DR. KOVÁCS JÓZSEF

BIOETIKAI KÉRDÉSEK A PSZICHIÁTRIÁBAN ÉS A PSZICHOTERÁPIÁBAN.

Budapest, 2006

TARTALOM

ELŐSZÓ……i

1. FEJEZET –TÉVEDÉSEK A MENTÁLIS BETEGSÉG DEFINÍCIÓJÁVAL KAPCSOLATBAN 1

A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG DEFINÍCIÓJÁVAL KAPCSOLATOS TÉVEDÉSEK OKAI.....1
A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGFOGALOMMAL KAPCSOLATOS TÉVEDÉS NÉHÁNY PÉLDÁJA 2
A homoszexualitás.....2
A maszturbáció 3
A drapetománia és a dysaethesia aethiopis 4
Mrs. Packard esete. 5
A normalitás kérdései a náci Németországi pszichiátriájában. 6
Ezra Pound esete 7
Visszaélések a szovjet pszichiátriában: a politikai pszichiátria.....7
Bruno Bettelheim kongresszusi szakértői véleménye.....10
Visszaélések Dél-Afrikában.....11
Visszaélések Kínában.....11
Visszaélések az USA-ban.....11
A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGFOGALOM ÉRTÉKRENDTŐL VALÓ FÜGGÉSE. 12
ÖSSZEGZÉS 13

2. FEJEZET.—AZ ÉRTÉKEK SZEREPE A PSZICHIÁTRIÁBAN. AZ ANTIPSZICHIÁTRIA, A SZOCIÁLIS KONSTRUKCIONISTA MODELLEK, S AZ ÉRTÉKEKEN ALAPULÓ ORVOSLÁS (ÉAO)..... 17

AZ ANTIPSZICHIÁTRIA 17
Az antipszichiátria kialakulása.....17
Az antipszichiátria fontosabb képviselői.....18
Erving Goffman 18
Michel Foucault.....18
R. D. Laing 19
Thomas Scheff.....20
Thomas Szasz. 21
AZ ANTIPSZICHIÁTRIA KRITIKÁJA.....30
A szomatikus és a pszichiátriai betegségfogalom egyaránt értékterhelt. 30
A betegség mint káros diszfunkció.....32
A kartéziánus dualizmus és a modern pszichiátria.....35
Megoldatlan elméleti problémák és antipszichiátria.....36
A PSZICHIÁTRIAI BETEG BETEGSÉGÉÉRT VALÓ FELELŐSSÉGÉNEK KÉRDÉSE.....45
Az antipszichiátria mint a pszichiátria elfajulási lehetőségeinek leírása.....46
A MENTÁLIS BETEGSÉGEK KONSTRUKCIONISTA MODELLJE ÉS KRITIKÁJA. 47
A konstrukcionista modellek kialakulása.....47
A konstrukcionista modell főbb állításai.....48
A konstrukcionista modell „optimizmusa”.....48
Az etnomedicina, etnopszichiátria konstrukcionista megközelítésmódja 49
A konstrukcionista modell kritikája.....54
AZ ÉRTÉKEK SZEREPE A SZOMATIKUS MEDICINÁBAN ÉS A PSZICHIÁTRIÁBAN. AZ ÉRTÉKEKEN ALAPULÓ ORVOSLÁS (ÉAO) 54
ÖSSZEGZÉS 58

3. FEJEZET--A PSZICHOLÓGIAI NORMALITÁS MEGHATÁROZÁSÁNAK PROBLÉMÁI…….71

MINDENNAPI PROBLÉMÁK A PSZICHOLÓGIAI NORMALITÁSSAL KAPCSOLATBAN 71
A másik patologizálása mint fegyver 71

A patologizálás hatása a személy ön-azonosság érzésére ... *72*
ELMÉLETI PROBLÉMÁK A PSZICHOLÓGIAI NORMALITÁSSAL KAPCSOLATBAN ... 73
A hipománia és a jóllét. M. úr esete. ... *73*
Egyéb példák ... *74*
A PSZICHOLÓGIAI NORMALITÁS MODELLJEI ... 75
A pszichés egészség mint szeretetre és munkára való képesség. ... *75*
A pszichés egészség statisztikai megközelítése. ... *75*
A pszichés egészség fejlődési-fixációs modellje. ... *77*
A pszichés egészség mint jó realitástesztelés. ... *77*
A pszichés egészség aránytalansági modellje. ... *84*
Egyéb ismérvek a mentális egészség meghatározásához ... *85*
A MENTÁLIS ZAVAR DEFINÍCIÓJA ... 86
A mentális zavar mint pszichológiai diszfunkció ... *86*
Az orvosi modell korlátai a mentális zavar definiálásában ... *87*
A mentális funkció meghatározásának problémái ... *88*
EVOLÚCIÓS PSZICHIÁTRIA, EVOLÚCIÓS PSZICHOPATOLÓGIA ... 89
Az evolúciós pszichológia szerepe a mentális funkció meghatározásában ... *89*
A pszichiátria zavarokra hajlamosító gének nagy gyakoriságának problémája ... *91*
A pszichiátriai zavar tünetei ... *92*
Pszichiátriai betegség és kreativitás ... *98*
Az evolúciós szemlélet néhány tanulsága ... *99*
A MENTÁLIS ZAVAR MINT CSELEKVÉSRE VALÓ KÉPTELENSÉG ... 100
A TÉVESESZME ÉS A VALLÁSI-SPIRITUÁLIS ÉLMÉNY KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉG VIZSGÁLATA ... 101
A vallásos-spirituális élmény és a pszichiátriai tünet közötti elkülönítés két tradíciója. ... *101*
Simon esete ... *102*
Vallásos hit és mentális egészség ... *104*
A pszichotikus és a spirituális élmény megkülönböztetésének tanulságai ... *107*
A MENTÁLIS ZAVAR DEFINIÁLÁSNAK NÉHÁNY TANULSÁGA ... 107
A MENTÁLIS ZAVAR DSM SZERINTI DEFINÍCIÓJA ... 108
A DSM által adott betegségdefiníció problémái ... *109*
Wakefield és a DSM-IV betegségdefinícióinak eltérései. ... *110*
A NORMALITÁS, MINT ÉSSZERŰ TÁRSADALMI NORMÁKHOZ VALÓ ALKALMAZKODÁS KÉPESSÉGE ... 111
A neurózis és a szociózis közötti különbség ... *111*
Az opportunista egészségdefiníció problémái embernél ... *112*
Az egészség mint az ésszerű társadalmi normákhoz való alkalmazkodás képessége ... *113*
A társadalom domináns értékrendje és a pszichiátria ... *114*
ÖSSZEGZÉS ... 116

4. FEJEZET--MEDIKALIZÁLÁS, PATOLOGIZÁLÁS, PSZICHIATRIZÁLÁS. ... **126**

A MEDIKALIZÁCIÓ FOGALMA ... 126
MEDIKALIZÁCIÓ A PSZICHIÁTRIÁBAN ... 127
A MEDIKALIZÁCIÓ HÁTRÁNYAI ... 127
A medikalizáció stigmatizáló, „érvénytelenítő" és dehumanizáló hatása ... *127*
A medikalizáció passzivitást keltő és az eredeti problémát fenntartó hatása ... *128*
Ingadozás a medikalizáció és a demedikalizáció között a mindennapi klinikai gyakorlatban ... *129*
A medikalizációval járó gyógyszeres kezelés dominanciájának hátrányai ... *129*
A medikalizáció társadalmi igazságtalanságokat legitimáló és a beteg függését fokozó hatása ... *130*
MEDIKALIZÁCIÓ VAGY KOZMETIKAI PSZICHOFARMAKOLÓGIA? ... 130
A PSZICHIATRIZÁLÁS NÉHÁNY PÉLDÁJA. ... 132
A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar. (Attentiton Deficit-Hyperactivity Disorder=ADHD) ... *132*
A gyerekkor pszichiatrizálásának más példái. ... *136*
Pszichotrop gyógyszereknek a törzskönyvi engedélytől eltérő (off label) felírása gyerekkorban. ... *137*
A Poszttraumás stressz zavar ... *138*
A személyiségzavarok ... *138*
A depresszió ... *138*
Szexuális funkciózavarok ... *144*

Mindig kezelendők-e a kellemetlen élmények? *145*
A PSZICHIATRIZÁLÁS SZAKASZAI ÉS FOLYAMATA 145
A pszichiátriai betegségfogalom kiterjesztésének folyamata *145*
A modern pszichiátria mint a kraepelini és a freudi hagyomány összeolvasztása *146*
A dinamikus pszichiátria háttérbe szorulásának és a biológiai pszichiátria dominánssá válásának okai. *147*
A PSZICHIATRIZÁLÁS OKAI. 149
A pszichiátriai birodalomépítés. *149*
A gyógyszergyárak anyagi érdekeltsége. *151*
A betegszervezetek és egyéb érdekcsoportok törekvése a destigmatizációra *154*
A pszichiatrizálás mint társadalmi problémák egészségügyben való kezelésének a legitimálása *155*
Az összes társadalmi probléma kommunikációval való megoldhatóságának mítosza *155*
A medikalizáció mint a társadalmi status quo fenntartásának eszköze *156*
A PSZICHIÁTRIA ALAPELLENTMONDÁSA 157
A PSZICHIÁTRIAI PROBLÉMÁK TÁRSADALMI OKAI. 158
A társadalmi igazságtalanság, a hátrányos megkülönböztetés, az előítéletek pszichológiai hatásai *158*
A pszichiátriai zavarra jellemző ön-elnyomás sokszor a társadalmi hozzáállás interiorizálása *158*
A PSZICHIÁTRIAI PROBLÉMÁK DEPSZICHIATRIZÁLÁSA, DEMEDIKALIZÁLÁSA. 159
A demedikalizáció fogalma *159*
A depatologizáló megközelítés fontossága *159*
A beteg remoralizálása *160*
A diagnózis cselekvésorientáló hatása. *161*
A társadalmi eredetű problémák megoldása leghatékonyabban társadalmi módszerekkel történhet *161*
ÖSSZEGZÉS 162

5. FEJEZET.—A MEDIKALIZÁCIÓ ÉS A DSM 172

A DSM-IV (1994) MEGALKOTÁSÁVAL KAPCSOLATOS POLITIKAI VITA: PSZICHIÁTRIAKRITIKA A 90-ES ÉVEKBEN 172
A DSM elleni vádak *172*
Paula J. Caplan beszámolója a DSM-III-R majd a DSM-IV előkészítő munkálatairól. *174*
Az Önsorsrontó személyiségzavar. *174*
A DSM-mel kapcsolatos metodológiai kritikák *179*
A pszichiátriai betegség, mint társadalmi igazságtalanságok pszichiatrizálása. *180*
Caplan végkövetkeztetései *181*
A DSM ÉRTÉKMENTESSÉGÉVEL, KLASSZIFIKÁCIÓJÁVAL, MEDIKALIZÁLÓ JELLEGÉVEL KAPCSOLATOS ELMÉLETI VITA 182
A DSM-III mint a dinamikus pszichiátria betegségentitásainak kodifikálása: a diagnosztikus pszichiátria kialakulása *182*
A DSM-mel kapcsolatos általános kritikák *183*
A DSM medikalizáló jellege: a DSM eltérése saját betegségdefiníciójától. *185*
Az önkitöltős kérdőíveket, becslőskálákat használó epidemiológiai vizsgálatok medikalizáló hatása……190
Mennyire értékmentes a DSM kritériumrendszere? *191*
Az értékek szerepe a Személyiségzavarok DSM IV-szerinti kritériumaiban. *191*
Az értékek szerepe a Paraphiliák meghatározásában. *195*
A hipoaktív szexuális vágy zavar. *196*
Az értékek szerepe a DSM-ben a valószínűségek értékelésében, s a kockázatvállalás ésszerűségének megítélésében *196*
Egyéb DSM kategóriák *197*
Ellenérvek a kritikákkal szemben. *198*
A DSM klasszifikációs rendszer javításának lehetőségei. *198*
ÖSSZEGZÉS 202

6. FEJEZET--BELÁTÁSI KÉPESSÉG, DÖNTÉSHOZATALI KÉPESSÉG, CSELEKVŐKÉPESSÉG. 211

A CSELEKVŐKÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK JELENTŐSÉGE A MINDENNAPI ÉLETBEN.....211
A CSELEKVŐKÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK JELENTŐSÉGE AZ ORVOSI GYAKORLATBAN.....211
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG, DÖNTÉSHOZATALI KÉPESSÉG FOGALMA.....212
A CSELEKVŐKÉPTELENNEK TEKINTÉS MINT AZ ORVOSI PATERNALIZMUS ÚJ ESZKÖZE.....213
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG UN. "KÜSZÖB" STANDARDJA. 214
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG KÖRÜLMÉNY- ÉS DÖNTÉS-SPECIFIKUSSÁGA. 215
A DÖNTÉSHOZATALI KÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK "MINDEN VAGY SEMMI" JELLEGE.....216
ÉRDEKEINK VÉDELME VAGY ÖNRENDELKEZÉSI JOGUNK VÉDELME 216
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG STANDARDJAI. 218
A belátási képesség minimális standardja: a bármilyen döntésre való képesség. 218
A belátási képesség "ésszerű eredmény" standardja. 219
A belátási képesség "ésszerű indokok" standardja. 220
A döntéshozatali képesség folyamat standardja. 221
A DÖNTÉSHOZATALI KÉPESSÉG FOLYAMAT-STANDARDJÁNAK "MOZGÓ", VÁLTOZÓ JELLEGE: A CSÚSZÓ STANDARD 221
Viták a belátási képesség csúszó standardjával kapcsolatban..... 223
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG ÖSSZETEVŐI 224
A döntéshez szükséges információk megértése..... 225
A cselekvési alternatívák közötti mérlegelés képessége. 225
Saját értékrend, cél megléte, s a szabad akarat alapján történő döntés. 226
A belátási képesség nem-kognitív összetevői 227
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG KORLÁTOZOTTSÁGÁNAK KÉT FAJTÁJA. 228
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSA A GYAKORLATBAN 228
A BELÁTÁSI KÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSA TESZTEK SEGÍTSÉGÉVEL.....229
A DÖNTÉSHOZATALI KÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK FORMÁLIS ÉS INFORMÁLIS LEHETŐSÉGEI 231
BELÁTÁSI KÉPESSÉG ÉS AZ ORVOSI KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSA.....232
IRÁNYELVEK EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYI SZÁMÁRA A CSELEKVŐKÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ.....232
BELÁTÁSI KÉPESSÉG ÉS RACIONALITÁS.....234
BELÁTÁSI KÉPESSÉG ÉS PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG 234
Belátási képesség depresszióban 236
Belátási képesség anorexia nervosában 236
A CSELEKVŐKÉPESSÉG HAZAI SZABÁLYOZÁSA ÉS PROBLÉMÁI. 238
AZ ÚJ SZABÁLYOZÁS KRITIKÁJA 240
A gondnokság alá helyezéssel kapcsolatos problémák..... 240
A cselekvőképességgel kapcsolatos problémák..... 241
ÖSSZEGZÉS 242

7. FEJEZET--DÖNTÉST HELYETTESÍTŐ MECHANIZMUSOK A PSZICHIÁTRIÁBAN..... 250

A "LEGJOBB ÉRDEK" STANDARDJA ÉS A HELYETTESÍTETT DÖNTÉS ELVE. 250
ELŐZETES AKARATNYILVÁNÍTÁS ÉS TARTÓS MEGHATALMAZOTT A PSZICHIÁTRIÁBAN. 250
Odüsszeusz-szerződés krízis esetére..... 251
Odüsszeusz-szerződés demencia esetére 253
DEMENCIA ÉS SZEMÉLYES IDENTITÁS.....254
A TARTÓS MEGHATALMAZOTTAL KAPCSOLATOS GYAKORLATI MEGFONTOLÁSOK.....256
A PSZICHIÁTRIAI ELŐZETES AKARATNYILVÁNÍTÁS NÉHÁNY JELLEMZŐJE 256
AZ ELŐZETES AKARATNYILVÁNÍTÁS NÉHÁNY TARTALMI ELEME 258
AZ ELŐZETES AKARATNYILVÁNÍTÁS JOGILAG ÁLTALÁBAN NEM KIKÉNYSZERÍTHETŐ, DE FONTOS ELEMEI 258
ÖSSZEGZÉS 259

8. FEJEZET--A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSA 263

A BETEG AKARATA ELLENÉRE TÖRTÉNŐ PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS TÖRTÉNETE.....263

NEM-ÖNKÉNTES INTÉZETI ELHELYEZÉS VERSUS NEM-ÖNKÉNTES KEZELÉS....264
NEM-ÖNKÉNTES INTÉZETI ELHELYEZÉS ÉS A LEGKEVÉSBÉ KORLÁTOZÓ ALTERNATÍVA....268
NEM-ÖNKÉNTES AMBULÁNS KEZELÉS....268
NEM-ÖNKÉNTES KEZELÉS ÉS KEZELÉSI FORMA....269
A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS INTRUZIVITÁSA....270
AZ EGYES KEZELÉSI FORMÁK JELLEMZŐI INTRUZIVITÁSUK SZEMPONTJÁBÓL....271
A pszichoterápia. ... *271*
A viselkedésterápia ... *271*
A pszichotrop szerekkel való gyógyszerelés ... *273*
Az electroconvulsív terápia (ECT). ... *276*
Az agy elektromos stimulációja ... *277*
A pszichiátriai sebészet ... *278*
A BETEG AKARATA ELLENÉRE TÖRTÉNŐ PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS KORLÁTAI: ETIKAI ÉS JOGI MEGFONTOLÁSOK. 280
A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK AKARATUK ELLENÉRE TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK ALKOTMÁNYOS KORLÁTAI. 281
A VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGA ÉS A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS....282
A véleménynyilvánítás szabadságának jelentősége ... *284*
Az "őrült" gondolatokra is kiterjed-e a véleményalkotás- és nyilvánítás szabadsága? ... *286*
Ellenérvek. ... *287*
A SZÜKSÉGESSÉG ÉS ARÁNYOSSÁG ELVÉNEK ALKALMAZÁSA AZ INTRUZÍV KEZELÉSI FORMÁK NEM-ÖNKÉNTES ALKALMAZÁSAKOR A VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGÁNAK A VONATKOZÁSÁBAN. 290
A SZEMÉLYES SZABADSÁGHOZ ÉS BIZTONSÁGHOZ VALÓ JOG ÉS A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS 291
AZ EMBERTELEN, MEGALÁZÓ BÁNÁSMÓD TILALMA ÉS A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS....293
A betegek fizikai korlátozása ... *294*
Az embertelen, megalázó bánásmóddal kapcsolatos problémák Közép-Kelet-Európában. ... *297*
LELKIISMERETI ÉS VALLÁSSZABADSÁG ÉS PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS. 298
A TISZTESSÉGES (MEGFELELŐ) ELJÁRÁS ÉS A NEM-ÖNKÉNTES PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS 298
MENNYIRE SPECIÁLISAK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK? 298
MIKOR ALKALMAZHATÓK INTRUZÍV PSZICHIÁTRIAI KEZELÉSI FORMÁK A BETEG AKARATA ELLENÉRE? 299
A BETEG KEZELÉST VISSZAUTASÍTÓ MAGATARTÁSA ESETÉN LEHETSÉGES ELJÁRÁSOK....304
A mediálás ... *305*
A kezelés visszautasításának további lehetőségei ... *305*
A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK MAGYARORSZÁGI PROBLÉMÁI. 306
ÖSSZEGZÉS 308

9. FEJEZET--A PSZICHIÁTRIAI, MAGATARTÁSTUDOMÁNYI KUTATÁS ETIKAI KÉRDÉSEI. 321

TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEK. 321
MORÁLISAN MIÉRT KÜLÖNÖSEN ÉRZÉKENY TERÜLET A PSZICHIÁTRIAI, MAGATARTÁSTUDOMÁNYI KUTATÁS? 322
A kísérleti alanyok becsapásával végzett kutatás néhány példája ... *323*
A becsapással végrehajtott pszichológiai kísérletek problémája: a ráerőltetett önismeret ... *324*
ALAPELVEK, FOGALMAK 325
A kutatás végzése mint etikai imperatívusz ... *325*
A kutatás, a szokásos klinikai gyakorlat és az innovatív klinikai gyakorlat elkülönítése. ... *326*
Terápiás és nem-terápiás kutatások. ... *327*
A gyógyszerek kifejlesztésének fázisai ... *328*
A KUTATÁS ETIKAI ALAPELVEI....330
KOCKÁZAT/HASZON ELEMZÉS A KUTATÁS SORÁN....331
A kutatás kockázatának viselői: a kutatás alanya és a tágabb társadalom. ... *331*
A kockázatok fajtái. ... *332*

