

Miskolci Egyetem
Állam- és Jogtudományi Kar
Bűnügyi Tudományok Intézete
Büntetőjogi és Kriminológiai Tanszék



Szakdolgozat

A kényszergyógykezelés szabályozása a magyar büntetőjogban

Konzulens: Dr. Sántha Ferenc
Egyetemi docens

Készítette: Oláh Marietta
Tagozat: Jogi asszisztens-nappali

Miskolc
2019

University of Miskolc
Faculty of Law
Institute of Criminal Sciences
Department of Criminal Law and Criminology



Thesis

The legislation of reformatory institution in Hungarian criminal law

Consultant: Dr. Sántha Ferenc
Associate Professor

Author: Marietta Oláh
Paralegal full-time

Miskolc
2019

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	4
2. A beszámítási képesség fogalma.....	5
3. A kóros elmeállapot jogtörténete a magyar büntetőjogban	5
4. A kóros elmeállapot háttere, fogalma, kórképei	9
4.1. Elmebetegség	11
4.1.1. Skizofrénia	12
4.1.2. Mániás-depresszió, azaz bipoláris elmezavar	13
4.1.3. Bénulósos elmezavar.....	14
4.1.4. Paranoia.....	15
4.1.5. Epilepszia	16
4.2. Gyengeelméjűség	18
4.2.1. Idiotizmus.....	18
4.2.2. Imbecillitás	19
4.2.3. Debilitás	19
4.3. Szellemi leépülés.....	19
4.4. Tudatzavar.....	20
4.5. Személyiségzavar.....	21
5. A kényszergyógykezelés	23
5.1. A kényszergyógykezelés kialakulása és szabályozása Magyaror- szágon jogszabályok tekintetében.....	24
5.2. A kényszergyógykezelés végrehajtásának helye	29
5.3. Betegjogok	30
6. Befejezés	34
7. Mellékletek.....	35
7.1. Kérdőív kérdései és eredményei	39
7.2. Interjú	45
8. Irodalomjegyzék.....	49

1. Bevezetés

A témaválasztásomat meghatározta, hogy a büntetőjogot mindig közelebb éreztem magamhoz, mint a jog bármely más területét, illetve ez a téma véleményem szerint nagyon izgalmas és sokrétű, így nem kellett sokat gondolkodnom a témaválasztásom kapcsán. A dolgozatomban egy olyan kérdéskörrel szeretnék foglalkozni, amely viszonylag gyakori betegség típus és amely befolyásolhatja a büntetőjogi felelősségre vonást: a kóros elmeállapot büntetőjogi vonatkozásainak vizsgálatát tűztem ki célul, különös tekintettel a kényszergyógykezelés intézkedésre.

A jogtörténeti fejlődés felvázolását követően a büntetőjogi szempontból leginkább releváns betegségeket szeretném bemutatni, ezt követően a kényszergyógykezelés korábbi és hatályos szabályozását vizsgálom, illetőleg az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet szabályozásával, működésével és jellemzőivel foglalkozom.

A szakdolgozatomban végén az általam összeállított kérdőív eredményeit szeretném bemutatni, illetve alkalmam nyílt interjút készíteni egy hölgygel, aki mániás-depresszióban szenved (bipoláris hangulatzavar), de a gyógyszeres kezelésnek hála, mára már tünetmentes.

Szakdolgozatomban elkészítése során törekedtem az összefüggések értelmezésére, az alapvető fogalmak definiálására, illetve a hitelességre.

2. A beszámítási képesség fogalma

A bűnösség egyik elemének, a beszámítási képességnek a kizárását eredményezi a kóros elmeállapot fennállása. A kóros elmeállapot a beszámítási képességet kizáró belső eredetű körülmény. A beszámítási képességnek két eleme van; az egyik a *felismerési képesség* a másik pedig az *akarati képesség*. A felismerési képesség azt jelenti, hogy a személy felismeri az adott cselekmény társadalomra veszélyes következményeit. Az akarati képesség esetén pedig felismerési képességgel rendelkező személy az akaratának megfelelően cselekszik. Bármelyik hiánya a büntethetőség kizárását eredményezi. A beszámítási képességet érintheti külső vagy belső eredetű körülmény. Belső körülménynek számít a kóros elmeállapot, illetve külső eredetű körülménynek számít a kényszer vagy fenyegetés.

A beszámítási képességnek több fokozatát tudjuk elkülöníteni, lehet *teljes*, *korlátozott* vagy *kizárt*. Minden esetben konkrét cselekménnyel összefüggésben kell vizsgálni az elkövetéskori tudatállapotot. Megeshet, hogy egyazon személy esetében az elmeállapot az egyik cselekmény esetében kizárja, míg másik cselekmény tekintetében csak korlátozza vagy nem is érinti a beszámítási képességet. A beszámítási képesség hiánya nem zárja ki azt, hogy az elkövető magatartása tényállásszerű legyen.¹

Legfontosabb kérdés ebben az esetben a felróhatóság. A kóros elmeállapotú elkövetőkkel kapcsolatban nagyon eltérő vélemények születtek. Bizonytalanság övezi ezt a területet. Nehéz dönteni abban, hogy mi szolgálja a társadalom védelme mellett az egyént is.²

3. A kóros elmeállapot jogtörténete a magyar büntetőjogban

Jogszabályok tekintetében több törvény foglalkozott a kóros elmeállapotúak kérdésével. A különböző tudományágak fejlődésével egyidejűleg a jogalkotók is igyekeztek minél jobban szabályozni ezt a kérdéskört. Kezdetben csak a normasértés számított, nem vizsgálták az elkövető személyének az elmeállapotát. A szabályozás gyökerei hosszú

¹ Új Btk. Kommentár I. kötet Általános rész (Főszerk.: Dr. Polt Péter) Nemzeti Közszerkölátati és Tankönyv Kiadó, Budapest, 2013, 128-134. o.

² Strasszer Anett: A beszámítási képességről és az egyes kóros elmeállapotokról – Ügyészek Lapja 2015/2. 43. o.

múltra nyúlnak ugyan vissza, viszont csak a 20. században jelennek meg a nem rendes elmeállapotúakkal kapcsolatos büntetőjogi törvényhozás.³

Sok változáson ment keresztül a kóros elmeállapot kifejezés, míg eljutottunk a mai megnevezés kialakulásáig. Ebben a fejezetben a kóros elmeállapot szabályozásának az alakulásával és fejlődésével kívánok foglalkozni.

Az 1792-i javaslat:

Ez a javaslat két ágát különbözteti meg a beszámíthatóságnak. Az egyik, mikor a tettes nem szabad akaratából cselekszik, és a másik, mikor az elkövető nem tudhatta, nem tudta, hogy mit cselekszik.

Az 1795-ös Büntető Kódex-tervezet:

A beszámításra vonatkozó tételek először kerültek megfogalmazásra. Szirmay Antal a javaslat megfogalmazója kitér ennek vizsgálatára az eljárási részben. A tervezet a teljes akaratképeség-hiányt a következő esetekben állapítja meg: *alvóknál, holdkórosoknál, elmebetegeknél, pillanatnyi elmezavarban szenvedőknél*, illetőleg az *akarati képességet teljesen megbénító szellemi, illetve testi betegségben szenvedőknél*.

A javaslatnak olyan alapelvei kerültek megállapításra továbbá, melyek esetlegesen a kóros elmeállapotra is vonatkoztathatóak, viszont vitathatók. Gyakorlatilag annak a személynek nem lehet semmiféle cselekményt felróni, aki nem szabad akaratából cselekedett és/vagy aki nincs tisztában azzal, mit cselekszik. Minél inkább nagyobb szabadsággal rendelkezett az elkövető, annál nagyobbnak is kell lennie a büntett beszámításának.⁴

Az 1843-as Büntetőjogi javaslatok:

Ebben a javaslatban már szabályozásra került a beszámíthatóság kérdése. A „menten maradás” a büntetéstől és a beszámítástól való okait hat pontban foglalta össze a javaslat, amik nem másak, mint; *őrültség; tompaelméjűség; jogos védelem; erőszak vagy*

³ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, *A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélése*, (PhD) Doktori értekezés, 2013.

⁴ Dr. Köhalmi László: *A kóros elmeállapot és a beszámítási képesség büntetőjogi szabályozása* – Büntetőjogi Szemle 2012/3. szám 29. o.

fenyegetés; ha a betegség miatt büntethetőségük felfogására ideiglenesen a szükséges eszmélettel nem rendelkezés ténye; illetve a siketnémaság, ha a bűnösségi képességet kizárja.

A Csemegi-kódex (1878. évi V. törvény):

A kódex vonatkozó rendelkezései szerint nem számítható be cselekmény annak, aki öntudatlan állapotban követte el vagy akinek elmetehetsége meg volt zavarva, és emiatt akaratának szabad elhatározási képességeivel nem bírt. *Vámbéry Rusztem* volt az, aki a beszámíthatóságot kizáró okokat csoportosította. Felbontotta őket *fiziológiai, lélektani*, illetve *pathologikus* okokra. A pathologikus okok közé tartozik az elmetehetség zavarodottsága. A beszámíthatóságot csak azzal a feltétellel zárja ez ki, ha az elkövető emiatt nem bírt szabad elhatározási képességével. A törvény ezalatt az elmetehetség megzavarása alatt elsősorban az elmebetegségre asszociál, de emellett még ide sorolhatjuk a veleszületett gyengeelméjűséget, a tompaelméjűséget is. Nem elhanyagolható az a véleménye sem *Vámbéry Rusztem*nek, miszerint az elmebetegség nemeinek és ismertető jeleinek meghatározása az elmekórtan körébe tartozandó és nem a büntetőjoghoz.

A Csemegi-kódex módosítása (1948. évi XLVIII. törvény) bevezette a beszámíthatatlan elmebeteg elkövetők biztonsági őrizetét, ezzel új elemmel gazdagodott a büntetőjogi szankciórendszer.⁵ Ezt az intézményt számos ember pártfogolta a XIX. század óta, de a korlátozott beszámítási képesség fogalmát még 1948-ban sem ismerte el a magyar büntetőjog.⁶

Fontos körülménynek tekintendő az, hogy nem maga a betegség zárja ki a beszámíthatóságot, hanem az, hogy a büntettes betegsége következtében nem bírt akaratának szabad elhatározásával.⁷

A Btá. (1950. évi II. törvény):

Ez a törvény nem használta a „beszámíthatóság” kifejezést, de lehetővé tette a büntetlenséget azzal szemben, aki olyan elmebeteg állapotban, illetve öntudatzavarban követte el a bűncselekményt, amelynek következtében a felismerési és akaratati képessége

⁵ Györgyi Kálmán, *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1948. 27. o.

⁶ Dr. Kóhalmi László: (2012). 29-31. o.

⁷ Heller Erik, *A magyar büntetőjog általános tanai*, A Szent István Társulat Rt. Szegedi Fiókja, Szeged, 1937.

hiányzott. Ha pedig a fenti állapotok csupán korlátozták a cselekmény társadalmi veszélyességének felismerésében, vagy az akaratának megfelelő magatartásban, büntetését korlátlanul enyhíteni lehetett.⁸

A törvény a biztonsági őrizet intézményéről is rendelkezett, de sokkal rugalmasabban szabályozta az 1948. évi törvényhez képest. Szabó András tanulmányában jelezte, hogy az orvosi-pszichiátriai kritériumokat felsorló rendelkezéseit a Btá. -nak az orvostudomány fogalomrendszerével kell összehangolni.

Az 1961. évi V. törvény:

Az 1961. évi törvény büntethetőségét kizárta azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban követte el a bűncselekményt, így nem rendelkezett felismerési, illetve akaratilag képességgel.⁹ A törvény a Btá. -hoz hasonlóan lehetővé tette a korlátlan enyhítés lehetőségét is.

Losonczy István megállapította, hogy a beszámítási képesség úgynevezett tudományos definíciói eltérnek egymástól, mégis közös bennük az, hogy a beszámítási képesség általában minden embernek van, minden ember általános jellemzője, tehát gyakorlatilag minden „normális” embernek van. Ha természettudományos oldalról vizsgáljuk akkor az idegrendszernek és az agyvelőnek az alkati és működési normalitását takarja a beszámítási képesség.

Ekkor vált lehetővé az, hogy az intézkedést fiatakorúakkal szemben is elrendelhesék. A javító nevelés jogintézménye a fogyatékos értelmű vagy gyengeelméjű fiatalokkal szemben vált alkalmazhatóvá. Ennek időtartamáról nem rendelkezett a törvény, az 1962. évi 8. sz. tvr. alapján egy év után, majd évente felül kellett vizsgálni az intézkedést, és ha az okai nem álltak fenn, akkor meg kellett szüntetni év közben.¹⁰

1978. évi IV. törvény („rég

A törvény miniszteri indokolása szerint a Btk. a „kóros elmeállapot” gyűjtőfogalomban foglalja össze a beszámítási képességet kizáró okokat. A kóros elmeállapot esetkörei

⁸ 1950. évi II. törvény 10.§

⁹ 1961. évi V. törvény 21.§

¹⁰ Viszokay László, *A beszámíthatatlan személyekkel szembeni intézkedés alakulása a felszabadulástól napjainkig*, Magyar jog, 1987/10.

között már megtaláljuk az elmebetegséget, gyengeelméjűséget, szellemi leépülést, tudatzavart és a személyiségzavart. A jogalkotó elkövetett egy „hibát”, mivel a törvényben szerepelt az „*így különösen*” szövegrész, így a felsorolt betegségek csak példáknak tekinthetők, viszont nem merítik ki teljes körűen az ezen körbe tartozó biológiai okokat.¹¹

Az új Btk. (2012. évi C. törvény):

A büntetőjog a kóros elmeállapotúak helyzetét mindig a kor mentalitásának, felfogásának megfelelően igyekszik szabályozni. Bárhogyan is nézzük, nehéz a kóros elmeállapot fogalmát definiálni, hiszen viszonylagos fogalomnak számít a normalitás és az abnormalitás, mivel ez mindig az adott társadalmi berendezkedéssel és kultúra értékrendjével van reakcióban.

A jogalkotó az új Btk.-ban orvosolta az előbb említett hibát, így a kóros elmeállapot említett kórképei már példálózó jelleggel sem kerültek felsorolásra, de egyéb változás nem történt.¹² A hatályos Btk. tehát a kóros elmeállapotot megalapozó rendellenességeket nem nevesíti. Amennyiben az elkövetőt képtelenné teszi a kóros elmeállapota arra, hogy felismerje cselekményeinek következményeit, illetve ennek a felismerésnek megfelelően cselekedjen, akkor nem lehet büntetést kiszabni az elkövetővel szemben.

Ha ez a kóros állapot csupán csak korlátozta az elkövetőt a felismerési, illetve akaratiképességében, akkor a büntethetőség nem kizárt, viszont enyhébben kell elbírálni. Ilyen esetekben a Btk. lehetőséget ad a büntetés korlátlan enyhítésére a bíróságnak.

4. A kóros elmeállapot háttere, fogalma, kórképei

A kóros elmeállapot háttere:

Az emberek együttélését normák szabályozzák, melyek megszegését szankciókkal, joghátrányokkal büntetik. A büntetőjogi normák megszegése esetén a normaszegő valamilyen típusú izolációja (pl. börtön, száműzetés vagy kivégzés) volt a büntetése. Ez csak a normasértés tényétől függött, nem vizsgálták az elkövető elmeállapotát.

¹¹ Dr. Kóhalmi László (2012). 29-33. o.

¹² Új Btk. Kommentár I. kötet Általános rész (2013). 128-134. o.

Kortól és kultúrától függően az emberek eltérő bélyegeket ragasztottak az elmebetegekre; szent embernek, varázslónak, boszorkánynak vagy az ördög cimborájának tartották és mindig ezen megítélések alapján bántak velük; babonás tisztelet, kegyetlen kínzások vagy esetleg szörnyű máglyahalál. Szerencsére a tudományok fejlődése elvezetett oda, hogy a szellemi rendellenesség, mint betegség jellege nyert elismerést, így kezelésük átkerült az orvosok hatáskörébe.

