

1. Bevezetés

A józan ész által magára hagyott képzelet elképzelhetetlen szörnyeket szül.¹ Bár e kijelentés valóságtartalmának felismerésére az egyes társadalmak és jogrendszerek meglehetősen korán eljutottak, hosszú és korántsem egyenes út vezetett a mentális zavarban szenvedő egyénnel szembeni ördögűzés kegyetlen módszereitől az orvosi terápia alkalmazásáig. Hazánkban az első „elmebetegekkel” kapcsolatos írásos jogi intézkedés a III. István korából származó *Gratiani-féle decretum*, amely megtiltotta a házasság felbontását abban az esetben, ha valamelyik házastárs elmezavarban megbetegedett, és a másik ennek okán válni óhajtott.² Az elkövető kriminális veszélyességén alapuló biztonsági reakcióeszköz már a *Constitutio Criminalis Carolinában* megjelent 1532-ben azzal, hogy azokat a személyeket, akiktől bizonyított tény körülményekből kifolyólag „gonosztetteket” vagy bűncselekményeket kell várni, és elégséges biztosítékot nem tudnak nyújtani, határozatlan időre biztonsági őrizetbe kell helyezni. Az 1550-es években alapított dologházak már reprezentálták a nevelő büntetés-végrehajtásra, valamint a preventív, javító célú és biztonsági reakcióeszközökre való igényt.³ Ugyanakkor az első olyan forrás, melyben az elmebetegséget orvosi problémaként (is) értelmezték, szembetűnő megkésettiséggel, csupán Mária Terézia uralkodásának idejére datálható. 1763. évi dekrétuma akként rendelkezett, hogy amennyiben a bűnelkövető cselekedete örültségből származik, örültek házába vagy kórházba kell szállítani.⁴ E jelentős időbeli eltolódás oka a büntetőjogi szemléletmód lassú változásán túl az elmebetegség huzamos időn keresztül jellemző társadalmi tény szintjén való megrekedése, illetve annak a felfogásnak a hiánya, hogy a mentális zavart elsősorban a személyiség saját tartományában, az egyén viszonyítási rendszerében szükséges értelmezni és értékelni.⁵

Az 1792. évi törvényjavaslat a beszámításra néve előírta a bűncselekmény tárgyi súlyának, az államra és társadalomra háruló veszélynek és a tettes alanyi bűnösségének figyelembevételét. A bírónak tekintettel kellett lennie a tettes elmebetegségére, műveletlenségére, az elháríthatatlan tudatlanságra, a tévedésre és a részszegsége is.⁷ A cselekményt csak

Gula Krisztina Petra*

A kényszergyógykezelés szabályozásának történeti előzményei

A biztonsági őrizettől a kényszerelemet tartalmazó gyógykezelés megjelenéséig

akkor tekintette beszámíthatónak, ha az egyén szabadon cselekedett, és amit cselekedett, felfogta vagy legalább felfoghatta, tehát az akarat szabadságát és az ítéliképességet egyaránt figyelembe vette.⁸ Méltó társa, de legalábbis elődje volt a fél évszázad múlva Deák Ferenc munkásságát és szellemiségét tükröző 1843. évi törvényjavaslatnak.⁹ Utóbbi már kifejezetten úgy rendelkezett, hogy „büntetéstől menten maradnak” az örültek, a tompa elméjűek, a siketnémák, valamint azok, akik betegség miatt ideiglenesen oly állapotban voltak, hogy tetteik büntetőségének felfogására szükséges eszmélettel nem bírtak.¹⁰

Az európai államok döntő többségében a büntetőbíró nem volt köteles intézkedni a vád alól felmentett elmebeteg elkövetők elhelyezése iránt – ez alól Anglia, Hollandia, Bulgária, Oroszország és három svájci kanton képezett részben kivételt –, a közveszélyes elmebetegekre nézve preventív közigazgatási intézkedések születtek.¹¹ Ilyen volt hazánkban a *közegészségügy rendezéséről* szóló 1876. évi XIV. törvénycikk. A jogszabály a közbiztonságra veszélyes gyógyítha-



Goya *Az ész álma szörnyeket szül* című képe⁶

* Gula Krisztina Petra, PhD-hallgató, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Jog- és Államtudományi Doktori Iskola, ORCID: 0009-0006-0639-855X

tó és gyógyíthatatlan elmebetegek esetében egyaránt elrendelte a tébolydában történő elhelyezést eltartás végett, valamint gyógyítási és ápolási céllal. Az elmebetegség megállapításához „közhivatalban lévő orvostudor”, emellett, amennyiben a betegnek már volt kezelőorvosa, ezen orvos véleményére volt szükség. Az érintettet a gyógyulást követően haladéktalanul el kellett bocsátani. Nem csupán a jogtudomány, de az orvostudomány változásait is jól érzékelteti, hogy bár a törvénycikkben szerepelt, hogy az elmebeteggel szemben személyes korlátozások és kényszereszközök csak szükség esetén, a beteg és mások megóvása érdekében, kizárólag orvosi előírás alapján alkalmazhatók – a szükségességük megszűntével pedig haladéktalanul megszüntetendők¹² –, a Budapesti Királyi Orvosegylet ennek törlését indítványozta, arra hivatkozással, hogy gyógyeljárásról van szó, melyet a tudományos ismeretek alapján kialakított javaslatok szabnak meg, amik az orvosi ismeretek fejlődésével változnak.¹³

Az 1878. évi V. törvénycikk (*Csemegi-kódex*) beszámíthatóságot kizáró okként jelölte meg a megzavart elme-tehetséget, ha az a szabad akaratelhatározást kizárta, valamint az öntudatlan állapotot, amelyek akár együttesen is fennállhatnak.¹⁴ A kódex szövegezése az elmezavar, illetve a felismerő tehetség hiányának eseteire nézve eltért mind az 1843. évi törvényjavaslat, mind más korabeli büntető törvénykönyvek megközelítésmódjától, amelyek taxatív felsorolást tartalmaztak. Csemegi Károly – egyébként a hatályos Btk. megalkotása során a kóros elmeállapot körében alkalmazott jogalkotói logikához és érveléshez hasonlóan – elvetette azt a megközelítést, amely az egyes kórállapotok felsorolásával másokat egyértelműen kizárt az értékelhetőség köréből. Ennek megítélését az orvostudomány feladatának tekintette.¹⁵ A kódex egyik fő érdeme a kóros elmeállapot fogalmának büntetőjogba emelése, amely alapvetően meghatározta a későbbi szabályozások irányait és továbbfejlődési lehetőségeit.