A kutatások fajtái a kockázat/haszon arány szempontjából ... *333*
A kockázat minimalizálásának ellenőrzése. ... *335*
A KUTATÁSI MÓDSZERREL, A KUTATÁS MEGTERVEZÉSÉVEL KAPCSOLATOS ETIKAI KÉRDÉSEK ... 336
A placebo-kontroll használatával kapcsolatos etikai problémák ... *336*
Egyéb kutatástervezési kérdések. ... *347*
A kutató kötelességei a kutatásban résztvevő alanyokkal szemben a kutatás befejeződése után. ... *351*
AZ ORVOSI KEZELÉSSEL ÖSSZEKAPCSOLT KUTATÁS ETIKAI KÉRDÉSEI. ... 353
A KUTATÁSBA VALÓ TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS ETIKAI KÉRDÉSEI. ... 355
Történeti előzmények. ... *355*
Belátási képesség és a kutatásba való tájékozott beleegyezés ... *355*
A tájékozott beleegyezés segédeszközei: többfázisú beleegyezés és előzetes akaratnyilvánítás ... *358*
Nem-cselekvőképes személyek kutatásba való bevonása ... *359*
A tájékoztatás során közölt információ fontos elemei. ... *359*
A kutatásba bevont pszichiátriai beteg családjának a tájékoztatása. ... *363*
A tájékozott beleegyezés technikai vonatkozásai ... *363*
A tájékozott beleegyezés hasznai a kutatás számára. ... *365*
Mi a teendő, ha a kutatási alany ki akar lépni a kutatásból? ... *365*
Tájékozott beleegyezés pszichológiai, magatartástudományi kutatásokba. A kutatási alanyok becsapása ... *366*
PSZICHIÁTRIAI KUTATÁS ÉS TITOKTARTÁS. ... 367
GYEREKEK, SERDÜLŐK PSZICHIÁTRIAI, MAGATARTÁSTUDOMÁNYI KUTATÁSBA VALÓ BEVONÁSÁNAK SPECIÁLIS KÉRDÉSEI ... 368
A KÉRDŐÍVES KUTATÁSOK ETIKAI KÉRDÉSEI ... 371
A KUTATÁS ETIKAI JÓVÁHAGYÁSA ÉS ELLENŐRZÉSE ... 371
Kérdőív kutatási terv egységes formában való elkészítése érdekében. ... *376*
A PROFIT-ORIENTÁLT KUTATÁS ÁLTAL FELVETETT ETIKAI PROBLÉMÁK ... 381
A profit-motívum és a tudomány összekapcsolódásának története ... *381*
A titkolódzás kultúrája ... *383*
A nemzetközi gyógyszerpiac néhány trendje. ... *384*
Mennyire tekinthető valódi piacnak a gyógyszerpiac ... *385*
Az ipar és a tudomány összefonódásának veszélyei ... *386*
Az érdekkonfliktusok kezelésének kérdései ... *399*
A KUTATÁS SZEGÉNYEBB ORSZÁGOKBAN, FEJLŐDŐ DEMOKRÁCIÁKBAN FELVETŐDŐ SPECIÁLIS ETIKAI KÉRDÉSEI ... 403
Problémák a Közép- és Kelet-Európai kutatásban ... *404*
Néhány speciális ajánlás a fejlődő, szegényebb országokban folytatott kutatásokkal kapcsolatban. ... *406*
A KUTATÁSSAL KAPCSOLATOS NEMZETKÖZI SZABÁLYOZÁS ... 409
Az Európa Tanács Bioetikai Konvenciója (Oviedoi Egyezmény) ... *409*
Az Európai Unió klinikai kutatásokkal kapcsolatos Direktívája ... *410*
A gyógyszerek klinikai kipróbálásával kapcsolatos helyes klinikai gyakorlat irányelvei. (ICH GCP) (Good Clinical Practice. International Conference on Harmonization (ICH) of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use) (1996) ... *411*
Az USA National Bioethics Advisory Commission ajánlásai a kutatások etikai és politikai kérdéseivel kapcsolatban. ... *412*
Az USA National Bioethics Advisory Board ajánlása a belátási képességet esetleg befolyásoló pszichiátriai betegségben szenvedők bevonásával végzett kutatásokkal kapcsolatban. ... *412*
A hazai jogi szabályozás. ... *413*
ÖSSZEGZÉS ... 418

10. FEJEZET--A PSZICHOTERÁPIA ETIKAI KÉRDÉSEI. ... 445

A PSZICHOTERÁPIÁK ÁLTALÁNOS ETIKAI KÉRDÉSEI ... 445
A kliens felesleges stigmatizálásának az elkerülése. ... *445*
A hatásos és az etikus pszichoterápia közötti konfliktus ... *447*
A terápiás siker értékrendfüggése. ... *447*

Gaylin példája *449*
A pszichoterapeuták implicit értékei *450*
A terapeuta értéksemlegességének kérdése. *451*
A titoktartás kérdései. *452*
A beteg pszichológiai "bántalmazása" a pszichoterápia során *453*
A pszichiáter „megmentő" szerepének veszélyei *454*
A pszichoterápia anyagi vonatkozásai: ingyenes versus pénzért történő pszichoterápia. *456*
A tájékozott beleegyezés követelménye a pszichoterápiában. *459*
Az Osheroff-eset és tanulságai. *462*
AZ EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA ETIKAI KÉRDÉSEI. 464
A terapeuta-kliens kapcsolat asszimetrikus jellege. *464*
A beteg remoralizálása *464*
A keretek betartásának jelentősége. *464*
A CSOPORTTERÁPIA ETIKAI KÉRDÉSEI. 469
A beteg pszichológia bántalmazása a csoportterápia során *469*
A csoportnyomás kényszerítő hatása *470*
A titoktartás kérdései csoportban. *471*
A CSALÁDTERÁPIA ETIKAI KÉRDÉSEI. 471
Általános kérdések. *471*
A családterápia értéksemlegességének a kérdése. *472*
A családtagok közötti érdekkonfliktusok. *474*
A tájékozott beleegyezés kérdése családterápia során. *474*
A titoktartás problémája a családterápiában. *476*
A paradox intervenció alkalmazásának etikai kérdése. *477*
ÖSSZEGZÉS 478

FÜGGELÉK A. 485

DR. KOVÁCS JÓZSEF: A PSZICHIÁTRIAI BETEGJOGI KÉPVISELŐ SZEREPE A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN. (EGY MODELLKÍSÉRLET TAPASZTALATAI.) 485

A BETEGJOGI SZEMLÉLET KIALAKULÁSÁNAK OKAI 485
NÉHÁNY ÁLTALÁNOS TAPASZTALAT 487
AZ ORVOSOK, EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK JOGAI 488
AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ JOG 489
AZ EMBERI MÁLTÓSÁGHOZ VALÓ JOGGAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK 490
Elhelyezés *491*
A SZABAD IDŐ STRUKTURÁLT ELTÖLTÉSÉNEK LEHETETLENSÉGE 492
A KORLÁTOZÓ INTÉZKEDÉSEKKEL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK 492
A BETEG MEGBÜNTETÉSE 493
ERŐSZAKOS BETEGGEL VALÓ BÁNÁSMÓD 493
SÜRGŐSSÉGI PSZICHIÁTRIAI GYÓGYKEZELÉS 494
GYÓGYSZERKIPRÓBÁLÁS 494
A KAPCSOLATTARTÁS JOGÁVAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK 494
AZ INTÉZMÉNY ELHAGYÁSÁNAK A JOGA 495
A TÁJÉKOZTATÁSHOZ VALÓ JOG 495
TITKOLÓDZÁS, A BETEG BECSAPÁSA 496
A BETEG ÖNRENDELKEZÉSI JOGÁVAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK 496
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MEGISMERÉSÉNEK JOGA 497
A TITOKTARTÁSHOZ VALÓ JOG 497
A BÍRÓI FELÜLVIZSGÁLAT PROBLÉMÁI 497
A BETEGJOGOK ÉRVÉNYESÜLÉSE 498
A BETEGJOGI KÉPVISELŐK STÁTUSZA 498
MENEDZSMENT-KÉRDÉSEK 499
SAJTÓETIKA 499
KÖVETKEZTETÉSEK 499

FÜGGELÉK B. A Helsinki Deklaráció 2000
……..502

Előszó

Az utóbbi néhány évtizedben a bioetika megszületésének és látványos fejlődésének lehettünk tanúi. A modern biológia és orvostudomány ugyanis olyan új etikai kérdéseket vetett fel, melyeket már nem lehetett megválaszolni a tradícióra vagy néhány orvosetikai kódexre való hivatkozással. A bioetika ennek eredményeként elfogadott diszciplínává vált, s nemcsak külföldön, hanem Magyarországon is. Számos könyv, cikk tanúskodik e megközelítés termékenységéről, s magam is foglalkoztam a bioetika általános jellemzőivel[1], s számos részletkérdésével is[2]. Ugyanakkor a bioetikán belül a pszichiátria, pszichoterápia etikai kérdéseiről relatíve kevés szó esett. Van, aki szerint a pszichiátriai etika volt a bioetika „rút kiskacsája"[3], míg mások--stílusosan-- egyfajta tagadásról beszélnek a pszichiátria részéről az etikai kérdésekkel kapcsolatban.[4] Mindez annál is inkább meglepő, mert valamennyi orvosi szakterület közül talán a pszichiátria foglalkozik leginkább filozófiainak is tekinthető problémákkal, s mint ismeretes, a filozófiai megközelítésből sarjadt ki a bioetika is. Másrészről a pszichiáterek, pszichoterapeuták affinitása a filozófiai kérdések iránt közismerten nagy. Karl Jaspersről például nehéz eldönteni, hogy a pszichiátriában alkotott e maradandóbbat (ő írta az egyik első és legátfogóbb, fenomenológiai szemléletű pszichopatológiai kézikönyvet) vagy a filozófiában, ahol az egzisztencialista irányzat egyik kiemelkedő alakja. Több hasonló külföldi és hazai példát említhetnénk arra, hogy a pszichiátriával hivatásszerűen foglalkozók maradandót alkottak a filozófia területén is. Mindez természetesen nem véletlen. Mint erre már sokan rámutattak, a pszichopatológia tárgya és számos fogalma (például érzelem, indulat, akarat, gondolkodás, szándék, stb.) egyben a filozófiai vizsgálódás klasszikus témái is.[5] A pszichoterápia mai, egyre nagyobb hatást gyakorló irányzata, a kognitív terápia is számos olyan fogalmat használ (pl. gondolkodási hiba, irracionális hiedelem, stb.) melyekhez hasonlók korábban inkább csak tudomány- és nyelvfilozófiai vagy logikai tanulmányokban szerepeltek. Valószínű, hogy a pszichiátria és a pszichoterápia azért kapott eddig relatíve kevesebb figyelmet a bioetika részéről, mert mindkettő oly mértékben van átitatva etikai kérdésekkel, oly szoros a szaktudomány és az etika közötti kapcsolat, hogy szinte kibogozhatatlanul egybefonódnak, s ezért nehezebben elkülöníthetők. Könyvem kísérlet arra, hogy bevezetést nyújtson a pszichiátriai és pszichoterápiás etika néhány alapvető problémájába. Ennek során arra törekedtem, hogy kritikusan összefoglaljam, továbbfejlesszem s a hazai kontextusba ágyazva bemutassam az egyes fontosabb részterületek ma még külföldön sem túlságosan bő szakirodalmát. Ennek során természetesen felmerülnek az ilyen interdiszciplináris munkákra jellemző nehézségek: sokféle filozófiai, alkotmányjogi, pszichiátriai, történeti stb. kérdést kell érinteni, s ennyiféle képzettséggel egyetlen szerző sem rendelkezhet. Magam orvosként és filozófusként foglalkozom a bioetikával, s pszichoterapeutaként kerültem közelebbi kapcsolatba a pszichoterápiás- és a pszichiátriai etika kérdéseivel. Már a könyv megírása alatt tartott előadások, viták, és a megjelent publikációk kapcsán találkoztam azonban egy gyakran felmerülő problémával. A pszichiátria, pszichoterápia fontosabb etikai problémáinak kritikus tárgyalásakor (s nem szabad elfelejteni, hogy az igazi bioetika alapvetően kritikus irányultságú) mindig felmerül az antipszichiátria vádja. S innen általában már csak

egy lépés a szcientológusok tevékenységének a felemlegetése. Érdekes módon ez főleg a hazai reagálásokra jellemző, külföldön nem találkoztam azzal, hogy a pszichiátriai betegek jogainak, a pszichiátriai betegség fogalmának kritikus vizsgálata rögtön a szcientológia rémképét hívná elő. Ezeket az aggályokat azzal magyarázom, hogy Magyarországon még relatíve kevés szó esett ezekről a kérdésekről, s azok a klasszikus művek sem érhetők el általában magyarul, melyek megvilágítanák, hogy mi a különbség az antipszichiátria és a pszichiátria betegjogi, bioetikai, kritikus szemléletű megközelítése között. Noha a pszichiátria-kritika ma is létező irányzat, a klasszikus antipszichiátriai megközelítés mára sokat vesztett eredeti éléből, s főképp azért, mert a legtöbb ország pszichiátriai intézményrendszerének reformja figyelembe vette az antipszichiátria által megfogalmazott kritikákat. A dezinstitucionalizálódás világszerte érvényesülő tendenciájának elméleti alapja a pszichiátriai intézményrendszerek kritikája volt a 60-as években. E könyvben azt szeretném megmutatni, hogy a kritikus, bioetikai megközelítés nem kell antipszichiátriai irányultságú legyen.

A kritikus szemlélet ugyanakkor nagyon fontos, s nemcsak azért, mert általában ez a bioetika egyik jellemzője, s a betegjogi szemléletű fejlődés egyik fontos motorja, hanem azért is, mert—ahogyan Fulford et. al elemzése megmutatta--a történelmi tapasztalatok szerint a pszichiátria mindig akkor került tévútra, amikor egy irányzat olyan mértékben egyeduralkodó lett, hogy minden más megközelítést egy időre sikerült kiszorítania. Megfogalmazásuk szerint a filozófiai szemléletű pszichiátriai etika egyik fontos feladata egy olyan—kellően szkeptikus—„szuperego" felépítése, mely védelmet nyújt az ellen, hogy túl korán egyeduralkodóvá válhasson bármilyen nem kellően megalapozott paradigma minden más megközelítést elnyomva ezzel. [6]

Könyvem megírásához sokaknak tartozom köszönettel. Köszönet illeti először is kollégáimat a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében. A Dr. Kopp Mária által vezetett intézet interdiszciplináris felépítése, a pszichiátriai, magatartástudományi kérdések kutatásának sokféle iránya (epidemiológiai, filozófiai antropológiai, szociológiai, kommunikációelméleti, klinikai, bioetikai), az intézet toleráns légköre termékeny ösztönzők voltak egy ilyen szükségszerűen interdiszciplináris könyv megírása során. Külön köszönettel tartozom két kollégámnak, Dósa Ágnesnek és Szebik Imrének, akik a kézirathoz fűzött részletes kritikáikkal segítettek bizonyos megfogalmazások pontosabbá tételében, hibák kiküszöbölésében. Köszönöm Blasszauer Bélának, a hazai bioetikai kutatás egyik megalapozójának értékes megjegyzéseit a könyv kéziratával kapcsolatban. Köszönöm Sándor Juditnak, a CEU Politikatudományi Tanszéke Professzorának a könyv utolsó fejezete elolvasása kapcsán adott tanácsait. Köszönöm Tóth Gábor Attilának a könyv 8. fejezete kapcsán tett értékes alkotmányjogi megjegyzéseit. Külön köszönöm könyvem lektorának, korábbi intézeti kollégámnak, Buda Bélának segítségét és megjegyzéseit. Számos tanácsot adott, irodalmat küldött, s igyekezett új szempontokra felhívni a figyelmemet. Szinte enciklopedikus tudása, nyitottsága biztos fogódzót jelentett. Munkásságát már egyetemista koromtól nagyra becsültem, s nagy megtiszteltetés a számomra, hogy könyvem kapcsán szorosabban is együtt dolgozhattam vele.

Ugyanakkor meg kell jegyeznem, hogy könyvem kéziratának olvasói és lektora nem felelősek annak hibáiért, hiszen számos tanácsot nem fogadhattam meg.

Köszönet illeti Eric Rosenthalt, a Mental Disability Rights International igazgatóját, aki komoly szerepet játszott a hazai pszichiátriai ombudsman program előkészítésében, s a betegjogi képviselők kiképzésében. Ő szervezte meg az USA-beli Massachussets-ben tett hosszabb tanulmányutunkat, melynek révén alkalmunk nyílt számos pszichiátriai intézet meglátogatására, szakmai találkozásokra és eszmecserékre, kongresszusi részvételre.
Köszönet illeti a Szószóló Alapítvány a Betegek Jogaiért vezetőjét, dr. Matkó Idát, az Alapítvány munkatársait, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) tagjait, s az 1999-2000 között a pszichiátriai ombudsman programban részt vett betegjogi képviselőket, (Dr. Ballay Mária, Csató Zsuzsa, Csöbi Tünde, Gombosné Juhász Katalin, Dr. László Klára, Novák Ádám, Simon Zsuzsa, Dr. Torma Albert) akik Magyarországon elsőként végeztek pszichiátriai intézményekben betegjogi képviselői tevékenységet, s tapasztalataikat megosztva lehetővé tették a hazai pszichiátriai gyakorlat betegjogi problémáinak a megismerését. Könyvem függeléke az 1999-2000 között a pszichiátriai ombudsman programunk keretében végzett munkánknak az ő írásos beszámolóikon alapuló összegzése. Köszönet illeti természetesen a programban részt vett egészségügyi intézmények vezetőit és munkatársait is, akik partnerek voltak eme—akkoriban még úttörőnek számító—kezdeményezés megvalósításában.
Köszönettel tartozom még azoknak, akik a könyv kéziratát nem ismerik ugyan, de akiktől—pszichoterápiás képzésem során—különösen sokat tanultam, s akik segítettek abban, hogy a pszichiátria és a pszichoterápia kérdéseit ne csak az elmélet oldaláról, hanem a gyakorlatban is megismerhessem. Így köszönet illeti dr. Tringer Lászlót, akitől nemcsak pszichoterápiát tanultam. Szakmai tudása, igényes általános műveltsége és humánuma mindig egyfajta példa volt számomra. Köszönet illeti dr. Ratkózcy Évát, akinek a Nap utcai ambulancián tartott szupervíziós megbeszélései s attitűdje egyfajta imprintingként szolgált számomra a betegekkel való kapcsolat kialakításában. Köszönettel tartozom még Bitter Istvánnak, Nemessuri Juditnak, Unoka Zsoltnak, Tölgyes Tamásnak és Czenner Zsuzsának, s köszönet illeti kollégáimat, akiktől a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete Pszichoszomatikus Szakrendelőjében együttdolgozva sokat tanultam. A dr. Túry Ferenc vezette szakrendelő esetmegbeszélő csoportjának toleráns légköre fontos forrása volt pszichoterepiás ismereteim fejlődésének.
Végül, de nem utolsósorban köszönettel tartozom családomnak, akik türelmesen elviselték, hogy a könyv írásával eltöltött hosszú idő sok közös tevékenységtől von el. Feleségemnek Fehérvári Katalinnak és fiamnak, Kovács Dávidnak a könyv kéziratához fűzött sok értékes megjegyzését illetve kritikáját használtam fel a könyvben.
A könyv kéziratának egyes részletei rövidített formában már megjelentek. A következő publikációk tartalmaznak változatlan vagy kis mértékben módosított részleteket a könyv szövegéből:

Dr. Kovács József: Döntést helyettesítő mechanizmusok a pszichiátriában. Magyar Bioetikai Szemle. 2002/4 (pp. 10-18)
Dr. Kovács József: Pszichiátria és medikalizáció. A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar. Lege Artis Medicinae 14. évf. 3. szám. 2004. március (p. 226-228)

Dr. Kovács József: A pszichiátriai betegségfogalom filozófiai kérdései. Valóság 2004/4 (XLVII. évf. 4. szám) 2004. április (p. 1-20)
Dr. Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság. Fundamentum VIII. évf. 2004/1 (p. 23-43.)
Dr. Kovács József: Pszichiátria és medikalizáció. A pszichiatrizálás okai. Lege Artis Medicinae 2004 14. évf. 7. szám. 2004. július (p. 520-524)
Dr. Kovács József: Pszichiátria és medikalizáció. A depresszió. Lege Artis Medicinae 2004 14. évf.10. szám. 2004. október (p. 716-717)
Dr. Kovács József: A pszichiátriai kutatás néhány etikai kérdése. Psychiatria Hungarica XIX. évf. 2004/3 (pp. 200-214)
Dr. Kovács József: Az antipszichiátria és kritikája. Magyar Bioetikai Szemle 2004/4 (pp. 42-54)
Dr. Kovács József: Etikai problémák az emberen végzett kutatás hazai jogi szabályozásában. Lege Artis Medicinae 2005. 15. évf. 5. szám 2005. május (pp. 408-410)
Dr. Kovács József: A placebokontrollos kutatás etikai kérdései. Lege Artis Medicinae2005. 15. évf. 7. szám 2005. július (pp. 569-575)
Dr. Kovács József: A pszichiátriai betegjogi képviselő szerepe a magyar egészségügyben. (Egy modellkísérlet tapasztalatai) Fundamentum, X. évf. 2006/1.

Mivel a könyvet alapvetően a Széchenyi Professzori Ösztöndíjam keretében írtam meg, köszönettel tartozom az ösztöndíjat biztosító kuratóriumnak, ismeretlen bírálóimnak, akik lehetővé tették, hogy több évet eme izgalmas téma kutatásának szentelhessek. Köszönet illeti tobábbá az OTKA alapítvány kuratóriumát, mert munkám egy részét a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által elnyert TS—049785 számú (Tudományos Iskolák támogatása) OTKA pályázat keretében „A mentális egészség és a pszichiátriai zavarok filozófiai vonatkozásai” c. résztéma kutatásának eredményeként írtam.

Abban a reményben bocsátom útjára e könyvet, hogy az segítséget fog nyújtani a pszichiátriában és a pszichoterápiában előforduló fontosabb etikai kérdések felismerésében és azok megoldásában.

Dr. Kovács József

Budapest, 2006. január 9.

