁷ Gál (2016), 8.o.

¹⁰⁸ Gál (2016), 8.o.

¹⁰⁹ Gál (2016), 8.o.

¹¹⁰ Busch (2015), 197.o.

torzítja a felismerési képességét, vagyis a személy nem érti cselekedeteinek következményét és azt sem tudja, hogy a cselekmény, amit elkövetett vagy épp el szándékszik követni, az bűnös. Emellett a kontrollra vonatkozó diszfunkció azt jelenti, amikor az elkövető ugyan tisztában van cselekedetének bűnös mivoltával (vagyis a felismerési képessége megvan), azonban nem tud e felismerésnek megfelelő magatartást tanúsítani; ebben az esetben a beszámítási képesség akarati oldala sérül.¹¹¹

IV. Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet országos hatáskörű büntetés-végrehajtási egészségügyi zárt intézet, ebből kifolyólag mind a büntetés-végrehajtási, mind pedig az egészségügyi ágazati jogszabályok hatnak a működésére.¹¹²

A korábbi fejezetekben már említett 1876. évi XIV. törvény a közegészségügy rendezéséről fordulópontot jelentett a mentális gondokhoz való hozzáállásban, ugyanis a törvény értelmében az olyan gyógyítható és a gyógyíthatatlan mentális zavarban szenvedő embereket, akik veszélyesek a közbiztonságra, gyógyítás és eltartás végett elmeegógyintézetbe kellett helyezni. Az ún. vizsgálati foglyok megfigyelése központi tébolydákban zajlott, ám ezek hamar túlszűfoltta váltak, hatékonyságuk és eredményességük pedig megkérdőjelezhető volt a szakképzett személyzet hiánya miatt.¹¹³ Ennek (és a jogerősen szabadságvesztésre ítélt személyek, akiken a mentális betegség tünetei mutatkoztak) kapcsán megjelent az igény egy kifejezetten közveszélyes betegekre specializálódott intézmény létrehozására – így jött létre 1896. novemberében az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, akkori nevén még a *Letartóztatottak és Elítéltek Országos Megfigyelő és Elmegyógyító Intézete*.¹¹⁴ Bár sok szakmai vita övezte a funkcióját, a korszakban megmaradt tisztán büntetés-végrehajtási intézetnek, fő feladata ugyanis bizonyos letartóztatott személyek elmeállapotának megfigyelése, valamint a mentális betegségben szenvedő elítéltek ápolása volt.¹¹⁵

Ahogy arra korábban is kitértem, ekkor még nem beszélhettünk mai értelemben vett korszerű gyógykezelésről, ugyanis magában a pszichiátriában is csak később, az 1950-es évektől kezdődően következett be forradalmi változás. Ebben az időszakban kezdték el használni ugyanis azokat a gyógyszereket, amelyek már nemcsak a beteg lenyugtatására, hanem már a

¹¹¹ Domán (2019), 7.o.

¹¹² Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Szakmai tevékenység <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb>

¹¹³ Deli (2023), 9.o.

¹¹⁴ Deli (2023), 9.o

¹¹⁵ Antal – Laczkó (2002), 95.o.

mentális betegség klasszikus tüneteinek (például hallucinációk) csökkentésére is szolgáltak, de ekkoriban még nagy népszerűségnek örvendtek azok a korábban már bemutatott módszerek is, amelyek az emberi egészségre, akár életre is veszélyesek voltak.¹¹⁶

Az intézet létrejötte után közel 100 évvel az 1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről – vagyis a Csemegi-kódexet felváltó büntető törvénykönyv – új feladatokat adott az intézetnek a korábbiak mellé, illetve eltörölte a biztonsági őrizetet. A törvény bevezette a maihoz hasonlatos kényszergyógykezelést, amelyet a bíróság rendelt el, végrehajtását pedig az intézetben (akkori nevén *Országos Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet*) kellett biztosítani – ez azonban jelentősen megnövelte a korábbi létszámot. A zsúfoltság csökkentése érdekében Márianosztrán létrehoztak egy kihelyezett munkaterápiás osztályt, ez azonban 1982-ben megszűnt.¹¹⁷

Jelenleg a 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és szabálysértési elzárás végrehajtásáról (a továbbiakban: Bv. Kódex) külön fejezetben tárgyalja a kényszergyógykezelés végrehajtására vonatkozó előírásokat, szabályozásokat. A törvény 325. paragrafusának értelmében az IMEI falai között zajló kényszergyógykezelés során a beteget az orvostudomány mindenkori állása szerinti szakszerű ellátásban kell részesíteni annak érdekében, hogy az állapotromlást megakadályozzák és az egészséget minél előbb a lehető legnagyobb mértékben helyreállítsák.¹¹⁸ A büntetés-végrehajtás honlapján megtalálható információk szerint az IMEI-ben folytatott kezelés ún. *team munka* révén valósul meg, amelyben aktív szerepet játszik az orvosi, pszichológiai, pszichopedagógiai, ápolói és szociális gondozói tevékenység is – mindennek vezetője pedig az osztályvezető főorvos. A csoportok a kezdeti időszakban általában a beilleszkedést segítik, hiszen a pszichiátriai betegségek kezelése során rendkívül fontos a beteg együttműködése és aktív részvétele. A gyógyszeres kezelés és egyéb gyógyító jellegű tevékenységek mellett az intézetben lehetőség van például ének-zenei készségfejlesztő foglalkozásokon való részvételre, korábban biztosítottak angol nyelvi szakköröket, filmklubot és főzőszakkört, illetve az érdeklődési köröknek megfelelően időnként sportbajnokságokat és szellemi vetélkedőket is szerveznek. Mindezeknek a foglalkozásoknak a

¹¹⁶ Deli (2023), 10.o.

¹¹⁷ Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Történet <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/tortenet>

¹¹⁸ 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról. XXVI. Fejezet A kényszergyógykezelés végrehajtása

legfőbb célja az, hogy elkerüljék a betegek befelé fordulását és egyéni beszűkülését a motiváltság fenntartása és az állapotjavulás érdekében.¹¹⁹

Az IMEI-ben folyó rehabilitáció – a törvényi elvárásoknak megfelelően – a hivatalos összefoglaló szerint komoly szakmai színvonalon zajlik, kutatásom alapján azonban mindennek gyakorlati megvalósulása kérdőjelekkel tarkított, az elérhető közérdekű adatok alapján pedig sok esetben közel sem ennyire gördülékeny.

1. Az IMEI és a kényszergyógykezelés kapcsán végzett empirikus kutatás eredményei

1.1. Módszertan

Ahogy fentebb is kitértem rá, kutatásom során közérdekű adatigénylést nyújtottam be az IMEI felé, amelynek célja az intézettel kapcsolatos, a kutatási kérdéseimmel összefüggő statisztikai adatok megismerése volt. Az adatigénylés keretében többek között kitértem az elmúlt egy év létszámadataira, az intézetben zajló szocio- és pszicoterápiás foglalkozásokra, a munkáltatásra, illetve a kapcsolattartási lehetőségekre, tendenciákra is.

Az IMEI által közölt adatokat, valamint az azokból levonható következtetéseket az alábbiakba az alapvető jogok biztosa, mint az OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus AJB-766/2017. számú ügyben írt, igen részletgazdag jelentésében foglaltakkal hasonlítom össze (másodelemzés). Az intézetben tett monitorozó látogatás 2016 februárjában történt,¹²⁰ melynek során a vizsgálatban résztvevő munkatársak többek között megvizsgálták az IMEI helyiségeit és azok berendezéseit, az ápoltakkal kapcsolatos bánásmódot, illetve beszélgetést folytattak például a főigazgatóval, munkatársakkal, valamint a szabadságuktól megfosztott személyekkel is.¹²¹

Mindezek mellett munkám során az IMEI által részemre szolgáltatott adatok mélyebb elemzését és értelmezését a szeptemberben készített szakértői interjú is elősegítette. Az interjú nyomán kapott információk az alábbiakban is megjelennek, részletesebben azonban a következő fejezetben tárgyalom azokat.

1.2. Elhelyezkedés és épület

Az intézet három épületből áll; az I. épület három pszichiátriai rehabilitációs osztályán zajlik a kényszergyógykezelés, valamint az előzetes kényszergyógykezelésű férfiak és nők, illetve a kóros

¹¹⁹ Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Szakmai tevékenység <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb>

¹²⁰ Sajnos, a 2016-ban készült OPCAT jelentés óta nem készült hasonló beszámoló az IMEI állapotáról.

¹²¹ AJB-766/2017, 5.o.

elmeállapotú elítéltek kezelése. A II. épületben történik a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottak pszichiátriai és neurológiai kivizsgálása, az előzetes elmeállapotmegfigyelés, valamint többek között a személyiségzavarban szenvedő betegek kivizsgálása és gyógyítása. A III. épületben kizárólag a kényszergyógykezelésre utalt betegeket helyezik el.¹²²

A 2016-os jelentés kiemelte, hogy már évekkel korábban, 2009-ben és 2012-ben is szóvá tettek olyan kezdeményezéseket, miszerint az IMEI felügyeletét nem a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának, hanem az akkor még létező Egészségügyi Minisztériumnak kellene ellátnia. Ezzel párhuzamosan azt is megfogalmazták, hogy célszerű lenne az IMEI-t elköltöztetni a *Budapesti Fegyház és Börtön* (1108 Budapest, Kozma u. 13.) területéről, hogy a büntető szemlélettel szemben hangsúlyosabban érvényesülhessen a gyógyítás, azonban a költöztetés ellen szóló érvek között többek között szerepelt az ápoltak szállításának nehézségei, valamint a folyamatosan végbemenő hathavi felülvizsgálatok lebonyolítása, amit jelentősen megnehezítene, ha az intézet máshová kerülne. Hasonló, a költöztetésre vonatkozó kezdeményezéseket tartalmazott más ombudsmani jelentés – az AJB-1161/2009, valamint az AJB-5019/2012. számú ügyben készült jelentés – is. A javaslatokra tekintettel 2012-ben a Kormány az IMEI, a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának (Tököl) és a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részleg (Algyő-Nagyfa) közös telephelyre integrálásáról döntött, aminek – a kormányhatározat értelmében – az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Szent László Kórház telephelyén kellett volna megvalósulnia (1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat, 1. pont, valamint a 1060/2012. (III. 12.) Korm. határozat módosításáról szóló 1329/2012. (IX. 7.) Korm. határozat).¹²³

A többszöri javaslatok és kormányhatározatok ellenére azonban az IMEI még ma is eredeti helyén, a Kozma utcában helyezkedik el, így ugyanolyan a magas téglafal drótkerítéssel a tetején veszi körbe, mint amilyen a hagyományos börtönöket. Az intézet a millennium idején épült – akkoriban pedig csodájára jártak, hiszen saját laboratóriuma révén különösen fejlettnak és modernnek számított – az azóta eltelt hosszú évek során azonban nem történt érdemi felújítás az épületben, így a modern pszichiátriai ellátásra közel sem annyira alkalmas, mint amennyire másfél évszázada volt.¹²⁴

Az, hogy az IMEI a büntetés-végrehajtás szervezetrendszeréhez tartozik és maga az intézet is a Budapesti Fegyház és Börtön területén fekszik meghatározza azt, hogy az intézmény inkább

¹²² Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet <https://bv.gov.hu/hu/imei>

¹²³ AJB-766/2017, 7.o.