2. Izoláció vagy gyógyítás?

A biztonsági őrizet a Csemegi-kódex

III. novellájában

A büntetőjog fejlődésének következő állomásaként a tudományos érdeklődés középpontjába a tettes személye került. A *Csemegi-kódex* 1948-as, III. novellájában (*III. Bn.*¹⁶), amely indokolása szerint a kódex legkirívóbb hiányosságait volt hivatott orvosolni, testet öltöttek a tettes büntetőjogi irányzat egyes eredményei: legfőbb újtásként a biztonsági őrizet, illetve az ahhoz kapcsolódó egyes gyakorlati kérdések rendezése tartható számon. Alkalmazásának feltétele büntett vagy vétség elkövetése – kihágás nem szolgálhatott alapul –, a beszámítás elmebetegség általi kizártsága, valamint az elkövető tizenhatalmadik életévének betöltése volt. A fiatalok bünelkövetőkre e szabályozás az indokolás szerint azért nem terjedt ki, mert a velük szemben alkalmazható javító és nevelő intézkedések, valamint az egyéb rendszabályok kedvezőbb elintézését tettek lehetővé.¹⁷ A jogszabály lehetőséget biztosított az

elrendelés mellőzésére is első ízben megvalósult vétség esetén, amennyiben az elkövető elmeállapotára tekintettel nem volt valószínűsíthető a bűnismétlés.

A biztonsági őrizet céljai közt *explicite* megjelent a még primátussal bíró ártalmatlanná tétel mellett az újabb büntett vagy vétség elkövetésének veszélyével járó elmeállapot megszüntetése, a társadalom védelme és az elkövető kezelése. Tartamának csupán a minimumát határozták meg, egyelőre egy évben, mely az elrendelő határozat jogerőre emelkedésének napján kezdődött, és az elrendelő bíróságnak a tartam letelte előtt három hónappal kellett döntenie az elkövető bűnismétlés veszélyének megszünte alapján történő elbocsátásáról, vagy biztonsági őrizetének újabb egy évvel történő meghosszabbításáról. Érdekesség, hogy már ekkor megjelent törvényi szinten az a lényegét tekintve napjainkban is alkalmazott gyakorlat, hogy a bíróság az elbocsátást a biztonsági őrizetbe helyezett személy hozzátartozói vagy mások részéről történő felügyelethez kötheti. A bíróság akkor viszont még jogosult volt a felügyelet gyakorlásának ellenőrzésére, és annak elmulasztása esetén az elbocsátott akár a biztonsági őrizetbe is visszahelyezhető volt. Szintén mérlegelési joga volt arra nézve, hogy az elkövető felfüggesztett szabadságvesztése az elbocsátását követően végrehajtásra kerüljön-e.¹⁸ Az egyéves minimumtartamot azáltal látták igazoltnak, hogy rövidebb idő alatt nem lenne megvalósítható a biztonsági őrizet célja, a maximumtartam hiányát – akárcsak a hatályos Btk. megalkotásakor – pedig azáltal, hogy bizonytalan, mennyi ideig van szükség kezelésre az elkövető közveszélyes állapotának megszüntetéséhez, miközben az egyéni szabadság védelmét kellőképp biztosítottak tekintették a bírói felülvizsgálat és ennek során az elmeorvosi felügyeletet gyakorló személy meghallgatása révén. Az elkövetőt viszont csak akkor kellett meghallgatni, ha állapota alapján „célravezetőnek” tűnt.¹⁹ Határozottan és megalapozottan bírálta a szabályozás kötelező minimumtartamra vonatkozó elemét Horányi Béla arra hivatkozással, hogy az elkövető gyógyulása akár egy évnél rövidebb idő alatt is megvalósulhat, és a további fogva tartás újabb zavartsági állapotot indukálhat, ami egyaránt ellentmond a gyógyításra és a közveszélyes állapot megszüntetésére irányuló célkitűzésnek.²⁰ A végrehajtás helye külön e célra rendelt intézet vagy a letartóztató-, illetve elmeorvógyintézet elkülönített része lehetett.²¹

A novellát vitathatatlan érdemei mellett több alapos kritika érte. Schäfer István találatlan mutatott rá, hogy a Magyar Jogászok Szabad Szakszervezetének korábbi novellatervezetéből éppen azok az elemek nem kerültek áttemelésre, amelyek a tettes büntetőjog követelményeit a legtisztábban kifejezésre juttatták volna. Az eltérés már a címben is megjelent: a szakszervezeti tervezet még „gyógyító őrizetről” rendelkezett,²² ami utóbb biztonsági őrizetre módosult. Horányi Schäferhez hasonlóan hibásnak tartotta a biztonsági őrizet megnevezést, mivel az izolálásra, nem az orvosi prevencióra helyezte a hangsúlyt, és értékcsökkenést, társadalmi megbélyegzést sejtetett. Helyette javasolta például az „átmeneti intézet” megjelölést, ami a bűnözők társadalmából a nem bűnözők felé orientálást reprezentálhatta volna.²³

Nem csupán technikai jellegű módosítás volt, hanem az egyes célok közti hangsúlyeltolódás kifejeződése, hogy a tervezet még a gyógyítást sorolta első helyre, sőt arról is rendelkezett, hogy a végrehajtás semmi esetre sem lehet megtorló célú vagy büntetésjellegű, míg a novella az ártalmatlanná tételt helyezte előtérbe a végrehajtásra vonatkozó kitétel mellőzésével,²⁴ holott a jogszabály indokolása kifejezetten „szabadságelvonással kapcsolatos gyógyító intézkedésként” hivatkozott rá.²⁵ Emellett a tervezet több szempont alapján, szűkebben vonta volna meg a gyógyító őrizetbe kerülők körét: kizárólag akkor lett volna alkalmazható, ha „a bűncselekmény körülményeiből, [az elkövető] addigi életmódjából, valamint elmebetegsége neméből és mértékéből alaposan lehet következtetni arra, hogy a jövőben ismét bűncselekményt fog elkövetni”. A novella ezzel szemben bármely büntetendő cselekményt megvalósító elmebeteggel szemben lehetővé tette a biztonsági őrizet alkalmazását. Alapos ugyanakkor az a felvetés, hogy az egyszer büntetendő cselekményt elkövető elmebeteg nem szükségképpen „büntettes-lehetőségű”, közveszélyessége megítélésénél pedig nem lehet egyedül irányadó szempont a szimptomaként megjelenő cselekmény. A tervezet haladóbb szellemű volt a tekintetben is, hogy lehetőséget biztosított volna feltételes szabadon bocsátásra a gyógyító őrizetből.²⁶