[1] Kovács József (2001): Bioetika, orvosi etika. In: Buda Béla—Kopp Mária (szerk.) (2001): Magatartástudományok. Budapest: Medicina Könyvkiadó (p. 293-311)
[2] Kovács József (1999): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. (Második, átdolgozott kiadás) Budapest: Medicina könyvkiadó.
[3] K W. M. Fulford--Tony Hope (1994): Psychiatric Ethics: a Bioethical Ugly Duckling? In: Raanan Gillon (ed.) (1994): Principles of Health Care Ethics. Chichester--New York: John Wiley & Sons. (p. 681-695)
[4] Sidney Bloch--Paul Chadoff (1991):Introduction. In: Sidney Bloch--Paul Chadoff (1991)Psychiatric Ethics. (Second edition). Oxford--New York--Melbourne: Oxford University Press. (p. 2)

[5] K W. M. Fulford--Tony Hope (1994): Psychiatric Ethics: a Bioethical Ugly Duckling? In: Raanan Gillon (ed.) (1994): Principles of Health Care Ethics. Chichester--New York: John Wiley & Sons. (p. 683)

[6] K W M Fulford—Katherine J Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (2003): Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and Narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 35)

1. fejezet –Tévedések a mentális betegség definíciójával kapcsolatban

A pszichiátriai betegség definíciójával kapcsolatos tévedések okai

Az alábbiakban néhány-- a pszichiátriai betegség fogalmával, definíciójával kapcsolatos-- tévedést, s az ezekből következő nem-szándékos vagy nem teljesen szándékos visszaélést vizsgálok. Célom annak bemutatása, hogy a mentális betegség elméleti meghatározásának problémái hogyan vezethetnek a gyakorlatban tévedésekhez illetve visszaélésekhez.
A pszichiátriában a nem-szándékos visszaélés veszélye nagy, s ennek alapvetően három oka van.
1.) A pszichiátria illetékességi körének határai elég bizonytalanul meghatározottak, s ezért a pszichiáter feladatai sem pontosan definiáltak. Sokan a pszichiátria feladatát szűken határozzák meg, s azt–hasonlóan az orvoslás más ágaihoz—a beteg szenvedéseinek csillapításában, betegsége megelőzésében és gyógyításában látják. A pszichiátria s főleg a pszichoterápia feladatát azonban mások sokkal tágabban fogalmazzák meg: szerintük ezek feladata alapvető társadalmi célok, mint pl. a nagyobb emberi szabadság és felelősségérzet elérésének segítése. E tágabb felfogás szerint nemcsak a betegségek gyógyítása, hanem az emberben meglevő lelki-szellemi potenciál kifejlesztésének segítése, a boldogság eléréséhez való segítségnyújtás is a pszichiátria feladata lenne. Ez tehát egy jóval ambiciózusabb cél, mint pusztán a betegségek megelőzése és gyógyítása, illetve—ha elfogadjuk, hogy a pszichiátria mégiscsak betegségeket előz meg ill. gyógyít—akkor a betegségfogalom jelentős kiterjesztésével jár, hiszen akkor az emberi lelki-szellemi potenciál kifejlesztésének akadályait, az egyéni-társadalmi boldogság elérésének nehézségeit is gyógyítandó betegségnek lehet tartani. A pszichiátria feladatának eme tágabb definícióját elfogadva a munkanélküliség, a rasszizmus, a vallási szekták okozta egyéni pszichológiai változások, a rossz gyermeknevelési módszerek, a bűnözés, stb. mind pszichiátriai problémává is válnak.[1]
2.) A mentális betegségek diagnosztizálása során általában hiányoznak az objektív kritériumok. Ez azt jelenti, hogy a pszichiátriai diagnózis legtöbb esetben ma is pusztán a beteg viselkedésének a megfigyelése, és a beteg szubjektív beszámolója alapján történik. Ma sincsenek a pszichiátriai betegség meglétének vagy hiányának a beteg viselkedésétől és beszámolójától független, objektív kritériumai. Általában nem lehet laboratóriumi leletek, képalkotó eljárások, kórbonctani vagy kórszövettani módszerek segítségével eldönteni, hogy bizonyos tünetek jelentkezésekor pszichiátriai betegség fennáll-e vagy sem. Mivel azonban a beteg viselkedésének, élménymódjának az értékelése erősen függ a társadalmi normáktól, így a pszichiátria diagnózis is erősen függhet értékítéletektől.[2] Az a kérdés, hogy pl. a homoszexualitás betegség-e, mint látni fogjuk, erősen értékítélet-- és erkölcsfüggő, s ez sok más pszichiátriai diagnosztikus kategóriára is igaz.

3.) A pszichiáternek a mai társadalomban—szükségszerűen--nagy hatalma van. A pszichiátriai diagnózis alapján bizonyos esetekben a betegnek tekintett embert kényszerrel kórházba lehet szállítani, ott akarata ellenére kezelésben lehet részesíteni, s meg lehet őt fosztani legalapvetőbb szabadságjogaitól is. [3] Így egy esetleges diagnosztikus tévedésnek sokkal messze hatóbb következményei vannak, mint a medicina más ágaiban, ahol sokkal ritkább, hogy a beteget akarata ellenére kezelésben lehet részesíteni.

A pszichiátriai betegségfogalommal kapcsolatos tévedés néhány példája

Az elkövetkezőkben—néhány példán keresztül—azt vizsgálom, hogy a társadalom vagy a pszichiáter értékrendje milyen nagy szerepet játszik a pszichiátriai diagnózis során, s milyen—legtöbbször akaratlan—visszaélés ill. tévedés forrása lehet a pszichiátriai diagnózisoknak az értékrendtől való függése.

A homoszexualitás

Jól ismert, hogy a homoszexualitást az ókori görögök nem tartották betegségnek. Az ókori Athén klasszikus korszakában a művelt rétegekben egy fiatalabb férfi homoszexuális kapcsolata idősebb mesterével erkölcsileg elfogadottnak számított. Spártában a párokba szervezett katonák gyakran egymás szeretői is voltak. [4]
A zsidó-keresztény hagyomány azonban a homoszexualitást elítéli, s ennek megfelelően a középkorban a homoszexuálisokat eretneknek tartották. A szodómiáért (homoszexualitás) még a XVIII. században is máglyahalál járt.[5] Később a homoszexualitást a legtöbb ország büntető törvénykönyve bűncselekménynek minősítette, s még egyetértő felnőttek között zajló homoszexuális aktust is büntetni rendelte. A pszichiátria illetve a XX. század elején uralkodó pszichoanalízis eme erkölcsi és jogi tiltást pszichodinamikus magyarázattal támasztotta alá: a pszichoanalitikus elmélet szerint a homoszexualitás az intimitás eltorzult, fejletlen formája, mely szükségszerűen együtt jár a személyiség patológiás működésével[6]. A II. Világháború után ez a szemlélet még sokáig uralkodó volt, s az 1968-ban megjelent DSM-II a homoszexualitást még szexuális devianciának tartotta.[7] 1973-ban azonban--nem kis részben a homoszexualitás elfogadásáért küzdő polgárjogi mozgalmak nyomására-- az Amerikai Pszichiátriai Társaság törölte a homoszexualitást a diagnosztikus kategóriák sorából, s 1980-ban törölte a DSM-III-ból is. Hasonló álláspontot foglal el ma a BNO-10 is, mely szerint a homoszexuális irányultság önmagában még nem tekinthető betegségnek.[8]
A DSM-III 1980-ban azonban még fenntartotta az ego-dystóniás homoszexualitás betegségkategóriát azon homoszexuálisok számára, akik nem tudják elfogadni homoszexualitásukat, s szexuális irányultságuk megváltoztatását szeretnék.[9]
Természetesen ez még a régi—a homoszexualitást betegségnek tartó—szemlélet maradványa, hiszen egy, a homoszexualitást megbélyegző, azt sokszor üldöző társadalomban normális, ha valaki homoszexuálisként nem érzi jól magát, s meg akarja változtatni azt a tulajdonságát, ami miatt üldözik. Ily módon a homoszexualitást kísérő pszichológiai tünetek hasonlóak egy leányanya pszichés

tüneteihez egy azt elítélő társadalomban: nem az állapotból magából következnek, hanem annak társadalmi megítéléséből.[10] Mindezek alapján a DSM-III-R-ból (1987) már törölték az ego-dystóniás homoszexualitás fogalmát is, s így a homoszexualitás véglegesen kikerült a pszichiátriai betegségek köréből. Azonban a korábbi terminológia nyomai még a DSM-IV-ben is megtalálhatók. A máshova nem osztályozott szexuális zavar (Szexuális zavar MNO) diagnózis ugyanis tartalmazza a „..tartós, észrevehető szenvedés a szexuális orientációt illetően" definíciót, melybe beletartozhat a régebben ego-dystoniásnak nevezett homoszexualitás, noha a DSM-IV itt már sem az ego-dystoniáról, sem a homoszexualitásról nem tesz említést.[11]
Ma tehát a pszichiátriai szakirodalom a homoszexualitást az alternatív életstílus kifejeződésének tartja, az emberi szexualitás egyik egészséges variánsának, s nem betegségnek.[12] Úgy tűnik tehát, hogy a homoszexualitás korábbi betegséggé minősítése egy uralkodó valláserkölcsi norma tudományos frazeológiával történő utólagos igazolása formájában ment végbe. Így nem egy tudományos ítélet volt, hanem a tudomány mezébe öltöztetett előítélet.
A homoszexualitás depatolgizálása nagyrészt a homoszexuálisok egyenjogúságáért harcoló antidiszkriminációs polgárjogi mozgalmak küzdelmének eredménye volt, s nem a homoszexualitással kapcsolatos új tudományos eredmények napvilágra kerülése hozta létre a változást.
Természetesen megkérdezhető, hogy ha a homoszexualitás alapesetben többé nem számít patológiásnak, akkor a DSM-IV-ben felsorolt többi—régebben szexuális perverziónak, ma parafiliának nevezett—zavar közül nem lehetne-e még több másikat is depatologizálni? Hiszen, ha egy parafilia nem okoz kárt másoknak, s nem okoz szenvedést a parafiliás személynek sem, akkor miért betegség mégis? Nem lehetséges, hogy a szokatlan, régebben perverznek nevezett szexuális szokások, vágyak egy jelentős része patológiásnak tartása az ezekkel kapcsolatos morális elítélés maradványa, s nem szólnak patológiás voltuk mellett valódi tudományos bizonyítékok? Ezt az álláspontot részben a DSM-IV is képviselni látszik, amikor a legtöbb parafilia diagnosztikus kritériumai között szerepelteti, hogy annak „..klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, munkahelyi vagy más fontos funkciók romlását.." kell okoznia. Eszerint tehát, ha egy parafilia nem okoz kárt másoknak és nem okoz szenvedést a parafiliás személynek, nem számít patológiásnak. [13] Ez azonban voltaképpen annak implicit elfogadását jelenti a DSM részéről, hogy a parafiliák jelentős része nem betegség. Igaz ugyan, hogy sok parafiliás ma szenved állapota miatt, de ennek sokszor nem belső, a személyben magában levő oka van (mely a patológiássá minősítés feltétele a DSM szerint is), hanem külső: a társadalom ellenségessége, előítéletessége, üldözése. Így sokszor a társadalom okozza a parafiliás személy szenvedését, s nem parafiliája.
Érdekes módon azonban a DSM-IV nem beszél arról, hogy nemcsak a parafiliás személy szenvedése, hanem annak hiánya is jelenthet patológiát. A mást károsító, másnak szenvedést okozó parafiliás (például pedofiliában szenvedő) személy valószínűleg annál „betegebb", minél „jobban érzi magát" parafiliájával. Tehát egy ego-syntoniás pedofil beteg betegebb, mint akinél a pedofilia ego-dystóniás, hiszen ha valakit zavar, hogy másnak szenvedést vagy kárt okoz, az ebből a szempontból egészségességének (empátiája meglétének) jele lehet.[14]

A maszturbáció

A zsidó-keresztény tradíció a maszturbációt onániának nevezve elítélte. A XVIII. századtól kezdve azután az orvostudomány orvosi, "tudományos" érveket is felsorakoztatott a maszturbáció tiltásának ésszerűsége mellett. Olyan orvosi értekezések jelentek meg, melyek szerint a maszturbáció sokféle testi betegség mellett elmebetegséget is okozhat, sőt, a maszturbáló az így szerzett elmebetegségét még utódaira is átörökítheti.[15] Már a pszichiátria két nagy történelmi alakja, Philippe Pinel majd Jean-Etienne Esquirol is így tartotta, de még Kraepelin híres pszichiátria tankönyvének 1899-ben megjelent hatodik kiadása is a maszturbációt a szexuális abnormalitások közé sorolja.[16]
Korabeli patológusok még a maszturbáció kórbonctani következményeit is megtalálni vélték a gerincvelőben.[17] A korabeli pszichiátria--összhangban azzal, hogy a maszturbációt súlyos pszichiátriai rendellenességnek tekintette--olyan kegyetlen "kezeléseket" alkalmazott e "rendellenesség" ellen, melyeket ma egyszerűen orvosi formában alkalmazott kínzásnak illetve büntetésnek látunk. Nőknél néha a csikló kiirtását (clitoridectómiát) végezték, férfiaknál castrációt. Gyakran mechanikus eszközöket alkalmaztak a maszturbáció fájdalmassá tételére, s circumcisiót javasoltak annak megnehezítésére. Előfordult, hogy férfiaknál prosztata punkciót ill. here-punkciót végeztek a maszturbáció „kezelésére".[18]
Freud és a korai analitikusok is úgy gondolták, hogy a maszturbáció neurózist okoz[19], s még a XX. század harmincas éveiben is jelentek meg olyan orvosi tankönyvek, melyek azt állították, hogy a maszturbáció fizikailag és pszichológiailag káros. Ma már tudjuk, hogy a maszturbáció a szexuális fejlődés normális fázisa, s nagyon gyakori: Alfred Kinsey vizsgálatai szerint a férfiak majdnem 100%-a, a nők 75%-a élete során maszturbál. Ma úgy tartják, hogy a maszturbáció a pszichoszexuális fejlődés általános és valószínűleg elkerülhetetlen szakasza, s az esetek többségében a későbbi szexuális élet adaptív előkészítője. [20] Így utólag tehát látszik, hogy a maszturbáció betegséggé minősítése, s az egész maszturbációs hipotézis nem volt egyéb, mint az uralkodó keresztény szexuáletika átfordítása orvosi nyelvre, s ennek áltudományos orvosi igazolási kísérlete. [21]
A maszturbáció betegséggé minősítésének fontos tanulsága, hogy ha egy kor valamit bűnnek vagy egyszerűen csak erkölcsileg helytelennek tekint, akkor könnyen betegséggé minősítheti azt, vagyis medikalizálja.[22]

A drapetománia és a dysaethesia aethiopis

S. A. Cartwright, jó nevű amerikai orvos 1851-ben írt le két betegséget, melyet—az ő szóhasználatát alkalmazva--„néger" rabszolgákon figyelt meg: a drapetomániát és a dysaesthesia aethiopist.
A drapetománia némely „néger" rabszolga ama "betegségét" jelentette, hogy állandóan megszöktek uruktól. A dysaesthesia aethiopis pedig azt, hogy a rabszolga az átlagosnál lényegesen lustább, mintegy patológiásan lusta. Cartwright véleménye szerint a „négereknek" a szabadság ártalmas, számukra a rabszolgaság

a természetes állapot, vagyis az, ha a „néger” ellenkezés nélkül aláveti magát fehér urának. Ha erre nem képes, vagy ezt nem akarja, beteg. Ezzel szemben a fehérek számára az uralkodás az egészséges, vagyis ha elfogadják azt, hogy ők a feketék irányítására születtek[23]. Ha ezt egy fehér nem fogadja el, ő számít betegnek.
Mai terminológiával a következőképpen érvelhetnénk Cartwright betegségkategóriái mellett: a fekete rabszolgák esetén is nyilván létezik egy normális “megszökési gyakoriság”. Ha a rabszolga ezt lényegesen meghaladja, viselkedése maladaptív, diszfunkcionális, hiszen a gyakran megszökő rabszolgát előbb-utóbb szökés közben lelövik. Ha kiindulásképpen elfogadjuk azt a gyakran használt betegségdefiníciót, miszerint a betegség a statisztikai normától való olyan eltérés, mely biológiailag hátrányos, akkor a gyakran megszökő rabszolga pszichológiailag beteg, hiszen az ilyen tulajdonságú rabszolgák életben maradási esélyei a rabszolgaság viszonyai között statisztikailag rosszabbak, mint az “egészséges”, nem megszökő rabszolgáké. Ma mégsem tekintjük sem a drapetomániát, sem a dysaesthesia aethiopist betegségnek, noha kétségtelennek tűnik, hogy ezek a rabszolgaság körülményei között a rabszolga szempontjából diszfunkcionális tulajdonságok voltak.
A példa fontos tanulsága tehát, hogy önmagában az, hogy egy tulajdonság maladaptív, még nem elégséges ahhoz, hogy betegségnek lehessen nevezni. Ugyanis csak a morálisan elfogadható, ésszerű társadalmi körülményekhez való alkalmazkodni nem tudás számít betegségnek. Ma azonban a rabszolgaságot nem tekintjük olyan társadalmilag ésszerű normának, melyhez ha valaki nem tud alkalmazkodni, akkor pszichiátriailag betegnek lenne tekinthető. Itt tehát nem a betegségfogalom változott. Az ésszerű társadalmi normákhoz alkalmazkodni nem tudó embereket ma is betegnek tartjuk. Aki például pszichológiai okokból nem tud ma munkát végezni s magát fenntartani, azt ma is pszichiátriai betegnek tartanánk. Ami változott, az az ésszerű társadalmi normáról alkotott véleményünk. Ez azt jelenti, hogy az ésszerűnek ítélt társadalmi norma egyféle etalonként funkcionál: az ehhez alkalmazkodni tudó számít egészségesnek, az ehhez alkalmazkodni nem tudó pedig gyakran betegnek. Az azonban, hogy mi az ésszerű társadalmi norma, erősen értékrendfüggő. A drapetománia betegségnek tartása csak olyan társadalmi környezetben magától értetődő, amelyben a fehér rabszolgatartó felsőbbrendűségének és a rabszolgatartás elfogadhatóságának tana evidencia.
A XIX. században a rabszolgatartó Amerikában pedig széles körben elterjedt felfogás volt, hogy az un. “primitív népek” számára (pl. indiánok, “négerek”) a szabadság ártalmas, mert ez lelki egyensúlyuk megbomlását okozza. Eme vélekedés szerint a primitív népek arra születtek, hogy uralkodjanak rajtuk, s csak ilyen körülmények között érzik jól magukat, s maradnak lelkileg egészségesek. Eszerint tehát a rabszolgaság érdekükben áll. Ennek igazolására statisztikák láttak napvilágot, miszerint 1840-ben a rabszolgatartó Délen a rabszolgák között nem fordult elő elmebaj, míg Északon, a felszabadított rabszolgák körében számos elmebeteget lehetett találni. Ezek alapján úgy ítélték meg, hogy a rabszolgaság eltörlése a felszabadított rabszolgák körében fokozza az elmebetegség kockázatát.[24] Ezt az érvelést olyan meggyőzőnek érezték, hogy azt, aki radikálisan a rabszolgaság eltörlése mellett foglalt állást, mentálisan labilisnak tartották. Magát Lincoln elnököt is—rabszolgaságellenessége miatt—beszámíthatatlannak nevezték.[25]

Mrs. Packard esete.

Nagy port vert fel a XIX. század második felében Mrs. E.P.W. Packard esete. Férje egy anglikán pap volt, aki őt azzal vádolta, hogy veszélyes, liberális nézetei vannak a vallásról, melyekkel gyermekeik lelkét is megfertőzi. Ezért feleségét 1860-ban egy Illinois-i elmegyógyintézetbe záratta. Az asszonyt onnan csak több év múlva engedték ki, ekkor azonban férje otthonukban szinte bebörtönözte, s újból kezdeményezte felesége elmeosztályra való felvételét. Az ügy bíróság elé került, mely 1864-ben az asszonyt mentálisan egészségesnek találta. Ezt követően Mrs. Packard nyilvános kampányt indított azért, hogy ezentúl senkit ne lehessen pusztán véleménye kinyilvánításáért elmeosztályra zárni.[26]

A normalitás kérdései a náci Németországi pszichiátriájában.