Az ördögűzéstől az orvosi terápia alkalmazásáig azonban hosszú és rögös út vezetett. Az emberi kegyetlenség és ostobaság máglyáin szellemileg egészséges emberek is lelték halálukat, akiket a bosszú, irigység és gyűlölet vezetett végzetükhöz.

Kezdetben egy személynél az elmebetegség megállapítása nem okozott gondot. Általában minden falunak volt egy bolondja, vagy esetleg olyan személyei, akiket csodabogárnak vagy különcnek tartottak. Részei lettek a közösség életének, hozzászórtak az eltérő magatartásukhoz. A különcöket nem tartották elmebetegeknek, így nagyobb tolerancia és megbecsülés övezte őket. Ezzel ellentétben, akik komoly jeleket mutattak az elmebetegségnek; hóbortos kinézetűek és viselkedésűek a gúny és kegyetlenség célpontjaivá váltak. Az orvostudomány fejlődése során finomodtak a kóros elmeállapot szimptomái,¹³ ezzel egyidejűleg nehezebbé vált meghúzni a határt a *normális*, a *különc* és az *elmebeteg* között.

Ha valaki pszichiátriai kezelésre szorul, azt a magatartásától, illetve más emberekkel szemben tanúsított viselkedésétől függően állapítják meg. A más személyek irányába gyakorolt magatartása alapján meg tudjuk ítélni, hogy betegsége milyen fokban (enyhe, közepes vagy súlyos) befolyásolja.

Ebből kifolyólag nehéz megállapítani az egészséges, ép elmeállapotot. Talán nehezebb is meghatározni azt, hogy valaki miért normális, mint azt, hogy valaki miért nem az. Frederic C. Redlich szerint három szempontot kell figyelembe venni, mikor az elmeállapot normalitásáról vagy kórosságáról döntünk. Ezek a *motiváció*, *szituáció* és a *megítélő* személye. A viselkedés motivációjára talán az a példa lenne a legérthetőbb, hogy különbséget tudunk tenni kézmosás és neurotikus kézmosási kényszer között. Ugyanúgy a szituáció is döntő lehet egy magatartás, elmeállapot megítélésénél; nem mindegy, hogy egy személy nyáron a tengerparton vagy télen a hóborította utcán sétálgat egy fürdőruhában.

¹³ Jelentése: tünet, ismertetőjel.

Ezekkel összefüggésben viszont az sem hanyagolható el, hogy ki dönt (*milyen elmeállapotú személy*) dönt ebben a kérdésben.¹⁴

A kóros elmeállapot fogalma:

A Btk. a kóros elmeállapot vonatkozásában az alábbi rendelkezést tartalmazza:

17. § (1) Nem büntethető, aki büntetendő cselekményt az elmeműködés olyan kóros állapotában követi el, amely képtelenné teszi cselekménye következményeinek felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.

(2) A büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elmeműködés kóros állapota az elkövetőt korlátozza a bűncselekmény következményeinek a felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjen.¹⁵

A kóros elmeállapot büntetőjogi felelősséget kizáró ok. Az elmeműködés kóros állapotát jelenti, így az ideiglenes tudatszűkült állapotok nem tartoznak ide, amelyek korlátozhatják szintén a beszámítási képesség valamelyik elemét, de patológiásan megváltozott elmeműködésnek nem tekinthetők.

A kóros elmeállapot hatása, hogy képtelenné teszi vagy korlátozza az elkövetőt abban, hogy felismerje cselekménye következményeit, illetve ennek megfelelően cselekedjen.

A „régí Btk.” a kóros elmeállapotnak öt olyan típusát sorolta fel, amelyek esetén az elkövető büntethetőségét ki kell zárni. Ezek az; *elmebetegség, gyengeelméjűség, szellemi leépülés, tudatzavar*, illetve *személyiségzavar*. A következőkben ezt az öt típust szeretném ismertetni.

Ezek mellett több olyan zavar létezik, amelyeket kezelésre szorulónak értékel a pszichiátria, viszont mégsem bírnak jelentőséggel a büntetőeljárás során, mert az elkövetők cselekményeik lehetséges következményeit képesek felismerni.¹⁶

4.1. Elmebetegség:

¹⁴ Fehér Lenke (1993): *Elmebetegség – Büntetőjog – Beszámíthatóság*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1993. 67.o.

¹⁵ 2012. évi C. törvény, 17.§-a

¹⁶ Kulcsár Gabriella, *A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák*, Rendészeti Szemle, 2007/7-8. 162. o.

Az elmebetegség egy magasabb rendű idegműködés általában tartós jellegű megbetegedése. Ez a betegség nagy változást idéz elő akarati, értelmi, érzelmi és indulati tekintetben is. E betegség tünetei igen változatosak, ugyanakkor külső és belső változások egyaránt jelentkezhetnek. Külső változások alatt a viselkedést, reakciót értjük, melyek feltűnő torzulásokat szenvednek el. A belső változások leginkább a személyisége jellemzőinek a változását takarják. Problémássá válik új ismeretek befogadása, sőt, még a régebbiek is elfelejtheti a beteg.

Az orvostudomány a következő betegségeket sorolja az elmebetegség kategóriájába: *hasadásos elmezavar* (skizofrénia), *mániás-depresszió*, *bénulások elmezavar*, *paranoia*, illetőleg bizonyos esetekben az *epilepszia* is idetartozik. A betegségek intenzitása eltérhet egymástól, illetve ezek kezelésében is bizonyos eredményeket el lehet érni, sőt, akár hosszabb-rövidebb ideig akár tünetmentes is lehet az adott személy. Ennél a betegségtípusnál jellemző, hogy nem feltétlenül befolyásolja az elkövető beszámítási képességét.¹⁷

4.1.1. Skizofrénia (hasadásos elmezavar):

A hasadásos elmezavar az elmeműködés egységének felbomlásával, azaz tudathasadással járó betegség. Ez az elmebetegség legismertebb változata, a lakosság 1%-a szenved ettől a betegségtől. Jellemzően a megjelenése fiatal korban várható. Régebben szinte lehetetlen volt a társadalomban való részvételük, de ma már a társadalom hasznos tagjai is lehetnek, viszont ennek a betegségnek a kezelési költségei jelentősek.

A hasadásos elmezavarban szenvedőknél alacsony a bűnelkövetési százalék, viszont, ha el is követnek egy-egy bűncselekményt, akkor az erőszakos bűncselekmények a jellemzőek, illetve a végrehajtásuk bizarr és az elkövetési mód brutális.

A skizofrénias személyiségváltozásának három fő területét tudjuk elkülöníteni; a *gondolkodás*, az *affektivitás*, az „én” *átélésének zavara*. Egy embernek a személyisége megismételhetetlen a maga egyediségében, így ennek elváltozásai is rendkívül egyedi tünetegyüttest produkálhatnak.

A skizofrénias betegeket három főbb csoportba tudjuk osztani. Az első csoportba tartozóknál a tünetek megjelenése előtt követnek el bűncselekményt. A második

¹⁷ Magyar Büntetőjog Általános Rész (szerk: Horváth T. – Lévay M.), Wolters Kluwer Kft, Budapest, 2014. 207-208. o.

csoportnál a bűncselekmény az első tünete a betegségnek, illetve a harmadik csoport tagjainál a skizofrénia pszichopatológiai tünetei vezetnek el a bűncselekmény elkövetéséhez.

Többféle tünetet tudunk elkülöníteni a hasadásos elmezavarú embereknél. Vannak az úgynevezett *pozitív tünetek*, ami magába foglalja a hallucinációkat, illetve a téveszméket. Ezzel szemben pedig elhelyezhetünk egy *negatív csoportot*, amibe olyan tünetek tartoznak, mint például a gondolkodás, beszéd elszegényesedése, érzelmi elsivárosodás, örömtelenség, érdeklődés és a kezdeményezés csökkenése, aszociális kapcsolatok beszűkülése, szexuális érdeklődés hanyatlása és figyelemkárosodás.¹⁸

4.1.2. Mániás-depresszió, azaz bipoláris elmezavar:

A betegség tulajdonképpen az ember hangulati életének zavaaraival áll összefüggésben. Az e betegségben szenvedőkre leginkább az jellemző, hogy ingerlékenyek, hirtelen emelkedik a hangulatuk, gátlástalanok, így ebből kifolyólag az általuk elkövetett bűncselekmények inkább közlekedési, szexuális, illetve erőszakos bűncselekmények.

Ezen a betegségen belül is 3 csoportot tudunk elkülöníteni: *unipolaris mania*, *unipolaris depresszió* és *bipoláris, típusos mániás depresszió*. A depressziósokra jellemző a levertség, búskomorság. Ezen betegek sokkal inkább magukra veszélyesek, illetve ebben a körben figyelhető meg a kiterjesztett öngyilkosság vagy az öngyilkosság közveszély okozással pl. robbantás. A kiterjesztett öngyilkosság azt foglalja magában, mikor az emberek először azokkal a személyekkel végeznek, akik rá vannak szorulva az ő gondoskodására, jellemzően ez gyermek vagy házastárs, esetleg egyéb hozzátartozó, ezután pedig saját életüket oltják ki.¹⁹

Az ingadozásai minden alapot nélkülöznek, tehát indokolatlanok. Egyes betegeknél csak a *mániás*, vagy csak a *depressziós* szak jelentkezik, míg más betegeknél mindkettő jelentkezhet. Erre a betegségre jellemző lehet, hogy ciklikusan, esetleg egyszer, vissza nem térően jelentkezhet, viszont soha nem okoz személyiség hanyatlást.

A két szakot más-más jellemzőkkel tudjuk leírni. Szinte teljesen ellentétesek ezek a tünetek. Ez az állapot csalás, rágalmazás, közlekedési és nemi erkölcs elleni cselekmények elkövetését hozza magával.²⁰ A *mániás* szakot az emelkedett hangulat, optimizmus, könnyelműség, fokozott mozgáskényszer, taglejtések, illetve mimika jellemzi leginkább.

¹⁸ Strasszer Anett: (2015). 39-41. o.

¹⁹ Strasszer Anett: (2015). 40-41. o.

²⁰ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér (2013). 110. o.

A betegeknek rendkívül gyors a felfogásuk, illetőleg átlagon felüli megfigyelőképességgel rendelkeznek, viszont elmélyedni képtelenek. Nagy mértékben felgyorsul a gondolkodásuk, amiből kifolyólag fontos szakaszok kiesnek, így a gondolataik oly mértékben csapongóak, hogy a közöttük lévő tartalmi összefüggés távoli. A mozgásukról is ezek a jellemzők mondhatók el: mielőtt befejeznének egy mozdulatsort, már belekezdenek egy másikba. A végtelenségig felfokozott a beszéd-, illetve mozgáskészségük, emellett szinte fáradhatatlanok, és ebből kifolyólag keveset alszanak, pihennek.

A *depressziós szakot* is jellemzi az alvászavar. A mániás szakos betegekkel ellentétben ezeket az embereket a kóros lehangoltság, szorongás, nyomott hangulat, parttalan félelem gyötri. A mozgása lelassul ilyenkor a betegnek, illetőleg a beszéde halk, suttogó, gátolt. A gondolkodása nagyon beszűkült, csak a kellemetlen élményekre, dolgokra koncentrál, illetve monoton és egyhangú.

Mindkét stádiumban lévő betegek felügyeletre szorulnak, amíg nem mutatkoznak a *szubjektív* és *objektív* jelei. Szubjektív jelek alatt értjük például a hangulat változást, téveszmék eltűnését és gátláscsökkenést. Az objektív jelek az alvást, a testsúlygyarapodást és étvágyat takarják.²¹

4.1.3. Bénulásos elmezavar (paralysis progressiva):

Elsősorban el kell különítenünk az *exogén*, illetve az *endogén* elmebántalmakat. Az utóbbi kategóriába tartozik az ismertebb elmebetegségek közül a skizofrénia, illetve a mániás-depresszió. Ezzel ellentétben az *exogén* elmebántalmak egy sokkal tágabb kategória. A két fő csoport miszerint meg tudjuk különböztetni az elmebántalmakat, hogy *fizikai* behatásokra támadók vagy *lelki* behatásokra támadók. A *fizikai* behatásokra támadó reaktív kórképek közé sorolhatók:

- a fertőző betegségek okozta elmebántalmak (pl. alkoholizmus, morfinizmus),
- az exogén mérgezések okozta elmebántalmak,
- a szomatogén elmebántalmak,
- az endokrinopátis elmebántalmak,
- a generációs folyamatokat kísérő elmebántalmak,
- traumás elmebántalmak,
- illetve az idegrendszer szervi betegségeihez társuló elmebántalmak,

²¹ Fehér Lenke (1993). 108-109. o.

A lelki behatásokra támadó elmebántalmak közé sorolják a paranoiát, neuraszténiát és a hisztériát.

A központi idegrendszer megbetegedésének eredménye a bénulós elmezavar. A fertőző betegségekre vezethető vissza. A gerincfolyadékból és a vérből az agy szöveteibe eljutva a központi idegrendszerben elváltozásokat hoz létre ez a kórokozó, mely jól kimutatható. Az idegsejteket, illetve rostokat károsítja gyulladásos gócok kialakításával. A szellemi élet fokozatos hanyatlásával, mozgászavarral és bénulós tünetekkel jár. Sajnos nehezen kezelhető, tünetei jellemzően a megbetegedést követő 10-15 évre rá jelentkeznek kezelés hiányában. Először a kezdeti szakaszban az ítélőképességet, tehát a legmagasabb elmeműködést torzítja.

Négy fő csoportját ismerjük a bénulós elmezavarnak; *expanziós, depressziós, agitáló és az egyszerű elbutulásos (demens) elmezavar*.²²

4.1.4. Paranoia:

A kórkép lényege a kóros személyiségfejlődés. Ez a betegség lappangva fejlődő téveseszmerendszer, viszont a beteg cselekedeteinek a célszerűsége, akarati magatartása, gondolkodása rendezett. Az ilyen emberek az élet követelményeihez megfelelően tudnak alkalmazkodni, kivéve a téveseszméjüket, amiket éppen ezért disszimulálják.²³ A paranoiára jellemző a nagymértékű brutalitás, és ebből kifolyólag ezen betegek erőszakos bűncselekményeket követnek el nagy százalékban.²⁴

Meglehetősen ritka betegségnek tekinthető, a népesség 10-20%-át érinti, *de nem jelenti azt*, hogy eléri a pszichiátriai betegség szintjét. Rendkívüli élességű lehet a beteg logikája a téveseszmével összefüggésben. Itt viszont fontos megjegyeznünk, hogy ez a logikai rendezettség csak a téveseszméikkel kapcsolatban jellemző. Azzal ellentétes információkkal gyakorlatilag közömbösek, nem veszik figyelembe. A betegség sokáig rejtve marad az erős disszimulálásból kifolyólag. A betegség veszélyessége is ezen áll, mert egy leplezett, megfelelően kiépített téveseszmerendszer akár súlyos vagyon és/vagy élet elleni bűncselekmény alapjául szolgálhat.

Jellemző még rájuk az impulzivitás, kényszeresség, rossz empátiás készség, illetőleg a stabil szociális kapcsolatok hiánya. A betegség kialakulásának okára sok elmélet

²² Fehér Lenke (1993). 96-97. o.

²³ Jelentése: titkolják, leplezik.

²⁴ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér (2013). 53. o.

született, mint például az *ember rossz szocializációja, genetikai tényezők vagy esetleg agyi sérülések*, viszont fontos megemlítenünk, hogy ez a betegség nem jelenik meg tisztán, ugyanis különböző zavarok és tünetek kisebb-nagyobb mértékben keverednek egymással minden egyénnél.