Bár a gyógyítás céljának az intézkedés tartalmába való másodlagos felvétele révén kétségkívül „szellőzik a megtorlás gondolatának nehéz levegője”, ez nem változtat azon a tényen, hogy a biztonsági őrizet alkalmazásáról való döntéskor a bíró elsődlegesen az elkövető múltja miatt és nem a jövője érdekében jár el, holott a tettes büntetőjogi irányzat szellemiségének megvalósulásához épp az utóbbira lett volna szükség. Hozzá kell azonban tenni, hogy a novella a tettebüntetőjogi irányzattal sem volt nagyobb összhangban, mivel a beszámíthatatlan egyének esetében alkalmazandó büntetőbírói „kényszerintézkedés” alapjaiban törte át a büntethetőséget a bűnösség mérlegelésére való képességgel összekapcsoló elméletet.²⁷ A tettes büntetőjog szemszögéből tehát megkérdőjelezhető volt, hogy a novella kriminológiai értelemben valódi biztonsági rendszabályt intézményesített-e, míg a tettebüntetőjog oldaláról nézve elvetette a megtorlásról és a büntethetőségről kialakított klasszikus eszmerendszert.

3. Gyógyulásra ítélve: a biztonsági őrizet a Btá.-ban

A „szocialista” büntetőjog-tudomány a tettebüntetőjog mellett foglalt állást, ugyanakkor az elkövetők közti differenciálás – változó tartalommal – meghatározó eredménye volt.²⁸ Az 1950. év II. törvény (Btá.)²⁹ már különbséget tett büntethetőséget kizáró és megszüntető okok közt, előbbieket közé sorolva az elmebetegséget és az öntudatzavart. Eszerint nem büntethető, aki a büntetett olyan elmebeteg állapotban (vagy öntudatzavarban) követte el, amely képtelenné tette a cselekmény társadalmi veszélyességének felismerésére vagy az akaratának megfele-

lő magatartásra. Figyelemreméltó újítás volt a büntetés korlátlan enyhíthetősége, ha az elkövetőt elmebetegsége, öntudatának zavara, a kényszer vagy fenyegetés csupán korlátozta a cselekmény társadalomra veszélyességének felismerésében, vagy az akaratának megfelelő magatartás tanúsításában, azonban a korlátozott beszámítási képesség részletszabályai nem kerültek kidolgozásra, ami a gyakorlatban bizonytalanságot idézett elő. Ezek a rendelkezések nem voltak alkalmazhatók annak javára, aki maga idézte elő állapotát vagy helyzetét abból a célból, hogy a büntetést elkövesse. A *Csemegi-kódex* még monista jogkövetkezmény-rendszert intézményesített – amelyben a bíróság egy meghatározott bűncselekmény jogkövetkezményeként csak egy adott szankciót alkalmazhatott –, ami egyaránt felvetett törvényességi és hatékonysági aggályokat. A Btá. érdemét tekintve ugyancsak monista felfogást követett, a biztonsági őrizet és a javító-nevelő munka törvénybe iktatásával viszont már megjelent két intézkedésjellegű jogkövetkezmény és ezáltal a dualista szankciórendszer felé történő kezdeti elmozdulás.³⁰

A biztonsági őrizet feltételei körében a tizennyolcadik életév betöltésére vonatkozó követelmény elhagyásával fiatalok esetében is lehetővé vált az alkalmazás. A Btá. a III. Bn.-nel összefüggésben felmerült több kritikára választ adott. Az elkövető közveszélyes állapotát az elrendelés feltételévé tette. Bár a szakirodalomban több helyen szerepel, hogy megszűnt a biztonsági őrizet elrendelése mellőzésének lehetősége vétség esetén, ez nem jelentett érdemi változást arra tekintettel, hogy a büntett–vétség megkülönböztetést a törvény generális jelleggel vetette el.³¹ A bírói gyakorlat már ekkor kimunkálta az elvet, hogy ha az elkövetett büntett miatt végrehajtandó szabadságvesztés alkalmazására egyébként sem kerülne sor, a biztonsági őrizetbe helyezés – ami célját és végrehajtását tekintve szabadságelvonással járó gyógyító intézkedés – mellőzendő.³² Az e megközelítés mögött meghúzódó alapgondolat a későbbi szabályozáson keresztül napjainkban is érvényesül.

Míg a III. Bn. alapján a biztonsági őrizetbe helyezett személyt korábbi gyógyulása esetén sem lehetett egy év-nél hamarabb elbocsátani, a Btá. úgy rendelkezett, hogy közveszélyes állapota megszűntét követően haladéktalanul sor kell hogy kerüljön rá.³³ E garanciális követelmény ugyancsak megjelenik a kényszergyógykezelés mint határozatlan tartamú, kizárólag a szükségesség kritériuma által determinált szankció hatályos szabályozásában,³⁴ és abban a rövid intervallumban (2010–2013) is irányadó volt a szükségesség hiányában történő haladéktalan megszüntetés követelménye, amikor az intézkedéshez felső időkorlátot kapcsolt a jogalkotó,³⁵ ezáltal relatíve határozott³⁶ tartamúvá téve azt. Hasonlóképp megjelent az a felfogás – a Legfelsőbb Bíróság büntető kollégiumának állásfoglalása nyomán –, hogy amennyiben a bíróság felügyelet gyakorlásához köti az elbocsátást, azt nemcsak a hozzátartozók, illetve más személyek, hanem az erre a célra fokozott mértékben alkalmas állami elmeorvosintézet is elláthatja.³⁷ Ez a jogalkalmazásban aktuálisan akként képeződik le, hogy a kényszergyógykezeltek elbocsátására a büntetés-végrehajtási szervezetrendszer részeként működő Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvosintézet

Intézetből (IMEI) hozzátartozójuktól érkezett befogadó nyilatkozat vagy szociális otthoni férőhely biztosíthatósága esetén van lehetőség.³⁸

4. A biztonsági őrizettől a kényszerelmelet tartalmazó gyógykezelésig: az 1961. évi Btk.

Az 1961. évi Btk.-ban jelentek meg először önálló cím alatt az intézkedések, köztük a kényszergyógykezelés. A kódex az alternatív dualista rendszer mellett – amely mindkét szankciótípust ismeri és szabályozza, ugyanazon bűncselekmény esetében viszont a bíró csak büntetést vagy intézkedést alkalmazhat – konjunktív dualista elemet is tartalmazott, az alkoholista elkövetők kényszerelvonó-kezelésének büntetés mellett történő alkalmazási lehetőségét.³⁹ A miniszteri indokolás a beszámítási képességet is definiálta a magatartás irányítására és értékelésre való képességként, ami az értelmi és erkölcsi fejlettségben jut kifejezésre.⁴⁰ Kádár Miklós és Kálmán György hangsúlyozták, hogy az elkövető beszámítási képességét cselekményenként szükséges vizsgálni. Példaként említették egy epilepsziás személy esetét, akinél az indulati élet és az impulzuskontroll zavara miatt feltehetően kizárt a beszámítási képesség a személy elleni erőszakos cselekmény (testi sértés) vonatkozásában, ugyanakkor okirat-hamisítás miatt esetlegesen elítélhető lesz, mivel az a betegsége tüneteivel, a kóros lelki elváltozással nem hozható összefüggésbe. A beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot köre taxatív jelleggel, leszűkítően került meghatározásra, és csupán ezek az okok szolgálhattak alapul az elkövető kényszergyógykezelésére is. Kádár és Kálmán rámutattak, hogy az „akaratának megfelelő magatartás” tanúsítására való képtelenséget érintő kitétel nem adekvát abból a szempontból, hogy minden elmebeteg egyén az „akaratának” megfelelően cselekszik, még ha az lényegileg kóros vagy hibás is. Ehelyett a „felismerésnek megfelelő” magatartás kifejtésére való képtelenséget tartották célszerű megfogalmazásnak,⁴¹ amely a későbbi normaszövegekben meg is jelent. Már ekkor kialakult az az általam is helyesnek tekintett és később számos szerző által hivatkozott gyakorlat, hogy amennyiben más büntethetőséget kizáró ok – például jogos védelem – is fennáll egy adott cselekmény vonatkozásában, az elmebeteg vádlottal szemben emiatt kényszergyógykezelés nem rendelhető el.⁴²

A beszámítási képességet kizáró – és a kényszergyógykezelés elrendelését megalapozó – biológiai okok közé a jogalkotó felvette a gyengeelméjűséget, mivel azt számos korabeli elmeakortani tankönyv nem kórfolyamatként, hanem veleszületett károsodásként kezelte, és nem sorolta az elmebetegségek közé. A gyengeelméjűség három fokozatot különböztetett meg, a legsúlyosabb fokú idiotizmust, a gyengeelméjűek többségénél jellemző imbecillitást, valamint a legenyhébb fokú debilitást.⁴³ Ugyanakkor a Btk. nem sorolta a biológiai okok közé a pszichopátiát, amit határállapotként kezeltek az egészség és az elmebetegség közt, ami jellemzően nem korlátozza jelentősebb fokban

a beszámítási képességet, mivel a személyiségszerkezet eltorzulása önmagában nem jelenti azt, hogy az ilyen lelki alkatú személy elmebeli degradációja kóros alapokon nyugszik.⁴⁴ Azokat a ritka eseteket, amikor a pszichopátia figyelembe vehető mértékben kihatott a beszámítási képességre, az elmebetegség körébe vonták. Az öntudatzavart a törvény a tudatzavar megjelöléssel váltotta fel a korabeli elmeakortan tendenciájával összhangban. Időleges tudatzavar akkor alapozhatta meg a beszámíthatatlanságot és a kényszergyógykezelést, ha az elbíráláskor is fennállt a bűnismétlés veszélye.⁴⁵ Gárdai Gyula és Vigh József e mentális rendellenességek körét túlzottan leszűkítőnek tartotta, és idesorolta volna a nemi aberráltság eseteit is, mivel álláspontjuk szerint egyes hormonális zavarokkal összefüggésben lévő betegségek szintén jelentős hatással lehetnek az akaratelhatározásra.⁴⁶ Hozzá kell tenni, hogy ezen elmeállapotok körét a korabeli bírói gyakorlat is szükségesnek látta kibővíteni.⁴⁷

Azzal szemben, aki elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben vagy tudatzavarban elkövetett cselekménye miatt nem volt büntethető, a bíróság kényszergyógykezelést rendelt el, ha attól kellett tartani, hogy olyan cselekményt követ el, mely egyébként megvalósítja valamely bűncselekmény törvényi tényállását. A Btk.-hoz képest a bűnismétlési veszély kapcsán a törvény elhagyta az egyén közveszélyes állapotára vonatkozó kitétel, mivel annak az orvostudomány jóval tágabb jelentést tulajdonított; helyette lényegileg körülírta a feltételt.⁴⁸ Haladó felfogást tükrözött az 1971. évi 28. törvényerejű rendelet, amely – a büntett-vétség megkülönböztetés hazai büntetőjogunkba történő ismételt integrálása nyomán – vétség esetén lehetőséget nyújtott az intézkedés mellőzésére, amennyiben az elkövető személyi körülményei, vagy a cselekmény súlya és jellege alapján a társadalom védelme szempontjából szükségtelen volt.⁴⁹ Bár az új megjelölés szubsztanciája érzékelhetően az a megváltozott szemlélet volt, mely a beteg gyógyítását az elkülönítéssel egyenrangú – ha nem azt megelőző – célként kezelte,⁵⁰ Szabó András azon aggályának adott hangot, hogy a kényszergyógykezelés legalább részben büntetőjogon kívüli eszköz, mivel pusztán elrendelése tartozik a jogi szabályozás hatókörébe, míg végrehajtása valójában egészségügyi-orvosi szakfeladatként minősül.⁵¹