1941 augusztusában az SS halálbrigádjai (Einsatztruppen) az elfoglalt szovjet területeken elkezdték a zsidók módszeres legyilkolását. A tömegmészárlásokban való részvételt nem mindenki bírta. Az Einsatztruppen nem egy tagja "idegösszeroppanást" kapott, s nem volt képes folytatni a tömeggyilkosságban való részvételt. Az ilyen katonák pszichiátriai és pszichoterápiás segítséget kaptak, melynek eredményeként általában visszatérhettek feladatukhoz: a tömegmészárlás folytatásához.[27] Itt is felmerül azonban utólag a pszichológiai normalitás érték- és normafüggésének a kérdése. Vajon a mentális egészséghez, a pszichológiai normalitáshoz hozzátartozik-e ártatlan emberek tömeges és kegyetlen kivégzésére való képesség? Aki ilyen tettek végrehajtása közben lelkileg képtelenné válik a gyilkosságok folytatására, az beteg? Akkor válik csak egészségessé, ha ismét folytatni tudja a tömegmészárlást? Az ezt lehetővé tevő pszichiáter gyógyít?
A harctéren, "normál körülmények között" idegösszeroppanást kapott katonák problémája is nagy gondot jelentett a németországi pszichiátria számára, mert mindkét világháborúban komoly dilemma volt, hogy mit csináljanak az ilyen katonákkal. Az I. Világháborúban ilyen esetben a katonákat pszichiátriai diagnózissal kórházba küldték, ahol puszta létük "háború-ellenes propagandát" fejtett ki, s ez--német megítélés szerint-- 1918-ban általános felkeléshez és a front összeomlásához vezetett. Ezért 1942-ben a német pszichiáterek kollektíve úgy határoztak, hogy az "idegösszeroppanás" tüneteivel hozzájuk kerülő katonáknak nem adnak pszichiátriai diagnózist, azt nem fogadják el betegségnek, hanem az ilyen katonával úgy fognak bánni, mint egy gyávával.[28]
Hasonló probléma a náci Németországban nemcsak a fronton, hanem a hátországban is felmerült. A berlini egyetemen egy pszichiátriai disszertáció ír le három terápiarezisztens, akut skizofréniának tartott esetet, melyek mindegyikének a tünete a skizofréniára jellemzőnek tartott "világvége-szindróma" (Weltuntergangssyndrome) volt: a páciens úgy érezte, hogy ő maga is szétesik és a világ is véget ér.
Az első eset egy fiatal SS katona esete volt, aki Lengyelországban szolgált, s "idegösszeroppanása" lett. A pszichiátriai interjú során ezt mondta a pszichiáternek: "A háború rossz...Ez egy olyan háború lesz, ahol mindenki fog lőni mindenkire. Senki nem fogja túlélni." Shock-terápiában részesítették, mely hatástalannak

bizonyult. Mikor az SS kivitte a kórházból, (feltehetőleg azért, hogy agyonlőjék), az orvosok “nem gyógyult”-nak nyilvánították.[29]
A másik leírt eset egy fiatal katolikus lányé. Azt hitte (1941-ben), hogy “..a zsidók számára a vég közeleg. Éjjel egy J betűt látott izzani a falon... (a zsidóknak J betűt kellett viselniük ekkor a náci Németországban)... Úgy érezte, hogy fizikailag és lelkileg is halott. Mindig is segíteni akart az embereknek, s most úgy érezte, hogy ugyanolyan rossz, mint a többiek.” [30]
A harmadik beteg egy fiatal, kitüntetett katonatiszt volt, akinek távoznia kellett a hadseregből, mikor kiderült, hogy apja zsidó volt. 1942-ben azt mondta nem-zsidó anyjának: “Gyilkosok csapatai vannak körülöttünk, hogy megöljenek minden békés embert, az utcák úsznak a vérben. Az a kötelességem, hogy harcoljak a gyilkosok ellen, akik bármely pillanatban jöhetnek.” Shock-terápiában részesült, ami lecsendesítette.[31]
Mindhárom eset azt mutatja, hogy a náci Németországban is voltak emberek, akik felháborodtak és szenvedtek a zsidóüldözések miatt. S egyes német pszichiáterek megpróbálták “kigyógyítani” őket skizofrénnek tartott humanitárius téveseszméikből.[32] A német Bürger-Prinz professzor írta le a II. Világháború utáni esetét, amikor egy volt magas rangú náci tiszt jelentkezett nála heves bűnösségi érzésekkel. Elektroshockot alkalmaztak nála, s így kigyógyították “patológiás lelkiismeret furdalásából.” [33]
Itt természetesen az a probléma merül fel, hogy egy magas rangú náci tiszt intenzív lelkiismeret furdalása, bűnösségi érzései gyógyítandó, kezelendő patológiát jelentenek-e, vagy inkább adekvát reakciónak tekinthetők az általa elkövetett tettekre?
Utólag megkérdezhetnénk: eme náci tiszt nem akkor volt-e patológiásnak tekinthető, a valósággal nem szembenézőnek, azt tudomásul nem vevőnek tartható, amikor semmilyen pszichiátriainak nevezhető tünete nem volt, noha részt vett--direkt vagy indirekt formában--mindabban, amiben egy magas rangú náci tisztnek részt kellett vennie? Ilyen körülmények között nem a nyugodt lelkiismeret és a bűntudat hiánya a patológiás? A bűntudat, a lelkiismeret furdalás megjelenése nem egy normális reakció ilyenkor, nem szembesülés-e azzal, ami valójában történt?

Ezra Pound esete

Ezra Poundot, a híres amerikai költőt a II. Világháború után hazaárulás vádjával perbe fogták, mivel a háború alatt Olaszországban németbarát rádiós propagandatevékenységet fejtett ki. A vád alapján halálbüntetés kiszabása fenyegetett, mely kínos helyzetbe hozhatta volna az Egyesült Államokat azzal, hogy kivégeztet egy akkor már világhírű költőt. Ezért nem egyértelmű bizonyítékok alapján Poundot elmebetegnek nyilvánították, s ezzel magyarázták háborús tevékenységét. Így mentesült a büntetés alól, s 13 évet töltött elmegyógyintézetben. [34]

Visszaélések a szovjet pszichiátriában: a politikai pszichiátria

A Szovjetunióban az 50-es évek végétől fordult elő, hogy a politikai rendszert bírálókat--noha mentálisan egészségesek voltak-- pszichiátriai diagnózisokkal látták el. Skizofréniát, paranoid személyiségzavart, s egyéb hasonló diagnózisokat alkalmaztak rájuk. Az így "diagnosztizált" ellenzékieket akaratuk ellenére elmekórházakba utalták, ahol "elmebetegségükre" gyógyszert kaptak. Volt, akit évekig "gyógykezelésben" részesítettek. Az ily módon bezárt "betegeket" csak akkor engedték ki, ha visszavonták éveken át hangoztatott nézeteiket. Ezt a gyógyulás jelének tekintették.[35] Ezzel az eljárással a szovjet állam elkerülhette a hruscsovi érában nemzetközileg már egyre kényelmetlenebbnek érzett, s külföldön nagy visszhangot kiváltó nyilvános politikai pereket. Az ellenzékit kóros elmeállapotúnak nyilvánítva határozatlan időre ("gyógyulásáig"), nyilvános tárgyalás nélkül elmegyógyintézetbe lehetett zárni.[36] Ezzel a módszerrel egyben diszkreditálni is lehetett az elmebetegnek feltüntetett ellenzékit, hiszen így kritikáját nem kellett komolyan venni, azt csak egy beteg elme megnyilvánulásának lehetett tartani. Az elmebetegnek diagnosztizált ellenzékit élethossziglan elmebetegnek tarthatták. Közülük később sokan Nyugatra emigráltak, ahol az elmebetegség semmilyen jelét nem mutatták, s így utólag valószínűsíthető, hogy soha nem is voltak betegek.[37] A Szovjetunión belül ezt a gyakorlatot nyilvánosan csak a glasznoszty idején, 1987-ben kezdték kritizálni, s a Szovjetunió csak 1989-ben, a Pszichiátriai Világszövetség Athéni kongresszusán ismerte el, hogy a szovjet pszichiátriát politikai célokra használták fel.[38]

A pszichiátriával való szovjet visszaélés egyik első komoly bizonyítéka az International Pilot Study of Schizophrenia elnevezésű 1973-as WHO vizsgálat volt.[39] Eme nemzetközi összehasonlító vizsgálatban egy komputerprogram segítségével újradiagnosztizálták az egyes országokban skizofrénnek tartott betegeket azon tünetek alapján, melyeket a vizsgálatban részt vevő pszichiátriai centrum megadott. A komputerprogram a Kurt Scneider-féle kritériumokat használta a skizofrénia diagnosztizálására. A vizsgált kilenc centrumból 7 megfelelően diagnosztizálta a skizofréniát, kettő azonban nem: a moszkvai és a washingtoni centrum. Mint kiderült, a washingtoni centrum eltérése annak volt köszönhető, hogy ők a maguk sajátos diagnosztikai rendszerét használták, mely nem tett különbséget skizofrénia és paranoid pszichózis között. Így a washingtoni kritériumok szerint olyanokat is skizofrénnek tartottak, akik más centrumban is pszichotikusnak minősültek volna ugyan, csak nem skizofréniában, hanem paranoid pszichózisban szenvedőknek. Az USA-ban tehát a skizofréniát tágabban értelmezték, mint a vizsgálatban részt vett többi centrumban, de másutt is pszichotikusnak találták volna azt, akit Washingtonban annak tartottak. Ehhez képest radikálisan különbözött a helyzet a moszkvai centrumban. Az itt skizofrénnek diagnosztizáltak közül a komputerprogram sokakat egyáltalán nem is talált pszichotikusnak, csak depressziósnak vagy neurotikusnak.[40] Ezt a diagnosztikus gyakorlatot az a 60-as években kialakult sajátos pszichiátriai diagnosztikai rendszer magyarázza, mely a kor vezető moszkvai pszichiátere, Andrej Snyesznyevszkij nevéhez fűződik. Az általa kialakított nozológiai rendszert a pszichiátria Moszkvai Iskolájának nevezték.[41] Eme diagnosztikus rendszer egyik jellemző „újítása" a skizofrénia új felosztásában is megmutatkozott. Az új koncepció lényege a skizofrénia fogalmának jelentős kiszélesítése, melynek segítségével relatíve csekély viselkedésváltozást is a skizofrénia tüneteként lehetett értelmezni. Eszerint létezett volna a skizofréniának

egy formája, melyet ők lassú skizofréniának neveztek el. Erre az lett volna jellemző, hogy relatíve enyhe tünetekkel kezdődik, mindazonáltal ugyanúgy skizofrénia, mint a gyorsabban progrediáló változatok. A lassú skizofréniára jellemzőnek tartották, hogy alattomosan indul, kényszeres, hisztériás vagy hipochondriás tünetekkel, vagyis kezdetben a kórkép egyszerű neurózisnak tűnik. Jellemzőnek tartották még, hogy az ilyen "beteg" túlértékeli saját jelentőségét, irreális tervei vannak a társadalom megváltoztatására.[42] A pszichiátriai kórlapok szerint a következők voltak a jellemző tünetek a lassú skizofrénia diagnosztizálása során a szovjet ellenzékieknél: "paranoid téveseszmék a társadalom megváltoztatására, reformizmus", "a személyiség túlértékelése, grandiózus téveseszmék", "a társadalomhoz való rossz alkalmazkodás", "eredetiség", "ideológiai megfogalmazások dominálása", "vallásosság", "depresszió", "ambivalencia, bűntudat, belső konfliktusok", "a részletek iránti fokozott figyelem".[43] Bukovszkij, a híres ellenzéki azt tanácsolta a pszichiátriai kivizsgálás előtt álló társainak, hogy ne árulják el érdeklődésüket a filozófia iránt, mert a szovjet pszichiátria ilyen esetekre gyakran alkalmazza a "metafizikai intoxikáció" fogalmát.[44]

Felmerül azonban a kérdés, mennyire tekinthetők ezek a tünetek patológiásnak egy ellenzékinél? Egyrészt látni kell, hogy az eltérő nézetek iránti intolerancia már a cári Oroszországra is jellemző volt. Mindez folytatódott a szovjet korszakban, ahol széles tömegek tekintették devianciának a vallásosság bizonyos--máshol elfogadott--formáit, bizonyos fajta megjelenést, bizonyos fajta zene szeretetét, bizonyos fajta irodalmi, művészeti ízlést.[45] Mivel a szovjet állampolgárok zöme erősen konformista módon viselkedett, így az a kérdés merült fel: hogyan lehet, hogy emberek százmilliói tudnak alkalmazkodni a szovjet rendszerhez, néhány száz ellenzéki azonban nem? S magától értetődőnek tűnt e logika alapján a következtetés: az ellenzékiek pszichiátriai betegségük miatt nem képesek alkalmazkodni a szovjet társadalom normáihoz. Végül is, a korabeli szovjet társadalom jelentős része számára teljesen irracionálisnak tűnt az, amit az ellenzékiek akartak. Hogyan lenne képes néhány száz ellenzéki megváltoztatni, esetleg megdönteni azt a szovjet államot--szólt az érvelés-- melyet a gazdag, jól felfegyverzett, hatalmas katonai potenciállal rendelkező nyugati hatalmak sem mernek megtámadni? Ezért az a vélemény alakult ki, hogy a szovjet ellenzékiek oly mértékben képtelenek felmérni a realitást, oly mértékben a valóságos viszonyokat figyelmen kívül hagyva cselekszenek, mely csak pszichiátriai betegségükkel magyarázható.[46]

Ha azonban megváltoztatjuk a kontextust, s nem a szovjet rendszerből belülről, hanem kívülről, a nyugati megfigyelők szemszögéből vizsgáljuk az eseményeket, akkor egészen más képet kapunk. Végül is, a szovjet ellenzékiek cselekedetei egy nyugati demokrácia nézőpontjából nézve teljesen ésszerűek és természetesek voltak: tiltakoztak a saját országuk Alkotmányában is elismert emberi jogok megsértése ellen, követelték az állam és az egyház szétválasztását, a szabad vallásgyakorlást és a vallásüldözés megszüntetését.[47] Másrészt, azok a tünetek, melyeket ezeknél az embereknél a pszichiátriai kórlapok tanúsága szerint fel lehetett ismerni, más nézőpontból normális emberi reakcióknak tekinthetők egy elnyomó államban egy független gondolkodású ember részéről. Például a gyanakvás és a depresszió normális reakciója annak, akit a világ egyik legerősebb és legdiktatórikusabb állama üldöz. A társadalmi környezethez való rossz alkalmazkodás természetes annál, aki az adott társadalom működésének elveivel és

gyakorlatával nem ért egyet. A kórlapokon szereplő reformizmus pedig más szavakkal kifejezve ugyan, de magát az ellenzékiséget jelenti.[48]
Hiba lenne azonban azt gondolni, hogy a szovjet gyakorlatot egyszerűen cinikus, a hatalommal gátlások nélkül együttműködő pszichiáterek tették lehetővé. Sok adat utal arra, hogy az ellenzékieket elmebetegnek diagnosztizáló pszichiáterek valódi tudományos meggyőződésből cselekedtek. Ezt az is bizonyítja, hogy a Snyesznyevszkij-féle diagnosztikus sémát használó pszichiáterek még a gorbacsovi érában is alkalmazták ezt a rendszert, noha ekkor már ezt tőlük senki nem várta el.[49] Így, noha ezt a diagnosztikus rendszert nem a politikai visszaélés céljából hozták létre, megalkotása után torzító hatást gyakorolt az ezt alkalmazó pszichiáterek látásmódjára; az eredetileg csak papíron létező diagnosztikus rendszer "betegeket" hozott létre, s megteremtődtek a feltételek e diagnosztikus rendszerrel való visszaéléshez. Mindez arra figyelmeztet, milyen nagy a veszélye a pszichiátriai diagnózissal való visszaélésnek, mennyire erős eszköz lehet a pszichiátria a társadalmi konformitás kikényszerítésében.

Bruno Bettelheim kongresszusi szakértői véleménye.

1969-ben a híres pszichoanalitikus, Bruno Bettelheim az USA Kongresszusa előtt ismertette vizsgálatainak végeredményét, miszerint az amerikai diákok vietnámi háború elleni tiltakozásának nincsen komoly politikai motívuma. Bettelheim szerint azok a diákok, akik a Chicagói Egyetemet a háborús gépezettel való együttműködésben bűnrészességgel vádolták, voltaképpen meg nem oldott Oedipus konfliktusuk hatására cselekszenek, s az egyetemet, mint apahelyettest támadják ennek következtében.[50]
Mindez természetesen egy politikai probléma elpszichologizálása, hiszen abból, hogy mi a motívuma egy cselekedetnek, nem következik annak politikai megítélése. Ha ebben az esetben például Bettelheimnek igaza lett volna, ez még semmit nem mondott volna el a diákok politikai álláspontjának helyességéről.

Patológiás-e, ha a bombázópilóta fél a lelövéstől?

A vietnami háború idején fordult elő, hogy egy amerikai berepülő pilóta, aki látta, hogy bajtársai gépét milyen gyakran lövik le, nem mert több bevetésre menni. Pszichiáterhez fordult, akik úgy ítélte meg, hogy a pilóta félelme az újabb bevetéstől pszichiátriai betegség. Ennek megfelelően gyógyszeres és pszichoterápiás kezelésben részesítette a katonát, aki néhány hét kezelés után ismét bevethető lett. Az ilyen esetek kapcsán az a vita bontakozott ki, hogy betegségnek volt-e tekinthető a pilóta félelme a veszélyes bevetéstől, vagy pusztán egészséges, ésszerű reakciónak egy veszélyes helyzetre? Beteg-e az a pilóta, aki látván missziója veszélyeit nem akarja tovább vállalni azokat? Vagy inkább az a pilóta a beteg, aki vakmerőn újabb és újabb bevetésre vállalkozik, sok esetben kockáztatva így a biztos halált? Ha a pszichés egészség része a valóság helyes megismerése, a realitások

tudomásul vétele, a jó realitástesztelés, akkor nem az a katona a betegebb, aki nem számol a veszéllyel? Ha a további bevetéstől való félelméből kigyógyított katona az újabb bevetés során elesik, akkor mondhatjuk, hogy meggyógyították? Nevezhetjük gyógyításnak azt, amikor megszüntetnek valakinél egy olyan pszichológiai jellemzőt, (itt a további bevetéstől való félelmet) mely megmentette volna az életét? Nem agymosás-e inkább, ha valakit pszichológiailag úgy befolyásolnak, hogy érdekeivel ellentétesen kezd cselekedni? Az eset kapcsán merült fel, hogy milyen nagy szerepe van egy ilyen kérdés eldöntésében annak az értékrendszernek, mellyel egy háborút megítélünk. A vietnami háborút sok amerikai kommentátor igazságtalan háborúnak tartotta, s ezért azt, aki nem tudott vagy nem akart egy ilyen igazságtalan háború követelményeihez alkalmazkodni, könnyebb volt egészségesnek tartani. Fenntartható-e azonban ez az álláspont akkor is, ha egy katona egy igazságos, a hazáját védő háborúban vesz részt, s itt kerül bevetésre alkalmatlan állapotba? Ebben az esetben már sokkal kevesebben tekintenék a katona félelmét a háborúban való részvételtől egészségesnek, mert ilyenkor erkölcsileg elvárnák az állampolgároktól, hogy hazájuk megvédésében részt vegyenek.[51]

Visszaélések Dél-Afrikában

1969-1987 között a dél-afrikai hadseregnél gyakorlat volt a besorozott katonák homoszexualitásra való szűrése és kezelése. Ez tovább folyt még 1973 után is, mikor az Amerikai Pszichiátriai Társaság a homoszexualitást törölte a betegségek sorából. A kezelés titokban folyt egy katonai kórházban, ahol viselkedésterápiát alkalmaztak. A „betegeknek" férfiak meztelen képét mutatták, s közben olyan intenzív áramütésben részesítették őket, hogy az egyik alkalommal egy „betegnek" lerepült a cipője. Más „betegeknél" nagy dózisú hormonkezeléssel kémiai kasztrációt alkalmaztak, vagy a Szovjetunióban is használt narkoanalízist. A kérdéses időszakban összesen kb. 900 „betegnél" a nemet átalakító sebészeti beavatkozást végeztek, abból a meggondolásból kiindulva, hogy ellenkező neművé változtatva a „betegeket" szexuális irányultságuk így normalizálódik. Ezeknél a sebészi beavatkozásoknál nem volt tájékozott beleegyezés, nagy volt a beavatkozások halálozása, az azt túlélő „betegeket" pedig arra bíztatták, hogy szakítsák meg kapcsolatukat családjukkal, s új dokumentumokkal kezdjenek új életet és építsenek ki új identitást. 1995-ben a Dél-Afrikai Orvostársaság nyilvánosan bocsánatot kért ezekért a visszaélésekért, a Dél-Afrikai Pszichiátriai Társaság azonban nem érezte úgy, hogy tagjai komoly visszaéléseket követtek volna el. [52]

Visszaélések Kínában

1999 júliusában Kínában betiltották a Falun Gong elnevezésű vallási mozgalmat. A Falun Gong a buddhizmus, a taoizmus és a Kínában hagyományokkal rendelkező qigong tanításain alapul. A betiltást követően a mozgalom mintegy 600 képviselőjét pszichiátriai intézményekbe zárták, s akaratuk ellenére injekciós ill. gyógyszeres

pszichiátriai kezelésben részesítették őket abból a célból, hogy elveikről mondjanak le. A cél itt is az volt, hogy a Falun Gong követőit elmebetegnek minősítve diszkreditálják a mozgalmat.[53] A kínai visszaélések azonban—mai tudásunk szerint—ennél sokkal kiterjedtebbek voltak, s a pszichiátriát Kínában—főleg az 1966-76 közötti Kulturális Forradalom idején--felhasználták a vallási vagy politikai ellenzék elhallgattatására. A pszichiátriával való visszaélés még nagyobb volt, mint az egykori Szovjetunióban, s bár mára ez jelentősen csökkent, a hivatalos pszichiátria Kínában ma is sok non-konformistát kezel akarata ellenére pszichiátriai zárt intézetekben.[54]

Visszaélések az USA-ban

Az USA-ban a szexuális bűncselekmények miatt elítélt bűnelkövetők büntetésük letöltése után nem mindig kerülnek szabadlábra. Az új törvények alapján ugyanis, ha feltételezhető, hogy mentális zavar áll a szexuális erőszak mögött, mely a bűnismétlés veszélyével jár, az ilyen ember korlátlan ideig pszichiátriai intézményben tartható kezelési célból. Ezeket az 1990-es években hozott törvényeket sokan a pszichiátria átpolitizálódása jelének tartják, mert a pszichiátriát használják fel arra, hogy a társadalomtól elzárjanak olyan embereket, akiket nem-orvosi eszközökkel—alkotmányjogi megfontolások miatt—nem lehetne időkorlátozás nélkül börtönben tartani. Ezek a törvények tehát orvosi—pszichiátriai kérdésnek tüntetnek fel valamit, ami inkább morális, politikai és büntetőjogi kérdés. Cselekvőképes embereket el nem követett bűnökért meghatározatlan időre börtönbe zárnak, ahonnan a szabadulás nehéz. Ennek oka, hogy a szabadon bocsáthatóságot kimondó pszichiáter sokkal jobban fél attól, hogy elbocsáthatónak tart egy később bűncselekményt elkövető embert, mint attól, hogy nem elbocsáthatónak tekint egy valójában veszélytelent, mert utóbbi kevésbé látható, mint az előbbi. Ezek a törvények tehát komoly veszélyt jelentenek bizonyos alapvető demokratikus elvekre, s a pszichiátriát használják fel politikai célok elérésére.[55]

A pszichiátriai betegségfogalom értékrendtől való függése.