Különböző csoportokba tudjuk sorolni. Két fő típus a *nagyzásos-expanzív* és az *üldöztetési téveszesmerendszerek*. Ezeken belül pedig alcsoportokat tudunk megnevezni. Az első csoportba tartoznak az *erotomániások*²⁵, *vallásos-fanatikusok*²⁶ és az *inventátoros paranoidok*. A második csoportba sorolhatjuk a *szenzitív vonatkoztatásos betegeket*, akik inkább magukba zárkóznak, így náluk ritka egy bűncselekmény elkövetése. A *féltékenységi tébolyban* szenvedők többször erőszakosak, brutálisak. Az *üldöztetési téveszesmerendszerekhez* tartoznak továbbá a *perlekedési tébolyban* szenvedő betegek, akik inkább a hatásának jelentenek problémákat, ugyanis gyakran követnek el bűncselekmény, többek között becsületsértést, rágalmazást vagy hamis vád bűncselekményét.

4.1.5. Epilepszia:

A legismertebb az idegrendszer szervi betegségeihez tartozó elmebántalmak közül. Már az ókorban elkezdtek a gyógyításával foglalkozni. Az epilepszia műtéttel történő gyógyításának a gondolata Hippokratésztól ered. A műtét során a görcsrohammal ellentétes oldalon a koponyát meglékelték.

A tünetek periodikus, rohamszerű görcsökben jelentkeznek. Kiváltó okait 3 csoportba tudjuk sorolni: *veleszületett* (genuin), *szerzett* (tüneti-szimptómás) és *funkcionális és organikus* epilepszia. Az organikus típusnál a betegség az agy szövettani bántalmán alapul. A funkcionálisnál a betegség okozói különböző exogén tényezők.

Az epilepszia két formában jelentkezhet; *típusosban*, illetve *altípusosban*. A típusos nagyroham, a grand mal több stádiumú. A bevezető szakasza sokszínű, illetve órákkal, akár napokkal előbb jelentkezhet, mint maga a görcsroham. Ez akár számos kellemetlen tünetet okozhat, köztük izomrángást, émelygést, nyugtalanságot például. A második fázis az aura, mely közvetlenül a roham előtt jelentkezik pár perccel, ide tartozik a *szívtáji fájdalom-érzés, szemkáprázás, verejtékezés*. Ezt követően a beteg eszméletét veszti, majd

²⁵ Nők esetében nimfomániaként is emlegették. Legfőbb jellemzője a túlzásba vitt szexualitáson kívül az, hogy a személyek ezt mindenfelé önkifejezés, kommunikáció és érzelmi állapot megjelenése nélkül teszik.

²⁶ Jellemzően ember, élet és Isten-ellenes cselekedeteket követnek el, olyan személyek, akik magukra nagyon vallásosként tekintenek és meggyőződésüket, minden helyzetben vagy módszerrel igazolni kívánják.

tónusos görcsök jelentkeznek, a test kimered, az izmok megfeszülnek, az arckifejezése torz. Pár másodperc elteltével klonikus görcsök jelentkeznek, az arc, a test rángatózik. Végül a nagyroham alvással zárul.

Az esetek nagy részére igaz, hogy az epilepszia egy olyan típusú betegség, mely nem befolyásolja az elmeműködést. A betegek csekély részénél viszont az epilepsziás nagyrohamot követően (*esetleg a rohamot megelőzően vagy annak megnyilvánulásaként*) homályállapot jelentkezik. A homályállapot során a beteg tudatának erős beszűkülésével járó rendellenes lelki állapot jön létre. Ez több mindenben is megnyilvánulhat, példának okáért említeném itt a magas intenzitású szorongást, nyugtalanságot, ingerültséget, gátlások csökkenését vagy a temperamentumot stb. Jellemzően ezek a tényezők azok, melyek kiválthatják a bűncselekmény elkövetését.

Az epilepsziában szenvedő betegek egy bizonyos részénél kialakul évek múltán az ún. *epilepsziás személyiség*. Ehhez hozzájárul az epilepsziás elbutulás (*dementia epileptica*). Ez már elmebetegségnek tekinthető. Ilyenkor a betegre gyakorlatilag pszichés működésnek a lassúbbá válása, az indulati élet és a reakciók kórossága, illetőleg a gondolkodás „tapadós” jellege válik jellemzővé. A bűncselekmény elkövetésre az ingerlékeny epilepsziások a hajlamosabbak. A beszámíthatóságuk ezeknek a betegeknek nem minden esetben kizárt.

A fogyatékoságokból és fogyatékoságok *comensatiojából* áll az egészséges öregember pszichéje. Ez egy sajátos egyensúlyi állapot. A *senilis psychosis* akkor keletkezik, ha ez az állapot megbomlik. Az öregedési folyamatot nagyban befolyásolja a személyiség és a környezet sajátosságai.

A szenilis elmebántalmakat két csoportra különíthetjük el; *szenilis pszichózisokra* és *szenilis dementiára*. Az előbbi dementiába²⁷ torkollhat. A dementia ez olyan progresszív kórforma, melynek jellemzője az elbutulás, mely a személyiség egész részét érinti. Jellemzően a tünetek között szerepel az emlékezet gyengülése, gondolkodás, felfogás nehézzé, akadályozottá válása, lényeges és lényegtelen közötti distinkció²⁸ elhalványulása. Emellett akár a kedélyállapot is jelentősen megváltozhat, illetőleg téveseszmék is jelentkezhetnek, és főként éjszakánként jelentkezik foglalkozási delírium.

Megnyilvánulnak a szenilis pszichózisok hallucinációban, jellegzetes tudatzavarban, affektív pszichózisban vagy akár kapcsolási funkció-zavarban stb. A legfontosabb

²⁷ Szellemi leépülés (Lásd: 19. oldal).

²⁸ Elkülönítés, megkülönböztetés.

tennivaló a megelőzés, azaz a társadalom aktivizálása az öregekről való gondoskodás tén az öregkori elmebetegekkel kapcsolatban.²⁹

4.2. Gyengeelméjűség

Olyan károsodás, mely vagy az emberrel születik vagy gyermekkorban szerzett, elszenvetett mentális retardáció. A fogyatékosága az értelmi fejlődést megakadályozó károsodásból fakad. Ezt eredményezheti akár a szülők gyengeelméjűsége vagy ingerszegény környezet is, de akár a megfelelő nevelés hiánya is eredményezhet ilyen személyiséget, amely az értelmi fejlődés, illetve teljesítmény szempontjából megegyezik az oligophreniával³⁰. Sajnos előfordulhat, hogy ezen személyek esetén a lemaradásuk behozhatatlan. Már nem lehet különbséget tenni, aközött, aki gyengeelméjűként született, illetve aközött, aki a környezeti hatások miatt értelmileg visszamaradt.

Még egy emberről nehéz megállapítani, hogy elmebeteg, avagy sem, addig a gyengeelméjűséggel más a helyzet, mivel sokkal egyszerűbb, de itt is merülnek fel nehézségek. Az emberek értelmi teljesítőképessége soha nem állandó és egysíkú ezt nagyon sok minden befolyásolhatja, például érzelmi állapot, fáradtság, vagy akár az egészségügyi állapot is egy ilyen tényező lehet egy adott embernél. Ezek jelentősen befolyásolhatják az értelmi teljesítőképesség minőségét. Az is fontos tényezőnek számít, hogy milyen kérdéssel kapcsolatban vizsgáljuk egy ember értelmi szintjét. Példának okáért, ha egy tudóst vizsgálunk, akkor hiába, hogy elismert, illetve sikeres a területén, valószínű, hogy tájékozatlan az élet egyszerű kérdései tekintetében, és ezzel ellentétben egy gyengeelméjűségben szenvedő ember is lehet kiemelkedő egy adott területen belül. Ennek a betegségnek 3 fokozatát, súlyosságát tudjuk elkülöníteni; *idiotizmus*, *imbecillitás* és *debilitás*.

4.2.1. Idiotizmus

Az idiotizmus a gyengeelméjűség legsúlyosabb formájának tekintendő. Ezek a betegek nem tanulnak meg beszélni, olvasni vagy akár írni. Nem tudnak gondoskodni magukról a legalapvetőbb szinten sem, mint az öltözködést vagy mosdást tekintve. Ritkán követnek el bűncselekményt, kizárt a felelősségük szinten minden esetben.

²⁹ Fehér Lenke (1993). 105-107. o.

³⁰ Görög nyelven gyengeelméjű.

Az érzékelésük tökéletlen, fogalmaikra jellemzők, hogy hamisak és hiányosak. Emlékképeik ritkák abból kifolyólag, hogy a bevésés hiányos vagy szórványos, esetleg rendszertelen. Szinte teljesen hiányzik az ítélőképességük. Az idiotizmusban szenvedő betegek között gyakori a testi degeneráció is. Az ezen betegek egy csekély része bizonyos fokig akár képezhető is.

4.2.2. Imbecillitás

A betegek nagy százaléka a közép kategóriába sorolható. Az imbecillisek képesek új ismeretekre szert tenni egy bizonyos fokig. A lényeges és lényegtelen információk között csak felületesen tudnak különbséget tenni és ez nehezíti is az ismeretek felhasználását. Ez a beszédükön is meglátszik, előadásmódjuk szegényes, csak primitíven és terjengősen tudják kifejezni magukat. Irányításra szorulnak, illetve ösztön-orientáltak. Terápiás jellegű foglalkoztatáson tudnak kizárólag részt venni. A szellemi állapotuk korlátozó tényezőként vehető figyelembe.³¹ Az imbecillításban szenvedők nagy számban állnak kényszergyógykezelés alatt.³²

4.2.3. Debilitás

Ez a legenyhébb formája a gyengeelméjűségnek. A debilek akár az általános iskola elvégzésére is alkalmasak vagy akár bizonyos szakmák elsajátítására. Gyakran rendelkeznek beszámítási képességgel. Több funkcióik viszonylag jók, mint például a kapcsolási vagy megismerési funkció, ezzel ellentétben az absztrakt fogalmakkal kapcsolatban nehézségeik adódnak, illetőleg az ún. kombinatív³³ készségükre jellemző a fogyatékos-ság.

4.3. Szellemi leépülés (*dementia*):

A szellemi leépülés az intelligencia olyan hanyatlása, mely az agyvelő betegedésének a következménye. Az elbutulást azonban maga az agyvelő működészavara is

³¹ Fehér Lenke (1993). 112-114. o.

³² dr. Pallo József, *A büntetőjogi gyógyító jellegű kényszerintézkedések végrehajtásának, fogalmi és alkalmazási kérdései* (PhD) értekezés, 2009., 113. o.

³³ A kombinativitás az emberi gondolkodás egyik legjellemzőbb sajátossága: ez a képességünk teszi lehetővé, hogy bizonyos elemekből új konstrukciókat, változatos összeállításokat hozzunk létre. m

eredményezheti. Lassan és fokozatosan bontakozik ki, fejlődik a dementia. Memória, figyelemzavar, gondolkodás zavara, amihez társulnak a társadalmi és munkahelyi funkciók romlása. Ennek a betegség az első tüneteit leginkább az öregedés jeleinek tulajdonítják be. A szellemi leépülés előrehaladott állapotában a betegek már teljes ellátásra szorulnak. A közvetlen formája az Alzheimer- vagy a Parkinson-kór. Sajnos ezek nem gyógyíthatók. A kezelhető kiváltó okok közé tartozik; az *epilepsziásroham*, *szívinfarktus*, *szívelégtelenség*, *alkoholizmus*, *szénmonoxid mérgezés* vagy *fertőzés*.

A dementiában szenvedő betegek tekintetében a fő céljuk ilyenkor az embereknek a beteg szocializációjának fenntartása, ha a betegség okai tisztázottak és kezelhető, akkor a céljuk az alapbetegség kezelése, viszont vannak olyan esetek, mikor az alapbetegség nem tisztázott vagy esetleg nem ismert, akkor a kognitív funkciók romlását megakadályozni, illetve visszafordítani nem tudják.³⁴

A dementiák közé sorolható a *dementia alcoholica*, *epileptica*, *arteriosclerotica* és *dementia senilis*, ezek a leggyakoribbak. Az alkohol általi intelligencia hanyatlás enyhülhet akár alkohol-absztinencia³⁵ hatására. A *dementia arteriosclerotica* betegség esetén az ember agykéregében található erek betegednek meg, és ez az idő elteltével csak súlyosbodik. A *dementia lacunaris* során parciálisan³⁶ károsodnak a szellemi műveletek. Jellemzőek az indokolatlan dühkitörések, érzelmi élet ingadozása vagy éppen az esékeny hangulat. Ennél a betegségnél előfordulnak ritkán téveseszmék is. Az értelmi képesség hanyatlása, amely dementián alapszik általában egy végleges folyamat, viszont intenzitása eltérő.

4.4. Tudatzavar (*delirium*):

A tudat, a figyelem zavarával jellemzett szindróma, tehát nem egy betegség. Ez egy nem végleges állapot, hanem úgymond csak időleges. A tudatzavar egy olyan rendellenesség, amely a központi idegrendszer legmagasabb rendű funkcióját érinti. Számos oka lehet ennek az állapotnak, többet között akár toxikus anyagok fogyasztása (ide sorolhatjuk az alkoholt és a kábítószeret), illetve a központi idegrendszer megbetegedései eredményeképpen is kialakulhat (pl. skizofrénia).

³⁴ Strasszer Anett (2015). 43. o.

³⁵ Olyan önkéntes tartózkodás valamiféle vágy vagy testi cselekvés kielégítésétől, amelyek testi élvezetet okoznak.

³⁶ Latin eredetű szó, jelentése: részlegesen.

A tudatzavar órák, napok alatt kialakulhat, bármely életkorban előfordulhat, de gyermekek és 60 év felettiek körében jellemző. Ennek a szindrómának a leggyakoribb formái a *delirium tremens*, ami az idült alkoholista talaján kifejlődő elmezavar (az alkohol hirtelenszerű megvonása váltja ki), a másik pedig az *öregkori delirium*.

Az alkoholos tudatzavart illetően azt mondhatjuk el, hogy itt az állapot fennállása csak akkor vehető számba beszámítási képességet korlátozó vagy kizáró okként, ha ez az ittasodás nem önhibából történt vagy akkor is, ha önhibából történt, de fontos tényező itt, hogy kóros részegséget eredményezett.³⁷

A kóros ittaság minőségileg eltér a szokványos részegségtől. Tünetként jelentkezik például az *emlékezetzavar, érzéksalódások, a kapcsolatteremtés súlyos hiánya vagy annak megnehezülése*, esetleg *a korábbi viselkedéstől jelentős mértékben történő eltérés* vagy *indulatkitörés*, mely heves, megokolatlan, túlméretezett és hirtelen történik. Ez az állapot kizárja a beszámíthatóságot. A csökevényes kóros ittaság esetén ezen tünetek közül csak egyesek észlelhetők vagy ha mind is, akkor sem fejlődtek ki teljes egészükben.³⁸

A tudatzavarban szenvedőknél gyakran *az ingerlékenység, nyugtalanság, szorongás és alvászavar* figyelhető meg. Ritkán követnek el bűncselekményt, mert egy cselekménysorozat végrehajtására képtelenek. Itt elsősorban a háttérben álló rendellenességeket kell korrigálni. Ápolóknál fontos a tisztelet és a kapcsolat megtartása a delíriumban szenvedőkkel szemben.³⁹

Még ezen állapot körébe sorolhatók az *explozív*, illetőleg a *rövidzárlatos* cselekedetek egyaránt. A rövidzárlati cselekvés olyan elemi erejű ötlet hatására végrehajtott cselekvés, mely az erősen beszűkült tudatba betörő, a megfontolást kizárja, és ez hosszabb negatív jellegű érzelmi állapot hatására következik be. Ezzel ellentétben explozív cselekménynél olyan tevékenységekről van szó, amelyeket hosszú ideje tartó lelki feszültségek váltanak ki.

4.5. Személyiségzavar:

Másnéven *rendellenes személyiségfejlődésnek* nevezzük. Ennek a kórtípusnak/kórképnek a legtipikusabb esete a pszichopátia. Ez a betegség megnyilvánul az akarati élet

³⁷ Fehér Lenke (1993). 114-116. o.