¹²⁴ Bacsák (2024), 109.o.

börtönhöz hasonlít, mint kórházhoz. Ez azért is ellentmondásos, mert a kóros elmeállapotú személyek – büntethetőséget kizáró ok miatt – jogilag nem büntethetőek; éppen ezért szankciórendszerünkben a kényszergyógykezelés nem a büntetésekhez tartozik, hanem az intézkedések között foglal helyet. Ennek ellenére a kényszergyógykezeltek mégis a börtön területére kerülnek; egy olyan intézményben töltenek el éveket (az IMEI közlése szerint átlagosan 4-6 évet), amelyben a büntetésvégrehajtás attitűdje, szabályrendszere és szemléletmódja dominál.¹²⁵

1.3. Létszámadatok

1.3.1. Az IMEI betegei

Az IMEI-ben lévő személyeket összefoglaló néven *ápoltaknak* hívják. Az ápoltakat két csoportra osztják; betegekre és beutaltakra.¹²⁶ A betegek és a beutaltak közötti különbséget a 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól az értelmező rendelkezésekben részletezi.

*Beteg:*¹²⁷

- az, akinek a bíróság a kényszergyógykezelését rendelte el
- az, akinek a bíróság az ideiglenes kényszergyógykezelését rendelte el
- az, akinek a bíróság a szabadságvesztés végrehajtási helyeként az IMEI-t jelölte ki

*Beutalt:*¹²⁸

- az a fogva lévő terhelt, akinek a bíróság az elmeállapota megfigyelését rendelte el
- az a terhelt, akinek a letartóztatását a bíróság rendelkezése alapján az IMEI-ben kell végrehajtani
- az, akit a szabadságvesztés, az elzárás, a közérdekű munka helyébe lépő szabadságvesztés a pénzbüntetés helyébe lépő szabadságvesztés, a letartóztatás, a rendbíróság helyébe lépő elzárás vagy a szabálysértési elzárás végrehajtása során kóros elmeállapot vagy szervi-idegrendszeri megbetegedésre utaló tünetek alapján a büntetés-végrehajtási intézet orvosa az IMEI-ben történő kivizsgálásra vagy kezelésre beutalt

¹²⁵ Bacsák (2024), 110-111.o.

¹²⁶ AJB-766/2017, 5.o.

¹²⁷ 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 1.§

¹²⁸ 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 1.§

- az a szabadságvesztésre ítélt, akinek a kivizsgálása a gyógyító-terápiás részlegre történő elhelyezéséről való döntés érdekében szükséges

Jelen dolgozatban az ápoltak közül nagyobb hangsúlyt fektetnek a betegekre.

Az IMEI befogadóképessége 311 fő és noha sem idén, sem pedig 2016-ban nem érte el a maximális szintet az ápoltak száma, a *zsúfoltság*¹²⁹ mégis jellemző volt az intézetben. Bár a CPT 2013-ban a magyarországi látogatásáról készült jelentésében hangsúlyozta, hogy többszemélyes zárka esetén legalább 4, egyszemélyes zárka esetén pedig legalább 6 négyzetméternek kellene rendelkezésre állnia, illetve a 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet 121.§ (1) bekezdéséből kiolvasható, hogy „*a zárkában vagy a lakóhelyiségben – ideértve a kórtermet is – elhelyezhető létszámot úgy kell meghatározni, hogy minden elítélre hat köbméter légtér és egyéni elhelyezés esetén legalább hat, közösen elhelyezett elítéltek esetén személyenként legalább négy négyzetméter élettér jusson*”,¹³⁰ a zsúfoltság következtében például a női osztályon akadtak olyan kórtermek is, ahol az egy főre jutó szabad mozgástér 1,5 négyzetméter volt. A hálóhelységek átalakításának fontosságára már 2005-ben felhívták a magyar hatóságok figyelmét, ugyanis ezzel nagyobb mértékben hozzájárulhatnának ahhoz, hogy az ápoltak megőrizzék emberi méltóságukat – ami nem csak alapjog, de kiemelten fontos a pszichológiai és szociális rehabilitáció szempontjából is.¹³¹

Az IMEI-ben ápolott betegek száma 2016-ban és 2024-ben:

2016. február ¹³²	osztály	2024. április ¹³³
153	férfiosztály	188
26	női osztály	26
179	összesen	214¹³⁴

¹²⁹ Ha a többszemélyes zárkában a fogvatartottak szabad mozgástere nem éri el a bruttó 4 négyzetmétert, akkor az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJE) „zsúfoltságot” állapít meg. Amennyiben ezen élettér nem éri el a bruttó 3 négyzetmétert, akkor az EJE „extrém zsúfoltságot” állapít meg, ami minden esetben megsérti az Emberi Jogok Európai Egyezménye (a továbbiakban: EJE) 3. cikkét, ugyanis az eljárás embertelen és megalázó bánásmód tilalmába ütközik. (AJB-766/2017, 19.o.)

¹³⁰ 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet 121.§ (1) bekezdés

¹³¹ AJB-766/2017, 18.o.

¹³² AJB-766/2017, 8.o. 1. táblázat: Az IMEI különböző osztályain engedélyezett ágyszám és a látogatás első napján elhelyezett ápoltak száma

¹³³ 1. számú melléklet

¹³⁴ 2024. április 1-ig összesen 8 kényszergyógykezelt beteg szabadult és 4 fő esetében szűnt meg az intézkedés elhalálozás miatt. 2023-ban összesen 50 kényszergyógykezelt beteg szabadult és 3 fő esetében szűnt meg az intézkedés elhalálozás miatt (a számadat az IMEI a 30518-13/5-7/2024. Anyvt. iktatószámú adatszolgáltatása a szerző közérdekű adatigénylésére)

A zsúfoltság – ahogyan fentebb is írtam – már közel 10 éve is komoly problémát jelentett az intézet életében, ami az utóbbi időben csak még súlyosabbá vált, hiszen a 2016-os adatokhoz képest 19 százalékos növekedést láthatunk a létszámadatok vonatkozásában. Ez a növekedés a reintegrációs és rehabilitációs programok lebonyolításában is akadályokat jelent, vannak ugyanis olyan csoportfoglalkozásra alkalmas helységek, amelyeket már inkább kórtermeknek használnak.

A fentebb jelzett 2024-es létszámadatokkal kapcsolatban fontos lehet megjegyezni, hogy az április 1-jén előzetes és kényszergyógykezelés alatt álló betegek közül 20 fő állt már korábban is kényszergyógykezelés alatt – tehát körülbelül az intézetben ápolat betegek 9,3 százaléka már korábban is az intézet lakója volt.¹³⁵

Az intézetben kezelt betegek utolsó bejelentett lakcíme legtöbb esetben budapesti, valamint Pest vármegyei volt (51 + 31 fő), de többen érkeztek Borsod-Abaúj-Zemplénből (20 fő), Jász-Nagykun-Szolnokról (14 fő), illetve Bács-Kiskun vármegyéből is (13 fő). Külföldi lakcímmel csak 3 ápolat beteg rendelkezett, 9 kényszergyógykezelt azonban lakcím nélküli volt, tehát a cselekményét megelőzően hajléktalan volt.¹³⁶ Az, hogy az intézet ápolatjai milyen vármegyéből érkeznek azért is különösen fontos, mert az IMEI országos hatáskörű intézet. Mivel az országban az IMEI az egyetlen olyan intézet, ami a kényszergyógykezelés végrehajtásáért felelős, a betegek vonatkozásában nem érvényesülhet a lakóhelyhez közeli végrehajtás, elhelyezés elve és a kényszergyógykezelt kivétel nélkül Budapestre kerülnek – ez pedig már a látogatófogadásra is hatással van, hiszen egyes hozzátartozóknak akár többszáz kilométer távolságból kell a fővárosba utazniuk, viselve az út minden költségét és idejét.

2015-ben az IMEI 21 kényszergyógykezelt beteget bocsátott el, közülük legtöbben (7 személy) 2-3 év közötti időtartamban álltak kényszergyógykezelés hatálya alatt.¹³⁷ Az intézetből való szabadulás igen nehéz; az ombudsmani jelentés alapján egyes intézetben dolgozó pszichológusok szerint a kényszergyógykezelték tíz, de akár 20 százaléka is azért tartózkodott az intézetben, mert egyszerűen nem volt hová mennie. Ennek több oka is lehetett; egyik ilyen lehetett például az, hogy nem volt család, ha pedig volt, a család nem tudta, vagy nem akarta befogadni az ápolat – például akkor, ha a cselekmény családon belül történt –, vagy éppen az, hogy nem volt fogadóképes szociális ellátóhely.¹³⁸ Az akkori főigazgató a probléma egyik

¹³⁵ az IMEI a 30518-13/5-7/2024.Anyvt. iktatószámú adatszolgáltatása a szerző közérdekű adatigénylésére

¹³⁶ 2. számú melléklet

¹³⁷ AJB-766/2017, 34.o. 15. táblázat: Az IMEI-ből 2015-ben elbocsátott kényszergyógykezelt betegek ápolási ideje

¹³⁸ Sokan éveket vártak arra, hogy felszabaduljon egy hely valamely szociális ellátóhelyen, ahová mehetnének.

forrásának az érdekkülönbséget tudta be, ugyanis a szociális intézményekben üresedés esetén a lehető leghamarabban be szeretnék tölteni a fennmaradó helyeket, míg az IMEI nem tudja az elvárt gyorsasággal kiengedni az ápoltságait a felülvizsgálat lefolytatása és annak időigénye miatt.¹³⁹

1.3.2. Személyi állomány és az IMEI osztályai

Az intézet személyi állománya 2016-ban és 2024-ben:

2016. február ¹⁴⁰	2024. április ¹⁴¹
178	167

Az AJB-766/2017. jelentés készítésének idején az ápolottakkal közvetlen kapcsolatban az ápolók, orvosok, pszichológusok, reintegrációs tisztek, valamint egy gyógytornász állt.¹⁴² 2016-ban a Klinikai Pszichológiai Osztályt kilenc személy alkotta, azonban egy személy tartós távolléte miatt a tényleges munkavégzés nyolc személyre korlátozódott. Problémaként jelent meg, hogy az ún. Neuropszichiátriai Osztályon (II. épület) végzett diagnosztikai munka jelentős mértékben elvonta a pszichológusok munkaerejét és kapacitását az osztályos terápiás foglalkozásoktól, továbbá mindössze négy személynek volt érvényes klinikai szakpszichológusi szakvizsgálója, ami tovább növelte a szakpszichológusok leterheltségét.¹⁴³ A Klinikai Pszichológiai Osztályt jelenleg az osztályvezető, egy előadó, öt szakpszichológus és három pszichológus alkotja, ami a 2016-os adatokkal szemben némi javulást jelent a szakállomány tekintetében, azonban közel sem olyan mértékűt, amilyenre szükség lenne,¹⁴⁴ – a szakemberhiány mindig is komoly probléma volt az intézet életében (is).