A szabályozást több szerző alappal kifogásolta a tekintetben, hogy túl tágan vonta meg az intézkedés alkalmazási körét. A társadalom védelmének szempontja nem teszi szükségessé, hogy a kevésbé jelentős büntetettek elkövető, beszámíthatatlan elmebeteg, gyengeelméjűek vagy tudatzavarban lévők is kényszergyógykezelésben részesüljenek. Ennek nyomán Farkas Sándor, a Legfőbb Ügyészség fősztályvezető ügyésze javasolta az elrendelés eseteinek jelentős, kizárólag az erőszakos vagy súlyos büntetettek elkövetőire való leszűkítését.⁵² Gárdai és Vigh osztotta véleményét és javaslatát, hogy a kényszergyógykezelés alkalmazását azokra az esetekre szükséges redukálni, mikor az egyén várható magatartása tényleges veszélyt jelent a társadalomra. Ellenkező esetben olyanok kényszergyógykezelésére is sor kerülhetne, akik polgári elmeorvosintézetekben kezelhetők lennének.⁵³ Ezek a

megfontolások a kényszergyógykezelés hatályos szabályozásában, a határozatlan idejű szabadságelvonással járó szankció alkalmazási kritériumaiban is tetten érhetők: az elrendelést megalapozó cselekmények (személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó) jellegében, a hipotetikus bírói döntés követelményében (az elkövető büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni) és a speciális bűnisméltés veszélyében.⁵⁴

Az intézkedés foganatosítási módja körében lényeges új elem volt, hogy kijelölt egészségügyi intézetben vagy gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban került rá sor, melyek közül az előbbi volt súlyosabb formának tekinthető. Egészségügyi intézetben kellett végrehajtani, ha élet, testi épség, egészség vagy közbiztonság elleni, illetőleg egyébként erőszakos jellegű olyan cselekmény miatt rendelték el, mely a büntethetőséget kizáró ok hiányában valamely büntett tényállását valósította volna meg, és egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetés kiszabását eredményezte volna. Ennek megállapítása során a bíróságnak a cselekmény tárgyi oldala, azaz külső objektív megjelenésének, előzményeinek és elkövetési körülményeinek alapos elemzésével kellett eldöntenie, hogy büntethetőségi akadály hiányában indokolt lenne-e egy évnél súlyosabb szabadságvesztés kiszabása.⁵⁵ Ez a szabály garanciális jelentőségű volt arra az elvre figyelemmel, hogy az elkövető ne kerüljön hátrányos helyzetbe pusztán amiatt, hogy a büntethetőségi akadály fennforgása folytán rá büntetést kiszabni nem lehet. Ezáltal a törvény – negatíve – azt is meghatározta, hogy házi gondozásra csak ezen esetkörökön kívül kerülhetett sor, ha annak objektív feltételei, például a megfelelő elhelyezés, egészségügyi ellátás és a gondozó személyek biztosítva voltak.⁵⁶ A házi gondozást olyan beteghez közel álló személy hajthatta végre, aki vállalta ápolását, állandó felügyeletét, és nem utolsósorban körülményei is alkalmassá tették a feladat ellátására.⁵⁷

Hozzá kell tenni, hogy a végrehajtási forma megváltoztatására a korabeli gyakorlat alapján több lehetőség is volt. A kényszergyógykezelés további szükségességének megvizsgálásakor a bíróság elrendelhetette az intézetből való elbocsátást azzal, hogy a kényszergyógykezelést gyógykezeléssel egybekötött házi gondozásban kell folytatni. Ha nem volt olyan hozzátartozó, aki a házi gondozást vállalta vagy vállalhatta, az intézet vezető főorvosának intézkednie kellett az elmebetegek szociális otthonában (vagy elmebeteget otthonban, munkaterápiás intézetben, illetve kórházi elmeosztály családi ápolási telepén) történő elhelyezés iránt.⁵⁸ A kényszergyógykezelés évenkénti felülvizsgálata során megfelelő orvosi szakvélemény alapján lehetőség volt a házi gondozás útján való foganatosítás elrendelésére.⁵⁹ Ha azonban a kényszergyógykezelést házi gondozásban rendelték végrehajtani, súlyosabb végrehajtási formát – méltányossági megfontolások alapján – csak akkor írhatott elő a bíróság, ha ezalatt a terhelt újabb bűncselekményt követett el. Ekkor is vizsgálni kellett az új büntetőeljárás során, hogy a szigorúbb végrehajtási mód alkalmazása valóban szükséges-e.⁶⁰ Ha az ismételt elkövetés miatt a kényszergyógykezelés súlyosabb foganatosítási módját kellett alkalmazni, a már korábban elrendelt

kényszergyógykezelés végrehajtását a kijelölt egészségügyi intézetben kellett folytatni.⁶¹

A *Btá.*-hoz képest abban is eltérés mutatkozott, hogy a kényszergyógykezelés nem a bírói ítélet jogerőre emelkedésének, hanem a gyógykezelés megkezdésének napján, vagyis azon a napon kezdődött, amikor az egészségügyi intézetbe befogadással, illetve a házi gondozásba vétellel a gyógykezelés ténylegesen hatályosult.⁶² Ez a megközelítés a kényszergyógykezelés hatályos szabályozásában is tükröződik, mely szerint az intézkedés kezdete főszabályként az IMEI-be történő befogadás napja. Amennyiben viszont kényszerintézkedésként előzetes kényszergyógykezelés előzte meg, és annak végrehajtását nem szakították meg, az intézkedés kezdetének az előzetes kényszergyógykezelés kezdő napja tekintendő⁶³, sőt, a más gyógyintézetben töltött időt ugyancsak be kell számítani az előzetes kényszergyógykezelésbe.⁶⁴ A *Btá.*-hoz hasonlóan viszont a bíróságnak haladéktalanul meg kellett szüntetnie a kényszergyógykezelést, ha szükségessége már nem állt fenn. Az intézeti kezelés és a házi gondozás esetében egyaránt így kellett eljárni.⁶⁵ Fiatalkorúval szemben gyógyító intézkedésként kényszergyógykezelés vagy – fogyatékos értelmű vagy gyengeelméjű elkövetővel szemben – gyógyító nevelés volt elrendelhető. A gyógyító nevelés a kényszergyógykezeléshez hasonlóan addig tartott, míg szükségessége fennállt (vagy a fiatalkorú a tizennyolcadik életévét betöltötte).⁶⁶