³⁸ <https://igazsagugyiszakerto.hu/2011/03/az-ittassag-formai-%E2%80%93-koros-ittassag/>

³⁹ Strasszer Anett (2015). 42-43. o.

és az érzelmi-indulati élet zavarainak eredményeképpen. A személyiség szerkezet egyensúlyát meglazítják, felborítják ezek a tulajdonságok, melyek az átlagtól eltérőek, illetve a lelki élet összhangjának hiányát, diszharmóniáját okozzák. Azoknak az embereknek, akiknek a személyisége diszharmóniában szenved, azokat *pszichopátáknak* nevezzük. Ebben a betegségben szenvedő embereknek az úgy nevezett személyi összetevői között nincs meg az összhang és gyakorlatilag ezért képtelen beilleszkedni a társadalomba, illetőleg a társadalom is megbélyegzi ezeket az embereket.

Gyakorlatilag a pszichopátákat egyfelől jellemzi a *dyszharmóniából* fakadó kóros reakciós készség, illetőleg a lelki szerkezet kóros dyszharmóniája. A kialakulását számos tényező kiválthatja, többek között *magzatként elszenvedett károsodás, gyermekkori traumák* vagy esetleg a *gyermek szociális miliője*.⁴⁰ Tehát elmondhatjuk azt, hogy ez a betegség külső és belső tényezők, hatások eredményeként alakul ki. Kísérletet tettek ezen betegek osztályozására, viszont a lehetőségek kimeríthetetlen tárházával találták szembe magukat. Mivel a pszichopátia az ember intelligencia szintjére nincs behatással, így a betegek között e szempontból is bármelyik fokozat előfordulhat a zsenitől kezdve egészen a primitív személyiségig.

A *pszichopátia* a legsúlyosabb személyiségzavar. E betegség során a társadalmi elvárások tekintetében elégtelen magatartás eredményező személyiség szerkezet alakult ki, és ez tipikusan inkább csak korlátozza a beszámíthatóságot.⁴¹

A *pszichopáták* szempontjából levonhatjuk azt a következtetést, hogy primitív reakciókra hajlamosítja őket a sajátos lelki alkatuk, így különösen gyakoriak a betegek között az alkoholisták, illetve a kóros részek.

A büntetőjogi következmények tekintetében a pszichopátia egyenlőnek tekintendő az elmebetegség legsúlyosabb formáival, ellentétben azzal, ha enyhébb formában áll fenn, akkor beszámítási képességet korlátozó tényezőként veszik figyelembe.

A büntetőjogi kísérleteket, melyek az elmebetegség konceptualizálására⁴² irányul a személyiségzavar akadályozza. A személyiségzavar egy olyan személyiség, mely antiszociális vagy aszociális személyiséget takar, illetve amelynél nem domináns tényezők a neurotikus feszültségek, belső konfliktusok vagy akár pszichotikusok realitással való kapcsolatvesztése sem. Szinte végtelen számú az ilyen inadaptáltak⁴³ tekinthető

⁴⁰ Jelentése: tárgyak, jelenségek dolgok összhatása a környezetben, amelyek egy személyt, helyet körül vesznek: közvetlen közelében vannak.

⁴¹ dr. Pallo József, (2009). 116. o.

⁴² Konceptualizálás jelentése: valamely fogalom jelentéstartalmának meghatározása.

⁴³ Inadaptáltak jelentése: alkalmazkodási képesség zavarával küzdő. I

személyiségjegyek variációja. Az esetekben nagy százalékában a vita középpontjában a pszichopata, vagy más néven *szociopata* személyek kerülnek. Úgynevezett „*hulladékgyűjtő*” kategóriának számít a személyiségzavar. Ez a betegség olyan adaptációs zavarait foglalja magába a személyiségnek, melyeket nem sorolhatunk a neurózis, pszichózis speciális kategóriájába, de a neurológia patológiák közé sem.⁴⁴

Összegzőként, illetve fentebb is említettem már, hogy megosztottak a vélemények a kóros elmeállapotúakról, illetőleg bizonytalanság övezi ezt a területet, erre a Btk.-ban történt változások is erre hívják fel a figyelmet.

5. A kényszergyógykezelés

A büntetés végrehajtási jog széles területet ölel fel, ide tartozik a szabadságvesztés vagy letartóztatás végrehajtásának szabályozása, de foglalkozik a gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedés, a kényszergyógykezelés szabályozásával is. A következő részben ezzel kapcsolatban írnék egy történeti visszatekintést.

A társadalom hozzáállása az elmebeli rendellenességekkel változó volt a történelem során. Mindig az adott társadalom élén álló uralkodónak a szemléletmódjától függött. Fentebb már írtam róla, hogy a babonás tisztelettől kezdve egészen a kegyetlen kínzásokon át a kivégzésekig terjedt ez a skála.

Elkerülhetetlen differenciálódást jelentett az orvostudomány fejlődése. Ez annak köszönhető, hogy megjelent az a szemléletmód, mely kimondja azt, hogy az alkalmazott jogkövetkezmények során figyelembe kell venni az elmebeli állapotot. Már V. Károly a 16. században fontosnak tartotta, hogy az elkövető kriminális veszélyességet értékelni kell, illetve a megfelelő biztonsági eszköz, ami ehhez hozzárendelhető.

A 16. század második felében létrehozták az úgynevezett *dologházakat*, ugyanis az urbanizációs folyamatok következtében a szegények, a koldusok és csavargók aránya nőtt, és őket a dologházakba utalták be, mint a társadalom „arra érdemes” tagjait. Ennek sajnos eredményeképpen, vagyis velejárójaként egyre több ember követett el bűncselekményt, aki abnormálisnak minősült, vagy éppen alkoholistává válásból kifolyólag követett el bűncselekményt. Ezek az elkövetők nyilvánvalóan nehézséget okoztak az akkori igazságszolgáltatás számára, hiszen nyilvánvalóan másfajta körülményeket kellett biztosítani.

⁴⁴ Fehér Lenke (1993). 115-116. o.

Az első dologház megjelenésétől hosszú utat kellett megtenni, még nem elértünk addig, hogy az elmebeli, emellett esetleg kriminalizációs problémákkal küzdő egyének számára olyan körülményeket kell biztosítani, melyek magába foglalják az elhelyezést, illetőleg az elmebeli rehabilitációt.

Minden országnak végig kellett járnia a saját útját és magának fejlesztenie ennek a szabályozását. Végül a 19. századra alakult ki az a szemlélet, miszerint a büntetőjogi szabályozásnak kell a kóros elmeállapotú személyek cselekedeteinek értékelését elvégeznie, illetve a sorsáról döntenie.⁴⁵

5.1. A kényszergyógykezelés kialakulása és szabályozása Magyarországon jogszabályok tekintetében:

Hazánkban a 19. században az volt az elfogadott álláspont, hogy a gyógykezelésre szoruló és a közveszélyes személyek vehetők fel az elmegyógyintézetbe. „A tébolydai ügyről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk” rendelkezik Magyarországon először az olyan személyek elhelyezéséről, akik az említett feltételeknek megfelelnek. A jogszabály érdeme, hogy a kényszer-gyógykezelést preventív közigazgatási intézkedésként jeleníti meg a humanitáriusi elvek alapján.

A regula⁴⁶ úgy határoz a kényszergyógyról: „Az elmebeteggel szemben csak az okvetlenül jelentkező szükség esetén alkalmazhatóak kényszerítő eszközök, melyek a veszély elmúltával megszüntetendők”.⁴⁷ A törvény csak relatív értékelhetőséget biztosít, nem definiálja, hogy az ön- és közveszélyesség fogalmát. Az értékelhetőség középpontjába a körülményeket és a környezetet állítja. A tébolyda megelégszik gyakorlatilag a kóros elmeállapotúak a külvilágtól való elzárásával, nem tartja viszont nélkülözhetetlennek a gyógyítást, de ez nem azt jelenti, hogy a „lehető mértékű javítást” ne segítsék elő. Az intézmény igazgatójának a feladatkörébe utalták azt a feladatot, hogy döntsön a beteg intézetbeni tartózkodásának meghosszabbításáról, és ez óriási felelősséggel terheli, de ugyanakkor fennáll egy értesítési kötelezettsége ezzel kapcsolatban, illetve ehhez nem szükséges bírósági végzés.

⁴⁵ Pallo József: *A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei*. Tanulmány, 2006. 21. o.

⁴⁶ Jelentése: törvény, rendszabály, szabályzat. Eredete: latin.

⁴⁷ 1876. évi XIV. törvénycikk 7. §

1948-ig csak fogyatékos közegészségügyi rendelkezések voltak hatályban Magyarországon. Ettől eltekintve viszont konkrét büntetőjogi intézkedést nem hoztak akkor még létre az olyan elkövetőkkel szemben, akik beszámíthatatlanok voltak, illetve szükség-szerű lett volna a gyógyításuk, őrizetük. A III. Büntetőnovella lépett életbe 1948-ban, melyben a következő szerepel: „*azt a személyt, aki a 18. életének betöltése után bűntettet vagy vétséget követett el, ha beszámítását elmebetegég kizárja, biztonsági őrizetbe kell helyezni*”. Ennek az ekkor még új jogintézménynek azt akarták célul kitűzni, hogy az elkövetőt ártalmatlanná tegye, illetve meggyógyítsa és nem utolsó sorban a közveszélyes állapot fennállásának a megszüntetése volt. A biztonsági őrizet meghatározott idejű volt, amely 1 évet takar. Ezen az időtartamon nem lehetett rövidíteni, illetőleg ezután az őrizetet elrendelő bíróságnak volt a feladata az, hogy döntsön az adott személy jövőjéről. Azt is fontos megemlítenem, hogy ez a büntetőnovella arról is rendelkezett, hogy az elítélt biztonsági őrizetét az erre a célra kijelölt intézményben vagy intézetben kell végrehajtani.⁴⁸

Ezen szabályozás előtt a Csemegi-kódex volt az, ami előmozdította ennek az esetkörnek a jogi háttérének részletes kidolgozását: megkülönböztette az elmezavart és az öntudatlan állapotot, illetve nagyban hozzájárult a törvény a későbbi szabályozás megindításához úgy, hogy a kóros elmeállapot fogalmát a büntetőjogba emelte át, de viszont abban a tekintetben ez a törvény hiányos, hogy nem rendelkezik a gyógyítás végrehajtásának kérdéséről.

1950. évi II. törvénynél még mindig nem alakult ki a megfelelő szabályzás a végrehajtás tekintetében. Nem változtatott a biztonsági őrizet szemléletén, inkább csak kisebb változásokat hozott magával, viszont kiemelendő az, hogy azokkal szemben rendeli el, akik közveszélyes állapotú elmebeteg és ebből kifolyólag büntetendő cselekményt követett el.

1961. évi V. törvényben jelent meg a ma is használt kényszer-gyógykezelés fogalma. E fogalom bevezetésekor egy komoly szakmai vita alakult ki, viszont az 1961-ben hatályba lépő törvény a gyógyítást már egy célként jelölte meg, illetve a gyengeelméjűség és tudatzavar bizonyos eseteit sorolta a beszámítási képesség kizárásának okai közé. Ezek mellé az a feltétel került meghatározásra, hogy betegség és kóros jellege legyen, illetve az, hogy tartani kelljen a bűnismétlés veszélyétől. Újdonságnak tekinthető, hogy ez a jogszabály már rendelkezett a kényszer-gyógykezelés végrehajtásáról, mivel az egészségügyi

⁴⁸ Pallo József (2006). 26. o.

intézetben való kezelésre megnyíltak a lehetőségek vagy akár az otthoni ápolás is egy lehetőséggé vált ezen kérdés rendezésekor. Az 1961-es törvényben határozatlan időtartalmú intézkedésként került szabályozásra a kényszer-gyógykezelés. A tekintetben, hogy megjelent egy újabb törvény, ami a kényszergyógykezeléssel foglalkozott, illetve azt szabályozta, a szakmai-tudományos viták továbbra is folytak.

Az 1971-ben megalkotott rendelet (*a büntető törvénykönyv módosításáról szóló 1971. évi 28. számú törvényerejű rendelet*) már az elkövetett cselekmény jellegét is figyelembe vette, így a szabályozás képét ugyancsak tovább árnyalta, emellett csak akkor tette kötelezővé a kijelölt intézeti kezelést az elkövetőnek, ha fennáll a bűnismétlés veszélye és ebből kifolyólag a társadalom védelme csak így biztosítható. Ugyanakkor ez a rendelkezés egy olyan lehetőséget is biztosít, amely lehetővé teszi, hogy vétség elkövetése esetén mellőzzék a kényszer-gyógykezelés alkalmazását, ha ez a társadalom biztonsága szempontjából szükségtelen.⁴⁹

A gyógyító jellegű kényszerintézkedéseken belül a büntetőjog elhelyezett egy másik csoportot, amely nem más, mint az *alkoholisták kényszergyógyítása*. A jogintézmény nem rendelkezik hasonlóan gazdag múlttal, de viszont nem mondhatjuk el, hogy kevésbé érdekesebb. A kriminálpolitikai kutatói a 20. századnak sikeresen bizonyították a kapcsolatot az alkoholizmus, illetve a bűnözés között és ebből kifolyólag úgy határoztak, hogy speciális körülményeket kell biztosítani az ilyen különleges helyzetben lévő elkövetőknek. Ezekről eltekintve az első olyan törvény, amely érdembeli szabályzást tartalmazott e betegekre nézve az az 1961. évi V. törvény volt és a kényszerelvonó-kezelést vezette be. Ahhoz, hogy a bíróság ezt elrendelhesse az elkövetőnél mértéktelen alkoholfogyasztásnak fent kellett állnia, illetőleg figyelmeztetés vagy esetleg büntetés mellett rendelkezett el a bíróság. A szabadságvesztés esetén a BV (*büntetés-végrehajtási intézet*) volt a végrehajtás helye, de ettől eltérő esetekben zárt gyógyintézetben vagy rendelőintézetben került végrehajtásra.

A rendelőintézet elrendelése esetén az időtartamát, illetve a gyógyító, terápiás programot az intézet vezetőjének volt a feladata meghatározni. Ezzel ellentétben a gyógyintézeti kezelésnél a folyamat egészen a szükséges mértékig tartott, de semmiképpen nem haladhatta meg a 6 hónapot.

A kényszergyógyításnak volt egy olyan kezelési formája, amelyet ma már csak egy rossz emlékként emlegethetünk a magyar jogtörténetben. Ez a forma egészen a

⁴⁹ Pallo József (2006). 27. o.

megjelenésétől kezdve a szakmai közvéleményben negatív érzelmeket váltott ki, hiszen a betegek emberi méltóságához való jogukat súlyosan sértette, illetve a kezelési formának a végrehajtási kikényszerítése a jogállamiság alapértékeivel állt teljesen ellentétben, mivel a beteg itt olyan állapotba került az alkalmazott terápiából kifolyólag, mely során komoly lelki és testi gyötrelmeknek voltak kitéve az alkohol és az előírt gyógyszerek eredményeképpen. Ez végleg száműzetésbe került a magyar büntetőjogból az 1990. évi XIV. törvény által.⁵⁰

Ma viszont már egy komplex, sokkal összetettebb rendszerben valósul meg a kényszer-gyógykezelés. Ezen intézkedés elrendelésekor fenn kell állnia bizonyos feltételeknek, amik a következők: *kóros elmeállapot fennállása, személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekmény elkövetése, ami büntetendő*, a betegségből fakadóan tartani kell a *bűnismétlés veszélyétől* és végük a megvalósult cselekményt legalább 1 év tartamú *szabadságvesztéssel* büntetni rendeli a törvény.⁵¹ Itt érezhető igazán, hogy a társadalom védelme és a gyógyítás fogalmazódik meg, mint kettős cél. Ha az előbb felsorolt feltételek egyszerre teljesülnek, akkor a bíróság az elkövetőt a bűncselekmény elkövetése alól felmenti és elrendeli a beteg kényszer-gyógykezelését. Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) a végrehajtás helye, ezt a Bv. Kódex jelöli ki. Ebben a kódexben kerültek megfogalmazásra azon célok, miszerint sajátos zárt intézeti körülmények között zajlik le a lehető elmebeli rehabilitáció.⁵²

A kényszergyógykezelés szabályozása az új Btk.-ban:

Btk. 78. § (1) Személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elmeműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.