A beutaltak és a betegek közötti különbség a személyek elhelyezésében is megmutatkozik, ugyanis nem egy osztályon tartózkodnak. Az előzetes kényszergyógykezelést és jogerősen kényszergyógykezelést betegeket, valamint a kóros elmeállapotúvá vált elítéltek kezelése négy férfi és egy női *Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályon* (PRO) zajlik. A beutaltak – vagyis a letartóztatott elítéltek, a személyek, akiknél a bíróság elmeállapotmegfigyelést rendelt el, valamint azok, akiknek letartóztatását az IMEI-ben kell végrehajtani – a betegekkel ellentétben

¹³⁹ AJB-766/2017, 34.o.

¹⁴⁰ AJB-766/2017, 20.o. 10. táblázat: A személyzet állománytábla szerinti létszáma a látogatás első napján

¹⁴¹ 3. számú melléklet

¹⁴² AJB-766/2017, 20.o.

¹⁴³ AJB-766/2017, 21.o.

¹⁴⁴ 3. számú melléklet

a *Neuropszichiátriai Osztályon* (NPO) vannak.¹⁴⁵ Az intézetnek több osztálya is van, amelyek feladatait és kötelezettségeit az *IMEI Szervezeti és Működési Szabályzata* rögzíti. Érdekesség, hogy noha az IMEI-ben nem a hagyományos, köznyelvi értelemben vett elítélt fogvatartottak vannak, hanem felmentő ítélettel rendelkező betegek és ápoltak az SZMSZ fogvatartottként hivatkozik az ápoltakra.¹⁴⁶

1.4. Kapcsolattartás

A 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról (a továbbiakban: Bv. kódex) a 332.§-ban rendelkezik a kényszergyógykezelés alatt állók kapcsolattartási jogairól. Az ápolt a hozzátartozóival, illetve az IMEI által engedélyezett személyekkel való kapcsolattartásra jogosult például látogatófogadás, levelezés, csomagküldés- és fogadás, valamint telefonálás formájában. A kapcsolattartásról az IMEI biztonságára és a beteg állapotára tekintettel az intézet főigazgató főorvosa dönt.¹⁴⁷

1.4.1. Látogatófogadás

A 2016-os OPCAT jelentés szerint a betegek hetente egy alkalommal, péntekenként 9-11 óráig, két óra időtartamban fogadhattak látogatókat, kiemelendő azonban, hogy alapesetben egy ápolt egyszerre két 14 éven felüli látogatót fogadhatott, 14 éven aluli személyt pedig csak havi egy alkalommal, ami csak a gyermek gondviselőjének írásos beleegyező nyilatkozata és előzetes engedélye alapján volt lehetséges. A látogatófogadásra vonatkozó szabályok kapcsán – különösen a családos emberek körében – problémaként merült fel az, hogy a betegek csak hétköznaponként fogadhattak látogatókat, így voltak, akik arra panaszkodtak, hogy azért nem jönnek hozzájuk, mert nincs elég szabadságuk, vagy a gyermek nem hiányozhat az iskolából. A kapcsolattartás valamilyen körülmény okán történő elmaradása veszélyezteti a *gyermek szülővel való kapcsolattartáshoz jogát*,¹⁴⁸ így az alapvető jogok biztosa a jelentésben kiemelte, hogy – tekintettel az ápolt, valamint a gyermek jogaira – az intézetben fontolóra kellene vennie a hétvégi látogatófogadások engedélyezését is.¹⁴⁹ A gyakorlat emellett felveti az Emberi Jogok Európai Egyezményében (a továbbiakban: EJEE) foglalt magán- és családi élethez való jog (8.

¹⁴⁵ Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Egyéb <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb>

¹⁴⁶ IMEI Szervezeti és Működési Szabályzat (2023)

¹⁴⁷ 2013. évi CCXL. törvény 332.§ (1) és (2) bekezdés

¹⁴⁸ A gyermeknek joga van személyes kapcsolatot és közvetlen érintkezést fenntartani mindkét szülőjével, kivéve, ha ez a gyermek mindenképp álló érdekével ellentétes (1991. évi LXIV. törvény 9. cikk 3. pont)

¹⁴⁹ AJB-766/2017, 25.o.

cikk) sérelmét, amelyet legutóbb az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJEB) is kimondott, amikor a török büntetés-végrehajtási szervezet nem tette lehetővé, hogy a fogvatartottak gyermekei iskolaidőn kívül látogathassák meg a fogvatartott szülőjüket.¹⁵⁰

A látogatófogadásnak és családi kapcsolattartásnak kiemelten fontos szerepe van a sikeres reintegrációban, ugyanis egy a 2016-os vizsgálat során megszólaló pszichológus kolléga szerint kockázati tényezőként jelenhet meg a családi háttér hiánya – nem elhanyagolható kérdés ugyanis az, hogy a kényszergyógykezelés megszüntetése esetén a korábbi ápoltt mennyire protektív környezetbe kerül az intézetből.¹⁵¹

Az ápoltt betegek jelenleg is legalább hetente jogosultak látogató fogadására, bár a kapcsolattartás minőségét és mibenlétét erősen befolyásolja, hogy a látogatófogadás szabályai az utóbbi időben jelentős változásokon mentek keresztül, ugyanis megtiltották – és egy plexifallal meg is akadályozták – a testi és fizikai kontaktust a látogatások alkalmával (tehát például nem ölelhette meg a fogvatartott a hozzátartozókat és nem is foghatta meg a kezüket) azért, hogy megakadályozzák a tiltott tárgyak bejutását az intézetekbe. Ez a szabály a kényszergyógykezelt ápolttakra ugyanúgy vonatkozik, mint a „hagyományos” fogvatartottakra, ami megint csak a börtönjellegét erősíti, annak ellenére, hogy az IMEI elvileg nem egy börtön.¹⁵² Ez alól a *családi látogatófogadás* jelent kivételt; ebben az esetben térelválasztó elemet nem kell alkalmazni és engedélyezhető a testi kontaktus is, beleértve az ölelést, kézfogást, puszit és azt, hogy a fogvatartott saját, nyolc éven aluli gyermekét az ölében tartsa.¹⁵³ A családi látogatófogadás a *családi beszélőben* zajlik, ami az intézet e célra kialakított helyisége vagy a látogatófogadásra kialakított helyiség elkülönített része.¹⁵⁴ A kialakított helyiségnek elvileg az lenne a szerepe, hogy növelje a családi komfortot, többek között színezőkkel és játékokkal a gyerekek részére.¹⁵⁵

A közérdekű adatigénylés többek között a kapcsolattartás témakörét is érintette; a kérdések kitértek a látogatófogadás és a kapcsolattartás egyéb formáinak számszerű kimutatására is. Idén január 1. és április 1. között (április 1-jei beteglétszám az IMEI közlése szerint 214 fő) összesen 440 Skype-videóhívásra és 535 látogatófogadásra került sor és noha az intézet rendelkezik

¹⁵⁰ Subaşı és mások kontra Törökország, az EJEB a 3468/20. számú kérelem mellett 18 további ügyben hozott ítélete, 2023. március 6.

¹⁵¹ AJB-766/2017, 25.o.

¹⁵² Bacsák (2024), 110.o.

¹⁵³ 12/2020. (IV. 24.) BVOP utasítás 13. pont

¹⁵⁴ 16/2014. (XII. 19.) IM rendelet 2.§

¹⁵⁵ Büntetés-végrehajtás honlapja: Az adventi időszakban már közel 10 ezer hozzátartozó köszönthette fogvatartott családtagját a börtönökben <https://bv.gov.hu/hu/intezetek/bvszervezet/hirek/7433>

családi látogatófogadásra alkalmas helyiséggel, az említett időtartamban összesen 2 fő kényszergyógykezelt beteg vett részt családi látogatófogadáson (mindketten egy alkalommal).¹⁵⁶ A tájékoztatás arra nem tért ki, hogy a látogatófogadáson a betegen kívül hány fő vett részt és hány évesek voltak. Ezen a ponton fontos lehet megjegyezni, hogy a családi látogatófogadás rendkívül alacsony száma nemcsak az IMEI-ben volt jellemző, hanem más büntetés-végrehajtási intézményben is; 2022-ben és 2023 első két hónapjában például senki nem kapott engedélyt családi látogatófogadásra.¹⁵⁷

1.4.2. Levelezés

Az IMEI betegek hozzátartozóikkal, valamint az általuk megjelölt és az IMEI által engedélyezett személyekkel jogosultak levelezésre, mely során a kapott és a küldött levelek gyakorisága, illetve terjedelme nem korlátozott – ebből kifolyólag a levelezésekről az intézet nem vezet nyilvántartást.¹⁵⁸

Az OPCAT jelentés részletesen leírta a 2016-os levelezési gyakorlatot; a levelek tartalmának ellenőrzése a reintegrációs tiszttel feladata volt, kivéve, ha hatóságokkal, nemzetközi szervezetekkel és védővel váltott levélről volt szó, ezek ugyanis nem ellenőrizhetők. Ezeket a leveleket úgy különböztették meg, hogy míg a kapcsolattartókkal való leveleket nyitott, addig a nem ellenőrizhetőket lezárt állapotban kellett a postaládába helyezni – kétség esetén azonban a törvényben meghatározott módon és feltételek fennállása mellett a lezárt levelek is ellenőrizhetők voltak.¹⁵⁹

1.4.3. Csomagküldés- és fogadás

Korábban az ápoltak hetente egyszer kaphattak csomagot, amelyen a tartalom jellegét mindig fel kellett tüntetni. A csomagokat – akárcsak a levelek nagyrészt – az intézet munkatársai ellenőrizték annak megakadályozása érdekében, hogy az intézet területére tiltott tárgy kerüljön. A csomag felbontására a beteg jelenlétében került sor.¹⁶⁰

Az intézetben ápolott betegek most is hetente jogosultak csomagok küldésére és fogadására a hozzátartozók, valamint az IMEI által engedélyezett személyekkel való kapcsolattartás során. A csomagok most is – biztonsági szempontból – ellenőrizhetők, ennek lehetőségéről pedig a

¹⁵⁶ 7. számú melléklet

¹⁵⁷ Magyar Helsinki Bizottság (2023): „Kezd beérni a civil jogvédők erőfeszítése: biztató változások a börtönökben” 2023. december 21. <https://helsinki.hu/biztato-valtozasok-a-bortonokban/>

¹⁵⁸ 2013. évi CCXL. törvény 332.§ (1) bekezdés a) pont

¹⁵⁹ AJB-766/2017, 26.o.

¹⁶⁰ AJB-766/2017, 27.o.

beteget tájékoztatni kell.¹⁶¹ 2024. január 1. és április 1. között összesen 361 csomag érkezett az intézetbe. Ez azt jelenti, hogy ebben az időszakban hozzávetőlegesen egy ápoltra körülbelül két csomag juthatott (1,68), azonban arról, hogy a 361 csomag pontosan hogyan oszlott el a 214 ápoltnak (2024. április 1-jei létszámadat) között az IMEI nem közölt információkat.

1.4.4. Telefonálás

A betegek telefonálási alkalmairól az intézet nem vezet nyilvántartást.