A fenti esetek is mutatják, hogy bizonyos értékrendszert, kulturális kontextust használva betegségnek tekintenek tüneteket, melyek egy más értékrend illetve kontextus felől nézve már korántsem egyértelműen tekinthetők betegségnek. Amikor kijelentjük, hogy valaki pszichológiailag--pszichiátriailag normális vagy abnormális, akkor mindig fel kell tenni azt a kérdést is: ki szerint abnormális és milyen standard szerint abnormális? [56] Amikor a lelki egészséget a társadalomhoz való alkalmazkodási képességként definiálják, akkor a meghatározás elvontsága eltakarja azt a tényt, hogy mindig egy konkrét társadalom konkrét normáihoz, értékrendjéhez kell alkalmazkodni. Vagyis nem arról van szó, hogy valaki általánosságban nem képes alkalmazkodni a társadalmi normákhoz, hanem arról, hogy nem képes alkalmazkodni a náci Németország, a viktoriánus angol társadalom, vagy például a Szovjetunió normáihoz. Ha a normákkal, melyekhez valakinek

alkalmazkodnia kellene, nem értünk egyet, akkor az ezekhez alkalmazkodni nem tudót nem fogjuk pszichológiai értelemben betegnek tartani, sőt, esetleg az általunk embertelennek, igazságtalannak tartott normákhoz túl könnyen alkalmazkodókat fogjuk betegnek látni. Thomas Szasz hívja fel a figyelmet arra, hogy mennyi vita folyt arról, hogy a középkori boszorkányok, akiket az inkvizíció máglyán megégetett, elmebetegek voltak-e? Furcsa, jegyzi meg Szasz, hogy mennyivel kevesebb figyelmet kapott az a kérdés, hogy vajon az inkvizítorok maguk mentálisan egészségesek voltak-e? Hiszen--Szasz szerint--az inkvizítorok kegyetlensége, a rafinált kínvallatási technikák a mai szemlélőben sokkal inkább felvetnék az elmebetegség gyanúját, mint a boszorkányok akkor eretneknek számító, ma viszont ártatlannak hangzó kijelentései. 1648-ban Angliában például a következő kijelentések számítottak istenkáromlásnak, melyeket a törvény halállal rendelt büntetni[57]:
“Nincs Isten.”
“Isten fia nem Isten.”
“Krisztus nem ugyanolyan Isten, mint az Atya.”
“A Szentírás nem Isten szava.”
“Az ember testileg nem támad fel a halála után.”

Ha ma azt a kérdést tennék fel valakinek, hogy pszichológiai értelemben ki a betegebb? Az, aki azt mondja, hogy nincs Isten, vagy az, aki egy ilyen ember körmeit kitépi, kezeit satuba szorítja, akkor a legtöbb válaszoló ma az utóbbit tekintené betegnek. Ismét tetten érhető tehát, milyen mélyen befolyásolja a megítélő értékrendje azt, hogy kit tekint pszichiátriai betegnek, s kit nem.
A pszichiátriai diagnózist tehát a történelem során sokszor használták arra, hogy segítsen a társadalom pillanatnyi erőviszonyait fenntartani, hogy segítsen az ellenvéleményt hangoztatókat vagy az alternatív életmódot választókat diszkreditálni és elhallgattatni.[58] Ez természetesen—mint az antipszichiátria tárgyalásánál látni fogjuk--nem a pszichiátria, hanem a pszichiátriával való visszaélés jellemzője. Ennek veszélye és a történelemben tapasztalt gyakorisága miatt azonban nem pusztán elméleti kérdés, hanem nagyon komoly gyakorlati jelentősége is van, hogy mi a pszichiátriai betegség helyes definíciója, s ennek meghatározásában mekkora szerepet szabad játszania a társadalom értékrendjének.

Összegzés

Annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy mi pszichiátriai betegség és mi nem az, erősen függ a kérdést megválaszoló társadalom vagy kultúra értékrendjétől. A homoszexualitást, a maszturbációt könnyű betegségnek tekinteni egy olyan kultúrában, mely ezeket bűnnek, „eltévelyedésnek” tartja. A rabszolgák lustaságát és fokozott hajlamát a szökésre könnyű pszichiátriai zavarnak tekinteni akkor, ha a rabszolgatartó társadalom normáit természetesnek tartjuk. Az arra való képtelenséget, hogy valaki résztvegyen egy háborúban, s ennek kapcsán esetleg kivégzésekben, tömeggyilkosságokban működjön közre, könnyű pszichiátriai zavarnak tartani akkor, ha a háborút igazságosnak, a kivégzendő vagy megsemmisítendő ellenséget alacsonyabbrendű, az ember-státuszt nem teljesen

megérdemlő embereknek tekintjük. Könnyű pszichiátriai zavarnak tartani egy társadalom normái elleni lázadást, ha azokat a normákat jónak, természetesnek, humánusnak tartjuk, s így az az ellen vétőket rosszaknak, természetellenesen viselkedőknek, s így végső soron betegnek lehet tartani. Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegség meghatározása teljes egészében a társadalom önkényes döntésén múlik. Az egyes társadalmak illetve kultúrák tévedhetnek annak meghatározásában, hogy mi tekinthető pszichiátriai betegségnek, s e fejezet éppen ezekből a tévedésekből sorolt fel néhányat. Mivel azonban a pszichiátriai zavarok meghatározása kapcsán még ma sincsenek objektív kórbonctani vagy patofiziológiai kritériumok, a pszichiátriai zavart egyértelműen kizárni vagy megerősíteni képes laboratóriumi vizsgálatok, ezért ma is kizárólag a viselkedés, a gondolkodás és az élménymód megítélése alapján döntjük el, hogy ki pszichiátriai beteg. Mivel ez a megítélés a társadalom általánosan elfogadott értékeiből indul ki, s ezen értékek általában csak egy másik kultúra másik értékrendszere nézőpontjából válnak egyáltalán láthatóvá és megkérdőjelezhetővé, ezért a történelem során gyakran fordult elő, hogy a természetesnek tartott normák nevében az attól eltérően viselkedő, érző, gondolkodó embereket mentálisan betegnek tekintették. Mindez arra utal, hogy a pszichiátriában különös figyelmet kell fordítani azokra az implicit értékekre, melyek alapján a diagnózis történik.

---

[1] Sidney Bloch (1995): Abuse of Psychiatry In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 2128)

[2] Sidney Bloch (1995): Abuse of Psychiatry In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 2129)

[3] Sidney Bloch (1995): Abuse of Psychiatry In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 2129)

[4] Louis Tietje—James Harrison (1995): Homosexuality II. Ethicsl Issues. In:Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 1148)

[5] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz Könyvkiadó, 1996 (p. 104)

[6] Mark D. Sullivan (1995): Mental Health Therapies. In:Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 1725)

[7] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. (From the Era of the Asylum to the Age of Prozac) New York--Toronto--Brisbane: John Wiley & Sons Inc. (p. 303)

[8] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsys of Psychiatry. (Eighth ed.) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 682)

[9] Eli Coleman (1995): Homosexuality I. Clinical and Behavioral Aspects. In:Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 1144)

[10] Richard Green: Homosexuality as a Mental Illness. The International Journal of Psychiatry 10 (March, 1972):77-98. In: Arthur L. Caplan—H. Tristram Engelhardt, Jr.—James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 345)

[11] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 54-55)

[12] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsys of Psychiatry. (Eighth ed.) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 682)

[13] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 55)

[14] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 55)
[15] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. (A Comparative Study of the Inqusition and the Mental Health Movement) New York-London-Toronto: Harper & Row Publishers. (p. 184)
[16] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. (A Comparative Study of the Inqusition and the Mental Health Movement) New York-London-Toronto: Harper & Row Publishers. (p. 193)
[17] H. Tristram Engelhardt, Jr.: The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. Bulletin of the History of Medicine 48(1974): 234-248 In: Arthur L. Caplan—H. Tristram Engelhardt, Jr.—James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 273. 39. lábjegyzet)
[18] H. Tristram Engelhardt, Jr.: The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. Bulletin of the History of Medicine 48(1974): 234-248 In: Arthur L. Caplan—H. Tristram Engelhardt, Jr.—James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 276-277)
[19] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. (A Comparative Study of the Inqusition and the Mental Health Movement) New York-London-Toronto: Harper & Row Publishers. (p. 193)
[20] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsys of Psychiatry. (Eighth ed.) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 681)
[21] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. (A Comparative Study of the Inqusition and the Mental Health Movement) New York-London-Toronto: Harper & Row Publishers. (p. 188)
[22] H. Tristram Engelhardt, Jr.: The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. Bulletin of the History of Medicine 48(1974): 234-248 In: Arthur L. Caplan—H. Tristram Engelhardt, Jr.—James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 277)
[23] Samuel A. Cartwright: Report on the Disease and Physical Peculiarities of the Negro Race. The New Orleans Medical and Surgical Journal (May, 1851) (pp. 691-715) In: n: Arthur L. Caplan—H. Tristram Engelhardt, Jr.—James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 318-320)
[24] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Pszichopatológia. Budapest: Osiris. (p. 142-143.)
[25] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Pszichopatológia. Budapest: Osiris. (p. 625)
[26] David Musto (1991): A Historcial Perspective. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 24)
[27] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 467)
[28] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 468)
[29] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 468)
[30] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 468)
[31] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 468)
[32] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 468)
[33] Benno Müller-Hill (1991): Psychiatry in the Nazi era In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 469)
[34] Sidney Bloch (1995): Abuse of Psychiatry In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 2127)
[35] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 494)
[36] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 495)
[37] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 506)
[38] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 511)

[39] Michael Gelder—Dennis Gath—Richard Mayou (1991): Oxford Textbook of Psyhiatry (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 280)
[40] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 111)
[41] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 107)
[42] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 505)
[43] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 112)
[44] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 504)
[45] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 504)
[46] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 113)
[47] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psyhiatry in the Soviet Union. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 507)
[48] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 112)
[49] Walter Reich (1991): Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Sidney Bloch—Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 114)
[50] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.(p. 277)
[51] Robert M. Veatch (1977): Case Studies in Medical Ethics. Cambridge—London: Harvard University Press. (Case 78: The Psychiatrist's Role in War) (pp. 245-251)
[52] Robert M Kaplan: Treatment of homosexuality during apartheid. (Editorial) British Medical Journal, vol. 329. 18-25 December 2004. (p. 1415-16)
[53] Khabir Ahmad, Lancet, 2000;356:919-922
[54] Mirza Muminovic: Psychiatric Association to investigate abuse in China. British Medical Journal vol. 325. 7 September, 2002. (p. 513)
[55] Eric S Janus: Sexually violent predator laws: psychiatry in service to a morally dubious enterprise. The Lancet: Medicine, Crime and Punishment, vol. 364 December 2004. (pp. 50-51)
[56] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company. (p. 32)
[57] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences.) New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 309)
[58] John Z. Sadler: Diagnosis, Antidiagnosis. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 173)

2. fejezet.—Az értékek szerepe a pszichiátriában. Az antipszichiátria, a szociális konstrukcionista modellek, s az Értékeken Alapuló Orvoslás (ÉAO)

Az antipszichiátria

"Társadalmunkban sehol nincs még egy ilyen szélsőséges függőségi viszony egyén és egyén közt, mint ez: a pszichiáter, aki pszichiátriailag vizsgál valakit az egyik, az így vizsgált személy pedig a másik oldalon. Esetleg öt perc sem telik el, hogy a pszichiáter először látja az illetőt, aki talán még egy szót nem is szólt (következésképpen: lehet szimuláns, lehet néma katatón szkizofrén), s ez már elegendő alap lehet bármely fejlett ország pszichiáterének, hogy aláírja a formanyomtatványt, és elintézzen egy telefont. Elegendő ez az illető személynek ahhoz, hogy elvigyék, rács mögé dugják, és határozatlan időtartammal megfigyeljék. S ez azt jelentheti, hogy hetekig, hónapokig vagy évekig is fogoly lehet az illető--kényszerű rabságban kell élnie, ahol is aztán orvosságozzák, regulázzák, kondicionálják, agyát elektromosság hullámaival mossák, kis darabkákat ki is szednek belőle esetleg késsel vagy lézerrel, vagyis megtesznek vele mindent, aminek kipróbálását a pszichiáter szükségesnek ítéli. Hogy ily szabadság részese, sőt kényszerű hordozója, a pszichiátria--eltörölvén az emberi jogokat és állampolgári szabadságot az orvosi megfigyelés és kezelés szükségességének nevében--csakugyan páratlanul áll, nincs hozzá fogható törvényes tekintélyhatalom sehol a társadalom egészében, kivéve, gondolom, ahol a rend a foglyok kínzását engedélyezi."[1]
(Ronald David Laing)

Az antipszichiátria kialakulása.

Az előző fejezetben számos történelmi példán keresztül bizonyítottuk, hogy mennyire nehéz eldönteni egy furcsán viselkedő, bizonyos morális-, viselkedési-, nyelvi szabályokat be nem tartó emberről, hogy egyszerűen csak deviáns-e, vagy pedig mentális betegségben szenved. Hogyan lehet elkülöníteni a mentális betegséget a non-konformitástól, az erkölcstelenségtől, a devianciától, a bűnözéstől? A fenti kérdésekre a legradikálisabb választ az antipszichiátriai mozgalom adta.
Az antipszichiátria elnevezés a pszichiáter David Coopertől származik, aki úgy gondolta, hogy a pszichiátria alapvetően elnyomó jellegű, vagyis antipszichiátriai, ha pszichiátriának az ilyen betegekkel való helyes foglalkozás tudományát tekintjük.[2] Ez a mozgalom az 1960-as években született, s a 60-as, 70-es években nagyon nagy hatást gyakorolt. Radikális állítása az volt, hogy pszichiátriai betegség orvosi értelemben nem is létezik, az pusztán egy szociális konstrukció. Eszerint vannak emberek, akik eltérnek bizonyos társadalmi-, erkölcsi-, politikai normáktól, s őket a társadalom pszichiátriai betegeknek tekinti. Ha a pszichiátriai betegség fogalma egy szociális konstrukció, akkor dekonstrukcióra van szükség: meg kell szabadítani a deviáns, kreatív, non-konformista, szabad szellemeket, vagyis azokat, akiket a társadalom elmebetegeknek tekint, a betegség stigmájától.[3] Az antipszichiátriai mozgalom fő elméleti mozgatója volt a 60-as években kezdődött dezinstitucionalizálási törekvéseknek, annak, hogy a pszichiátriai betegeket lehetőleg ne elmegyógyintézetekben vagy elmekórházakban, hanem a természetes életkörülményeket minél jobban megközelítő környezetben kezeljék. Az

antipszichiátria a hivatalos, intézményes pszichiátriát a társadalmi kontroll elfogadhatatlan formájának tartotta, s harcolt az ellen, hogy pszichiátriai betegség ürügyén embereket pszichiátriai intézményekbe zárhassanak.[4]
Több jelentős teoretikus tartozik az antipszichiátriai mozgalomhoz: a filozófus Michel Foucault, a magyar származású amerikai pszichiáter Thomas Szasz, a szociológus Erving Goffmann és Thomas Scheff, s a pszichiáter Ronald D Laing. Bár az említettek elméleti munkái nagyon nagy hatást gyakoroltak a korabeli filozófiára, pszichiátriára, társadalomtudományra, s általában a közgondolkodásra, a laikus társadalom számára talán a legnagyobb hatású Ken Kesey 1962-ben megjelent regénye (Száll a kakukk fészkére) volt, mely alapján 1975-ben Milos Forman nagyhatású, 5 Oscar díjat nyert filmet készített. A nagyközönség ebből alakította ki magának azt a pszichiátria képet, mely az antipszichiátria szerint a pszichiátriára jellemző. A filmnek, (s egyben az antipszichiátriának is) a legfőbb üzenete: a pszichiátriai betegek olyan egészséges emberek, akik eltérnek a társadalom uralkodó normáitól. Orvosi értelemben nem betegek tehát, csak deviánsak, akiket a társadalom a pszichiátria segítségével elnyom.[5]

Az antipszichiátria fontosabb képviselői

Erving Goffman

Goffman empirikus kutatásai alapján írt, 1961-ben megjelent könyvében arra hívta fel a figyelmet, hogy az elmekórházak un. totális intézmények: a betegek életének minden részletét ellenőrzésük alatt tartva életterüket jelentősen beszűkítik, s a betegeket infantilizálják. Az ilyen intézményekben a beteg megalázása, lealacsonyítása mindennapos és ez az intézményi élet szükségszerű része.[6] Amit Goffman leírt, az valóban jellemző volt az elmegyógyintézetekre, s Goffmant csak azért sorolják az antipszichiátriai mozgalom teoretikusai közé, mert abból indult ki, hogy elmebetegség nem létezik.

Michel Foucault

Foucault szerint a modern hatalomgyakorlás látszólag a jogrendszer segítségével történik. Tehát a jogállam követelményeinek megfelelően jogilag tiltanak bizonyos viselkedési formákat. A valóság azonban más. Ugyanis a hatalomgyakorlás új módszerei vannak kialakulóban, melyek egyre kevésbé a jogra, s egyre inkább a normalizálásra és a korszerű technikára támaszkodnak.[7] Így a modern korban a hatékony tiltás nem elsősorban jogi eszközökkel történik, hanem a tiltott viselkedés patológiásnak nyilvánításával, orvosi esetté minősítésével, pszichiatrizálásával.[8]
Foucault szerint a polgári társadalom kialakulásával, a XVII. századtól kezdődően egy nagyarányú represszió vette kezdetét. A fejlett polgári társadalom korlátozni akart mindent, mely összeegyeztethetetlen az intenzív munka követelményével. Így korlátozni akarta az önmagáért való élvezetet is, mely e társadalom számára egyszerű energiapocsékolásnak tűnt.[9] Így ekkor kezdődött el a szexualitás tabuvá emelése s ekkor kezdődött az elmebetegek (ésszerűtlenül viselkedők) bezárása is az ész és az ésszerűség nevében. A szexualitás terén ez azt jelentette, hogy

kezdték elítélni a szexualitás minden formáját, melynek nem a nemzés, hanem pusztán a gyönyörszerzés volt a célja. Nemzésközpontú szexualitást kezdtek hirdetni, s megbélyegezték és elítélték a gyönyörközpontú szexualitás minden formáját.[10] A szexuális kicsapongásokat ekkor kezdték besorolni az elmebetegségek kategóriájába.
A patologizálást, pszichiatrizálást mint hatalomgyakorlási eszközt tetten lehet érni azon, hogy az uralkodó erkölcsi elveknek megfelelő viselkedést a XVIII. századtól kezdve kezdik az orvosi értelemben vett normalitás kritériumaiként megfogalmazni. Ilyen értelemben normálisnak a házasságon belüli, a gyermeknemzést szolgáló heteroszexuális kapcsolat kezd számítani, s minden, ami ettől eltér, patologizálódik. Az orvostudomány mindehhez támogatást nyújt, vagyis a tudományosságot félretéve orvosi nyelven, orvosi fogalmakkal és tudományosan hangzó terminológiával kezdi hirdetni azt, hogy az uralkodó erkölcsnek megfelelő viselkedés a normális, egészséges viselkedés, az ettől való eltérés pedig nem csupán bűn, hanem betegség.[11]
A szexualitásról szóló korabeli értekezések Foucault szerint nem az igazságot kutatják, hanem éppen az igazságot akarják elkendőzni a kor erkölcsi előítéletei nevében. Nem tudásvágyból fakadnak tehát, hanem tudni nem akarásból.[12]
Mindez nem csupán a szexualitásra, hanem az elmebetegségre általában is igaz. Foucault szerint a XVII. századtól kezdődően kezdik az elmebetegséget mint irracionalitást, ésszerűtlen gondolkodást vagy viselkedést tekinteni, s az ily módon viselkedő embereket elmegyógyintézetekbe zárni. A Felvilágosodás észkultusza intoleráns volt az ésszerűtlenséggel szemben, s a pszichiátria eme ésszerűtlenség elnyomására, az emberben levő állatiasság korlátozására létrejött intézmény.[13] Az emberben levő ésszerűséget veszélyeztetik az emberben levő szenvedélyek, az emberben levő állati. Ennek elszabadulása az elmebetegség, s eme irracionalitás korlátozása az ésszerűség és az ésszerűen berendezett társadalom nevében a pszichiátria.[14]
Foucault szerint az elmebetegség fogalma és a pszichiátria intézmények rendszere azt a célt szolgálja, hogy a felvilágosodás észkultuszának megfelelően elnyomja az ésszerűtlenséget, melyet ezután elmebetegségnek neveznek, s orvosi eszközökkel tartanak kezelendőnek.[15] Foucault felhívja a figyelmet arra, hogy az elmebeteg fogalma azt implikálja, hogy ő valami más, mint mi, gondolkodása eltér a helyes gondolkodás szabályaitól, s ezért kialakul az a tendencia. hogy meg sem kíséreljük megérteni az elmebeteg gondolkodását, hanem azt inkább kontrollálni próbáljuk.[16]