(2) A kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.⁵³

⁵⁰ Pallo József (2006). 27-28. o.

⁵¹ 2012. évi C. törvény 78. §

⁵² Pallo József (2006).28-29. o.

⁵³ 2012. évi C. törvény 78. §

Négy konjunktív feltétel fennállása esetén kerülhet sor a kényszergyógykezelésre: Első feltétele az, hogy *az elkövető elmeműködésének kóros állapota miatt nem büntethető*. Tehát csak akkor van helye kényszergyógykezelésnek, ha a Btk. 17.§ (1) bekezdése alapján büntethetőséget kizáró ok áll fenn, ebből kifolyólag az elkövető nem rendelkezik beszámítási képességgel. A kényszergyógykezelés nem alkalmazható, ha az elkövetőt az elmeműködésének a kóros állapota csupán csak korlátozza a cselekmény következményeinek felismerésében vagy abban, hogy ennek megfelelően cselekedjen.

A második feltétele, hogy *személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetése*. A büntetendő cselekményeknek csak meghatározott köre alapozhatja meg a kényszergyógykezelésnek az elrendelését. A személy elleni erőszakos büntetendő cselekmények kategóriájába sorolhatjuk *az emberölést, az erős felindulásban elkövetett emberölést, a testi sértést, a hivatalos és a közfeladatot ellátó személy elleni erőszakot, a rablást vagy emberrablást stb.* A közveszélyt okozó cselekmény tipikusan a közveszély okozása, de más magatartás is e körbe vonható a konkrét tényállástól függően. A kényszergyógykezelés elrendelésének nincs helye a bírósági gyakorlat szerint, ha a kóros elmeállapotú terhelt által elkövetett cselekmény gondatlan vétség. Ilyenkor a törvény tekintettel van arra, hogy az elkövető bűnössége hiányzik és ebben az esetben a büntetendő cselekmény fordulatot használja az elkövetett cselekmény vonatkozásában a bűncselekmény helyett. Viszont a kényszergyógykezelés nem rendelhető el, ha a cselekmény nem jogellenes (*például jogos védelem esetén*).

A következő feltétele, hogy fennálljon *a bűnisméltés veszélye*. A törvény értelmében akkor alkalmazható, ha hasonló cselekmény elkövetésétől tartani kell. E következtetésnek tényeken kell alapulnia. Az intézkedés ugyancsak nem alkalmazható amennyiben a terhelt már gyógyultnak tekinthető az elbírálás időpontjában, tehát a kényszergyógykezelés feltételei már nem állnak fenn.

Az utolsó feltétel, hogy *az elkövető büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni a bíróságnak*. E feltétel célja az, hogy kényszergyógykezelés elrendelésére ne kerülhessen sor csekély jelentőségű cselekmények miatt. A bíróságnak azt kell figyelembe vennie, hogy az elkövető büntethetősége esetén sor kerülne-e ilyen tartamú szabadságvesztés kiszabására, tehát nem a törvényi büntetési tételre van tekintettel a rendelkezés. Ha valamely feltétele hiányzik a kényszergyógykezelés

elrendelésének, viszont az elkövető kóros elmeállapota miatt szüksége van gyógykezelésre vagy gondozásra, akkor a bíróság köteles értesíteni az illetékes egészségügyi szervet.⁵⁴

5.2. A kényszergyógykezelés végrehajtásának helye:

Mint az előbb említettem, az IMEI-t jelölték ki a kényszergyógykezelés végrehajtásának helyéül. Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet igazgatója az Intézet főigazgató főorvosa, illetőleg ezzel egyidejűleg a parancsnoka is. Ez a kifejezés jelzi azt, hogy a büntetés-végrehajtás részét képezi ez az intézmény.⁵⁵

A fiatakorúak elhelyezésére is ebben az Intézményben kerül sor, rájuk nem tartalmaz semmilyen speciális szabályt az IM rendelet. Az elkülönítés csak eltérő célok esetében kap szerepet, mint az egészségügy és a büntetés-végrehajtás. Feltehető joggal az a kérdés, hogy helyes-e felnőttekkel azonos intézményben történő elhelyezése a fiataloknak.⁵⁶

Nem keveredhetnek egymással a büntetés-végrehajtási és az egészségügyi funkciók az intézetben. Ez alapján el kell különíteni megfelelő módon a fogvatartottakat és a kényszergyógykezelteket, abból kifolyólag, hogy az IMEI elsősorban börtönkórházi, másodszorban pedig kórházi feladatokat lát el.⁵⁷ A kényszergyógykezelés végrehajtásának a gyógyítás az elsődleges eleme, továbbá a beteg olyan kezelése, amely szakszerű és az orvostudomány állásának megfelel, illetve az állapotromlás megakadályozása és amennyiben van rá lehetőség, akkor az egészségnek a helyreállítása.⁵⁸

A gyógyszeres kezelés esetében nem feltétlenül lehet valódi javulásról beszélni, ugyanis a beteg hiába vesz részt gyógyszeres kezelésben, a betegek nagy százaléka nem tudja, hogy milyen gyógyszert is kap pontosan, és ebből kifolyólag merül fel az a probléma, hogy a saját gyógyszeres kezelésüket nem tudják biztosítani.⁵⁹

A bíróság hivatalból köteles felülvizsgálni a kényszergyógykezelés szükségességét, de helye lehet felülvizsgálatnak indítványra is. A kényszergyógykezelés megkezdésétől

⁵⁴ Magyar Büntetőjog Általános Rész (2014). 462-463. o.

⁵⁵ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér, (2013.) 134-135. o.

⁵⁶ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér (2013).

⁵⁷ Kovács Gábor, *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól*. Ügyészek Lapja, 2001/3. sz. 64.

⁵⁸ Vókó György – Lajtár István, *A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei*, Belügyi Szemle, 1997/12.

⁵⁹ Bényei Andrásné – Kövér Ágnes (szerk.): *Watch dog 4. füzet*, Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest.

számított 6 hónap letelte előtt a bíróság hivatalból felülvizsgálja a kényszergyógykezelés szükségességét. Ezt megismétli félévenként, ha nem szüntetheti meg a kényszergyógykezelést a bíróság. Mellőzhető a felülvizsgálat, ha erre már sok került 3 hónapon belül.⁶⁰

5.3 Betegjogok:

A jogalkotó sajátos jogi helyzetet biztosít számukra, ugyanis azon betegekre, akik kényszer-gyógykezelték mégis emberként tekint, úgynevezett *betegjogokkal* is rendelkeznek, melyekről írnék pár mondatot.

Az első a beteg *egészségügyi ellátásához* való jog, ami azt jelenti, hogy az egészségi állapotának megfelelő, folyamatos és mindenféle megkülönböztetés nélkül mindenki jogosult az ellátásra. Ez a jog még magában hordozza az orvos és a beteg kapcsolatát, mely bizalmi alapú, és ebből következik azon joga a betegnek, hogy a kezelőorvosát maga választhatja. Ennél a jognál viszont fontosnak tartom annak a megemlítését, hogy a kényszer-gyógykezelt betegeknek ez torzul, korlátozottan érvényesül, de ez nem minősül jog sérelemnek, mert ilyen esetben csak az IMEI orvosai jogosultak és kötelezettek egyben ezen beteg gyógyítására.

A második egy olyan jog, mely valamennyi büntetés-végrehajtási jogintézmények központi kérdése, ez az *emberi méltósághoz való jog*. A jog a kezelés során mindenkit megillet, ebbe beletartozik az, hogy tisztelettel és megbecsüléssel bánjanak vele és egyben az is, hogy csak az indokolt és megfelelő beavatkozást végezhetik el. Ez továbbá tartalmazza, hogy korlátozott mértékben alkalmazható; *testi kényszer*, *megfogás* és *lefogás*, ha: saját vagy mások életét, testi épségét sérti vagy veszélyeztetni; ha az Intézet rendjét, biztonságát, anyagi javait sérti vagy veszélyeztetni; ha engedély nélküli távozását mások képp nem lehet megakadályozni; vagy ha aktív ellenállást tanúsít a vizsgálattal, gyógykezeléssel szemben.⁶¹ Ilyen esetekben kizárólag differenciált testi és adekvát⁶² kényszer alkalmazása alkalmazható.

A következő jog a *kapcsolattartás joga*. Ezt ún. „*irányítottabbá*” teszi a kényszergyógykezelés végrehajtásának sajátosságai. E jog tekintetében a betegnek ugyanolyan kapcsolattartási formákra van joguk, mint az elítéltnak, tehát: *levelezés*, *telefonbeszélgetés*, *látogató fogadása*, *csomagküldés*, *illetve fogadás*, és *esetleg sajtótermékek*

⁶⁰ Magyar büntetőjog. Általános rész (2004.)

⁶¹ Vókó György, *Büntetés-végrehajtási jog*, Dialóg Campus, Pécs, 2005.

⁶² Jelentése: Odailló (eszköz, tárgy), amely egy dologhoz illik, az adott körülményeknek megfelel.

megrendelése. Annyi eltérés van az általános szabályokhoz képest, hogy egy látogatási rend szabályozza a beteg egészségügyi és elmeállapotától függően a látogatók gyakoriságát, időtartamát, körülményeit, illetve a fogadható személyek körét, és szűrőpróba-szerűen ellenőrizni kell a betegek levelezését és telefonbeszélgetését, feltéve, ha a beteg kóros tudattartamot tükröz és a címzettje hivatalos személy vagy szerv. Az intézményben ápoltak korlátozás nélkül találkozhatnak, kommunikálhatnak a képviselőjükkel, ha az nem hátráltatja vagy akadályozza magának a gyógyításának a menetét.⁶³

A beteg saját akaratából nem hagyhatja el az IMEI-t, de itt is érvényesül *az intézmény elhagyásának* joga, van egy egyfajta *adaptációs szabadságra bocsátás lehetőség*, ez a végrehajtás rendszeréből fakad, így legálisan ki lehet jutni az intézményből, erről az IMEI igazgató főorvosa dönt. Ennek célja, hogy az intézeti gyógykezelést próbára tegyék, illetve, hogy elősegítsék a beteg társadalomba való visszailleszkedését is.⁶⁴ Az erre vonatkozó jogszabály határozza meg részletesen azon feltételeket, melyeknek együttes megléte esetén el lehet bocsátani a beteget a gyógyulása érdekében. Ezen feltételek közül a leglényegesebbek: időtartama maximum 30 nap lehet, melyet ugyanennyivel meg lehet hosszabbítani. Emellett számításba kell venni a beteg állapotát, szociális körülményét, az általa elkövetett cselekményt, illetőleg a gondozására alkalmas személynél kell elhelyezni. Meglehetősen ritka ezen szabadság elrendelése, átlagosan évente 7 adaptációs szabadságra bocsátás van, melyből 6 férfi, illetve 1 nő.⁶⁵

Jellemzően az elrendelő bíróság elrendeli a kényszer-gyógykezelés megszüntetését, illetve megteszi a szükséges lépéseket az esetleges gondnokság alá helyezés érdekében az IMEI javaslatára, ha a beteg elbocsátható. Mint említettem a beteg saját elhatározásából nem hagyhatja el az intézményt, ha mégis megtörténne, akkor nem a fogolyszökés törvényi tényállása valósulna meg, hanem „csak” engedély nélküli távozást kötve el, ennek pedig az a következménye, hogy a rendőri szervet értesíti az IMEI.⁶⁶

A beteg belátási képessége a betegség tekintetében nem teljes, ezért a beteg állapotától nagymértékben függ az *egészségügyi önrendelkezési jog* kiterjedése. Minden ápoltnak orvosi beavatkozáshoz, kivizsgáláshoz és kezeléshez a beleegyezését kell adnia, mely megfelelő tájékoztatáson alapul, illetve a beleegyezése lehet írásbeli, szóbeli vagy megtörténhet ráutaló magatartással (*ez megnyilvánulhat például egy injekció beadásánál úgy,*

⁶³ Pallo József (2006). 30. o.

⁶⁴ Vókó György (2005).

⁶⁵ dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér (2013).

⁶⁶ Pallo József (2006). 30-31. o.

hogy felhúzza az ingujját). A kényszer-gyógykezelés kapcsán komoly jogi és etikai kérdések merülnek fel, tehát ez az egyik legnagyobb fejtörést okozó probléma. Pallo József véleménye szerint – mivel a hatályos joganyag egyértelmű válasszal nem szolgál – a beteg ezen jogának gyakorlására vonatkozó szabályokat egyéniesítve, illetve adekvát módon szükséges meghatározni. A kényszer-gyógykezelésre vonatkozó bírói döntést érvényre kell juttatni, mely a jog erejénél fogva, viszont a garanciális szabályok mellett, a „helyzethez igazítja” a beteg egészségügyi önrendelkezési jogának tartalmát. Az ellátás visszautasításának joga a kényszerjellegéből következő nem releváns⁶⁷, ebből kifolyólag a kényszer-gyógykezelést nem illeti meg, viszont az alkalmazandó kezelés, ellátás az emberi méltóságot nem sértheti.

A betegek továbbá rendelkeznek *az egészségügyi dokumentáció megismerésének jogával*, mely során a kezelt beteg megismerheti a kezelésével kapcsolatos adatokat, illetőleg elbocsátásakor zárójelentést készítenek a részére. Amikor befogadják a kényszer-gyógykezelést, akkor a személyi adatain túl fel kell tüntetni a beutaló bíróság adatait is és legalább havonta egyszer a jelentősebb kezelést vagy állapotváltozást, vagy annak hiányát rögzíteniük kell, és ezen felül az illetékes Pszichiátriai Intézetnek részletes kórrajz kivonatot kell megküldeni a beteg elbocsátása alkalmával. Ezen jog a kényszer-gyógykezeltek tekintetében, hogy az egészségügyi dokumentumokat megismerheti, nem ütközik jelentősebb akadályba, viszont az már egy másik kérdés, hogy magának a dokumentációnak a tartalmát tudja-e értékelni vagy, hogy egyáltalán él-e ezzel a jogával.⁶⁸

A következő betegjog az *orvosi titoktartáshoz való jog*, ami a legrégebbi betegjog. E jog érvényesülése az alappilére az orvosi etikának. Minden beteg joggal várhatja el, hogy az ellátás során tudomására jutott személyes és egészségügyi adatokat az orvosai és az ápolói megőrizték, illetőleg csak azokkal közöljék, akik jogosultak rá. Jellemzően a kezelés során azok is jelen vannak, akiknek ez szolgálati kötelességük, tehát; *a nyomozó hatóság és a büntetés-végrehajtási szervezet tagjai*, tehát nem csak azok, akik a gyógyítás folyamatában részt vállalnak, ebből következik, hogy a kezelt beteg adatainak a védelme sokkalta nagyobb hangsúlyt kap, illetve növeli a személyek felelősségét. Az általános regulákhoz képest itt szigorúbbak az orvosi titoktartás szabályai a kényszergyógykezelésre tekintettel. Az adható információkat és azok terjedelmét az IMEI osztályainak a működési rendje által kerül meghatározásra. A jogszabályban meghatározott mértékben és

⁶⁷ Jelentése: tárgyhoz tartozó, fontos, lényeges, meghatározó.

⁶⁸ Pallo József (2006). 31. o.

módon lehet és kell tájékoztatni az illetékes, illetőleg jogosult hatóságokat, szerveket és személyeket. Csak általános tájékoztatást lehet adni távbeszélőn keresztül ezen szervezeteknek, ha az orvos a hívófél személyéről meggyőződött. Figyelni kell arra, hogy a rehabilitációt ne nehezítsék meg a közölt adatok vagy azok hiányosságai a hozzátartozók vagy a gondnok tájékoztatása során. Fontos az, hogy az orvos felelős mind az orvosi, szakmai, etikai, fegyelmi és mind a büntetőjogi tájékoztatásáért. Érzékelhető tehát, hogy a jogalkotó a kényszer-gyógykezeltek e jogát többletgaranciákkal erősítette meg az általános szabályokhoz képest, de ez teljesen érthető a jogintézmény jellegéből kiindulva.