A betegek az IMEI-ben elhelyezett ún. „BvFon” vonalas távbeszélőkészülékeket vagy az intézet által biztosított mobiltelefonokat használhatták telefonbeszélgetések lebonyolítására – mindezt pedig letéti pénzből fedezték.¹⁶² A 2016-os OPCAT jelentés szerint a telefonálás időtartama akkoriban kétnaponta 20 perc lehetett az engedélyezett kapcsolattartókkal, a beszélgetéseket pedig (a védővel történő beszélgetés kivételével) a reintegrációs tiszt ellenőrizhette.¹⁶³ Ez a szabályozás ma is hatályban van; a betegek kétnaponta jogosultak a telefonkészülék használatára hívás céljából, valamint hetenként telefonhívás fogadásának céljából, alkalmanként legalább 20 perc időtartamban.¹⁶⁴

1.5. Rehabilitáció és reintegráció

A büntetés-végrehajtás intézeteiben zajló *reintegráció* egy komplex folyamat, amely magába foglalja az intézet falain belül és az azon kívül történő folyamatokat is. Az intézeten belül zajlik a *rehabilitáció*, amelynek során a cél az ápoltnak testi, lelki és szellemi fejlődése és javulása. Ehhez kapcsolódik a reintegráció, amelynek keretében törekedni kell arra, hogy az elítélt bűncselekményének társadalomra veszélyességét felismerje, valamint annak következményeit – lehetőség szerint – enyhítse.¹⁶⁵ A reintegráció jellemzően magába foglalja az oktatást, munkavégzési lehetőségeket, szabadidős vagy művelődési tevékenységeket, továbbá a kapcsolattartást is – ez utóbbi különösen fontos tényező az intézetből való szabadulás időszakában, ugyanis lényeges kérdés, hogy a szabadult milyen környezetbe tér vissza. Az intézeten kívül zajló reintegráció egyik eleme az *utógondozás*, amelynek célja, hogy a már szabadult, korábban elítélt személy a neki nyújtott segítséggel könnyebben tudjon munkát,

¹⁶¹ 2013. évi CCXL. törvény 332.§ (1) bekezdés d) pont és (4) bekezdés

¹⁶² AJB-766/2017, 27.o.

¹⁶³ AJB-766/2017, 28.o.

¹⁶⁴ 2013. évi CCXL. törvény 332.§ (1) bekezdés c) pont

¹⁶⁵ 2013. évi CCXL. törvény 164.§

lakóhelyet találni magának, illetve, hogy támogatást nyújtson a társadalmi közegbe való beilleszkedéshez.¹⁶⁶

Ahogy minden büntetés-végrehajtási intézetben, az IMEI-ben is vannak különböző foglalkozások, csoportos tevékenységek, amelyeken az ápoltak részt vehetnek. 2024. január és április 1 között több készségfejlesztő, szocio- és pszichoterápiás, valamint pszichoeducációs csoportfoglalkozás zajlott, ezek mellett többek között csoportos gyógytorna, római katolikus mise, kézműves programok, *filmklub*¹⁶⁷ és református istentisztelet is volt. Ezeken a csoportos tevékenységeken jellemzően 5-15 fő között mozgott a résztvevők száma, de akadt olyan is (általában a filmklub), amelyiken a létszám elérte a 20 főt is – ez az intézet teljes létszámát tekintve ugyanakkor nagyon alacsony szám; az ápoltak kevesebb mint tíz százalékát teszi ki. Az intézeti programok viszonylag sűrűn, de nem minden nap kerültek megrendezésre – március utolsó hetében (március 25-31) például négy alkalommal; hétfőn, szerdán, csütörtökön és vasárnap zajlottak.¹⁶⁸

A programokon való résztvevők száma 2023-ban is hasonlóképpen alakult, mégis volt néhány vallásgyakorlással összefüggő program (római katolikus mise és húsvéti ünnepi mise), ahol a létszám meghaladta a 30, sőt, esetenként a 40 főt is. Az intézeti foglalkozások során többször is előfordult olyan csoport, amelyik a skizofrénia kórlefolyására, jellemzőire és tüneteire fókuszált, a résztvevők száma viszont – az IMEI-ben ápoltak létszámához képest – igen alacsony, csupán 10 fő volt. Szembeötlően alacsony volt ezen felül például a véleménynyilvánítás képességének fejlesztésére irányuló intézeti foglalkozás résztvevőinek száma is, ezen ugyanis csupán 2 fő vett részt tavaly márciusban.¹⁶⁹

Fontos megjegyezni azt, hogy az IMEI programjai önkéntes jellegűek, vagyis könnyen előfordulhat, hogy egy beteg egyáltalán nem jár foglalkozásokra. A passzivitás és a motiváció hiánya azonban jelentős mértékben befolyásolja a rehabilitációs folyamatot, ami végsősoron hatással lehet a szabadulás időpontjára is.

A Bv. kódex szerint a kényszergyógykezelt betegek részt vehetnek munkaterápiás foglalkozásokon is, sőt, ennek fényében rendszeres pénzbeli juttatásra is jogosultak, aminek legkisebb összege napi hatórás foglalkoztatás esetén az alapmunkadíj egyharmada kell, hogy

¹⁶⁶ Pistyúr (2018), 116.o.

¹⁶⁷ Az IMEI közlése alapján a filmklubokban az ápoltak társadalmi problémákat ismerhettek meg, a filmek segítségével önismereti kérdéseket járhattak körbe vagy a mentális betegségek, illetve személyiségfejlődés témakörét érintő filmeket nézhettek meg.

¹⁶⁸ 4. számú melléklet

¹⁶⁹ 6. számú melléklet

legyen.¹⁷⁰ Az IMEI tájékoztatása szerint 2023-ban egyetlen kényszergyógykezelt beteg sem vett részt munkaterápiás foglalkozáson, az idei évben (január 1. és április 1. között) azonban a résztvevők száma átlagosan 24 fő/hó volt.¹⁷¹ Az intézet a közérdekű adatszolgáltatás során arra nem tért ki, hogy ezek pontosan milyen munkaterápiás foglalkozások voltak.

IMEI tájékoztatása:¹⁷²

Munkaterápiás/terápiás foglalkozások	Munkaterápiás foglalkozás	Terápiás célú foglalkozás
2023. év átlag fő/hó	0	109
2023. év átlag óra/hét	0	10
2024. év átlag fő/hó	24	71
2024. év átlag óra/hét	20	20

„A reintegráció sikere – többek között – nagyban múlik azon is, hogy a büntetésvégrehajtási szervezet milyen törekvéseket tesz annak érdekében, hogy a fogvatartottak több tudással és más életszemlélettel kerüljenek vissza a társadalomba, mint amivel a zárt falak közé jöttek.” – kezdi Mohácsi Zsolt „A fogvatartottak oktatása, a társadalmi visszailleszkedés támogatása” című cikkét a Börtönügyi Szemle 2022/1. számában.¹⁷³ Ahhoz azonban, hogy a fogvatartottak több tudással kerüljenek ki a büntetés-végrehajtás intézményeiből elengedhetetlen, hogy odabent népszerű és elérhető is legyen az oktatás.¹⁷⁴ Noha rendkívül sokat hozzátesz a fogvatartottak reintegrációs esélyeihez, 2022-ben nyolc olyan intézet is működött az országban, amelyben nem zajlott oktatás; ezek általában megyei jellegű, vagy olyan speciális intézetek voltak, mint az IMEI.¹⁷⁵ Ennek ellenére az intézetben a nevelési szakterület által 2015-ben szervezett foglalkozások között szerepelt angolnyelv szakkör is, amelyen heti egy alkalommal 4-5 személy is részt vehetett – bár ez az ápoltak teljes létszámához viszonyítva még mindig nagyon kevés.¹⁷⁶ A jelenlegi foglalkozások között nem szerepel ilyen, vagy ehhez hasonló oktatási minőséggel bíró lehetőség, de akadnak készségfejlesztő foglalkozások; főleg rajzos fejlesztő foglalkozások, de tavaly előfordult kis létszámú sportfoglalkozás és mozgáskoordináció

¹⁷⁰ 2013. évi CCXL. törvény 334.§ (3) bekezdés

¹⁷¹ 5. számú melléklet

¹⁷² 5. számú melléklet

¹⁷³ Mohácsi (2022), 27.o.

¹⁷⁴ Mohácsi (2022), 27.o.

¹⁷⁵ Mohácsi (2022), 32.o.

¹⁷⁶ AJB-766/2017, 29.o. 14. táblázat: A nevelési szakterület által 2015. évben szervezett foglalkozások, szakkörök és szocioterápiás programok a betegek számára

fejlesztés is, valamint olyan kommunikációs foglalkozás, ami a véleménynyilvánítás képességének fejlesztésére irányult. A 2016-os OPCAT jelentés a *TÁMOP-projekt* eredményeire kitérve kiemelte, hogy a betegek 20 fő feletti létszámmal részt vettek számítógépes tanfolyamokon is, amelyek keretében elsajátíthatták a szövegszerkesztés és az Excel használatának alapjait – fontos azonban megjegyezni, hogy a képzés hatékonyságát és relevanciáját némileg megkérdőjelezi, hogy mindeközben az ápoltnak nem állt rendelkezésére számítógép.¹⁷⁷

Az IMEI-ben azért sem zajlik oktatás, mert az intézetet *fekvőbeteg-gyógyintézetként* adminisztrálták.¹⁷⁸ Idén azonban változás várható, ugyanis az áprilisi hírek szerint a 2024/25. tanév szeptemberétől az IMEI-ben is elindul az iskolarendszerű oktatás, előzetes igényfelmérés alapján várhatóan 20-25 kényszergyógykezelte beteg részvételével. Az együttműködés célja az általános- és középiskolai, valamint a szakmai oktatás megszervezése az ápoltnak számára.¹⁷⁹ Az oktatás elindulásáról azonban mindeztáig nem került nyilvánosságra újabb hír.

V. A kényszergyógykezelés problémái, kihívásai és ellentmondásai

A kényszergyógykezelés, mint intézkedés számos problémával, hiányossággal és kérdéssel néz szembe napjainkban; nemcsak az IMEI épülete elavult, hanem magának az intézkedésnek is lenne számos olyan aspektusa, ami felülvizsgálatra szorulna. Dolgozatom során volt szerencsém interjút készíteni egy korábban – 2016 és 2020 között – IMEI-ben dolgozó szakértővel, akinek meglátásai, tapasztalatai és történetei segítettek mélyrehatóbban megismerni az intézetet és az ott zajló kényszergyógykezelést, valamint ahhoz is hozzájárultak, hogy minőségileg is értelmezni tudjam a közérdekű adatigénylés kapcsán kapott adatokat. Az interjúra 2024. szeptember 20-án került sor, az abból levont tanulságokat és következtetéseket az alábbi szövegrészek tartalmazzák. Gasteiger Nórának az interjút és a dolgozatomhoz nyújtott segítségét ezúton is nagyon köszönöm.