Ellentmondásos volt a már elrendelt biztonsági őrizet és az 1961-es *Btk.*-val hatályba lépő kényszergyógykezelés intézményének egymáshoz való viszonya. Vítatható az a korabeli szabályozás, hogy a biztonsági őrizetet elrendelő elsőfokú bíróságnak a *Btk.* hatálybalépését követő három hónapon belül meg kellett vizsgálnia az ügyet, és döntenie kellett a biztonsági őrizet megszüntetéséről, vagy megszüntetés hiányában kényszergyógykezelésre történő átváltoztatásáról és annak végrehajtási módjáról.⁶⁷ Az e kérdésben hozandó döntésnél meg kellett vizsgálnia, fennállnak-e a kényszergyógykezelés törvényi előfeltételei. Míg a biztonsági őrizet rendszerében évenkénti meghosszabbításra került, illetve kerülhetett sor, ez a kényszergyógykezelés mint határozatlan tartamú szankció bevezetésével nyilvánvalóan értelmét veszítette. Felmerült viszont a kérdés, hogyan kell eljárni a *Btk.* hatálybalépése előtt elrendelt és egy évvel meghosszabbított biztonsági őrizet esetében. Határozottan ellentmondani látszik a jogbiztonság, az előreláthatóság, de az elkövetővel szembeni méltányosság követelményének is az a kialakult gyakorlat, hogy ha a biztonsági őrizet meghosszabbítását el is rendelték 1962. július 1. napja előtt, annak foganatosítására nem kerülhetett sor, és határozatlan tartamú kényszergyógykezelésként kellett folytatni a végrehajtást.⁶⁸

5. Zárógondolatok

Ahogy ezen áttekintésből láthatóvá vált, a kényszergyógykezelés jelenlegi szabályozásának és gyakorlatának számos eleme, legalább az elvi alapok szintjén, már a *III. Bn.*-ben, illetve a *Btá.*-ban szereplő biztonsági őrizet

és az 1961. évi *Btk.*-val bevezetett kényszergyógykezelés hatálya alatt kialakult. A *III. Bn.* biztonsági őrizetre vonatkozó rendelkezéseinek megalkotásakor ugyancsak döntő szempontnak bizonyult az elkövető gyógyításához szükséges időtartam bizonytalansága, így a szankcióhoz nem kapcsolódott felső időkorlát. Ugyanakkor, míg a *III. Bn.* alapján a biztonsági őrizetbe helyezett személy egy évnél korábban történő elbocsátására nem volt lehetőség, a *Btá.* szerint közveszélyes állapota megszűntét követően haladéktalanul sor kellett hogy kerüljön rá. A szükségesség kritériumának primátusa megjelenik mind a jelenleg hatályos határozatlan tartamú, mind a 2010 és 2013 közt hatályban volt – büntetőjog-alapelvei és garanciális megfontolásokra figyelemmel adekvátabbnak tekinthető⁶⁹ – relatíve határozott tartamú kényszergyógykezelés szabályozásában. A Legfelsőbb Bíróság a biztonsági őrizet kapcsán úgy foglalt állást, hogy elbocsátását követően a kezelt fölött a felügyeletet hozzátartozója vagy állami

elmeógyógyintézet egyaránt elláthatja. Ez képeződik le abban a napjainkban is jellemző jogalkalmazói gyakorlatban, mely a kényszergyógykezelés megszüntethetőségét a kezelt hozzátartozójától származó befogadó nyilatkozathoz vagy szociális otthoni férőhely meglétéhez kapcsolja. A kényszergyógykezelés magyar jogrendszerbe történő bevezetésekor egyértelműen megfogalmazódott az a máig aktuális szemlélet, hogy a szabadságelvonó intézkedés alkalmazására kizárólag *ultima ratio* jelleggel és súlyosabb büntetendő cselekmények megvalósítása esetén kerülhesen sor, amennyiben az elkövető tényleges veszélyt jelent a társadalomra. Az elkövető büntetőjogi keretrendszerbe integrált gyógyításának célja és a szabadságelvonással járó szankció kapcsán elengedhetetlen büntetőjogi garanciák kialakítása közti összhang megteremtésére törekvés végigkísérte az intézkedés fejlődéstörténetét, miközben az ezek közti időnkénti hangsúlyeltolódás napjainkig felvet régi és új kérdéseket egyaránt.

GULA, KRISZTINA PETRA

Historische Hintergründe der Regulierung der Zwangsbehandlung Von der Sicherheitsverwahrung bis zum Aufkommen der Zwangsbehandlung

(Zusammenfassung)

In dieser Studie untersuche ich bestimmte historische Vorläufer der Entwicklung der zwangsweisen Heilbehandlung als strafrechtliche Sanktion, die gegenüber Straftätern mit krankem Zustand seiner Geistesfunktion angewendet werden kann. Dabei konzentriere ich mich hauptsächlich auf die Regelungen zur Sicherheitsverwahrung in der dritten Novelle des *Kodex Csemegi* und des *Btá.* sowie auf die einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuchs von 1961, das die zwangsweise Heilbehandlung als Maßnahme in das ungarische Rechtssystem einführte. Es ist ersichtlich, dass viele Elemente der aktuellen Regelung und Praxis der zwangsweisen Heilbehandlung – zumindest auf der Ebene der grundlegenden Prinzipien – bereits unter diesen Rechts-

vorschriften entstanden sind. Die Kontinuität dieser Vorläufer zeigt sich in mehreren Aspekten, darunter der *ultima ratio* Charakter dieser freiheitsentziehenden Maßnahme, bestimmte Kriterien für ihre Anordnung, die unbestimmte Dauer der Sanktion – die Sorgen aufwirft – und Fragen der Rechtsanwendung, wie etwa die praktischen Voraussetzungen für die Beendigung der zwangsweisen Heilbehandlung. Das Streben nach einem Gleichgewicht zwischen dem Ziel der in den strafrechtlichen Rahmen integrierten Heilung des Täters und der Schaffung wesentlicher strafrechtlicher Garantien für die freiheitsentziehende Sanktion hat die historische Entwicklung dieser Maßnahme begleitet und bis heute Fragen und Debatten aufgeworfen.