6. Befejezés

A dolgozatom írása előtt nem sokat tudtam a kényszergyógykezelésről, illetve a kóros elmeállapotúakról. Azonban a munkám során sikerült sokkalta többet megtudnom mind ezen betegségekről, és a kezelésükről. Volt szerencsém egy olyan emberrel interjút készíteni, aki ebben a témában jelentősen tudta tágítani az ismereteimet és nagyon hálás vagyok érte, hogy ezzel is hozzájárult a szakdolgozatom elkészüléséhez. Továbbá ez a dolgozat abban is segített, hogy képet kapjak arról, hogy úgy általában véve a társadalom hogyan gondol ezen csoportba sorolható betegekről, illetve mennyit is tudnak róluk.

Így összegzésként is azt tudom elmondani a büntetőjognak erről a területéről, hogy nagyon sok a bizonytalanság, ugyanis nagyon könnyen át lehet itt lépni egy határt, ami már nem a betegek érdekeit képviseli, hanem inkább csak azt, hogy ne legyenek a társadalom részei. Nagyon sok támadás és kérdés övezi ezt a területet, ami igazából érthető abból kifolyólag, hogy mennyire humánus megoldás is a kényszergyógykezelés. Talán itt függ attól is, hogy maguk az orvosok hogyan állnak a betegekhez vagy éppen milyen kezelést alkalmaznak velük szemben.

Hogy a társadalom egy csekély része mit is gondol erről egy kérdőív során próbáltam megtudni, olyan eredményt kapni, amely tényleg valós és reális képet ad az emberek véleményéről. A mellékletek c. fejezetben helyeztem el a kérdőív eredményeit, illetve annak ábrázolását diagram-szerűen.

7. Mellékletek

Kérdőív eredményeinek összegzése:

A kérdőívet a Google Űrlapok felületén készítettem el. Ehhez személyes adatokat nem kértem, tehát gyakorlatilag teljesen anonim módon történt a kitöltés. E kérdőívet a közösségi oldalakon igyekeztem minél inkább terjeszteni, és szerencsémre voltak olyan emberek, akik segítettek ebben. A kérdőívben próbáltam leegyszerűsíteni minél inkább a kérdéseket, illetve a választási lehetőségeket, így az 1 választási lehetőségtől kezdve, a több választási lehetőségig tudták megválaszolni a kérdéseimet, de mivel többen jelezték felém, hogy ezekben a kérdésekben nem egyszerűen „fekete és fehér” válaszok vannak, illetőleg, hogy ez ennél sokkal tágabb, minthogy megválaszolják egy egyszerű igennel vagy nemmel, így biztosítottam a kitöltőknek egy úgymond „egyéb választ”, ahova beírhatták, ha esetleg eltért a véleményük a lehetséges válaszoktól. S

A kérdőívet, több mint 300 ember kitöltötte, így szerintem, vagyis remélem, hogy a kapott eredmények tényleg tükrözik a valódi képet, a társadalom felfogását ebben a témakörben.

Az első négy kérdés inkább demográfiai adatokra irányult, így megállapításra került, hogy korosztály szerint a kitöltők 8,1%-a 18 év alatti, 61,7%-a 18-25 év közötti, 14,3%-a 26-35 év közötti, 7,8%-a 36-45 év közötti, 4,9%-a 46-55 év közötti és 3,2%-a 55 év feletti. A nemek arányát tekintve úgy tűnik, hogy a nők sokkalta nagyobb arányban töltötték ki a kérdőívet, ugyanis 82,5%-a nő, és 17,5%-a férfi a kitöltőknek. Az emberek foglalkozása is egy külön kérdés volt, és itt nagyon sok válasz érkezett, ugyanis én csak 5 választási lehetőséget adtam meg, de ahogy a válaszok is mutatják, kevés volt. Ugyanis a válaszadók 17,9%-a középiskolai tanuló, 32,1%-a egyetemi/főiskolai hallgató, 41,6%-a aktív munkavállaló, 2,6%-a munkanélküli, 1,6%-a nyugdíjas, 0,6%-a vállalkozó, 0,6%-a OKJ képzést folytat, illetve a következő kategóriák mind 0,3%-os eredményt adtak ki, ami 1 ember választát jelenti, ezek pedig a következők: részmunkaidőben dolgozik és hallgató; GYES-en van; szakgimnáziumi tanuló és munkavállaló; általános iskolai tanuló; középiskola után álló, egyetemi felvételre váró tanuló; háztartásbeli; tanácsadó; diák és egyben alkalmazott is. A következő kérdés az iskolázottságra vonatkozik, hogy mi a legmagasabb végzettség, amelyet a kitöltő elvégzett, és a következő eredmények születtek: 0,6%-a kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik; 14,3%-a

elvégezte már az általános iskolát; 12,3%-a a szakközép iskolát végezte el; 36%-a a gimnáziumot; 14%-a tanfolyam, OKJ képzést végzett el; 22,1%-a főiskolát, egyetemet végzett; illetve van 1 ugyancsak 0,3%-os válasz, amit ugyanúgy 1 ember jelölt meg: doktori fokozat.

A fenti eredményt figyelembe véve elmondhatom azt, hogy a válaszadók közül nagyon sokan rendelkeznek valamilyen iskolai végzettséggel, illetve, hogy a gimnáziumi tanulók és felsőoktatási intézmény hallgatói töltötték ki legnagyobb számban a kérdőívet.

A következő kérdésem már a kóros elmeállapotúak témakörébe tartozik, ugyanis meg kellett határozni a kitöltőnek, hogy szerinte mely betegségek sorolhatóak a kóros elmeállapot kórképei közé. Igyekeztem minél több olyat felsorolni, amit esetleg a laikusok is ismernek, így a következő választási lehetőségeket adtam meg: skizofrénia; mániás-depresszió; alkoholizmus; homoszexualitás-leszbikusság; kényszer és fenyegetés; paranoia; epilepszia; bénulásos elmezavar; kábítószer függőség; szellemi leépülés; illetőleg tudatzavar. Egyetlen egy nem tartozott igazából a kóros elmeállapotok közé: a homoszexualitás-leszbikusság, viszont ezt is többen bejelölték. Itt is hagytam lehetőséget arra, hogy esetleg írjanak be betegségeket, amelyekről biztosan elmondhatják, hogy ide tartozik és olyan válaszokat kaptam, mint például: Borderline és pszichopátia, amik a személyiségzavar egy-egy típusai; illetve kaptam hosszabb válaszokat is, amelyek nem ilyen konkrétak, de ettől eltekintve helyes válasznak mondható: *„gyakorlatilag minden betegség/idegállapot ide sorolható, amely megváltoztatja „kórosan” az ember tudatállapotát tartósan, önmagára vagy másokra nézve károsan vagy életminőségromlást eredményezve”*. A százalékos eredmények a mellékelt ábrán találhatók.

A második kérdés ebben a témakörben, hogy vajon egyetért-e abban a válaszadó, hogy a kóros elmeállapotú személy nem vonható felelősségre büntetőjogilag. A válaszok alapján is látszik, hogy ez egyáltalán nem egy egyszerű igen-nem-es válasz, vagyis fenn álltak ezek a választási lehetőségek, de nagyon sokan írták, hogy ez nem ilyen könnyű. Többen írták, hogy ez függ magától a betegségtől, annak súlyosságától, illetve, hogy kezelik-e vagy sem. Viszont ezek ellenére is voltak többen, akik azon a véleményen vannak, hogy egyértelműen igen (30,1%), tehát ugyanúgy felelősségre vonnának egy kóros elmeállapotú személyt, mint egy egészséges embert, de voltak, akik egyértelműen nemleges (63,79%) választ adtak. Vélemény szerint ez egy eléggé meglepő eredmény.

Feltettem egy kérdést, amely arra irányult, hogy a válaszadó találkozott-e már kóros elmeállapotú személlyel. Itt is több válasz szerepelt az igenen és nemen kívül. Van, aki

bizonytalan ebben (0,3%), tehát nem volt neki egyértelmű. Egy olyan személy is kitöltötte a kérdőívet, aki bipoláris hangulatzavarban szenved, így ő ezt a választ adta meg ennél a kérdésnél, és a kérdőív eredményei után a vele készített interjút lehet olvasni. Viszont ennél a kérdésnél fontos az is, hogy a kitöltő tisztában van-e azzal, hogy ki számít kóros elmeállapotúnak, hiszen, ha felteszem, hogy nem tudja azt, hogy például az epilepszia idesorolható, akkor ennél a kérdésnél helytelen választ fog adni a tudtán kívül. 57%-a a válaszadóknak azt nyilatkozta, hogy már találkozott kóros elmeállapotú személlyel és 45%-a pedig azt, hogy nem.

Ezt egy olyan kérdés követte, melyet csak akkor volt szükséges kitölteni, ha már a személy találkozott e betegségben szenvedő egyénnel. Itt leginkább arra voltam kíváncsi, hogy hogyan viszonyul magához a beteghez, tehát félt-e tőle, felismerte-e, hogy beteg, illetve hogy mennyire volt kellemes csalódás a találkozás vagy éppen pont az ellenkezője. Ennek az árbának az eredményei eléggé összetettek, így a részletezését nem írnám le, mivel ez is megtalálható a mellékleteknél.

Az ötödik kérdésem már a kényszergyógykezelésre irányult, hogy az emberek mennyire ismerik a kényszergyógykezelést, mint büntetőjogi intézkedést. Ez az intézkedés nincs igazán elterjedve véleményem szerint, hiszen, ha valaki nem joghallgató vagy van kapcsolata esetleg egy ilyen betegségben szenvedő személlyel, akkor nagyon kicsi az esélye, hogy találkozik magával az intézkedés fogalmával. Így a megkérdezettek 53,3%-a nem meglepő, hogy nem hallott még erről a fogalomról, míg a többi 48% pedig igen.

A kényszergyógykezelés témájában pedig a következő kérdés volt az - ami igencsak nem volt egyszerű ugyanúgy, mint a felelősségre vonás kérdése -, hogy mi a véleménye arról, hogy a kóros állapotúak veszélyesek a társadalomra. Nagyon sokan állástfoglaltak abból a szempontból, hogy gyógyszeres kezelés mellett, illetve megfelelő felügyelet alatt nem veszélyesek, de itt is figyelembe kell venni a betegséget magát, mint tényezőt. Gyakorlatilag itt sem könnyítettem meg sem a magam, sem a kitöltők dolgát, hiszen ez egy tényleg sokkal összetettebb kérdés. Ezzel ellentétben itt is voltak olyanok, akik tudtak igennel vagy nemmel válaszolni. A kérdőívet kitöltők 70%-a nyilatkozta azt, hogy veszélyesek a társadalomra, illetőleg 12,8% jelölte meg azt, hogy nem veszélyesek. A maradék 17,2% pedig próbált belelátni és tényleg belegondolni abba, hogy tényleg veszélyes lehet-e egy kóros elmeállapotban szenvedő beteg. Több válaszban megtaláltam, hogy magukra is igencsak veszélyesek tudnak lenni.

Ezen kérdések után arra voltam kíváncsi, hogy mit gondolnak arról a válaszadók, hogy esetleg egy ilyen kényszergyógykezelést követően az immár tünetmentesnek mondható beteg vajon vissza tud-e illeszkedni a társadalomban. Itt a kitöltőknél előnyt jelentett az, ha tisztában voltak a kényszergyógykezelés fogalmával. Itt háromféle választási lehetőség volt: *igen*, *nem* és *nem tudom*. Az *igent*, mint választ 43% jelölte meg, a *nemet* 30% és a *nem tudom*-ot pedig 29%.

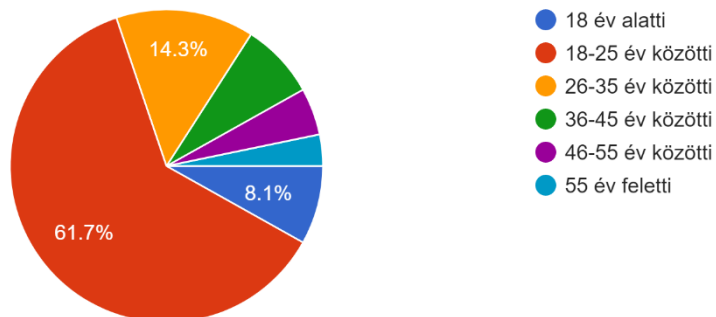
A következő kérdés sorosan kapcsolódik az ötödik kérdéshez, ugyanis, itt arra voltam kíváncsi, hogy az emberek tisztában vannak-e azzal, hogy hol is hajtják végre a kényszergyógykezelést Magyarországon. Ehhez a kitöltőknek szükség volt arra, hogy tudják, mi is az a kényszergyógykezelés. A válaszadók nagy arányban (73,5%) nem tudja, hogy hol történik a kóros elmeállapotúak kezelése, 26,5% százalékának van róla tudomása. Itt az egyéb válaszokat beépítettem ezekbe a százalékokba, ugyanis a válaszokból kivehető, hogy tisztában vannak-e a kérdés témájával.

Az utolsó kérdésem is nagyon széleskörű véleményeket gyűjtött össze. Olyan tekintetben széleskörű, hogy nagyon sokan válaszoltak saját maguktól. Ugyanúgy az előző kérdésekhez hasonlóan itt is voltak olyan személyek, akik eldöntendő kérdésként tudták kezelni, így alakult ki az, hogy a kérdőív kitöltők 71,1%-a gondolja azt, hogy a kényszergyógykezelés egy humánus megoldás, a 20,7%-uk pedig azt, hogy nem az. A plusz válaszok közül kiemelnék néhányat példaként: „*Nem mindig humánus, de a saját és környezetük, szélesebb körben a társadalomra nézve humánusabb a nem kezelésnél.*”; „*Határozottan igen, mindenképpen humánusabb, mintha a többi ember kárára a társadalomba visszaengedve kárt okozhatna vagy, ha ott helyben föbbe lőnénk, hisz a társadalom terhére van csak. Mindenféléképpen ez a leghumánusabb megoldás.*”; „*Nem humánus, de még mindig jobb, mintha ártanának saját maguknak vagy másoknak.*”

7.1 Kérdőív kérdései és eredményei:

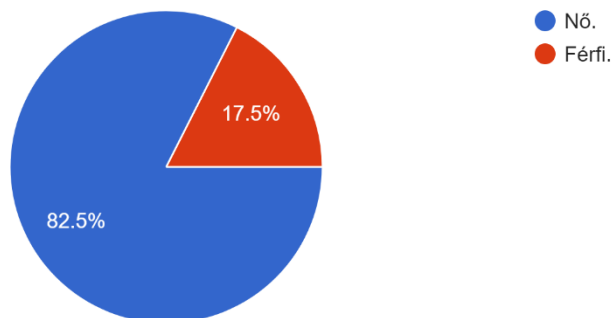
Kora?

308 responses



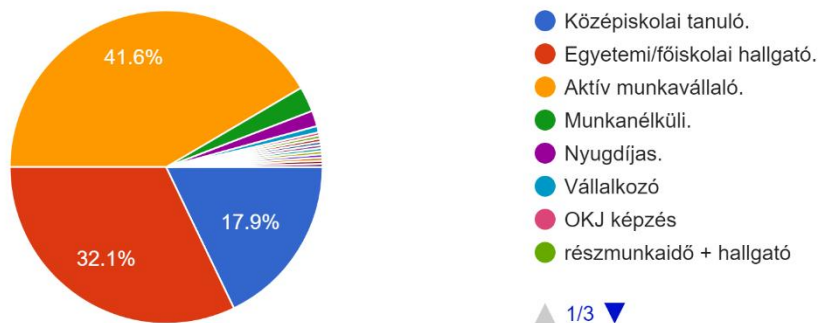
Neme?

308 responses



Foglalkozása?