1. Börtön vagy kórház? Fogvatartott vagy ápoltnak beteg?

Az IMEI – ahogyan fentebb is kiemeltem – a Budapesti Fegyház és Börtön területén fekszik, így ugyanaz a téglafal, drótkerítéssel a tetején veszi körbe, mint bármelyik hagyományos börtönt, annak ellenére, hogy elméletileg nem börtön, hanem egy pszichiátriai intézet (ami abban is megmutatkozik, hogy ha a beteg a kényszergyógykezelés elrendelésekor szabadlábon

¹⁷⁷ AJB-766/2017, 30.o.

¹⁷⁸ Bacsák (2024), 110.o.

¹⁷⁹ Büntetés-végrehajtás honlapja (2024): Iskolarendszerű oktatás megszervezése az IMEI-ben <https://bv.gov.hu/hu/intezetek/imei/hirek/8045>

van, akkor, noha a rendőrség közreműködése igénybevehető, de az IMEI-be való beszállítást az Országos Mentőszolgálat végzi¹⁸⁰). Az intézet a büntetés-végrehajtás szervezetrendszeréhez tartozik, pedig a kényszergyógykezelés jogilag nem büntetés, hanem intézkedés – ugyanis a kényszergyógykezelésre ítélt személyek kóros elmeállapotukból kifolyólag nem büntethetőek. Az IMEI börtönjellege a működési szabályaiban is megmutatkozik (például a látogatófogadás szigorodó szabályaiban), ennek ellenére mégis számos olyan kedvezmény van, ami „hagyományos” szabadságvesztéssel fenyegetett bűncselekmények és az elkövető büntethetősége mellett alkalmazható (például a végrehajtás felfüggesztése, közérdekű munkára vagy pénzbüntetésre változtatás), a kényszergyógykezelt betegek esetén nem lehetséges.¹⁸¹ Az ápoltak nemcsak a kedvezmények rendszerében szembesülnek komoly hátrányokkal, hanem a reintegrációs esélyek terén is, ugyanis vannak olyan programok és tevékenységi lehetőségek (például az oktatás, szakképzés), amelyek jelenleg nem elérhetőek az intézetben.¹⁸² Noha a büntetés-végrehajtás hivatalos honlapján (www.bv.gov.hu) idén áprilisban megjelent a hír, miszerint az IMEI-ben is elindul az iskolarendszerű oktatás a 2024/25-ös tanév szeptemberétől,¹⁸³ mostanáig semmilyen egyéb hírt nem tettek közzé ennek kapcsán, így kérdéses, hogy mindez milyen formában valósul meg – ha egyáltalán megvalósult.

Az IMEI börtönjellege mindezek mellett a kapcsolattartási lehetőségek és körülmények tekintetében is megmutatkozik. Ahogyan egy korábbi fejezetben is kifejtettem, az intézetben ápolott betegek – hasonlóan a „normál” szabadságvesztésüket töltő fogvatartottakhoz – egy plexifallal fizikailag is el vannak választva látogatóba jött hozzátartozóiktól, ami például egy hagyományos kórház esetében nem történik meg. Gasteiger Nóra a szeptember 20-i beszélgetésünk során említést tett arról, hogy 2016-ban például olyan formában is megvalósulhatott a kapcsolattartás az intézetben, hogy a hozzátartozók péntekenként látogatási időben együtt ebédelhettek az IMEI-ben élő szerettükkel, ami rendkívül jó hatással volt mind a betegek, mind pedig a hozzátartozókra. A betegek egy-egy ilyen alkalom után felvidultak, motiváltabbak lettek, miközben a közös étkezés erősítette a családi kapcsolatokat is, ami elengedhetetlen a protektív háttér és a szabadulás megfelelő körülményeinek biztosításához. Ez azonban már mind a múlté.

¹⁸⁰ 2013. évi CCXL. törvény 326.§ (2) bekezdés

¹⁸¹ Bacsák (2024), 109.o.

¹⁸² Bacsák (2024), 110.o.

¹⁸³ Büntetés-végrehajtás honlapja (2024): Iskolarendszerű oktatás megszervezése az IMEI-ben <https://bv.gov.hu/hu/intezetek/imei/hirek/8045>

2. A reintegráció hiányosságai

A korábbi fejezetben már kitértem az intézetben uralkodó túlszűfoltásra, ami fizikai akadályokat gördít a reintegrációt elősegítő és biztosító programok elé is, hiszen a magas ápolti létszám miatt vannak olyan csoportfoglalkozásra alkalmas helyiségek, melyeket mostanra kórtermekké alakítottak át.

A reintegráció tekintetében nemcsak az jelent problémát, hogy korlátozottak a lehetőségek, hanem az is, hogy az intézetben nincs kötelező jellegű program, tehát a betegek akkor vesznek részt rajtuk, amikor akarnak. Amennyiben egy beteg nem szeretne részt venni a csoportfoglalkozáson, akkor semmi nem kötelezi vagy motiválja őt erre – ilyenkor tud helyette például aludni, dohányozni, olvasni, vagy mondjuk TV-t nézni – a passzivitás és a motiváció hiánya pedig erőteljesen befolyásolja a gyógyulási folyamatot, így pedig az intézetből való szabadulás időpontját is. A legnagyobb létszámban (a kapott adatok alapján megközelítőleg 30-40 fő) általában a vallásgyakorlással összefüggő intézeti programokon vettek részt a kényszergyógykezelt betegek – részben azért is, mert ezeknek a programoknak jellemzően megvan a maguk rendszeressége –, ez azonban nem annyira a beteg rehabilitációját, sokkal inkább lelki megnyugvását szolgálja. Természetesen ez is nagyon fontos, azonban a betegek itt passzív szerepben jelennek meg és nem történik meg az az aktív részvétel és interakció, amire nagy szükség lenne a siker érdekében. A betegek betegségtudatának elismerésében, annak mélyebb megértésében és a betegségükkel való együttélés megtanulásában az jelentene nagy segítséget, ha az aktív részvételes, mélyreható pszichoedukáció szervezettebben és gördülékenyebben zajlana az intézetben – mindez például ahhoz is hozzájárulna, hogy jobban átlássák azon tettüket, ami miatt az IMEI-be kerültek. Persze azt sem mondhatjuk, hogy egy pszichoedukációs ülésen tömegesen kellene részt venniük a betegeknek, hiszen ahhoz, hogy valami interaktív és valóban hasznos legyen, a megfelelő létszámba van szükség (ami interaktív foglalkozások esetében két csoportvezető esetében is legfeljebb 16 fő), éppen ezért inkább arra kellene törekedni, hogy ezek az alkalmak sűrűbben kerüljenek megrendezésre, valamint elég motiváló legyen ahhoz, hogy a betegek nagyrésze tényleg részt vegyen rajtuk. Az IMEI közlése szerint például a pszichoedukációs csoportok 2023-ban 21 alkalommal kerültek megrendezésre, ezek az ülések azonban rendszeresnek nemigen voltak mondhatóak. Az adatok alapján januárban és márciusban egyáltalán nem volt ilyen foglalkozás és bár a tavaszi és nyári időszakban elég gyakran látogathatóak voltak, az augusztus-szeptember szintén teljesen kimaradt. Ősszel (október végén) még egy pszichoedukációs alkalom volt, de ezután már nem

tartottak ilyen foglalkozást az év során.¹⁸⁴ Fontos lenne, hogy az intézeti programok vonatkozásában is kiemelt figyelmet fordítsanak a rendszerességre, hiszen ennek hiánya jelentős mértékben visszavetheti a beteg fejlődését és motivációit.

A szakértői interjú során az is kiderült, hogy lehet olyan kényszergyógykezelt beteg is az IMEI-ben, aki az intézkedés megkezdése óta egyetlen csoportfoglalkozáson sem vett részt – tekintve, hogy nem kötelező –, pedig a gyógyszeres terápia mellett (ami sajnos sokszor túldózisolt, így a civil pszichiátriára kerülő, IMEI-ből szabadult korábbi kényszergyógykezelték esetében gyakran az első teendő a gyógyszeradag fokozatos csökkentése) elengedhetetlen szerepe lenne ezeknek is a sikeres rehabilitáció és reintegráció érdekében. Gasteiger Nóra a szakértői interjú során kifejtette, hogy véleménye szerint ahhoz, hogy az IMEI-ben zajló reintegráció hatékonyan (vagy legalábbis a mostaninál hatékonyabban) tudjon működni, először is szükség lenne egy olyan logikusan és szakmailag jól felépített, komplex rendszerre, amiben átlátható a betegút és biztosítja azt, hogy fokozatosan „ki lehessen gondozni” a beteget az intézetből. Ennek első lépése ideális esetben egy kockázatértékelés lenne, majd olyan szolgáltatások és programok bevezetése, illetve biztosítása, amelyet a beteg rendszeresen látogat. Mindezzel közelebb lehetne kerülni a törvényi előíráshoz és elváráshoz is, miszerint *„a kényszergyógykezelés során a beteget az orvostudomány mindenkori állása szerinti szakszerű ellátásban kell részesíteni, hogy állapotának romlását megakadályozzák és egészségét mielőbb a lehetséges mértékig helyreállítsák.”*¹⁸⁵ A hatékonysághoz azonban nemcsak a betegek szintjén kellene változásoknak bekövetkeznie, hanem a személyzet szintjén is; szükség lenne különféle továbbképzésekre (mivel a modern pszichiátriai ellátás szemlélete és módszertana gyorsan változik), aminek segítségével az egész intézet gördülékenyebben és következetesebben tudna működni, valamint naprakészebb eszközökkel és módszerekkel lehetne folytatni az intézetben zajló kényszergyógykezelést.

3. Szabadulás az IMEI-ből

További problémát okoz, hogy a kényszergyógykezelés határozatlan időtartamú intézkedés és a beteg – kockázatértékelésen alapuló kezelési terv hiányában – nem tudja, hogy mikor szabadulhat. Az, hogy a beteg nem tudja, sőt, nagyjából még csak nem is sejtheti, hogy mikor szabadul, jelentős mértékben befolyásolja a gyógyuláshoz való viszonyulását és a motivációit. A hat havonta tartott felülvizsgálatok folyamatos reményt jelenthetnek számukra, azonban az

¹⁸⁴ 6. számú melléklet

¹⁸⁵ 2013. évi CCXL. törvény 325.§ (4) bekezdés

nincs törvényileg meghatározva, hogy a szankció meddig tarthat.¹⁸⁶ A féléves felülvizsgálatok könnyen elveszik az ember motivációját, ha nem vezetnek eredményre, ami még inkább visszavetheti a különböző intézeti foglalkozásokon való részvételi igényt. Ha azonban a beteg nem jár foglalkozásokra, akkor jelentősen csökkennek a gyógyulási esélyei, ami viszont már hatással van a felülvizsgálatok alkalmával vizsgált szakértői véleményre. Ezzel az egészszel egy olyan ördögi kör alakul ki, ami például olyan hosszú kényszergyógykezelést eredményezhet, ami akár hosszabb ideig is tarthat, mintha az egyén letöltötte volna a szabadságvesztés büntetését büntethetőségének fennállása esetén.