R. D. Laing

Laing, angol pszichiáter ugyan maga nem tekinti magát antipszichiáternek,[17] mégis általában az antipszichiáterek közé sorolják, mert elfogadja azt a tézist, miszerint a pszichiátria funkciója ma az, hogy kizárja és visszaszorítsa azokat, akiket a társadalom kizárni és visszaszorítani kíván.[18] Laing szerint a mai társadalomban vannak emberek, akik a többiek számára elviselhetetlenül viselkednek, noha bűncselekményt nem követnek el. Az ilyen emberektől a társadalom "meg akar szabadulni" , de legalábbis a viselkedését meg akarja változtatni. Mivel bűncselekmény híján az ilyen ügyekben a rendőrség nem illetékes, ezért a

pszichiáterekre és a pszichiátriai intézményekre hárul a feladat, hogy az ilyen embereket megváltoztassák, vagy legalábbis a pszichiátriai intézményekbe bezárva a társadalomtól távol tartsák. Ily módon Laing szerint "egy zárt osztály a bűncselekményeket el nem követő vétkesek börtöne."[19] Mivel ez társadalmi igény, ezért nem a pszichiáter, hanem a társadalom a felelős, s Laing is elismeri, hogy valóban vannak emberek, akik mások számára elviselhetetlenül viselkednek, ezért pszichiátria nélkül a mai társadalom nem lenne meg.[20]
Laing a 60-as, 70-es években főleg a skizofrénia--egy alapvetően akkor is biológiai eredetűnek gondolt betegség--kapcsán kísérelte meg bizonyítani, hogy az nem is betegség, hanem ésszerű válasz ésszerűtlen körülményekre.[21] Laing szerint a skizofrénia voltaképpen egy megbirkózási stratégia, mely abban segít, hogy valaki képes legyen elviselni elviselhetetlen helyzeteket.[22] Laing Jean Paul Sartre egzisztencialista pszichiátria fogalmát szerette volna megtölteni tartalommal, amikor megpróbálta egy ilyen irányultságú pszichiátria alapelveit megfogalmazni. Laing szerint a pszichózis nem más, mint a beteget fenyegető egzisztenciális kihívásra adott válasz. Ennek megfelelően a skizofrénia az egyén kísérlete arra, hogy egy torz társadalmi helyzet által támasztott, alapvetően ellentmondásos követelményeknek megfeleljen.[23] Laing szerint az egzisztenciális pszichiátriai szemlélet azt követeli, hogy az elmebeteg számunkra ésszerűtlennek tűnő gondolkodását és viselkedését egzisztenciális kontextusában vizsgáljuk meg. Az elmebeteg számára az alapvető egzisztenciális realitás általában a körülmények keltette primer ontológiai bizonytalanság. Abból kell kiindulni, hogy a beteg egy olyan--torz környezetben szerzett, számára zavarba ejtő, s fenyegető--tapasztalatát próbálja megosztani a pszichiáterrel, mely környezettel kapcsolatban a pszichiáternek nincs személyes tapasztalata. Vagyis Laing azt követeli, hogy a pszichiáter ne kívülről próbálja megérteni a beteget, hanem annak egzisztenciális helyzetébe empatikusan belehelyezkedve.[24] Laing szerint a skizofrének gyakori, s a betegség kialakulásában szerepet játszó tapasztalata a misztifikálás: az, hogy amikor a torz környezet kapcsán támadt gondolataikat, élményeiket meg akarják osztani másokkal, kinevetik, nem veszik komolyan őket. Mivel tehát azt tapasztalják, hogy ahogyan ők látják a világot, az mások számára nem elfogadható, nem hiteles, ez paralizálttá teszi őket, s ezzel magyarázza Laing a skizofrénia klinikai tüneteit.[25]
Az emberi szolidaritás, bajtársiasság érzésének átélése alapvető minden ember pszichológiai egészsége számára. Ennek megtapasztalása--bármilyen kapcsolatban--terápiás jellegű, ennek hiánya pedig megbetegíthet, s Laing szerint sok pszichiátriai betegség ezzel magyarázható.[26] Akiket a pszichiáter emberi kapcsolatra képtelennek minősít (vagyis legtöbbször skizofrénnek), azok azok az emberek, akikkel éppen a társdalom ill. a pszichiáter nem akar kapcsolatba kerülni.[27]
Mindennek megvolt a terápiás retorikája is: az 50-es években Laing szerint Angliában általában az volt a vélemény, hogy nem jó, ha a skizofrén beteggel beszél a pszichiáter, mert ez fellobbanthatja a pszichotikus folyamatot. Az volt a vélemény, hogy skizofrén beteget kommunikációra késztetni, vele beszélgetni olyan, mint hasmenésre hashajtót adni, vagy vérzékeny betegnél szándékosan vérzést előidézni: a folyamat rosszabbodásához vezet.[28]

Thomas Scheff

Thomas Scheff vezette be az amerikai szociológiába az elmebetegség szociális konstrukcionista modelljét. Eszerint az elmebetegség azért konstrukció, mert voltaképpen a társadalmi szabályok konstruálják: a pszichiátriai tünetek nem egyebek, mint un. reziduális szabályszegések. A reziduális szabály olyan szabályt jelent, melynek megszegését a társadalom semmilyen ismert kategóriába nem tudja besorolni.[29] Vannak tehát olyan társadalmi szabályok, melyek nem tekinthetők sem morális, sem jogi szabálynak, betartásukat a társadalom mégis elvárja, s megszegésüket a pszichiátriai betegség kategóriájába sorolja. Maga a szabályszegés jelenti tehát a pszichiátriai betegséget, melyet azért a szabály konstruál, mert a szabály nélkül nem lenne mit megszegni, így a betegség létre sem jönne. Scheff nevéhez fűződik a pszichiátriai betegség un. címkézési ("labelling") elmélete is. Eszerint a társadalom viselkedési szabályaitól eltérő emberekre az "elmebeteg" címkét ragasztva, s velük szemben ennek megfelelően viselkedve ez mintegy önmegvalósító próféciaként működik: akivel szemben konzekvensen máképp viselkednek, mint a többiekkel, az maga is egy idő után más viselkedést fog tanúsítani, mint a többség.[30]

Thomas Szasz.

<u>Az elmebetegség mint metafora</u>

Szasz szerint a szó szoros értelmében csak testi betegségek léteznek, s természetesen az agy elváltozásaival járó betegségek is testi betegségek. Az elmebetegség fogalomban szereplő "elme" szó ezzel szemben valami nem-testire utal. Azonban ami testetlen, az csak metaforikus értelemben lehet beteg, a szó szoros értelmében nem.[31] Az elme nem lehet beteg, csak az agy,[32] de ebben az esetben agyi betegségről, s nem elmebetegségről van szó.[33]
Szaszon kívül már sokan mások is rámutattak, hogy a történelem során a pszichiátriai betegségek egyfajta reziduális betegségcsoportnak számítottak. Azon betegségeket sorolták ide, melyeket nem tudtak más szomatikus okokkal megmagyarázni. S érdekes módon, ahogyan felfedezték a pszichiátriainak tartott betegség szomatikus okait, úgy kerültek át ezek a betegségek a pszichiátria területéről a neurológia területére. Régebben a szklerózis multiplex, a Wilson-kór, a temporális-lebeny eredetű epilepszia és sok más betegség pszichiátriai zavarnak számított, míg ma ezeket inkább a neurológia hatáskörébe tartozónak véljük, mert keletkezésük mechanizmusát ma már sokkal jobban ismerjük.[34]
Szasz szerint betegségnek orvosi értelemben csak a sejtek, szövetek szervek vagy a test strukturális vagy funkcionális abnormalitásai tekinthetők.[35] Szerinte a pszichiátriai betegségek nem ilyenek, hiszen ezek egyszerűen a viselkedés társadalmi normától való eltérései.[36] A pszichiátria hibája Szasz szerint az, hogy azt állítja: az elmebetegségek nemcsak metaforikus, hanem valódi, orvosi értelemben is betegségek.[37] Ma a pszichiáterek többsége Szasz szerint úgy gondolja, hogy az elmebetegségek ugyan az agy betegségei, csak az agy olyan finom elváltozásai miatt jönnek létre, melyeket az orvostudomány a technika mai fejlettsége mellet még

nem tud kimutatni. A mai uralkodó paradigma szerint minden furcsa viselkedés, gondolat mögött kell, hogy legyen egy rendellenes molekula, s ha ezt nem találják meg ma, majd megtalálják holnap.[38] A pszichiátriai betegek agyában bizonyos anyagokból tehát vagy túl sok van, vagy túl kevés, s a mai felfogás szerint az abnormális gondolat abnormális agyi folyamatok terméke.[39]
Szasz szerint azonban a pszichiátriában már legalább 200 éve kutatják, hogy az elmebetegségeknek milyen objektív agyi elváltozások felelnek meg, ennek ellenére ma éppúgy nem tudunk erről semmit mint 200 évvel ezelőtt.[40]
Noha a pszichiáterek ezt tagadják, a patológiai kézikönyvek ma sem tárgyalják sem a skizofréniát sem egyéb mentális betegségeket, mert ezeknek ma sincs kimutatható agyi-strukturális alapja, nincs esetükben jellemző agyi elváltozás.[41] Ezért ma sincs objektív, a beteg panaszaitól független kritériuma annak, hogy valaki elmebeteg-e vagy sem.
Elmebetegségeknél agyi elváltozásokat tehát Szasz szerint nem lehet kimutatni, ezért is nevezik ezeket a betegségeket hagyományosan elmebetegségeknek, s nem az agy betegségeinek. Az elmebetegség ily módon azonban--mivel nem a test betegsége--csak metaforikus értelemben betegség. Metaforikus értelemben beszélünk például beteg gazdaságról, beteg viccről vagy beteg országról.[42]
Ahogyan azonban senkinek sem jutna eszébe orvost hívni, ha egy ország “beteg” gazdaságát szeretné “meggyógyítani”, úgy elmebetegség esetén sem segít az orvos, hiszen ő csak valódi, testi betegségeket tud kezelni, s nem metaforikus betegségeket, mint amilyenek az elmebetegségek is. A metafora voltaképpen egy hamis állítás: olyasmit állítunk vele valamiről vagy valakiről, amiről tudjuk, hogy szó szerint nem igaz. Például “A prérifarkas farkas” állítás nem metafora, ezzel szemben “Az ember farkas” állítás metafora. Ha azt állítom, hogy egy ember elfáradt, az nem metafora, de ha egy fém kifáradásáról beszélek, az metafora.[43] Ha valami csak metaforikusan valami, akkor ez éppen azt jelenti, hogy a szó szoros értelmében nem az a valami. Tehát ha az elmebetegség csak metaforikusan betegség, ez éppen azt jelenti, hogy nem igazi betegség, csak átvitt értelemben az.[44] A szó szoros értelmében vett betegség Szasz szerint--mint láttuk-- csak az, mely a test fiziko-kémiai elváltozásaival jár. Metaforikus értelemben vett betegség ezzel szemben minden állapot, mely a személy valamilyen szenvedését okozza.[45] Ilyen értelemben persze számtalan új “betegség” alkotható, hiszen végtelenül sokféle állapot képes szenvedést kiváltani. Ilyen metaforikus értelemben például betegség lehet a válás, mely a házasság betegségének fogható fel, az agglegénység, mely a házasodásra való képtelenség betegségének tekinthető vagy a gyermektelenség is, mely viszont a szülői szerep felvételére való képtelenségként fogalmazható meg.[46]
Az elmebetegség így nem igazi betegség, noha annak látszik, s ezért az elmebetegséget kezelő orvos (a pszichiáter) sem igazi orvos, az általa alkalmazott terápia pedig nem igazi terápia.[47] Ha a metaforát kiterjesztjük, akkor mesét, mítoszt kapunk. Ha az elmebetegség tehát metafora, akkor a pszichiátria az elmebetegség léte köré épített mítosz.[48] Mivel a pszichiátria nem létező dologgal foglalkozik (az elmebetegséggel), ezért tudományos statusa a középkori alkímiához és az asztrológiához hasonlít, vagyis áltudomány.[49] Szasz egyik új cikkében azt állítja, hogy az elmebetegség fogalma ugyanolyan a pszichiátriában, mint a flogiszton fogalma volt a kémiában. A XVIII. században még úgy gondolták, hogy az anyagok éghetőségéért a bennük levő flogiszton felelős, mely az égés során eltávozik az

anyagból. Mint ismeretes, Lavoisier 1778-ban publikálta tanulmányát, melyben bizonyította, hogy flogiszton nem létezik, az égés voltaképpen oxidáció, az anyagok égés során nem könnyebbek lesznek (mint ami a bennük levő flogiszton eltávozásából következnék), hanem nehezebbek. Ezzel megszületett a kémia tudománya, mely felváltotta a középkori alkímiát. A pszichiátriában az elmebetegség fogalma hasonló a flogisztonéhoz. Csak akkor születik majd meg a tudományos pszichiátria, mely az emberi viselkedés igazi tudománya lesz, ha felismerik, hogy elmebetegség nem létezik, ahogy a kémiában is felismerték, hogy flogiszton nincs.[50] Az elmebetegség viszonya a testi betegséghez ugyanaz, mint egy hibás televíziókészülék viszonya a rossz tévéműsorhoz. Ahogyan egy rossz tévéműsor esetén sem lenne célszerű szerelőt hívni, mert ő csak a rossz készülék megjavítására képes, a rossz műsoréra azonban nem, hasonlóképpen értelmetlenség beteg elme esetén orvosi kezelést követelni.[51] A pszichiátriainak tekintett zavarok alapvetően morális, s nem orvosi problémák.[52] A mentális egészség Szasz szerint nem egyéb, mint alkalmazkodás a társadalmi normákhoz, így egyfajta szociális konformitás, míg ezzel szemben a mentális betegség a társadalmi normáktól való eltérés, vagyis szociális deviancia.[53] Mindez persze Szasz szerint nem jelenti azt, hogy a pszichiátria, a különböző gyógyszeres kezelések vagy a pszichoterápia ne lenne képes az elmebetegnek nevezett szenvedő emberen segíteni, csak azt jelenti, hogy az általuk nyújtott segítség nem gyógyítás, nem egy betegségből való kikezelés, hanem az élet, a többi ember és önmagunk jobb megismerésében nyújtott segítség.[54] Hasonlóképpen, egy beteg gazdaságon is lehet segíteni megfelelő gazdaságpolitikával, ez azonban természetesen szintén nem tekinthető orvosi értelemben vett terápiának.[55]
A pszichiátria és a pszichoterápia legtöbbször pusztán személyes, pszichológiai problémának állítja be azt, ami erkölcsi vagy politikai probléma.[56] Ez már része a Szasz által pszichiátriai imperializmusnak, vagy pszichiatrizálásnak nevezett jelenségnek: annak, hogy morális és politikai problémákat pszichiátriaivá változtatnak, s ezáltal a pszichiátria hatókörébe utalnak.
A pszichiátriai diagnózisok nem egyebek stigmatizáló címkéknél, melyek orvosi diagnózisokra emlékeztetnek ugyan, valójában azonban személyes életproblémákat tüntetnek fel betegségekként, s ezeket a diagnózisokat olyan emberekre alkalmazzák, akik eltérnek a társadalom uralkodó normáitól.[57]

<u>Az elmebetegség mint a kiszolgáltatott helyzetben levők sajátos kommunikációja.</u>

Az elmebetegség sokszor egy sajátos módon történő kommunikáció. Jól mutatja ezt Szasz szerint a hisztériás betegség. A hisztériás beteg például érzelmi problémáit testi tünetek formájában “közli”, szavak helyett a testével kommunikál, egy primitívebb, szavak előtti, testi nyelven, egyfajta proto-nyelven történő kommunikációt használ, egyfajta pantomímiát. Ennek a kommunikációnak nem az a célja, hogy információkat adjon át, hanem az, hogy a másik félben valamilyen érzést (pl. szánalmat) keltsen fel.[58] Ilyen indirekt, testi nyelven történő kommunikációra általában a gyengébb, a társadalmilag hátrányos helyzetben levő, vagy egy kapcsolatban a kiszolgáltatottabb pozíciót elfoglaló kényszerül. Az indirekt kommunikáció (az utalás, célzás, vagy a vicc) ugyanis lehetővé teszi, hogy a beszélő ne kötelezze el magát amellett, amit mond: ha ellenségesen fogadják,

visszavonulhat.[59] Az indirekt kommunikáció túltengése a nem egyenrangú kapcsolatokra jellemző, ahol az alárendelt fél nem fejezheti ki szabadon az igényeit. Aki nem mondhatja ki érzéseit közvetlenül, az ezek közvetett kifejezésére kényszerül. Ha egy kiszolgáltatott helyzetben levő (pl. gyerek, elnyomott feleség) úgy érzi, nem hallgatják meg, sír, s szomorúságának ezzel az indirekt jelzésével éri el, hogy figyeljenek rá. Ha viszont egy hatalmi helyzetben levő érzi úgy, hogy nem hallgatják meg (pl. egy basáskodó férj a felségével szemben), akkor ő ordítani szokott. Neki nincs szüksége indirekt kommunikációra, hiszen megengedheti magának a direkt kommunikáció luxusát. A direkt kommunikáció az erős nyelve, az indirekt kommunikáció pedig a gyengéé, a kiszolgáltatotté.[60] Ilyen értelemben a normális nyelvhasználat csak megközelítőleg egyenlő erejű (hatalmú) emberek között működik jól. Ha a kérni akaró nagyon gyenge, akkor a nyelvhasználat affektív, érzelmeket ébresztő formájához kell fordulnia, hiszen direkt módon történő segítségkéréssel azt nem kapná meg. Ha azonban a segítségkérés indirekt formában történik (pl. szenvedés kimutatásával), akkor a partnerben felébresztett szánalom révén sokkal nagyobb az esély rá, hogy a gyenge helyzetű fél segítséget kap.[61] Ha tehát a pszichiátriai betegség egy sajátos módon történő kommunikáció, akkor a pszichiáter feladata a fordítás: a "beteg" által használt kommunikáció áttétele egy érthetőbb nyelvre.[62]
Ha a mentális betegségek lényege egy sajátos kommunikáció, akkor azok voltaképpen nyelvjárásoknak, idiómáknak tekinthetők, s nem betegségeknek. Az ilyen ember idegen nyelven szól hozzánk, s ilyenkor nem gyógyítása a megoldás, hanem mondanivalójának a lefordítása.[63]
A pszichiátriai beteg tehát más nyelvet használ, mint az egészséges, s ezt azért teszi, mert el van nyomva, mert a megszokott, direkt nyelvet nem használhatja. "Betegsége" egy nyelvjárás, egy idióma, melyre tanulással tett szert. Éppen ezért meggyógyítani sem lehet, hiszen senkit sem kell "kigyógyítani" az anyanyelvéből, legfeljebb-- ha szükséges--egy új nyelvet kell megtanítani neki.[64]
Az elmebetegnek nevezett emberek kiszolgáltatottságukban a testi beteg szerepét veszik fel, mikor pedig valójában csak társadalmi, erkölcsi vagy interperszonális konfliktusaik következtében boldogtalanok.[65]
Az "elmebetegek" így voltaképpen segítségre szoruló egészséges emberek, akik annak érdekében, hogy ezt a segítséget megkapják, tudatosan, vagy tudattalanul pszichés betegséget színlelnek. Ezt a segítséget ily módon meg is kapják, de azon az áron, hogy színlelt betegségüket igazinak tartják, vagyis stigmatizálják őket. Szasz szerint tehát elmebetegség nem létezik, a pszichiáterek valójában nem betegségekkel, hanem személyes, morális és etikai problémákkal foglalkoznak.[66]

A pszichiátria két formája

Szasz a pszichiátria két formáját különíti el: az intézményes pszichiátriát, és a szerződéses pszichiátriát. Az intézményes pszichiátria a "kezelésbe " bele nem egyező betegek kötelező, erőszakos kezelésének intézménye. Itt a beteg és az orvos nem egyenrangúak. A beteg úgy érzi, nincs szüksége a kezelésre, míg az orvos ezt a "betegségtudat hiányának" tulajdonítja s ezért akarata ellenére kezeli a beteget. Az intézményes pszichiátria azt, ha a beteg nem ismeri el a betegségét a betegség fontos jelének tekinti.[67] Szasz pszichiátria-kritikája teljes egészében az

intézményes pszichiátria ellen irányul. A szerződéses pszichiátria—az előbbivel ellentétben—a beteg kérésére történő beavatkozás, ahol a beteg és az orvos egyenrangú felek. Ennek tipikus példája az önkéntes pszichoterápia. Ez ellen Szasznak semmi kifogása nincs. Noha ez sem betegségeket gyógyít (hiszen pszichiátriai betegség nincsen) csak életproblémákat segít megoldani, mint ilyen, hasznos funkciót tölt be, mert komoly segítséget adhat a szenvedő embereknek. Mikor Szasz pszichiátriáról beszél, mindig az intézményes pszichiátriára gondol. Szasz szerint a feladat az intézményi pszichiátria megszüntetése s a pszichiátria szerződéses pszichiátriává való átalakítása.[68]
Erre persze sokan azt mondanák, hogy az intézményes pszichiátria ma jórészt a múlté, hiszen a pszichiátriai betegek többsége ma önkéntesen kerül be az elmeosztályra. Önkéntes gyógykezelésről azonban Szasz szerint nem lehet beszélni egy olyan rendszerben, ahol a törvény lehetőséget ad a beteg kötelező intézeti kezelésére is. Egy ilyen rendszerben ugyanis sok beteg csak azért egyezik bele a kezelésbe, s számít ettől fogva önkéntes betegnek, mert tudja: ha nem egyezne bele önként, akkor is kezelnék, de kötelezően.[69]