GULA, KRISZTINA PETRA

Historical Background to the Regulation of Compulsory Medical Treatment From Security Custody to the Emergence of Compulsory Medical Treatment

(Abstract)

In the present study, I examine certain historical precedents in the development of the involuntary treatment of offenders who cannot be prosecuted due to their mental condition as a criminal sanction, focusing primarily on the regulation of security detention in the Third Amendment to the *Codex Csemegi* (III. Bn.) and the *Btá.*, as well as the relevant provisions of the Criminal Code of 1961, which introduced involuntary treatment as a measure into the Hungarian legal system. It is evident that numerous elements of the current regulation and practice of involuntary treatment – at least on the level of fundamental principles – were already established under these laws. The continu-

ity of these precedents can be observed in several aspects, including the *ultima ratio* nature of the liberty-depriving measure, certain criteria for its imposition, the indefinite duration of the sanction – which raises concerns –, and questions arising in the legal practice such as the practical conditions for terminating the involuntary treatment. The balancing between the goal of treating the offender, integrated into the criminal justice framework, and the establishment of legal safeguards that are essential for the liberty-depriving sanction can be observed throughout the development of the measure, generating debates and questions to this day.

Jegyzetek

- ¹ GOYA, Francisco: *El sueño de la razón produce monstruos*. 1799.
- ² FEJESNÉ VARGA Zita: A kóros elmeállapot kérdésének megjelenése a perújítási eljárásban. *JURA*, 2017. 2. sz. 298. p.
- ³ NAGY Ferenc: *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*. Budapest, 1986. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 10. p.
- ⁴ FEJESNÉ VARGA 2017. 298. p.
- ⁵ SZABÓ András: A büntetőjog reformja – a reform büntetőjoga. *Jogtudományi Közlöny*, 1988. 8. sz. 522. p.
- ⁶ Kép forrása: Francisco de Goya: Caprichos image #43, *El sueño de la razón produce monstruos*. Scanned from a lithograph (or something similar) in a 1925 German edition of the Caprichos by User:Fastfission. *WikipediaCommons*. [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Goya_-_Caprichos_\(43\)_-_Sleep_of_Reason.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Goya_-_Caprichos_(43)_-_Sleep_of_Reason.jpg).
- ⁷ FINKEY Ferenc: *Az 1792. évi büntetőtörvényjavaslat 150. évfordulója*. Budapest, 1942. Stúdium Könyvkiadó Rt., 15–16., 21–22. p.
- ⁸ PALLO József: *A gyógyító jellegű büntetőjogi intézkedések fogalmi és alkalmazási kérdései*. PhD-értekezés. Miskolc, 2009. Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 104. p.
- ⁹ FINKEY 1942. 25. p.
- ¹⁰ FAYER László (szerk.): *Az 1843-iki büntetőjogi javaslatok anyaggyűjteménye I. kötet*. Budapest, 1896. Magyar Tudományos Akadémia, 27., 31. p.
- ¹¹ NAGY 1986. 12. p.
- ¹² 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről. 71–72., 75–76. §.
- ¹³ A magyar kir. budapesti orvosegylet 1876 januári véleménye a közegészségügy rendezéséről szóló törvény tervezetéhez. http://tankonyvek.edu.pl/mati-files/pdf/otka/04_kap.pdf.
- ¹⁴ 1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekéről és vétségekről. 76., 88. §.
- ¹⁵ EDVI ILLÉS Károly – GYOMAI Zsigmond (szerk.): *Csemegi Károly művei. Második kötet*. Budapest, 1904. Franklin-társulat–Magyar Irod. Intézet és Könyvnyomda, 219–221. p.
- ¹⁶ 1948. évi XLVIII. törvénycikk a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról. (III. Bn.)
- ¹⁷ 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról. Az 1. §-hoz.
- ¹⁸ 1948. évi XLVIII. törvénycikk. 1–4. §
- ¹⁹ 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása. A 3. §-hoz, A 4. §-hoz, A 10. §-hoz.
- ²⁰ HORÁNYI Béla: Az új büntető novella elmeorvosi szempontból. *Jogtudományi Közlöny*, 1948. 2. sz. 300. p.
- ²¹ 1948. évi XLVIII. törvénycikk. 5. §.
- ²² SCHÄFER István: Biztonság vagy gyógyítás? *Jogtudományi Közlöny*, 1948. 14. sz. 219. p.
- ²³ HORÁNYI 1948. 301. p.
- ²⁴ SCHÄFER 1948. 219–220. p.
- ²⁵ 1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása. A 3. §-hoz.
- ²⁶ GYÖRGYI Kálmán: *Büntetések és intézkedések*. Budapest, 1984. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 27. p.
- ²⁷ SCHÄFER 1948. 220. p.
- ²⁸ GYÖRGYI 1984. 30., 32. p.
- ²⁹ 1950. évi II. törvény a büntetőtörvénykönyv általános részéről. (Btá.)
- ³⁰ NAGY Ferenc – TOKAJI Géza: *A magyar büntetőjog általános része. II. kötet*. Szeged, 1989–1990. JATE Könyvkiadó, 177–180. p.
- ³¹ 1950. évi II. törvény. 10., 49. §; 1950. évi II. törvény indokolása a büntetőtörvénykönyv általános részéről. A 11. §-hoz.
- ³² BH 1961.1.2794: Győri megyei bíróság Bf. 588/1960. sz. 1960. VIII. 26.
- ³³ 1950. évi II. törvény. 49. §.
- ³⁴ 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről. 78. § (2) A kényszergyógykezelést meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.
- ³⁵ 2009. évi LXXX. törvény a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról. 25. §. „(1) A Btk. 74. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: (3) A kényszergyógykezelés legfeljebb az (1) bekezdés szerinti cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő bűncselekmény esetén legfeljebb húsz évig tart. Ha ezt követően az egészségügyről szóló törvényben meghatározott feltételek fennállása miatt szükséges, a kényszergyógykezelést pszichiátriai intézetben kell elhelyezni. (2) A Btk. 74. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki: „(4) A kényszergyógykezelést a (3) bekezdésben meghatározott tartam előtt is haladéktalanul meg kell szüntetni, ha szükségessége már nem áll fenn.”
- ³⁶ 1/2011. (VI. 1.) Büntető jogegységi határozat a kényszergyógykezelés végrehajtása, kényszergyógykezelés tartama alatt elkövetett újabb büntetendő cselekmény miatt ismételt kényszergyógykezelés elrendelése és a kényszergyógykezelés tartamának kezdőnapja tárgyában.
- ³⁷ BH 1958.6.1962: Legf. Bír. Bf. I. 1647/1958. sz. 1958. V. 3.
- ³⁸ EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT): *Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 26 May 2023*. Strasbourg, 3 December 2024. 69. p.; HAMULA János – UZONYI Adél: Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmeorvó Intézet csoportterápiás rendszerének bemutatása. *Börtönügyi Szemle*, 2015. 4. sz. 47. p.
- ³⁹ NAGY-TOKAJI 1989–1990. 177–180. p.
- ⁴⁰ FEHÉR Lenke: *Elmebetegség – büntetőjog – beszámíthatóság*. Budapest, 1993. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 77–78. p.
- ⁴¹ KÁDÁR Miklós – KÁLMÁN György: *A büntetőjog általános tanai*. Budapest, 1966. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 383–384. p.
- ⁴² BH 1973.3.93: Legf. Bír. Bf. I. 834/1972. sz.
- ⁴³ KÁDÁR–KÁLMÁN 1966. 382. p.
- ⁴⁴ BH 1971.2.6640: Legf. Bír. Bf. IV. 692/1970. sz.
- ⁴⁵ BH 1967.7.5346: Legf. Bír. B. törv. IV. 1022/1966. sz.
- ⁴⁶ GÁRDAI Gyula – VIGH József: Észrevételek büntetési rendszerünk problémáihoz. *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, 1969. 10. sz. 582. p.
- ⁴⁷ DOMOKOS Andrea: A bűntevő elmetehetségéről. A kóros elmeállapot megítélésének változásai az idők során. *Jogtörténeti Szemle*, 2005. 3. sz. 4. p.
- ⁴⁸ *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*. Budapest, 1962. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 74., 122. p.
- ⁴⁹ 1971. évi 28. törvényerejű rendelet a Büntető Törvénykönyv módosításáról és kiegészítéséről. 13. §.
- ⁵⁰ KÁDÁR–KÁLMÁN 1966. 755. p.
- ⁵¹ SZABÓ András: Vita büntetőjogunk kodifikációjának elvi kérdéseiről. *Jogtudományi Közlöny*, 1955. 3–4. sz. 462. p.
- ⁵² FARKAS Sándor: A büntetőjog néhány időszerű kérdése. *Magyar Jog és Külföldi Jogi Szemle*, 1969. június–július. 338. p.
- ⁵³ GÁRDAI–VIGH 1969. 582. p.
- ⁵⁴ 2012. évi C. törvény. 78. §. „(1) Személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elmebetegségének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.”
- ⁵⁵ BH 1967.11.5477: Legf. Bír. B. törv. IV. 567/1967. sz.; BH 1972.5.7051: Legf. Bír. Bf. II. 624/1971. sz.
- ⁵⁶ 1962. évi 10. törvényerejű rendelet indokolása a Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről. A 21. §-hoz.
- ⁵⁷ BH 1971.5.6745: Legf. Bír. Bf. III. 933/1970. sz.