Ha valaki éveket töltött az intézetben, majd végül a feje felett úgy döntenek, hogy szabadulhat, a 2013. évi CCXL. törvény 341. paragrafusának értelmében a beteget azon a napon kell elbocsátani az IMEI-ből, amelyen a kényszergyógykezelés megszüntetéséről kiállított bírói értékelőlap az intézetbe érkezik. Az intézetből azonban senkit sem bocsátanak el addig, amíg nincs hova mennie; ha a családja vagy ismerőse nem hajlandó befogadni – ami gyakran előfordul annak következtében, hogy az intézkedés végrehajtása során nemigen vannak olyan lehetőségek, amelyek a családi kapcsolatokat érdemben erősítenék, ráadásul a cselekmény és maga a betegség talaja is sokszor a családi háttérben keresendő, ha egyáltalán van családi háttér – akkor addig nem hagyhatja el az intézet falait, amíg fel nem szabadul egy hely egy szociális otthonban. Ha az ápoltat nincs hová befogadni, az a szakértői véleményben is megmutatkozik, aminek következtében a bíró végül nem szünteti meg a kényszergyógykezelést, az ápolat pedig az IMEI-ben marad.¹⁸⁷ Ennek következtében már több olyan eset is előfordult, hogy noha már megállapították, hogy a beteg nem szorul további kényszergyógykezelésre (tehát nem áll fenn a veszélye annak, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni), mégis még éveket tölt az intézetben, pusztán azért, mert nincs hová mennie. Ez nemcsak súlyosan jogsértő, hanem már egy újabb kritikus problémára mutat rá, amelynek orvoslására eddig nem sok erőfeszítést láttunk az állam részéről. Potenciális megoldásként már megfogalmazódott a kutatókban (sőt, 2020. előtt államigazgatási szinten is) az, hogy célszerű lenne például olyan intézeteket kialakítani, amelyek átmeneti vagy félutas otthont biztosítanak az IMEI-ből szabadult ápoltaknak, de ilyen intézményekkel egyelőre nem találkozunk.¹⁸⁸ A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy a kényszergyógykezelést betegek még a szociális otthonokban is komoly előítéletekkel néznek szembe, aminek következtében előfordul, hogy az otthonok például adminisztrációs eszközökkel akadályozzák meg azt, hogy egy korábban kényszergyógykezelést

¹⁸⁶ Bacsák (2024), 110-111.o.

¹⁸⁷ Bacsák (2024), 111.o.

¹⁸⁸ Bacsák (2024), 112.o.

beteg a szociális otthon várólistáján kedvező helyet szerezzen.¹⁸⁹ Az előítéleteket és félelmeket azonban nemcsak a civil pszichiátriákon kellene csökkenteni, hanem a hozzátartozókra is komoly hangsúlyt kéne fektetni, kiváltképp akkor, ha a cselekmény, ami miatt az egyén az IMEI-be került, családon belül történt – ami a kényszergyógykezelt betegek körében igen gyakori jelenség. Erre azért is lenne óriási szükség, mert rendkívül fontos, hogy az intézetből szabaduló beteg milyen környezetbe lép ki; a protektív környezet és háttér ugyanis jelentősen csökkenti a visszaesés kockázatát. Többek között erre a célra jött létre 2023-ban a Magyar Helsinki Bizottság *Fecske Támogató Csoportja* is, amelynek célja egy olyan támogató közösség létrehozása volt, ahol a fogvatartásukat töltő személyek hozzátartozói elmondhatják az érzéseiket és nehézségeiket, valamint kérdéseket is feltehetnek a börtön, illetve a fogvatartás működésével kapcsolatban.¹⁹⁰

Végül, az intézetből való szabadulás kapcsán fontos kiemelni, hogy a kényszergyógykezelés az egyetlen olyan büntetőjogi jogkövetkezmény, amely büntethetőséget kizáró ok fennállása miatt meghoz egy felmentő ítéletet, mégis a legsúlyosabb joghátrányt vonja maga után; a *szabadságelvonást*.¹⁹¹ Ahogyan azt már fentebb kifejtettem, számos hasonlóságot lehet kiemelni a kényszergyógykezelt betegek, valamint a „hagyományos” szabadságvesztésüket töltő fogvatartottak között, egy fontos különbség azonban rendkívüli mértékben befolyásolja az IMEI-ből való szabadulást – ez pedig az *adaptációs szabadság* alkalmazásának teljes hiánya. Míg a büntetés-végrehajtás más intézményeiben a jó magaviseletű, rövid tartamú szabadságvesztését töltő fogvatartottnak lehetősége van bizonyos mértékű kimaradásra, eltávozásra, vagy reintegrációs őrizetre, addig az IMEI-ben ápolt betegek nem részesülnek ilyen kedvezményekben.¹⁹² Más jogszabályok mellett a Bv. kódex ugyanakkor rögzíti a kényszergyógykezelt betegek adaptációs szabadsághoz való jogát, amelynek tartama legfeljebb kétszer harminc nap lehet (az adaptációs szabadság tartama legfeljebb harminc nap lehet, de egy alkalommal legfeljebb harminc nappal meghosszabbítható), de az intézetelhagyás több alkalommal is engedélyezhető az intézet főigazgató főorvosa által.¹⁹³ Az *adaptációs szabadságra bocsátás* nagymértékben javítaná a kényszergyógykezelt betegek esélyeit, hiszen az intézeten kívüli világhoz való fokozatos alkalmazkodás – tekintve, hogy ez a szabadulás előkapuja lenne – elengedhetetlen az intézkedés sikerességében. Ennek ellenére – noha a

¹⁸⁹ Bacsák (2024), 112.o.

¹⁹⁰ Magyar Helsinki Bizottság honlapja (2023): FECSKE Támogató Csoport fogvatartottak hozzátartozóinak. 2023. augusztus 1. <https://helsinki.hu/fecske-tamogato-csoport/>

¹⁹¹ Bacsák (2024), 109.o.

¹⁹² Bacsák (2024), 110.o.

¹⁹³ 2013. évi CCXL. törvény 338.§ (1) és (2) pont

13/2014. (XII. 16.) rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól is rögzíti a 10.§-ban az adaptációs szabadságra bocsátás lehetőségét és feltételeit¹⁹⁴ – a tavalyi évben például (érdekes módon éppen a rehabilitációra hivatkozva) egyetlen kényszergyógykezelt betegnek sem engedélyeztek intézetelhagyást.¹⁹⁵ Az adaptációs szabadság alkalmazásának kikopásával a kényszergyógykezelt betegek komoly hátrányokkal indulnak neki az intézeten kívüli életnek. A korábban már említett interjú során elhangzó gondolat, miszerint szükség lenne egy olyan jól felépített és komplex rendszerre, amiben átlátható a betegút, valamint biztosítja azt, hogy fokozatosan „ki lehessen gondolni” a beteget az intézetből a saját családjához, elérhetetlen az adaptációs szabadság széleskörű alkalmazása nélkül. Azzal, hogy a beteg nem mehet „próbaidőre”, ahol kipróbálhatja magát (felügyelet alatt, hiszen kéthetente meg kell jelenni a területileg illetékes pszichiátriai gondozóban), éppen azt a fontos, utolsó lépcsőfokot hagyja ki a szabadulás előtt, ami lehetőséget adna a betegnek arra, hogy könnyebben alkalmazkodjon az intézeten kívüli élethez a szabadulás után.

Konklúzió és az eredmények felhasználhatóságának bemutatása

Dolgozatomban többek között bemutatam a mentális zavarokban szenvedő emberekkel való bánásmód történetét, a kóros elmeállapot büntetőjogi vonatkozásait, valamint a kóros elmeállapot jogi megítélésének történeti változásait is. Továbbá kitértem a mai magyar jogszabályokra, amelyek értelmében, ha egy személy kóros elmeállapota miatt nem büntethető és a további törvényben meghatározott feltételek fennállnak, kényszergyógykezelést kell elrendelni, aminek végrehajtását az IMEI-ben, vagyis az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben biztosítják.

A kényszergyógykezelés nem nevezhető menekülőútvonalnak, annak ellenére, hogy a médiában számos alkalommal jelentek már meg olyan cikkek, amelyek ezt sugallták.¹⁹⁶ Sok olyan esettel is találkozhatunk, amikor egy beteg akár hosszabb időt is eltölt az intézet falai között, mint amennyit szabadságvesztésben töltött volna büntethetőségének fennállása esetén – ez azonban nem az egyetlen oka annak, amiért a kényszergyógykezelés nem tekinthető felmentésnek. Noha jogi értelemben valóban felmentést ad az egyénnek a büntetés alól (büntethetőséget kizáró ok miatt), mégis szabadságvesztéssel jár, amit egy olyan intézetben

¹⁹⁴ 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 10.§

¹⁹⁵ az IMEI a 30518-13/5-7/2024.Anyvt. iktatószámú adatszolgáltatása a szerző közérdekű adatigénylésére (6. kérdésre adott válasz)

¹⁹⁶ A médiának egyébként nemcsak ebben, hanem az IMEI-ben ápolott betegekkel kapcsolatos előítéletekben és stigmatizációban is óriási szerepe van.

hajtának végre, ami a büntetés-végrehajtás szervezetrendszeré alá tartozik és ez rendkívül erősen (sőt, egyre erősebben) érződik is rajta. Bár a büntetés-végrehajtás attitűdje tetten érhető a börtönkórház működésén, az itt elhelyezett betegek mégis számos olyan hátránnyal néznek szembe, amivel egy „hagyományos” fogvatartott vagy egy civil pszichiátrián fekvő beteg nem.

Annak ellenére, hogy a kényszergyógykezelés célja a társadalom védelmén túl a kényszergyógykezeltek számára megfelelő kezelés és gondozás biztosítása lenne,¹⁹⁷ a reintegrációs és rehabilitációs programok sem feltétlen működnek olyan gördülékenyen, vagy annak bizonyos formái nem is elérhetőek az intézetben, megnehezítve így a betegek gyógyulását, végsősoron pedig szabadulását. Az intézkedés hatékonyabb működése érdekében – figyelembe véve a büntetőjogi szankciók, illetve a kényszergyógykezelés alapvető céljait és hazánk nemzetközi emberi jogi kötelezettségeit is – érdemes lenne korábban megfogalmazott, jelenleg is érvényes javaslatokat figyelembe véve a jelenleg hatályos jogszabályok és gyakorlatok módosítani:

- Az IMEI működésével kapcsolatosan már korábban, a nemzeti megelőző mechanizmus által is feltárt, rendszerszintű problémák továbbra is megoldásra várnak, így például:
 - Az érintett minisztériumok részvételével (Igazságügyi Minisztérium, Belügyminisztérium) szükségesnek mutatkozik egy olyan ellátási struktúra kialakítása, amely figyelembe veszi a betegek aktuális állapotát és az általuk jelentett biztonsági kockázatot is, a rendszer vezérlőelve a „szakszerű és hatékony kezelés” és a szükségesség-arányosság elv gyakorlati megvalósulása.
 - A fentiek mellett a megfelelő háttérrel biztosító civil pszichiátriai ellátórendszer megteremtés is elengedhetetlen feltétel.¹⁹⁸
- Célravezető lenne a biztonsági és bűnismétlési kockázat alapján differenciálni a betegeket, amely alapján a kényszergyógykezelés végrehajtását az IMEI mellett más pszichiátriai intézetben is lehetne biztosítani. A módosítás lehetővé tenné, hogy az IMEI-be csak a súlyos bűncselekményt elkövető, fokozott biztonsági kockázatot jelentő betegek kerüljenek. Hasonlóan az angolszász országok gyakorlatához, érdemes lenne a magyar pszichiátriai intézményeket is három kategóriába sorolni; magas, közepes és alacsony biztonsági fokozatú igazságügyi pszichiátriai kórházakra. Ennek fényében a súlyos bűncselekményt elkövető, valamint magas biztonsági kockázatot jelentő betegek kerülhetnének az IMEI-be (mint legmagasabb biztonsági fokozatú intézmény), majd a

¹⁹⁷ 2013. évi CCXL. törvény 1.§ (2) bekezdés c) pont

¹⁹⁸ AJB-766/2017, 54.o.

kezelés előrehaladtával egyre enyhébb fokozatú intézetben lehetne folytatni a kényszergyógykezelés végrehajtását, amelyhez igazodna is az intézményben végrehajtandó rehabilitációs és reintegrációs programok milyensége és gyakorisága.¹⁹⁹

Végsősoron azonban a pszichiátriai ellátórendszer intézményei (szociális otthonok, pszichiátriai kórházi osztályok), valamint az IMEI, ahol a büntetőhatalom gyógykezelésre kényszeríti a betegeket, olyan életutak végpontjai, amelyeket sok esetben hátrányos társadalmi helyzet és traumák sora; például gyermekkori abúzus vagy elhanyagolás, családon belüli erőszak és problémás egészségügyi ellátás eredményez.²⁰⁰ Így az, hogy a kényszergyógykezelésig milyen út vezet, olyan újabb problémaköröket nyit meg, amelyek mind-mind érdemelhetnének egy külön tanulmányt.