Pszichiátria mint modern kori inkvizíció

Minden korban a kor sajátos nyelvén jelennek meg a személyes erkölcsi és politikai problémák. A középkorban ezek teológiai formában fogalmazódtak meg: a norma ellen vétőket eretneknek vagy boszorkánynak tekintették. Ma nem a vallás, hanem a tudomány korát éljük, ezért ma ugyanezek a problémák tudományos-orvosi problémákként jelennek meg. Ma a norma ellen vétőket ezért betegnek tekintik.[70]
Szasz tézise az, hogy a modernkori intézményi pszichiátria voltaképpen az inkvizíció közvetlen folytatása. Az elmebetegség mai fogalma analóg a középkori boszorkányság fogalmával. A középkori eretneket ma elmebetegnek tekintik, az inkvizítor szerepét pedig a pszichiáter vette át. A középkori eretneküldözés vallásos-teológiai indoklása helyébe ma az elmebetegek "kezelésének" (Szasz szerint üldözésének és megbüntetésének) tudományosnak tűnő indoklása lépett. Vagyis a modernkori intézményi pszichiátria nem más, mint a középkori inkvizíció mai formája, modernkori-tudományos retorikával megindokolva.[71] Nem arról van szó—mondja Szasz—hogy győzött a felvilágosodás, s akiket a középkorban boszorkánynak tekintettek és megégettek, azt ma elmebetegnek tekintik és kezelik. Nem arról van szó, hogy a tudomány győzött a babona felett[72], hanem arról: a modern világban az elmebetegség fogalma ugyanazt a társadalmi funkciót látja el, mint a középkorban a boszorkányság fogalma.[73] A babona tehát nem szűnt meg, csak átalakult, modern formában, tudományos frazeológiával jelentkezik. A stílus, a retorika változott, a lényeg ugyanaz maradt: a középkorban azokat az embereket, akiknek a viselkedése vagy gondolkodása felháborította a társadalmat, boszorkánynak nevezték. Ma ugyanezeket az embereket elmebetegnek tartják.[74]
Ahogyan boszorkányok nincsenek, úgy elmebetegek sincsenek, mindkettő társadalmi konstrukció. Egy kor azonban nem lát át saját elméleti konstrukcióin. Ahogyan a középkorban a legfelvilágosultabb, legmélyebben gondolkodó emberek is hittek a boszorkányokban, úgy ma a legműveltebb emberek is hisznek az elmebetegség létében.[75]

A boszorkányságnak ugyanaz volt a funkciója, mint ma az elmebetegség fogalmának: a társadalom uralkodó erkölcsi rendszerének ritualizált védelme.[76] Így meg lehet szabadulni azoktól az emberektől, akik a társadalom értékrendjétől eltérnek, akik kényelmetlenek a többieknek. Mindez a társadalom érdekében történik, de mindig úgy tüntetik fel, mintha annak az érdekében állna, akit üldöznek. Ahogyan a középkorban is azt mondták, hogy a boszorkányt saját érdekében üldözik, azért, hogy így megbűnhődve bűneiért végül is üdvözülhessen, ma az elmebeteget is—retorikailag—saját érdekében kezelik. Valójában azonban mind a boszorkányégetés, mind az elmebeteg kezelése a társadalom érdekében történik, s nem a boszorkány vagy az elmebeteg érdekében. Az ő érdekeikre való hivatkozás puszta retorika, a mindenkori elnyomó hatalom módszere, mely az elnyomást az elnyomott érdekében állónak tünteti fel. Az elnyomó az elnyomás érdekében ugyanis általában nemcsak erőszakot, hanem megtévesztést is felhasznál: az elnyomást az elnyomott érdekében állónak tünteti fel, saját tevékenységét pedig önzetlennek, az áldozat megsegítésének.[77] Az elnyomás így mindig erkölcsi elnyomás is: az elnyomottat általában tisztességtelennek vagy legalábbis tévedésben levőnek tüntetik fel, bármilyen becsületes legyen is, míg az elnyomó jóindulatúnak és igazságosnak tűnik fel, bármilyen igazságtalan és gonosz is.[78] Ennek megfelelően a középkori inkvizíció például azt hangsúlyozta, hogy noha az eretnek mindenképpen elnyerné büntetését emberi közbenjárás nélkül is, hiszen a hithű keresztény a mennybe, az eretnek pedig a pokolba kerül, a hithű keresztény ebbe nem nyugodhat bele, s embertársai iránti határtalan szeretete az, ami arra bírja őt, hogy az inkvizíciót igénybe véve “meggyőzze” testvérét az igaz hitről, s így biztosítsa üdvözülését.[79] A középkori inkvizíció és a mai intézményes pszichiátria között Szasz szerint csak az a különbség, hogy a középkorban a deviancia teológiai formában fogalmazódott meg (deviáns=eretnek, boszorkány), míg ma—a kor uralkodó ideológiájának megfelelően—tudományos formában (deviáns=elmebeteg)[80]
Szasz szerint a mai intézményi pszichiátria alapvetően a non-konformisták üldözésére szolgáló szervezet.[81] A non-konformisták azonban--bekerülve a pszichiátriai intézményekbe--ott a többi betegtől számos tünetet tanulnak el: aki kis devianciával került be, komoly devianciával kerül ki onnan. Így a pszichiátriai intézmények részben az elmebetegség létrehozói, melegágyai is, mert az elmebeteg tünetei nem kis részben a nagy intézményekben a vele való bánásmód logikus következményeinek tekinthetők.[82]

A tipikus középkori boszorkány ugyanolyan volt, mint ma a tipikus elmebeteg: a társadalom szegényebb rétegeiből származó elnyomott, aki valami olyat tett, ami a társdalomnak az uralkodó normák nevében nem tetszett.[83] Ezt pejoratívan ma deviánsnak nevezik, de Szasz szerint érdekes módon csak a társadalom normáitól negatív irányban eltérőket tekintik ma betegnek, a pozitív irányban eltérőket nem, holott mindkettő eltér a normálistól, átlagostól. Így pl. ma a homoszexuálist, a kábítószerfüggőt tekintik pszichiátriai betegnek, s nem a Nobel-díjas tudóst, vagy az Olimpiai bajnok sportolót.[84] Így a gazdagokra, híresekre --ha furcsán viselkednek-- legfeljebb azt mondják, hogy különc, a szegényekre azonban azt, hogy elmebeteg. Ha valaki egy nagyon gonosz tettet hajt végre, rögtön azt vizsgálják, nem elmebeteg-e az illető. Ugyanakkor, ha valaki valamilyen nemes tettet visz véghez, senki nem vizsgálja, nem elmebeteg-e?[85] Ma azt tételezik fel, hogy a pszichotikus megtámad és megöl embereket, azt azonban soha, hogy a pszichózis arra indítja,

hogy segítse őket. Vagyis hajlamosak vagyunk a gonosz viselkedést pszichózisnak tulajdonítani, a normától eltérő erényes viselkedést azonban nem.[86]
Szasz szerint ma, a tömegember korában a legfőbb bűn a független gondolkodás, a személyes autonómia, a bevett szokások elutasítása. Az ember nyájállat. Azt fogadják el, aki hasonlít a többiekhez. A konformizmus jónak, a deviancia rossznak számít.[87]

A pszichiátria mint a non-konformisták kontrollálásának modern formája.

A non-konformisták pszichiátriai beteggé minősítésével lehetővé válik a független gondolkodás hatékony társadalmi kontrollja, hiszen ma egy elmebeteget nem illetnek meg azok az évszázadok során kiharcolt jogok (pl. a gondolkodás-, a véleménynyilvánítás-, a vallás szabadságának a joga) melyek a másként gondolkodót egy demokratikus társadalomban megilletnek.[88] A pluralizmus csak a mentálisan egészségesekre vonatkozik, s csak az ő számukra engedélyezett. Aki azonban beteg, annak nem engedélyezett a másképp gondolkodás, ezt ugyanis a patológia jelének tartják, s terápiával, gyógyszerrel igyekeznek megszüntetni, de legalábbis az elmebetegség címkével diszkreditálni. A pszichiátriai diagnózissal az elmebetegeket ma dehumanizálják és infantilizálják.[89] A dehumanizált beteggel azután könnyebben lehet embertelenül bánni, hiszen aki nem olyan mint mi, azzal nem is kell úgy bánni, mint velünk.[90] A pszichiátriai története tele van az elmebetegek olyan kezelési formáival, melyet ma nem lehet másnak, mint kínzásnak tekinteni.[91]
A pszichiátria—mondja Szasz—azt teszi az emberekkel, amit egy regénybeli kisfiú tett a madarakkal, melyeket kínozni akart. Megfogott egy fekete madarat, rikító színűre befestette, majd visszaengedte a többi közé. Azok--nem ismervén fel a rikító tollú madárban fajtársukat--halálra sebezték. A pszichiátria--ehhez hasonlóan--először elhiteti egy emberről, hogy más, mint a többiek, majd az így mássá változtatott embert visszaengedi a társadalomba. A többit elvégzi az előítélet. Az ember üldözi azt, aki más, mint ő, s ha nem más, előbb mássá teszi, hogy azután üldözhesse.[92] Az üldözötteket általában nem azért üldözik, mert veszélyesek, hanem azért mondják veszélyesnek őket, hogy üldözhessék.[93]
Az elmebetegség címke oly mértékben dehumanizáló, hogy akire alkalmazzák, annak összes jó tulajdonságát mintegy megsemmisíti, "felülírja". Az illető attól kezdve "elmebeteg" lesz, s nem költő, feltaláló, vagy bármi egyéb. Az illető minden tettét a társadalom ezután elmebetegségéből próbálja majd levezetni, s ezért mentik fel—ha bűncselekményt követett el—a felelősség alól is: hiszen úgy gondolják, hogy ilyenkor tettéért nem felelős, az biológiai állapotából következik, az megszünteti a szabad akaratát.[94]
A pszichiátriai beteg afféle modern bűnbak: ahogyan a középkorban a zsidókat, eretnekeket tartották felelősnek az akkori társadalom bajaiért (pl. rossz termés, járványok, szárazság, éhínség, stb.), ma az "őrülteket" teszik felelőssé a modern bajokért. Hányszor olvashatunk bűncselekményeket elkövető elmebetegről, a politika, a történelem nagy gonosztevőiről, mint őrültekről (pl. Caligula, Néró, Hitler, Sztálin, stb.).
Előfordul, hogy valaki normális életet él, a társadalom legmagasabb, legbefolyásosabb körei megbecsülését is kivívja, majd utána egy szörnyű bűnt követ

el. Ilyenkor önként kínálkozik a magyarázat: az illető azért követte el tettét, mert elmebeteg volt. Hogy lehet azonban, hogy előzőleg ezt évtizedeken át senki nem vette észre?--kérdezi Szasz. Ilyen eset volt James Jones esete, aki a Népek Temploma vallási közösség élén 900 embert hajszolt öngyilkosságba. Jones korábban a legbefolyásosabb körökben forgott, magát Carter asszonyt, az USA elnökének a feleségét is jól ismerte. Carter asszony elnöke volt a Mentális Egészségért nevű elnöki bizottságnak, melynek feladata volt a mentális betegség elleni küzdelem. Carter asszony e minőségében támogatta James Jonest, mint az elmebetegség elleni küzdelem egyik élharcosát. Ugyanezt a Jonest nevezték azután őrültnek, amikor szörnyű tettét elkövette. Utólag ilyenkor kényelmes magyarázat azt mondani valakire, hogy őrült volt, de hogyan lehetséges, hogy ezt előtte évtizedekig senki sem látta? [95] Szasz szerint magától adódik ilyenkor a következtetés: az illetőt csak utólag tekintik elmebetegnek, mert tettét elfogadhatatlannak ítélik. Ez viszont azt jelenti, hogy maga az elfogadhatatlan tett minősíti elmebeteggé az illetőt, s nem egy független, orvosi kritérium. Vagyis az elmebetegség ilyenkor sem más, mint az erkölcsi elítélés orvosivá maszkírozott, s így meggyőzőbbnek ítélt formája.

A pszichiátria mint az egyéni felelősségtől való megfosztás, mint a dehumanizálás eszköze.

Szasz szerint ugyanazoknak a kémiai törvényeknek a segítségével magyarázzuk meg egy gyógyszer terápiás és toxikus hatását, ugyanazon fizikai törvényekkel magyarázzuk egy repülőgép repülését és lezuhanását. Így—ha tudományosak lennénk—ugyanazokkal a törvényekkel magyaráznánk az egészséges és a kórós elmeműködést. A pszichiátria azonban éppen az ellenkezőjét teszi. Úgy véli ugyanis, hogy míg egy egészséges embert a céljai irányítanak, addig egy mentálisan beteg embert okok, az agyában zajló patológiás folyamatok. Tehát a pszichiátria abból indul ki, hogy az elfogadható, normális, racionális viselkedésnek indokai vannak, a nem elfogadható, patológiás, irracionális viselkedésnek ezzel szemben okai. Amíg a mentálisan egészséges ember szabadon választ az előtte levő alternatívák között, vagyis aktív alakítója életének, addig a mentálisan beteg ember a rá ható okok által passzívan meghatározott, vele „megtörténnek az események". Kémiai, biológiai okok ellenállhatatlan módon meghatározzák viselkedését, melyeket ő csak passzívan elszenved aktívan azonban maga nem alakíthat. Ezért nem tartják a pszichiátriai beteget legtöbbször felelősnek tetteiért, hiszen úgy ítélik meg, nincsen szabad választása, az akaratszabadság csak az egészségesekre jellemző. Ezzel azonban hasonlóvá tesszük az elmebetegeket a gyerekekhez, az állatokhoz, vagy az élettelen tárgyakhoz, amelyekről hasonlóképpen gondolkodunk: nem tekintjük őket felelősnek „tetteikért." Ezzel dehumanizáljuk az elmebetegeket, s tudománytalanul járunk el Szasz szerint, mert valójában a pszichiátriai beteg viselkedése mögött ugyanúgy ott van a szabad választás, mint az egészséges viselkedés mögött. Tudományosan elfogadhatatlan azt gondolni, hogy az általunk helyeselt viselkedések mögött egy ember szabad döntése áll, míg az általunk szörnyűnek tartott viselkedés mögött az illetőre az agyi folyamatai által gyakorolt kényszer, vagyis az elmebetegség. [96]

Szasz szerint akkor tulajdonítunk egy tettet okok, és nem a cselekvő céljai által meghatározottnak, ha a tettet ésszerűtlennek ítéljük, s nem akarjuk érte a cselekvőt vádolni. A célok által meghatározottan cselekvő (vagyis egészséges) embereket felelősnek tartjuk tetteikért, az okok által meghatározottan cselekvőket pedig nem. Amit valaki tesz, azért felelősnek tartjuk, ami valakivel történik, azért az illetőt nem tartjuk felelősnek.[97]

Ha valaki például megöl valakit előre megfontolt szándékkal, általában felelősnek tartjuk tettéért. Ha azonban egy skizofrén öl meg valakit, mert úgy érzi, Isten parancsolta neki ezt, őt nem tartjuk felelősnek, mondván, tette betegsége következménye. Valójában—mondja Szasz—a fenti példában a skizofrén is célok érdekében cselekedett, s nem pusztán okok által. Azonban úgy gondoljuk, hogy a skizofrén céljai irracionálisak, betegsége által okozottak, míg az egészséges gyilkosé nem . Ezt azonban csak feltételezzük, de nem bizonyítottuk be. Amikor úgy ítéljük, hogy a skizofrén beteg hallucinációja hatására ölt, akkor úgy tartjuk, hogy ezért nem felelős, mert nem volt szabadságában nem ölni. Úgy véljük, szinte robotként viselkedett, vagyis egyfajta automata, aki emberszerű mozgásokat végez, valójában azonban ebben a vonatkozásban nem viselkedik emberszerűen. Szasz szerint azonban a skizofrén beteg éppúgy felelős a tetteiért, mint az egészséges, aki például egy katonai parancs hatására öl. Ő is megtehette volna, hogy ne öljön, s a skizofrén is megtehette volna, hogy ne engedelmeskedjen az általa hallucinált isteni parancsnak.[98]

Egy egészséges esetén nem fogadnánk el védekezésként, hogy ő azért ölt, mert valaki azt parancsolta neki. Hiszen megteheti valaki, hogy nem engedelmeskedik a parancsnak. Milyen bizonyíték van arra, hogy egy pszichiátriai beteg ezt nem teheti meg?

Milyen furcsa—mondja Szasz—hogy a pszichiátriai irodalomban egyetlen leírást sem találunk arról, hogy az isteni hang azt tanácsolta volna a skizofrén betegnek, hogy legyen különösen kedves a feleségéhez. Ez azért van így, mert a feleséghez való kedves viszonyulást nem akarjuk okokkal magyarázni. [99]

Valójában Szasz szerint az elmebetegekkel való erőszakos bánásmódunk hasonló ahhoz, mint amikor más—általunk éretlennek, helytelenül viselkedőnek tartott--emberek felett akarunk uralkodni, őket saját értékrendünknek alávetni. A gyerekek nevelése, a primitív népek „civilizálása”, a hitetleneknek erőszakosan az igaz hitre térítése, a bűnözők rehabilitálása, s sok más, a történelemből jól ismert jelenség ugyanarra a viszonyra vezethető vissza. Egyes csoportok uralkodni akarnak saját értékeik nevében másokon, akiket éretlennek, tévedésben levőnek állítanak be, s azzal indokolják alávetésüket, hogy a helyes útra kell őket téríteni, hogy részesüljenek az igazi szabadságból. Ennek a viszonynak a mai formája Szasz szerint a pszichiáter és a mentális beteg, főként a pszichotikus beteg közötti viszony. Erre is a dominancia—alávetés a jellemző, melyben nem tartjuk a beteget felelősnek a viselkedéséért, viszont cserébe elfogadhatónak tartjuk, hogy hibás viselkedését akár erőszakkal is megszüntessük vagy megakadályozzuk.

Az elmebeteg éppúgy választ, mint bárki más, s csak ennek elismerése állítja vissza az ilyen ember emberszerűségét, méltóságát, így változik vissza robotból, automatából emberré—mondja Szasz. [100]

<u>A pszichiátriai imperializmus</u>

Ma Szasz szerint a pszichiátriai imperializmus korát éljük: a pszichiátria egyre nagyobb területeket hódít el, s egyre több probléma pszichiátriainak számít, melyet régebben morális, pedagógiai, vallási, filozófiai problémának tartottak.
A pszichiátriai imperializmus 3 módszere:[101]

--Egy normális jelenséget betegségnek tüntet fel, s ezáltal a pszichiátria illetékességi körébe tartozónak tekint
--A normális jelenséget megszüntetni kívánó törekvést terápiának nevezi.
--A terápiát a beteg akarata ellenére is végrehajthatónak tartja.

A mai társadalmak Szasz szerint a pszichiátriai imperializmus társadalmai: igyekeznek a társadalmi problémákat de-moralizálni és de-politizálni, s ezáltal orvosi problémává átalakítani.[102] Ezáltal ma a pszichiátriai diagnózis és terápia egyre jobban átpolitizálódik, és átmoralizálódik, ugyanakkor a politika és a morál egyre inkább medikalizálódik.[103]

Az antipszichiátria kritikája.

A szomatikus és a pszichiátriai betegségfogalom egyaránt értékterhelt.