- ⁵⁸ BH 1970.12.6593: Legf. Bír. Bf. V. 173/1970. sz.
- ⁵⁹ BH 1964.5.3982: Legf. Bír. Bf. III. 1091/1963. 1964. I. 13.
- ⁶⁰ BH 1970.4.6371: Legf. Bír. B. törv. II. 383/1969. sz.; BH 1973.10.348: Legf. Bír. B. törv. IV. 87/1973. sz.
- ⁶¹ BH 1969.8.6127: Legf. Bír. B. törv. I. 32/1969. sz.; BH 1978.3.101: Legf. Bír. B. törv. IV. 1207/1977. sz.
- ⁶² 1962. évi 10. törvényerejű rendelet a *Büntető Törvénykönyv hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről*. 21. §; BH 1960.10.2713: Legfelsőbb Bíróság B. III. 1234/1960. sz. törvényességi határozata 1960. VIII. 23.
- ⁶³ 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet a *kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól*. 4. §.
- ⁶⁴ 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról, 424. § (2)
- ⁶⁵ BH 1971.2.6656: Legf. Bír. B. törv. V. 630/1970. sz.
- ⁶⁶ 1961. évi V. törvény a *Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről*. 61, 101. §.
- ⁶⁷ 1962. évi 10. törvényerejű rendelet. 11. §.
- ⁶⁸ BH 1962.10.3284: Legf. Bír. Bf. IV. 592/1962. sz. VII. 24.
- ⁶⁹ TÓTH Mihály: Dogmatikai szilánkok az új Btk. elfogadása ürügyén. *Acta Universitatis Szegediensis, Forum Acta Juridica et Politica*, 2013. 1. sz. 102. p.; NAGY Ferenc: A szabadságelvonással járó szankcióról az új Btk.-ban. *Börtönügyi Szemle*, 2014. 4. sz. 14–15. p.; BÁRÁNDY Péter: Jogállami garanciák a Btk.-ban. In BORBÍRÓ Andrea et al. (szerk.): *A büntető hatalom korlátainak megtartása: A büntetés mint végső eszköz. Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére*. Budapest, 2014. Eötvös Kiadó, 14. p.; HOLLÁN Miklós: Az Új Büntető Törvénykönyv. In JAKAB András (szerk.): *A magyar jogrendszer állapota*. Budapest, 2016. MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Jogtudományi Intézet, 361., 378–379. p.