¹⁹⁹ Magyar Helsinki Bizottság (2012), 11-13.o.

²⁰⁰ Bacsák (2024), 60.o.

Felhasznált irodalom

Andrew Scull (2017): *Az őrület kultúrtörténete*. Budapest, Corvina Kiadó Kft., 2017. (fordította: Mesterházi Mónika)

Antal Albert – Laczkó János (2002): Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosi Intézet rövid története. *Börtönügyi Szemle* 2002. évi 4. szám, 95-98. oldal https://epa.oszk.hu/02700/02705/00052/pdf/EPA02705_bortonugyi_szemle_2002_4.pdf

Bacsák Dániel (2024): *A láthatatlanok – Pszichiátria a határon*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 2024.

Bacsák Dániel – Krámer Lili (2020): „Büntetésterápia” – Kényszergyógykezelés alatt álló betegek pszichorehabilitációs lehetőségei Magyarországon. *Lege Artis Medicine* (LAM), 30. szám, 67-74. oldal <https://doi.org/10.33616/lam.30.008>

Béky Ágnes Enikő (2013): Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata. *Debreceni Jogi Műhely*, 2013. évi (X. évfolyam) 2. szám, 1-8. oldal <https://ojs.lib.unideb.hu/DJM/article/view/5986/5596>

Busch Béla (lekt.) (2014): *Büntetőjog I. Általános rész*. Budapest, hvgorac Lap- és Könyvkiadó.

Deli Éva (2023): Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosi Intézet bemutatása. *Börtönügyi Szemle*, 2023/3. 8-16. oldal https://bv.gov.hu/sites/default/files/bsz_2023-3_online.pdf

dr. Domán Augusztina (2019): *A beszámítási képesség a büntethetőségi akadályok rendszerében*. Budapest, 2019. https://real-phd.mtak.hu/918/1/Doman_Augusztina_dolgozatv.pdf

dr. Dülk Tímea Zsuzsanna (2022): Ön- és közveszélyes elkövetők. A gyógykezelés kényszere hazánkban és a nagyvilágban. *Jogi Fórum*. Veszprém, 2022. július 15. https://www.jogiforum.hu/wp-content/uploads/2022/08/dulk-timea_on-es-kozveszelyes-elkovetok_cimlappal.pdf

dr. Köhalmi László (2012): A kóros elmeállapot és a beszámítási képesség büntetőjogi szabályozása. *Büntetőjogi Szemle*, 2012/3. szám, 2012. 29-37. oldal https://ujbtk.hu/wp-content/uploads/PDF_EPUB/bjsz_2012_3_cikk5.pdf

Gál Nikolett (2016): *A mentális zavarokkal küzdő elkövetőkkel szemben alkalmazott speciális szabályozás a büntetőjogban*. Miskolc, 2016 <http://midra.unimiskolc.hu/document/24510/19514.pdf>

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Szervezeti és Működési Szabályzata (2023): https://bv.gov.hu/sites/default/files/szmsz2023_uj.pdf Letöltve: 2024. október 17.

Kaiser Orsolya – Halász Nikolett (2023): „Úgy éreztem magam, mint egy kétéves, aki teljesen tehetetlen.” *Telex*, 2023. december 7. 10:57 <https://telex.hu/életmod/2023/12/07/pszichiatricai-ellatas-szakemberhiany-korhazak-pszichiaterek-mentalis-egeszseg-egeszsegugy>

Kapócs Gábor – Bacsák Dániel (2020): Végállomás? Adalékok a magyarországi bentlakásos szakosított szociális otthonokban élő pszichiátriai betegek életútjához. *Lege Artis Medicine (LAM)*, 30. 41-54. oldal https://www.academia.edu/89687441/V%C3%A9g%C3%A1llom%C3%A1s_Adal%C3%A9kok_a_magyarorsz%C3%A1gi_bentlak%C3%A1sos_szakos%C3%ADtott_szoci%C3%A1lis_otthonokban_%C3%A9l%C5%91_pszichi%C3%A1triai_betegek_%C3%A9let%C3%BAt%C3%A1hoz

Kovács Zsuzsa Gyöngyvér (2013): *A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése*. Debrecen 2013 <https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/2279f781-5e31-4fad-aebd-9db5ea7a1f9e/content>

Lőrincz József (2006): A „nevelés-gondolat” a XX. századi hazai börtönügyben – jogászai szemmel. *Börtönügyi Szemle*, 25. évfolyam 3. szám, 2006. http://epa.niif.hu/02700/02705/00067/pdf/EPA02705_bortonugyi_szemle_2006_3_001-020.pdf

Lőrincz József – Mezey Barna (2019): *A magyar börtönügy története*. Dialógus Campus Kiadó, Budapest, 2019. https://nkerepo.unike.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/12925/A_magyar_bortonugy_tortenete_2019.pdf?sequence=6

Sófi Gyula – Farkas Johanna (2020): Mentális betegek kezelése és ellátása: Magyarországi intézménytörténeti vonatkozások. *Jogok és lehetőségek a társadalomban*, 2020. <https://www.irisro.org/tarstud2020junius/53SofiGyula-FarkasJohanna.pdf>

Szarka Fruzsina (2020): *A kényszergyógykezelés egy menekülőpálya, a börtön elkerülés, vagy reális szankció a bűnelkövetők szempontjából?* Miskolc, 2020 <http://midra.unimiskolc.hu/document/34676/31153.pdf>

Magyar Helsinki Bizottság (2012): *A Magyar Helsinki Bizottság véleménye a Büntető Törvénykönyv 2012 februárjába közzétett tervezetéről*. 2012. március 9. <https://helsinki.hu/wp->

content/uploads/Velemeny_a_Bunteto_Torvenykonyv_tervezeterol_Magyar_Helsinki_Bizotts%C3%A1g_20120309.pdf

Michel Foucault (1975): 1975. január 8-i előadás. In: Michel Foucault: A rendellenesek. L'Harmattan, Budapest, 2020.

Mohácsi Zsolt (2022): A fogvatartottak oktatása, a társadalmi visszailleszkedés támogatása. *Börtönügyi Szemle* 2022/1. szám 27-41.o. https://epa.oszk.hu/02700/02705/00128/pdf/EPA02705_bortonugyi_szemle_2022_1_026-041.pdf

Pallo József (2006): A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei. *Börtönügyi Szemle* 25. évfolyam 3. szám, 2006. https://real.mtak.hu/106864/1/Gyogyitojellegu_bortonugyi_szemle_2006_3_021-034.pdf

Pallo József (2014): „Büntetéstől menten...” 2014. <https://real.mtak.hu/107024/7/13100-162-178.pdf>

Pistyúr Anett (2018): A társadalmi visszaillesztés problémái. *Magyar Rendészet* 2018/3. szám 115-124.o. <https://real.mtak.hu/132852/1/07-pistyur.pdf>

Kapcsolódó jogszabályok

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=87600014.TV&targetdate=&printTitle=1876.+%C3%A9vi+XIV.+t%C3%B6rv%C3%A9nycikk&referer=1000ev>

1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=87800005.TV&txreferer=94500007.TV>

1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=96100005.TV&txreferer=A1100210.TV>

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről 74.§ <https://njt.hu/jogszabaly/1978-4-00-00>

1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről. 9. cikk, 3. pont <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99100064.tv>

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700>

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200100.tv>

2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300240.tv>

13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400013.im>

16/2014. (XII. 19.) IM rendelet a szabadságvesztés, az elzárás, az előzetes letartóztatás és a rendbírság helyébe lépő elzárás végrehajtásának részletes szabályairól
<https://njt.hu/jogszabaly/2014-16-20-06>

12/2020. (IV. 24.) BVOP utasítás <https://njt.hu/jogszabaly/2020-12-B0-3M>

Hazai emberi jogi intézmények jelentései

Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-766/2017. számú ügyben, 2017. elérhető:
<https://www.ajbh.hu/documents/10180/2611988/jel.IMEI.0766.2017.v%C3%A9g%C5%91.jelent%C3%A9s+d%C3%A1tummal.pdf/effbbde9-31a2-4a10-85d3-f961888e51b0> Letöltve: 2024. június 24.

Az Emberi Jogok Európai Bíróságának hivatkozott ítéletei és döntései

Subaşi és mások kontra Törökország, az EJEB ítélete a 3468/20., 5898/20., 7270/20., 10808/20., 12513/20., 14941/20., 16557/20., 16917/20., 18751/20., 20789/20., 20790/20., 29109/20., 30745/20., 34247/20., 34348/20., 39479/20., 41256/20., 42014/20., 49598/20. számú kérelmek vonatkozásában, 2023. március 6. [HUDOC - European Court of Human Rights \(coe.int\)](https://hudoc.echr.int/hudoc/ejeb/decisions/3468/20/2023/03/06)

Hivatkozott weboldalak

Büntetés-végrehajtás honlapja (2023): *Az adventi időszakban már közel 10 ezer hozzátartozó köszönthette fogvatartott családtagját a börtönökben.* 2023.12.18. 13:45 <https://bv.gov.hu/hu/intezetek/bvszervezet/hirek/7433>

Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Szakmai tevékenység <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/egyeb>

Büntetés-végrehajtás honlapja: Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Történet <https://bv.gov.hu/hu/intezmenyek/imei/tortenet>

Büntetés-végrehajtás honlapja (2024): *Iskolarendszerű oktatás megszervezése az IMEI-ben.* 2024.04.11. 11:40 <https://bv.gov.hu/hu/intezetek/imei/hirek/8045>

Magyar Helsinki Bizottság honlapja (2023): „FECSKE Támogató Csoport fogvatartottak hozzátartozóinak.” 2023. augusztus 1. <https://helsinki.hu/fecske-tamogato-csoport/> Letöltve: 2024. szeptember 28.