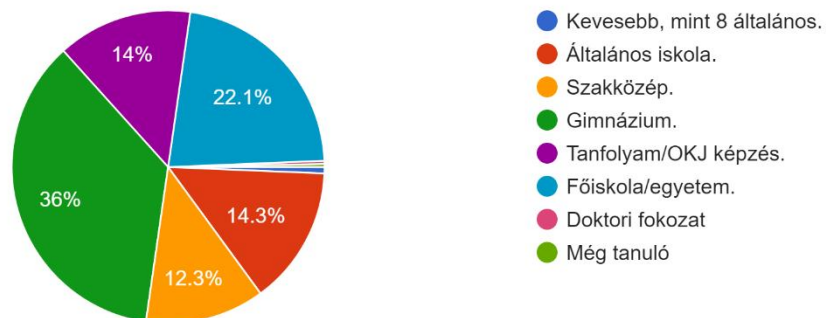
308 responses



▲ 1/3 ▼

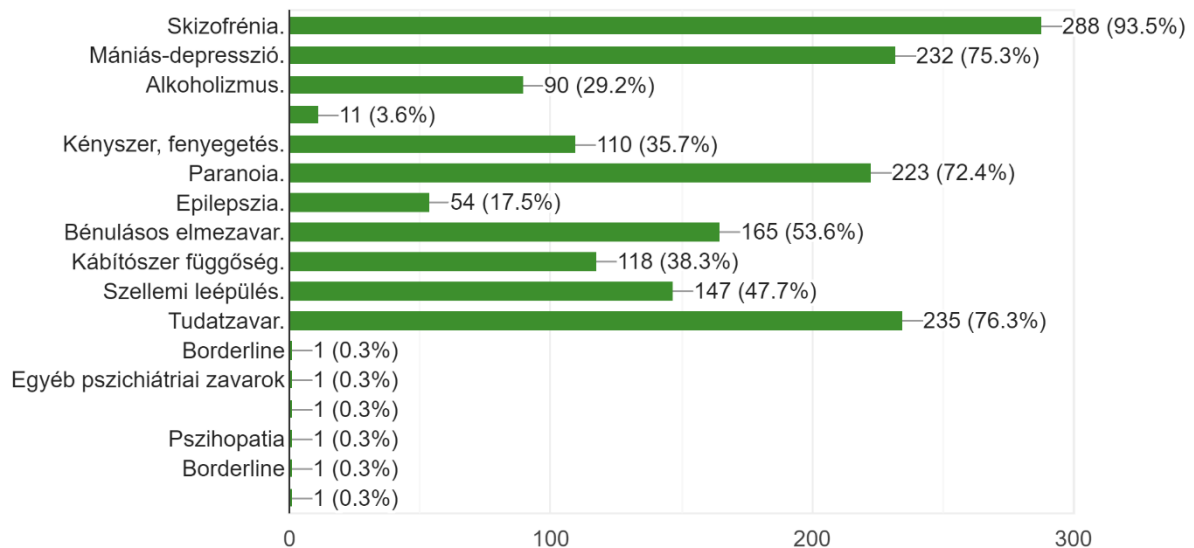
Legmagasabb iskolai végzettsége?

308 responses



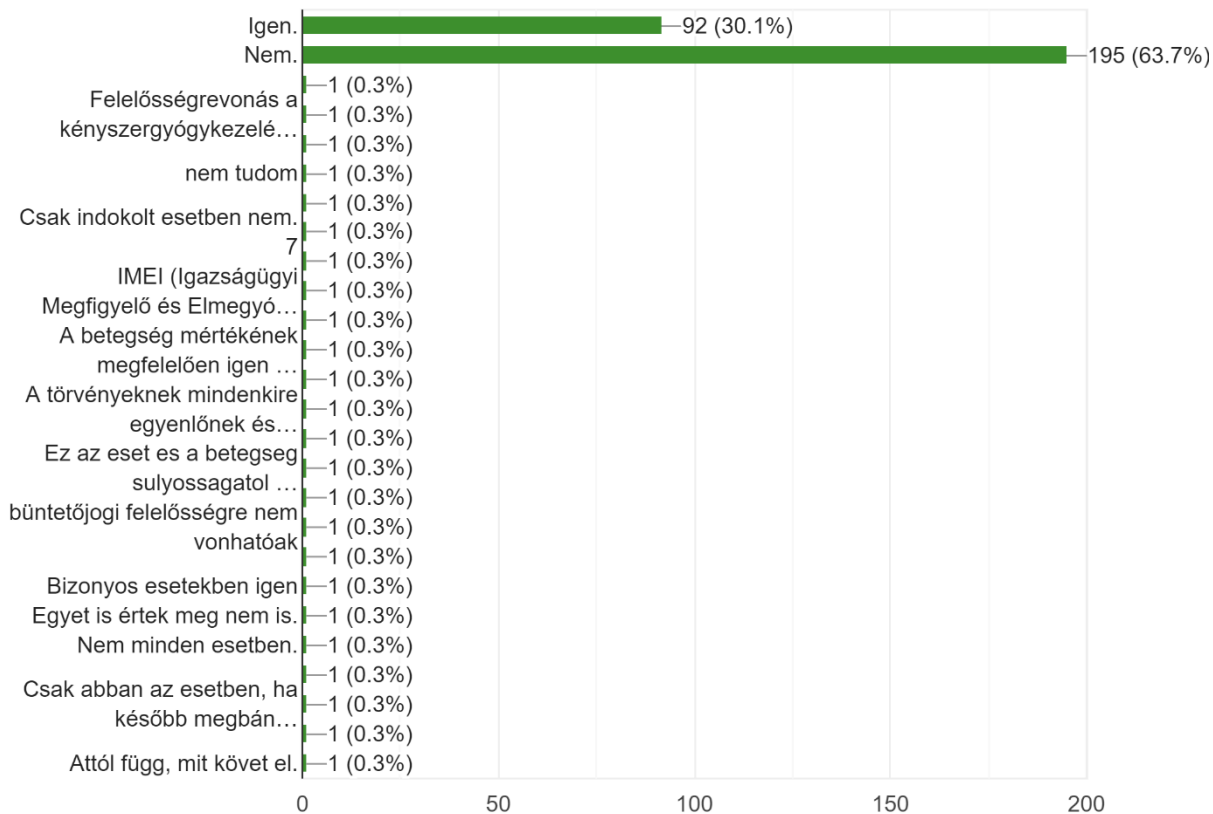
Ön szerint milyen betegségek (kórképek) sorolhatóak a kóros elmeállapot fogalmkörébe? (Több válasz is megjelölhető).

308 responses



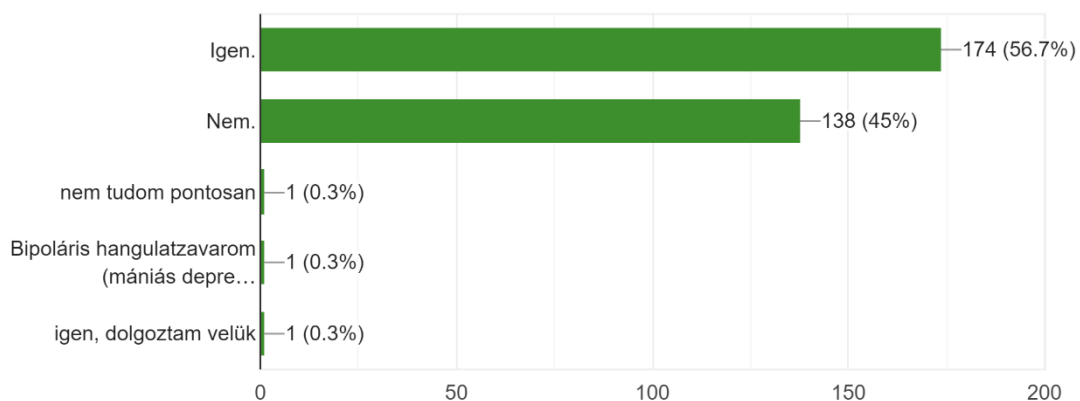
Egyetért-e azzal, hogy a bűncselekményt elkövető beszámíthatatlan kóros elmeállapotú személyek nem vonhatók felelősségre?

306 responses

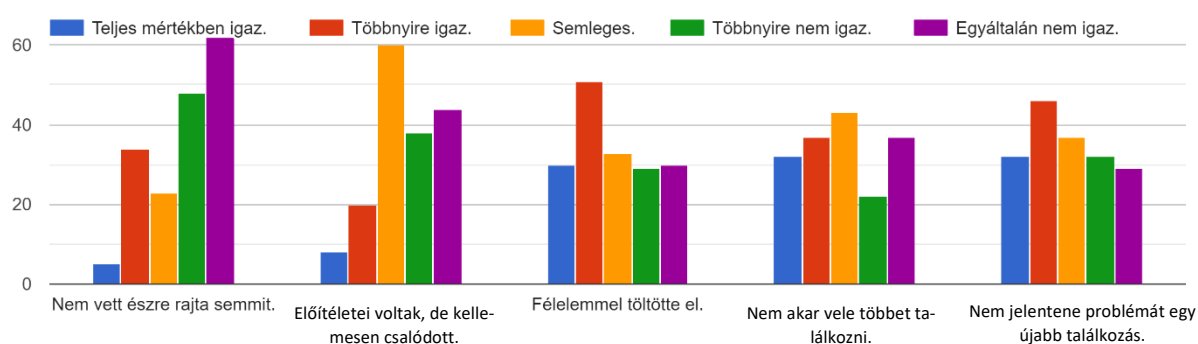


Találkozott -e már kóros elmeállapotú személlyel?

307 responses

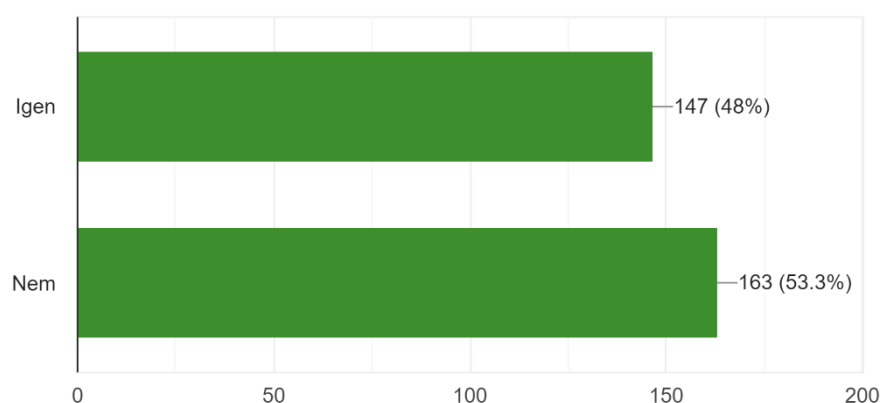


Ha az előző kérdésre igen volt a válasz.



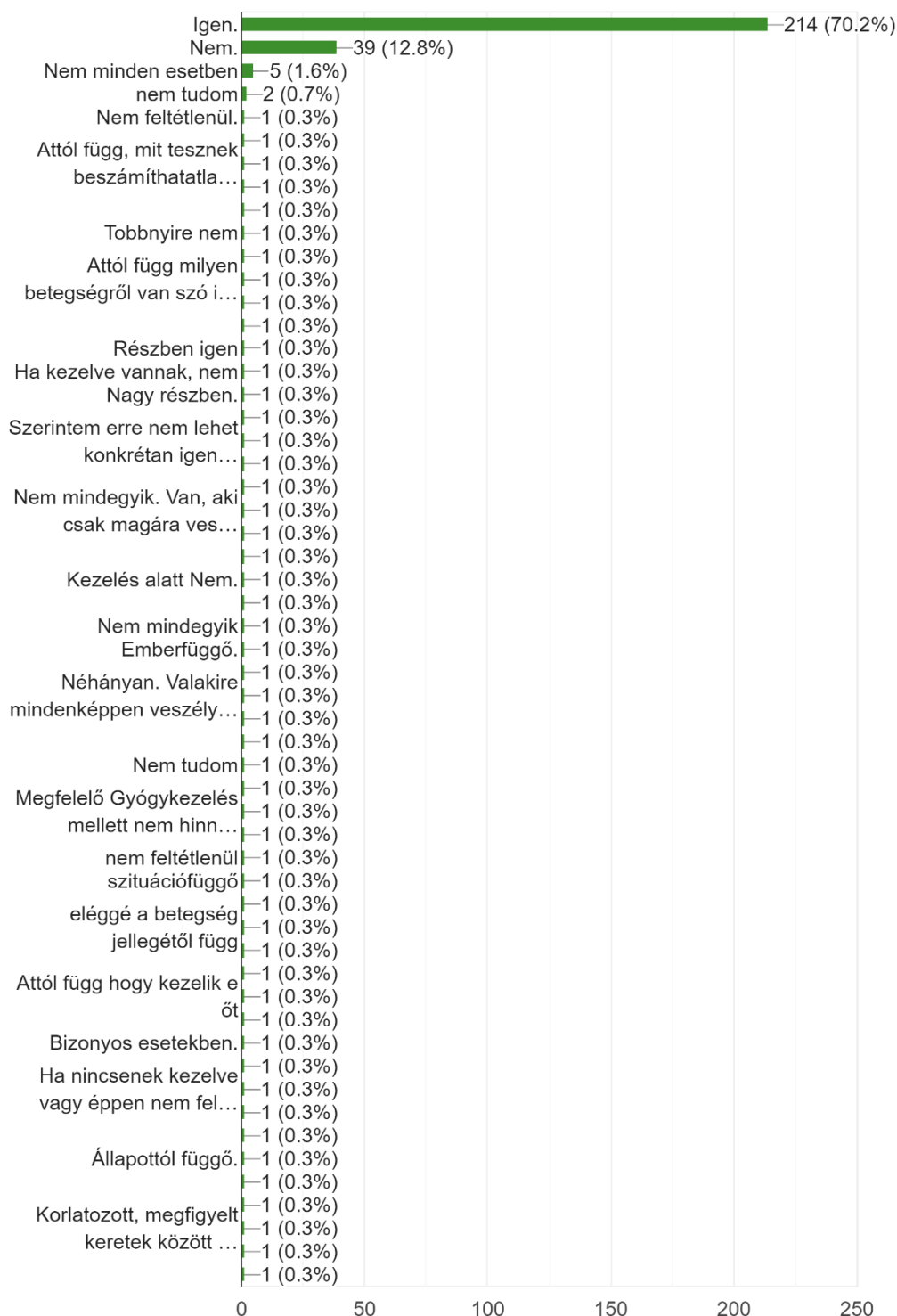
Hallott -e már a kényszergyógykezelés büntetőjogi intézkedésről?

306 responses



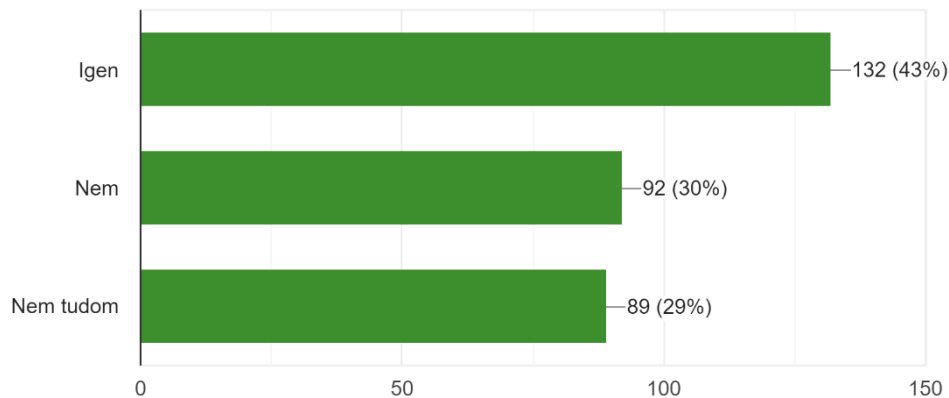
Ön szerint a kóros elmeállapotúak veszélyesek a társadalomra?

305 responses



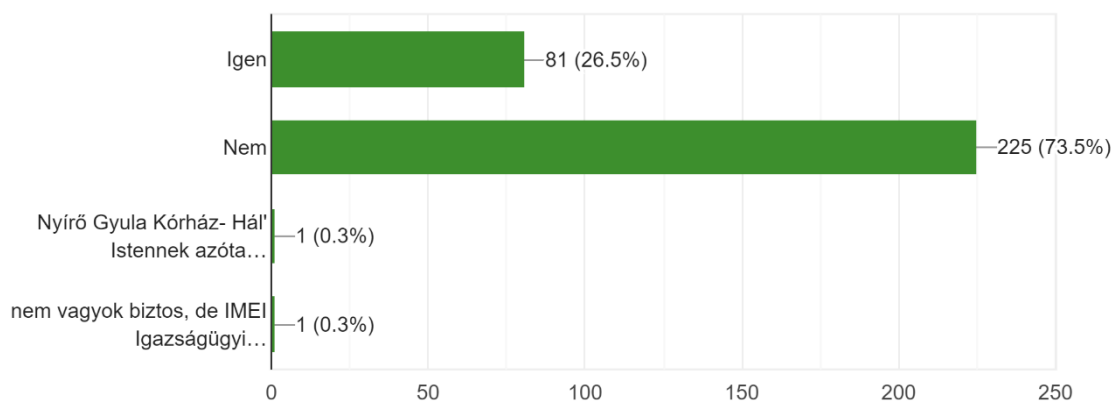
Egyetért-e azzal, hogy a kényszergyógykezelés után az emberek vissza tudnak illeszkedni a társadalomba?

307 responses



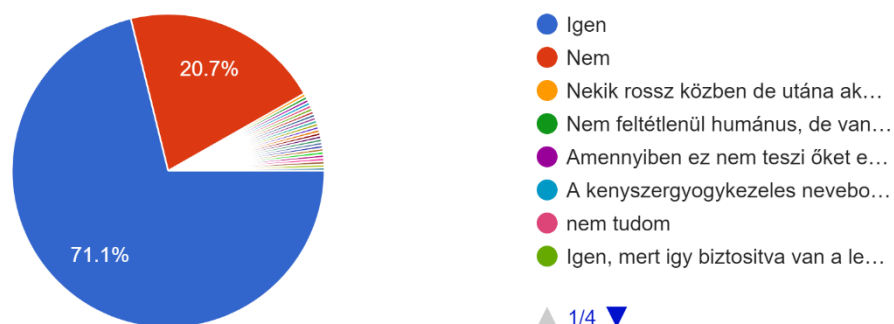
Tisztában van azzal, hogy hol hajtják végre (melyik intézményben) a kényszergyógykezelést Magyarországon?

306 responses



Egyetért-e azzal, hogy humánus megoldás a kényszergyógykezelés a betegekkel szemben?

305 responses



7.2. Interjú:

1. Tudnál magadról és a családról mesélni pár dolgot?

24 éves vagyok és keresztény főiskolára jártam. A családom Pilisborosjenőn lakik, és van egy kislányom is. A párommal az Oktogonra költöztünk, és ugye nem szívlelik a páromat, úgyhogy én, amikor dolgozok, akkor az Oktogonon dolgozok, amikor nem dolgozok, szabadnapomon hazamegyek, illetve a családomról még annyit, hogy egy teljesen normális család, annyi, hogy ilyen vegetáriánusok vagyunk, de ez ebben a témában talán nem sokat számít, talán csak annyiban, hogy a szüleim jártak ilyen spirituális előadásokra, amelyek nagyon elvontak és ugye nekem bipoláris zavarom van, aminek van egy úgynevezett mániás fázisa. Nekem egyszer volt ilyen, még nagyapám halála előtt. Ebben a fázisban nagyon nem jött jól, hogy a szüleim ilyen spirituális előadásokra járnak, mert hát így segített abban, hogy a fantáziám még inkább elmenjen ilyen furcsa irányokba, egyébként is nagyon élénk a fantáziám és hajlamos vagyok mindenfélét elképzelni, ami teljesen normális dolog, csak, amikor ugye hogyha a hangulatzavarból adódóan az ember az elrugaszkodik túlságosan a valóságtól ez akár veszélyes is lehet, ha nem szed gyógyszereket. Mert én pl. elvesztettem a valóságérzetemet azzal együtt.

2. Mikor derült ki, mikor diagnosztizálták a betegségedet?

2015-ben.

3. Családod, hozzátartozók, közeli barátok hogyan álltak hozzá a betegségedhez?

Nagyon megértő volt mindenki. A szüleim viszont nehezen dolgozták fel a történeteket, hiszen nagyon közvetlenül érintette őket a dolog. Édesanyám szerintem a mai napig küzd a betegségem elfogadásával.

4. Említetted a Nyírói Gyula kórházat, mint helyet, ahol kezeltek egy ideig. Mesélnél róla?

Nem nevezném humánus intézménynek, sőt, embertelenül, szinte megjavítandó tárgyaként bánnak a betegekkel. Engem a főorvos hetekig egy szobába zárva kezel, minden ingerhatástól megfosztva, nagyon sok gyógyszert kipróbálva rajtam. Nagyon ritkán használhattam a mellékhelyiséget, ezzel az orvos elérte, hogy minden emberi méltóságomtól megfosztva kínlódjak, rémálmoktól és mértéktelenül adagolt gyógyszerektől, az ápolók gúnyolódásától gyötrődve. Szerencsére, vagy nem szerencsére, de szinte magamnál sem voltam ezekben a hetekben. Arra emlékszem, hogy rémes volt. Mivel kismama voltam,

végül a laktációra, vagyis a tejelapasztó gyógyszeres kezelésre fogta a pszichiátriai kezelés eredménytelenségét, amit egy helyi védőnő szorgalmazott. Ám valójában azért volt eredménytelen ez az első gyógyszeres terapiám, mert az orvosok és az ápolók is brutálisan bántak velem. Ez a kényszerszergőgykezelés azonban elengedhetetlen volt orvosi és jogi szempontból is. A Nyíróbe szállítják jelenleg az összes súlyos mentális, első epizódos beteget, majd innen küldik őket tovább. Miután anyám egy másik pszichiátriára vitetett, az említett főorvos bírósági pert indított a családuk ellen, mert azt állította, hogy veszélyeztettem a lányom és a kiskorú húgom. Mivel azonban a családsegítő szolgálat nem találta ennyire aggasztónak az ügyet, elköltöztem otthonról, s ezzel jogilag rendeztük a helyzetet. Viszont ugyanannyit lehetek a lányommal, mint eddig. Az új orvosom teljes mértékben élhetővé tette a betegségem, mert nagyon jól eltalálta, hogy milyen gyógyszerekre van szükségem, s emellett emberileg is példaértékű, humánus orvos.

5. Más intézményekről, illetve orvosokról, esetleg az általuk nyújtotta kezelésekről is tudnál pár szót írni?

Az új pszichiáterem szárnyai alatt abszolút normalizálódott az életem. Ő a Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai tömbjében dolgozik, de egyre kevesebb beteget vállal, a major depressziót kutatja hivatásszerűen. Ebben a kórházban kétszer voltam, egyszer a Nyíró után közvetlenül egy mániás epizóddal, ami azóta szerencsére nem volt többször nálam. Egyszer hipomániával kezeltek itt, kb. másfél évvel a mániás epizód után. Végül pedig egy harmadik kórházban voltam, Nagykovácsiban, enyhe hipomániával. Tehát 2015 óta javuló tendenciát mutat az állapotom és mindezt ennek a szuper doktornőnek köszönhetem! Lediplomáztam, dolgozom, a belváros frekvenciált negyedében kétszobás albérletünk van az élettársammal... a gyermekemmel is egyre több időt tudok együtt tölteni. Azt hiszem, normális életet élek, már nem igazán tudja elrontani a kedélybetegségem.

6. A kislányodról és a vele való kapcsolatodról tudnál írni 1-2 mondatot? (Édesapja, a terhességet hogyan élted meg bipoláris betegként, illetve arról, hogy az édesanyukád a gyámja).

Az édesapja nem a jelenlegi párom, és azért is szültem ilyen korán, mert abban az időben, mikor még nem volt kezelve a hangulatzavarom, egy hipomán epizód során a felelőtlenségem miatt estem teherbe. Az apa nem érdeklődik a kislány iránt, de szerencsére a szüleim a szárnyaik alá vettek minket. Édesanyám aggódott a betegségem miatt, ezért közös megegyezéssel ráruháztuk a gyámságot, hogy jogilag rendezve legyen a lányom családi

háttere, még akkor se legyen gond, ha esetleg újra kórházba kerülnek. Ez most nem valószínű, de egy élet folyamán ennél a betegségnél sajnos nincs kizárva a visszaesés- ezért is kell folyamatosan szedni a gyógyszereket.

7. Esetleg követtél el olyan dolgot, ami bűncselekménynek vagy szabálysértésnek minősülhetett?

Nyilvános helyen feltűnően hangoskodtam többször, és volt, hogy a boltból kihoztam nasit vagy bizsut. Ezek apró, de azért sajnálatos szabálysértések énszerintem.

8. Mióta vagy úgymond „tünetmentes”?

Teljesen tünetmentesnek talán sosem mondhatom magam, hiszen egy átalvatlan éjszaka bőven elég ahhoz, hogy megboruljon a rend. Utolsó kórházi kezeléseim tavaly januárban volt, de akkor csak azt felügyelték, hogy bevegyem a gyógyszereket, nem módosítottak rajtuk. Azóta a kétheti, vagy havi vizit elegendő.

9. Esetleg volt lehetőség bármilyen módon betekinteni az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe?

Erre még nem volt alkalmam. Viszont bírósági szemle minden kórházi kezeléseim alatt volt. Egyedül a Nyírőre nem tudom azt mondani, hogy tartottak bírósági szemlét. Ha tartottak, akkor sem voltam jelen fizikailag, esetleg szellemileg.

10. Mesélted, hogy diplomás ember vagy, amire szerintem nagyon büszke lehetsz. Mesélnél kicsit az egyetemi éveidről?

Eleinte furának tartottak a többiek, de aztán lettek barátaim. A tanárain jó emberek voltak. Többeknek is meséltem a betegségemről, olyan diákoknak, akikben bízhattam, egyes tanároknak... mindenki megértően reagált, az egyik pszichológiatanárral pedig terápiás jelleggel tudtam beszélgetni is- de ő nem klinikai szakpszichológus volt, ezért nem a betegsége, hanem az életvitelem szempontjából kommunikált velem.

11. Tudnál mesélni kicsit a munkádról?

Teljesen átlagos, kellemes munkám van, rétest árulok egy plázában. Az óvónői diplomából nem egy ilyen munka adódna, de anyagilag és lelkileg is ez a célravezetőbb számomra jelenleg. Annyit mondhatok, hogy az óvónők alig pihennek és még kevésbé keresnek jól.

- 12. Van benned egyfajta félelem, ami a betegségedre irányul? Itt gondolok arra, hogy esetleg előtör mindenféle előjel nélkül és hogy akár akaratlanul kárt okozhatsz magadban vagy másban? Vagy van akkora bizalmad a gyógyszerek felé, hogy nem kell ettől tartanod?**

Ha van is, akkor igyekszem tagadni. De tudat alatt biztosan van, mert mikor nemrég megharapott egy kutya, irreális félelmeim voltak a ma már szinte kihalt veszettségvírussal szemben, melynek a végső stádiuma bizony egy durva mániás epizód tüneteit is produkálhatja, a lappangás utáni időszak pedig a depresszió tüneteire emlékeztet. A kutya szerencsére nem volt veszett, de arcon csapott a felismerés, hogy tudat alatt azért komolyan félek a betegségem feletti kontroll elvesztésétől!

- 13. Van jelenlegi párkapcsolatod? Mióta tart? Vannak nehézségeitek esetleg, amit a betegséged okozhat? A párod hogyan viszonyul a betegségedhez?**

Több, mint két éve élek párkapcsolatban, és a szerelmem ugyanannyira instabil lelkileg, mint én, ha nem jobban. Nagyon impulzív a kapcsolatunk, jó és rossz értelemben is. A doktornőm eleinte próbált lebeszélni róla, de én úgy tűnik, igazán csak egy másik „sebbzettlelkűért” tudok lángolni, őt szeretem. Nagyon problémás pár vagyunk, pszichiáter pártárgyterapeutánk is van! De együtt küzdünk a mindennapokban magunkkal és az élettel -jó esetben nem egymással- és egyre több közösen megálmodott célt valósítunk meg!

- 14. Miért jelentkeztél interjúalánynak?**

Egyrészt hasznos információkat szerettem volna adni Neked, mert én is interjúztattam a szakdolgozatomhoz. Ezáltal, ha hihetek a pontszámoknak, az évfolyam egyik legjobb szakdolgozata lett az enyém.

Másrészt vannak olyan tapasztalataim, melyeket muszáj továbbadnom annak érdekében, hogy mások ne kerüljenek olyan kegyetlen szakemberek kezei közé, mint amilyenek közé én kerültem szerencsétlen módon. Persze a sztorinak jó vége lett, de a rideg valóság az, hogy mégis szomorú a végkimenetel, mert hamarosan az egész Kútvölgyi Klinikai Tömbje megszűnik, avagy részben elköltözik a jelenlegi épületből a Semmelweis egyetemnek. Az okok számomra ismeretlenek, de azt hiszem, politikai eredetűek. Nekem ez a kórház, ez az orvos az életemet mentette meg.

8. Irodalomjegyzék

1. **Bényei Andrásné – Kövér Ágnes (szerk.);** *Watch dog 4. füzet*, Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest.
2. **dr. Kovács Zsuzsa Gyöngyvér,** *A kényszergyógykezelés büntetőjogi megítélés, (PhD) Doktori értekezés, 2013. (134-135.o.)*
3. **Dr. Kőhalmi László,** *A kóros elmeállapot és a beszámítási képesség büntetőjogi szabályozása*, Büntetőjogi Szemle 2012/3. szám.
4. **dr. Pallo József,** *A büntetőjogi gyógyító jellegű kényszerintézkedések végrehajtásának, fogalmi és alkalmazási kérdései (PhD) értekezés, 2009.*
5. **Fehér Lenke,** *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1993.
6. **Györgyi Kálmán,** *Büntetések és intézkedések*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1948. 27. o.
7. **Heller Erik,** *A magyar büntetőjog általános tanai*, A Szent István Társulat Rt. Szegedi Fiókja, Szeged, 1937.
8. **Kovatsits Gábor,** *Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól*, Ügyészek Lapja, 2001/3. szám.
9. **Kulcsár Gabriella,** *A kóros elmeállapot szabályozásával kapcsolatos egyes problémák*, Rendészeti Szemle, 2007/7-8.
10. **Magyar Büntetőjog Általános Rész** (szerk.: Horváth T. – Lévay M.) Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2014.
11. **Pallo József,** *A gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedések végrehajtásának jellegzetességei*, Börtönügyi Szemle, 2006/3.
12. **Strasszer Anett,** *A beszámítási képességről és az egyes kóros elmeállapotokról*, Ügyészek Lapja 2015/2.
13. **Új Btk. Kommentár I. Kötet, Általános rész** (Főszerk.: Dr. Polt Péter), Nemzeti Közszerkesztési és Tankönyv Kiadó, Budapest.
14. **Viszokay László,** *A beszámíthatatlan személyekkel szembeni intézkedés alakulása a fel szabadulástól napjainkig*, Magyar Jog, 1987/10
15. **Vóló György – Lajtár István,** *A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei*, Belügyi Szemle, 1997/12.

16. **Vókó György**, *Büntetés-végrehajtási jog*, Dialóg Campus, Pécs, 2005.

Egyéb források:

1. **1876. évi XIV. törvénycikk 7.§**
2. **1950. évi II. törvény 10.§**
3. **1961. évi V. törvény 21.§**
4. **2012. évi C. törvény**

Internetes forrás:

1. **<https://igazsagugyiszakerto.hu>**