Magyar Helsinki Bizottság honlapja (2023): „Kezd beérni a civil jogvédők erőfeszítése: biztató változások a börtönökben” 2023. december 21. <https://helsinki.hu/biztato-valtozasok-a-bortonokban/> Letöltve: 2024. szeptember 11.

Interjú és interjúkérdések (2024. szeptember 20.)

A dolgozat során készített interjú alanya Gasteiger Nóra volt, aki 2016 és 2020 között az IMEI-ben dolgozott. Az interjú során kitértünk az ápoltak mindennapjaira, napirendjére és arra, hogy milyen tevékenységeket folytathatnak a foglalkozásokon kívül. Szó volt a csoportfoglalkozásokról, munkaterápiás foglalkozásokról és egyéb intézeti programokról is, majd az interjú végén kitértünk a kapcsolattartás formáira, fontosságára és hatásaira mind a beteg, mind pedig a hozzátartozók vonatkozásában. A beszélgetésre 2024. szeptember 20-án került sor.

1. IMEI működése:

- Hogyan zajlanak az ápoltak mindennapjai?
 - Mikor van ébresztő, gyógyszerosztás és takaródó?
 - Milyen tevékenységeket folytathatnak a betegek a foglalkozásokon kívül?

- Mik a különbségek az egyes osztályok között és mi alapján kerülnek be a betegek a különböző osztályokra?
- Mennyire érezhető éles határvonal az ápoltak és az IMEI személyzete között?
- A csoportos tevékenységeken jellemzően 10-20 fő között mozog a létszám – a többi ápolat ebben az időszakban mit csinál/csinálhat?
- Milyen különbségeket tapasztalt az egyes betegségtípusok között így, hogy a feladatai közé tartozott a betegekkel való együttműködés?

2. Pszichoedukációs és pszichoterápiás csoportfoglalkozások:

- Hogyan zajlanak a pszichoedukációs és pszichoterápiás csoportfoglalkozások?
- Mennyire interaktív és milyen témákat érintenek?
- Hány percig tart és egy ápolat egy héten jellemzően hányszor vesz részt ilyen foglalkozáson?
- Mit gondol, hogyan változik az ápoltak motivációja és hozzáállása a pszichoterápiás foglalkozásokhoz a kényszergyógykezelés előrehaladtával?
- A betegek rehabilitációja szempontjából melyik terápiás, illetve munkaterápiás foglalkozást tartja a leghatékonyabbnak és miért?

3. Egyéb intézeti programok és munkaterápia:

- Mit gondol, milyen minőségben képezik részét a reintegrációnak a vallásgyakorlással összefüggő intézeti programok (pl.: mise, református istentisztelet)?
- Milyen munkaterápiás foglalkozások vannak az IMEI-ben?
- A betegek rehabilitációja szempontjából melyik terápiás, illetve munkaterápiás foglalkozást tartja a leghatékonyabbnak és miért?
- Mi alapján vesz/vehet részt egy beteg olyan intézeti programokon, mint pl.: a véleménynyilvánítás képességének fejlesztése?

4. Kapcsolattartás:

- Milyen hatással van a betegek viselkedésére, motivációjára és rehabilitációjára a kapcsolattartás nem fizikai változata (pl.: csomagküldés- és fogadás, telefonálás)?
- Ön szerint mitől függ, hogy pozitívan vagy negatívan befolyásolja a beteg rehabilitációját a családdal való kapcsolattartás?

Melléklet

A közérdekű adatigénylés során benyújtott kérdések az IMEI felé (2024. április 15.):

1. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni 2023. június 30-ra és 2023. december 31-re, valamint 2024. április 1-re vonatkozóan az intézményben fogva tartott betegek és beutaltak számáról nemek szerint az összes lehetséges elhelyezési jogcím tekintetében (a kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól szóló 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 1. §-a szerint), valamint osztályonként az összes osztály tekintetében.
1.1. Kérem, szíveskedjen kiegészíteni a 2024. április 1-re vonatkozó adatokat a betegek esetében az utolsó bejelentett lakcím vármegye szerinti bontásával.
2. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni a 2023. évre, valamint a 2024. évre vonatkozóan április 1-ig az intézményből elbocsátott, jogerős kényszergyógykezelés alatt állt betegek számáról összesen, illetve, hogy ezek közül hány esetben szűnt meg a kényszergyógykezelés elhalálozás miatt.
3. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni, hogy az IMEI-ben 2024. április 1-jén előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók közül hány fő állt korábban is már legalább egy alkalommal jogerős kényszergyógykezelés alatt.
4. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni 2023. június 30-ra és 2023. december 31-re, valamint 2024. április 1-re vonatkozóan az intézmény személyi állományának munkajogi létszámáról munkaköri beosztás szerint.
5. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni arról, hogy az IMEI-ben 2024. január 1. és 2024. április 1. között milyen készségfejlesztő, szocioterápiás, pszichoedukációs és pszichoterápiás csoportfoglalkozásokat tartottak az előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók számára, és ezeken a csoportokban hány fő vett részt.
6. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni a 2023. év és a 2024. év (április 1-ig) egyes hónapjaira vonatkozóan arról, hogy az előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók számára a főigazgató hány alkalommal és hány fő részére engedélyezte a betegek rehabilitációja érdekében – a megfelelő felügyelet biztosításával – az IMEI elhagyását.
7. Kérem, tájékoztasson arról, hogy az IMEI-ben előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók közül 2023. évben és 2024. évben átlagosan hányan és átlagosan heti mekkora óraszámban vettek részt munkaterápiás foglalkoztatásban, valamint átlagosan hányan és átlagosan heti mekkora óraszámban vettek részt terápiás célú foglalkoztatásban.

8. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni a 2023. év egyes hónapjaira vonatkozóan arról, hogy az előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók számára milyen egyéb intézeti programokat biztosítottak, ez hány előzetes és jogerős kényszergyógykezelés alatt állót érintett és mekkora óraszámban.
9. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni arról, hogy 2024. április 1-jén az előzetesen és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók közül hány fő rendelkezett kapcsolattartóval és összesen hány kapcsolattartóval.
10. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni arról, hogy 2024. január 1 és 2024. április 1 között havi bontásban mely kapcsolattartási formákkal éltek és milyen arányban az előzetes és a jogerős kényszergyógykezelés alatt állók a 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló törvény 173. §-ban megjelenített egyes kapcsolattartási formái közül (levelezés, telefonbeszélgetés, telekommunikációs eszköz útján történő kapcsolattartás, csomagfogadás és látogatófogadás), illetve ezeket külön-külön összesen hány alkalommal vették igénybe?
11. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni arról, hogy van-e az intézetben családi látogatófogadásra alkalmas helyiség.
 - 11.1. Amennyiben van ilyen, kérem szíveskedjen tájékoztatni arról, hogy 2024. január 1. és 2024. április 1. között havi bontásban az előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók hányan, illetve hány alkalommal vettek részt családi látogatófogadáson.
12. Kérem, szíveskedjen tájékoztatni az IMEI-ben 2024. április 1-jén előzetes és jogerősen kényszergyógykezelés alatt állók családi állapotáról az alábbi bontásban: nőtlen/hajadon, élettársi kapcsolatban élő, elvált, házas.

Az IMEI által részemre szolgáltatott válaszok (2024. május 15.):

1. 2023. június 30-ra, 2023. december 31-re, valamint 2024. április 01.-e vonatkozásában, az intézményben fogvatartott betegek és beutaltak számát, nemek, jogcím, elhelyezés szerinti kimutatását az **1. számú melléklet** tartalmazza.
 - 1.1. 2024. április 01-jén a betegek utolsó lakcíme vármegye szerinti csoportosítását az **2. számú melléklet** tartalmazza.
2. 2023. évre vonatkozóan az intézetből **összesen 50 fő** kényszergyógykezelt beteg szabadult, valamint **3 fő** esetében szűnt meg a kényszergyógykezelés elhalálozás miatt.

2024. április 1-ig az intézetből **összesen 8 fő** kényszergyógykezelést végző beteg szabadult, valamint **4 fő** esetében szűnt meg a kényszergyógykezelés elhalálozás miatt.

3. **2024. április 1-jén előzetes és kényszergyógykezelés alatt álló betegek közül 20 fő állt korábban is kényszergyógykezelés alatt.**
4. 2023. június 30-ra, 2023. december 31-re, valamint 2024. április 01-e időpontok vonatkozásában mellékelem az intézet személyi állományának munkajogi létszámáról szóló **3. számú mellékletet** munkaköri beosztás szerint.
5. Mellékelten megküldöm 2024. január 01. és 2024. április 01. közötti készségfejlesztő, szocioterápiás, pszichoedukációs és pszichoterápiás csoportfoglalkozások, valamint a létszámadatokat tartalmazó **4. számú mellékletet**.
6. Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet főigazgatója rehabilitáció érdekében 2023. évben, továbbá 2024. április 1-ig **nem engedélyezett intézetelhagyást** az előzetes kényszergyógykezelést és kényszergyógykezelést végző betegek körében.
7. Mellékelten megküldöm a 2023. és 2024. év vonatkozásában a terápiás munkáltatás, valamint a munkaterápiás foglalkozás idő és átlag létszámadatokról szóló **5. számú mellékletet**.
8. Mellékelten megküldöm a 2023. év vonatkozásában az intézeti programok, illetve létszám és óraszám adatokról szóló **6. számú mellékletet**.
9. Az intézet a kért adatokról nem vezet nyilvántartást, a közhiteles nyilvántartási rendszerben a kért időpontra az adat nem szűrhető le. Az Alkotmánybíróság a 13/2019. (IV. 8.) AB határozatában kimondta, hogy az adatkezelő – kizárólag az adatigénylés teljesítése érdekében – nem köteles adatgyűjtésre, illetve az általa kezelt adatok összevetése útján új, minőségileg más adat, adatsor előállítására.
10. Mellékelten megküldöm a 2024. január 01. és 2024. április 01. közötti időszak vonatkozásában az előzetes kényszergyógykezelést, valamint a kényszergyógykezeltek a 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló törvény 173. 1. §. a.), b.), c.), d.) pontokban megjelenített egyes kapcsolattartási formák, illetve alkalom adatokról szóló **7. számú mellékletet**.
11. **Az intézet rendelkezik családi látogatófogadásra alkalmas helyiséggel.**
 - 11.1. 2024. január 01. és 2024. április 01. között **összesen 2 fő** kényszergyógykezelést végző beteg, **mindkét fő 1 alkalommal** vett részt családi látogatófogadáson.
12. Az intézet a kért adatokról nem vezet nyilvántartást. Az Alkotmánybíróság a 13/2019. (IV. 8.) AB határozatában kimondta, hogy az adatkezelő – kizárólag az adatigénylés teljesítése

érdekében – nem köteles adatgyűjtésre, illetve az általa kezelt adatok összevetése útján új, minőségileg más adat, adatsor előállítására.