Az antipszichiátria nagyon nagy hatást gyakorolt a 60-as, 70-es években mind a közgondolkodásra, mind a pszichiátriai intézmények reformjára. Ugyanakkor kezdettől fogva igen heves bírálatok kereszttüzében állt. Bár ezek a viták máig nem ültek el, az eltelt idő lehetővé teszi az antipszichiátria viszonylag objektívebb megítélését.
Szasz elvileg téved akkor, amikor a szomatikus medicinát és a pszichiátriát egymástól élesen elkülönítve azt állítja, hogy előbbi betegségfogalma, diagnosztikus kategóriái értékmentesek, "tudományosak", míg a pszichiátriai betegségfogalom ezzel szemben értékektől függő lenne, s ebből az következne, hogy a pszichiátriai betegségkategóriák nélkülöznének minden objektivitást.
Szasznak kétségtelenül igaza van abban, hogy a szomatikus medicinában sokkal kisebbek a viták arról, hogy mely állapotok számítanak betegségnek, mint a pszichiátriában. Ma gyakorlatilag nincs vita abban, hogy betegség-e a kanyaró, az appendicitis, vagy az encephalitis, míg abban vita van, hogy a homoszexualitás, az alkoholizmus vagy a kábítószer-élvezet betegségeknek tekintendők-e? Az következik azonban ebből, hogy a testi betegségek értékmentesek, objektívek, a pszichiátriai betegségek pedig puszta konstrukciók, morálisan helytelenített viselkedések medikalizált megfogalmazásai, ahogyan Szasz állítja? A válasz a fenti kérdésre nemleges. A betegség definiálása--akár a szomatikus medicináról, akár a

pszichiátriáról van szó--mindig társadalmi normától is függ: a fajtipikustól való negatív eltérést általában betegségnek tekintik, míg a fajtipikustól való pozitív eltérést nem. S azt, hogy mi számít negatív eltérésnek s mi pozitívnak, természetesen értékek határozzák meg. Ez jellemző mind a szomatikus medicinára, mind a pszichiátriára.[104] Az értékek tehát kiküszöbölhetetlenül jelen vannak minden betegség definiálásánál, a szomatikus betegségek esetén azonban ez kevésbé látható, mint a pszichiátriai betegségeknél. Utóbbiak ugyanis az emberi viselkedés olyan szféráira vonatkoznak (érzelmek, vágyak, akarat, hiedelem, szexualitás), melyekkel kapcsolatban sokféle értékrend létezik, melyek megjelennek abban, hogy ezek mely megnyilvánulási formáit tekintjük betegségnek. Azt, hogy a legtöbb testi betegség okozta fájdalmat, bénulást stb. rossznak tartjuk, értékek határozzák meg ugyan, de olyan értékek, melyekben emberek ill. kultúrák között széles körű egyetértés van. A legtöbb ember jobban szeret látni, mint nem látni, hallani, mint süketnek lenni, stb. Így vita is kevésbé alakul ki arról, hogy a vakságot, süketséget, fájdalmat stb. okozó testi állapotok betegségek-e, s ezáltal kevésbé látszik, hogy a szomatikus betegségeknél is értékektől függ, hogy mit tekintünk betegségnek. (Azonban meg kell jegyezni, hogy a mai fogyatékosok jogait védő mozgalmak felvetette kérdés, például, hogy kötelező-e megelőzni a süketséget, ha az lehetséges, vagy kötelező-e azt műtétileg gyógyítani, ha arra lehetőség van, szabad-e törekedni arra, hogy achondroplasiás törpeségben szenvedő szülőnek lehetőleg hasonló, törpeségben szenvedő gyereke legyen már mutatják, hogy az értékeknek a szomatikus betegségek definiálásában is komoly szerepük van, s így sokak számára ma korántsem evidens, hogy jobb pl. hallani, mint nem hallani. Más helyen kiterjedten foglalkoztunk azzal a kérdéssel, hogy sok fogyatékosok jogait védő mozgalom ma a fogyatékosokat sokkal inkább egyfajta kisebbségnek, mint betegcsoportnak tekinti.)[105] A viselkedés területét meghatározó értékek terén azonban kisebb az egyetértés emberek és kultúrák között, ezért jobban látszik ezen a területen a betegségfogalom értékektől is függő jellege. Az, hogy mi a jó funkcionálás ezen a téren, mindig vitatható az értékek különbözősége miatt. Az, hogy egy boldogtalan ember boldogtalanságát a körülmények indokolják-e (s ekkor nem beteg), vagy nem (s ebben az esetben esetleg depressziósnak számít) erősen függ attól, milyen értékrend nevében ítéljük meg a körülményeket, s ebben egyének és kultúrák távolról sem egységesek. Azt, hogy mekkora szexuális vágy az egészséges egy férfinél, azért érezzük vitathatónak, mert nincs egyetértés abban, hogy milyen a férfiak által élt „ideális" élet. A papi cölibátus normáiból kiindulva a csökkent vagy hiányzó szexuális vágy nem betegség, míg egy pornósztár számára munkaképtelenséget is okozó katasztrófa.

A mai pszichiátriai klasszifikációs rendszerek a zavarok definiálásakor számos fogalmat használnak, melyek jelentése értékektől terhelt. A személyiségzavar mai definíciója például: „Az élmény és a viselkedés olyan tartós mintája, amely jelentősen eltér a személyes kultúra elvárásaitól."[106] A kultúra elvárásai evidens módon bizonyos értékeken alapulnak s másfajta értékek nevében megkérdőjelezhetők. A DSM-ben az egyes zavarok meghatározása kapcsán gyakran használt szavak (pl. szokatlan, bizarr, nem megfelelő) nyilvánvalóan értékeken alapulnak.[107] Mit jelent például egy élményre adott nem megfelelő érzelmi reakció? Ennek megválaszolása feltételezi a megfelelő érzelmi reakció meghatározását, mely azonban értékektől függ és vitatható.

Mindez azonban—Szasszal ellentétben—nem azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegség szubjektív, a szomatikus pedig objektív, hanem csak azt: a szomatikus betegségek definiálásánál használt értékek vonatkozásában nagyobb az egyének és az egyes kultúrák közötti egyetértés.[108] Úgy is fogalmazhatunk, hogy a szomatikus betegségek megítélése nagyrészt állandó, térben és időben konstans értékek alapján történik, míg a pszichiátriai zavarok megítélésénél használt értékek korok, kultúrák, sőt rétegek, csoportok között is változóak.
Abból azonban, hogy a pszichiátriai betegség határai nem élesek, s kritériumai is erősen függenek értékektől, nem következik, hogy ilyen betegségek nincsenek. Például annak eldöntése, hogy milyen a normális intelligencia, némiképp önkényes, s társadalmi viszonyoktól is függ. A mai definíció, mely I. Q. 70-nél húzza meg a határt, vagyis az ez alatti embereket tekinti értelmi fogyatékosnak, természetesen némiképp önkényes. Jogosan meg lehetne kérdezni, miért nem 69 vagy 72 ez a határ? Egy régi falusi kultúrában az intelligencia alacsony színvonalát jobban tolerálták, mint ma, s ha akkor használtak volna már intelligencia tesztet, lehet, hogy alacsonyabban húzták volna meg az értelmi fogyatékosság határát. Az értelmi fogyatékosság pontos határának definiálhatatlansága azonban nem jelenti azt, hogy értelmi fogyatékosság nem létezik. A jelenség ettől még objektív, a csekély értelem—bár eltérő mértékben—minden társadalomban hátrányt jelent, s egy bizonyos (kultúránként eltérő, s némiképp önkényes) ponton túl egyértelműen betegség.[109]

A betegség mint káros diszfunkció.

Ha elfogadjuk Jerome Wakefield később tárgyalandó azon definícióját, hogy a betegség (legyen az akár szomatikus, akár mentális) káros diszfunkciónak tekinthető, akkor minden betegség definiálása tartalmaz egy biológiai (objektív) komponenst (diszfunkció) s egy normatív, értékszempontú (interszubjektív) komponenst (káros.) A diszfunkció a szervezet működésének a biológiai (evolúciós) „tervtől" való eltérése, s diszfunkció jelenléte szükséges ahhoz, hogy egy szervezet betegségéről, zavaráról beszéljünk. Azonban csak a káros diszfunkciókat tekintjük betegségnek, így a diszfunkció jelenléte a zavar fennállásának csak szükséges, de nem elégséges feltétele. A mentális zavarok eszerint a mentális működés (érzékelés és észlelés, nyelv-beszéd, gondolkodás, érzelem, motiváció, társas viszonyulás stb.) és a viselkedés olyan zavarai, melyek károsak az egyén ill. a környezet számára.[110]
Eme meghatározás alapján kétféle hibát lehet elkövetni. Az egyik a normativista hiba, mely jellemző az antipszichiátriára és általában a később tárgyalandó szociális konstrukcionista elméletekre. A másik—ellenkező előjelű-- hiba az un. esszencialista hiba, mely a betegségfogalmat teljesen objektívnek, mindenfajta értékektől mentesnek tartja.[111]

A normativista hiba

A normativista hiba szerint a mentális zavar nem több mint a társadalom számára káros viselkedés. Ebbe a hibába esik az antipszichiátria is. A „betegség= káros

diszfunkció" meghatározásból ugyanis csak a „káros"-t emeli ki, s figyelmen kívül hagyja, hogy nem minden káros viselkedés tekinthető betegségnek, csak a mentális diszfunkció okozta káros viselkedés tekinthető annak. Ha a káros viselkedés nem diszfunkció eredménye, nem számít betegségnek. Így káros, de nem betegség a puszta tehetségtelenség, bizonyos korlátok között a butaság, az önzés, a durvalelkűség, az agresszivitás. Ezek azért nem betegségek, mert noha károsak, nem jelentenek diszfunkciót, mert evolúciós értelemben nem jelentenek eltérést a faj tervétől.[112] A normativista hiba, mely nem veszi figyelembe, hogy a pszichiátriai zavar káros *diszfunkció,* vezet ahhoz a téves feltételezéshez, hogy a mentális zavar teljes mértékben kultúrafüggő, s az egyes kultúrák szabadon dönthetik el, mit tekintenek mentális zavarnak és mit nem. A valóságban az egyes kultúrák tévedhetnek annak megítélésében, hogy mi mentális betegség, mert amit diszfunkciónak gondolnak, az nem feltétlenül az. A szomatikus medicina területén az egyes szervek funkciója, s így a normál funkcionálástól való eltérése sokkal könnyebben megállapítható, mint ugyanez a pszichés működés területén. Az, hogy például a szem funkciója a látás, a szívé a vérkeringés fenntartása, s ezért a látás vagy a vérkeringés zavara betegség, ma már evidens. A pszichés működés alkotórészeinek funkciója azonban még ma is csak részben ismert. Milyen például a megfelelő megismerés? Mi a gondolkodás, az érzelem, a motiváció, a vágy funkciója? Ezekben a kérdésekben ma jóval kisebb az egyetértés, így a diszfunkció meghatározása is nehezebb.[113] A pszichés működés területén belül is könnyebb egyetértésre jutni azon működések vonatkozásában, ahol a működés funkciója jól ismert (pl. emlékezet, intelligencia), mint ott, ahol az kevésbé ismert (pl. érzelem, vágy, motiváció.)

Így a komoly, tartós emlékezetzavar vagy a súlyos értelmi fogyatékosság betegségvoltában ma nagy az egyetértés. Hasonlóképpen
nagy az egyetértés abban, milyen a normális észlelés, ezért aki olyat észlel, ami a többiek szerint nincs jelen (hallucinál), azt patológiásnak tekintjük. Ugyanakkor abban sokkal kisebb az egyetértés, mennyire szabad vágynia valakinek arra, hogy mindig a figyelem középpontjában legyen, hogy teátrális módon kifejezhesse érzelmeit, hogy intimnek tekinthesse emberi kapcsolatait, hogy külső megjelenésével figyelmet keltsen. Ezért tehát a skizofrénia patológiás voltában ma sokkal nagyobb az egyetértés, mint például a hisztrionikus személyiségzavar patológiás voltában. Egy kultúra, amikor mentális zavarnak tekint valamit, voltaképpen azt a hipotézist állítja fel, hogy egy általa nemkívánatosnak tartott viselkedés mögött mentális diszfunkció áll. Ez a hipotézis azonban megcáfolódhat. Ezért nem tekintjük ma a maszturbációt, s a női klitorális orgazmust betegségnek, noha a viktoriánus Angliában mindkettőt annak tartották.[114] A modern evolúciós pszichiátria például számos nemkívánatos viselkedési jellemzőt, személyiségvonást evolúciósan adaptívnak tekint, s ez megkérdőjelezheti, hogy ezeket a vonásokat lehet-e diszfunkciónak tekinteni. Ez esetleg bizonyos—ma patológiásnak tartott—állapotok átsorolására, normál variációvá minősítésre ösztönözheti majd a pszichiátriát, mint a későbbiekben majd látni fogjuk. Ha—ahogyan a szociális konstrukcionista elméletek állítják--a pszichiátriai betegségek pusztán szabályszegésnek lennének tekinthetők, akkor az arról folytatott vita, hogy valami mentális betegség-e vagy sem, értelmetlen lenne, hiszen minden szabályszegés betegségnek számítana.[115] Így nem mondhatnánk ma, hogy a maszturbáció nem volt betegség a viktoriánus Angliában,

csak azt, hogy akkor valóban betegség volt, mert egy akkori szabályt megszegett, míg ma nem az, mert az ezzel kapcsolatos szabályok változtak. Azért gondoljuk, hogy a maszturbáció a viktoriánus Angliában sem volt betegség, noha ott annak tartották, mert tudjuk, hogy nem volt diszfunkció.

Az esszencialista hiba

A másik hiba, mely a mentális zavarok meghatározásánál előfordul, az un. esszencialista hiba. Eszerint a mentális zavar megállapítása objektív, tudományos tényeken alapul, melyben az értékelésnek nincsen szerepe. Ez a felfogás azonban nem veszi figyelembe, hogy a mentális zavar *káros* diszfunkció. Egy olyan diszfunkció tehát, mely egy adott kultúrában nem káros, nem betegség. A dyslexia például egy írást-olvasást nem ismerő ősközösségi társadalomban nem betegség, mert ott nem káros, noha az ezt okozó agyi-strukturális-funkcionális eltérések nyilván ott is megtalálhatók voltak. A korai ejakuláció (ejakuláció praecox), vagy nőknél az orgazmuszavar (anorgazmia) nem számítottak betegségnek azokban a hagyományos társadalmakban, ahol a nő szexuális kielégülése—mint a szexuális élet egyik célja-- nem volt elfogadott. Maga a jelenség s az ezek mögött álló fiziológiai-pszichés mechanizmusok természetesen régen is léteztek, de a női szexuális kielégülés normája nem, e nélkül pedig az ejakuláció praecox illetve a női anorgazmia nem betegség.[116] Hasonlóképpen, a repülési fóbia a személyszállító repülőgépek feltalálása és a repülés elterjedése előtt nem létezett, mert nem volt társadalmi követelmény a repülőgépen való utazásra valló képesség. Valószínű viszont, hogy számos korábbi betegség eltűnt az életforma által támasztott követelmények megváltozásával. A nyomolvasásra való képesség például ma nem követelmény, így ennek zavara (ha volt vagy van ilyen), ma nem számít betegségnek. Ebből tehát az következik, hogy a mentális zavar kritériumai kulturálisan bizonyos mértékig relatívek: kultúránként változhatnak, s nem kizárólag objektív, értékmentes, tudományos állítások.[117]
A „káros” szó jelentése is sok—könnyen nem megválaszolható, s itt most nem vizsgálható--kérdést vet fel a fenti definícióban. Az egyik, hogy miért káros egy diszfunkció? A kárnak a diszfunkcióból magából kell következnie, vagyis önmagában kell károsnak lennie, vagy csak azért, mert az így viselkedő embert a többiek elutasítják, kiközösítik? Betegségnek tekinthető-e pl. egy viselkedés pusztán azért, mert az a legtöbb embernek nem tetszik, s az a többiek negatív reakciója miatt káros az így viselkedőre? Erre a kérdésre ma a DSM-IV határozott nemmel válaszol, hiszen betegségdefiníciója—mint látni fogjuk—hangsúlyozza, hogy az egyén és a társadalom közötti konfliktus önmagában még nem jelent pszichiátriai betegséget, így valami nem lesz attól betegség, hogy azt a társadalom elítéli. A másik kérdés, hogy a diszfunkciónak kinek a számára kell károsnak lennie? Az egyén vagy a társadalom számára?[118] Erre a kérdésre a mentális betegség definíciója során visszatérünk.

Az értékprojekció jelensége

Wakefield értékprojekciónak nevezi azt a jelenséget, hogy a legtöbb társadalom hajlamos arra, hogy az elfogadott erkölcsi értékeknek meg nem felelő viselkedést diszfunkció következményének lássa.[119] Ez azért van így, mert a legtöbb kultúra a saját értékeit sokkal objektívebbnek látja, mint amilyenek azok valójában, mintegy úgy tartja, hogy az adott kultúra rendje egyben a természet, a biológia rendje is, ami az adott kultúra szerint rossz viselkedés vagy élménymód, az egyben betegség is. Ez az etnocentrikus gondolkodás szinte minden kultúra sajátja, s ez az az aspektus, melyet az antipszichiátria kihangsúlyoz. Egy másik kultúra számára azonban ezek az „értékelfogultságok" jobban láthatók. Ezért evidens ma számunkra, hogy a drapetománia nem volt betegség, hiszen ma a rabszolgaságot és a rasszizmust elutasítjuk, s könnyebben látjuk, hogy a „természet" nem rabszolgaságra „tervezte" a fekete rasszt—mint ahogyan azt a drapetománia fogalmának megalkotója feltételezte. Vagyis, hogy mi a diszfunkció, az egy kultúra részéről általában csak egy hipotézis, mely később megcáfolódhat, s minden kultúra könnyebben alkot olyan hipotéziseket, melyek értékrendjével összhangban vannak. Így az antipszichiátria helyesen ismeri fel, hogy a társadalom az értékrendjétől radikálisan eltérően viselkedőket gyakran betegnek tekinti, nem tudja azonban megmagyarázni, hogy miért lát bizonyos normaszegőket egy kultúra csak deviánsnak, míg másokat mentális zavarban szenvedőnek? A magyarázat az, hogy deviánsnak azokat tekintik, akik ugyan tudnának, de nem akarnak a társadalom normái szerint élni, míg mentálisan zavartnak azokat, akik egy diszfunkcióból következően nem képesek rá.

A kartéziánus dualizmus és a modern pszichiátria.

Szasz jól felismeri azt, amit az antipszichiátria által kezdeményezett vita során „pszichiátriai fordulat"-nak neveztek[120]: a pszichiátria egyre inkább kiszorítja az erkölcsöt. Amit korábban erkölcsi problémának tekintettek, azt a pszichiátriai fordulatot követően inkább mentális zavarnak nevezik. Amiért korábban az egyént erkölcsileg felelősnek tartották, azért ma egyre inkább agyi mechanizmusait tekintik felelősnek. Egyszóval a korábbi erkölcsi nézőpont az akarat szabadságából indult ki, abból, hogy az egyén alapvetően felelős a viselkedéséért. A pszichiátriai fordulat után viszont egyre inkább az akarat determináltságából indulnak ki: az egyén viselkedését egyértelműen meghatározzák agyi folyamatai, transzmittereinek szintjei, s így deviáns viselkedése nem szabad választásának, hanem patológiás agyi működésének az eredménye, az nem deviancia, hanem betegség, s azt nem elítélni kell, hanem gyógyítani. A homoszexualitás s általában a korábban szexuális devianciáknak tekintett viselkedések, a kábítószer-fogyasztás, az alkoholizmus, a gyermekek tanulási zavarai, a gyermekek és a felnőttek viselkedési zavarai, az öngyilkosság, mind olyan viselkedéseket példáznak, melyek korábban az erkölcsi és jogi megítélés területére tartoztak (ennek nyomai még a mai gondolkodásban is érezhetők), míg ma ezeket nagyrészt dekriminalizálták és de-moralizálták, s a homoszexualitás kivételével a pszichiátria, pszichológia területére utalták.

Szasz harcol egyfajta kartéziánus dualizmus ellen, mely a szellemet élesen elkülöníti a testtől. Azt állítja, hogy csak test van, lélek nincs, így a lélek betegségei nem is betegségek. Érdekes módon itt Szasz mintegy megelőlegezte a mai biológiai pszichiátria azon állítását, hogy a pszichiátriai betegségek is alapvetően testi betegségek, az agy betegségei, s a hatékony gyógyszerek éppen azt bizonyítják, hogy az agy biokémiai folyamataiba beavatkozva a mentális folyamatok befolyásolhatók.[121] Szasz megelőlegezi a mai medicina holisztikus álláspontját is, mely az embert nem a test és a lélek dualizmusában képzeli el, hanem a testet és a pszichés működést egy integrált egységnek tartja.[122] Ezáltal valóban egyre kevésbé tartható fenn a szomatikus és a mentális betegségek közti különbségtétel, hiszen a mentális betegségek is testi betegségek. A mentális betegségek nem attól mentálisak, hogy nem testiek, hiszen ezek is az agy betegségei, hanem attól, hogy ezek az elme magasabb rendű funkcióinak betegségei (érzelem, akarat, gondolkodás, vágy, hiedelem, szándék, stb.) s nem az alacsonyabb rendűnek tekintett funkcióké (pl. fájdalom, hányinger, szédülés)[123] A mentális betegségek tüneteikben különböznek a szomatikus betegségektől, (abban, hogy nagyrészt a viselkedés és az élménymód változásaiban jelennek meg) s nem az okaikban. Szasz azzal vádolja a pszichiátriát, hogy csak az átlagostól való negatív eltérést tekinti betegségnek, a pozitívat nem. Ennek megfelelően betegnek tartja a kábítószer-élvezőt, míg nem tartja betegnek a Nobel-díjas tudóst. Ez azonban--Szasz állításával ellentétben--a szomatikus medicinában is így van. Így például a szomatikus medicinában sem számít betegségnek a rendkívüli látóélesség, a nagyon éles hallás, a kitűnő szaglás stb., míg a rossz látás, hallás, szaglás igen, vagyis a szomatikus medicinában éppúgy értékfüggő a betegségfogalom definiálása, mint a pszichiátriában.[124] Mint láttuk, minden betegség meghatározása függ társadalmi normától, a szomatikus betegségé éppúgy mint a pszichiátriai betegségé. Az az ember tekinthető betegnek—mint látni fogjuk-- aki ésszerű társadalmi normákhoz—diszfunkciója miatt-- nem képes alkalmazkodni. Ily módon az egészség az ésszerű társadalmi normákhoz való testi és lelki alkalmazkodás képessége.[125] Az, hogy mi az ésszerű társadalmi norma, természetesen ideológia és erkölcsfüggő, s ilyen értelemben a pszichiátriai betegség fogalma is függ ideológiától, erkölcsi normáktól, ez azonban--bár rejtettebben--a szomatikus betegségekre is igaz.

Az igazi kérdés nem az, hogy bizonyos viselkedésbeli, gondolkodásbeli jellemzők az agy működése által meghatározottak-e vagy sem, hiszen valószínűleg minden emberi viselkedés mögött agyi mechanizmusok *is* állnak. Az igazi kérdés inkább az, hogy mely viselkedések azok, melyeket betegnek tartunk, s miért? Melyek azok a társadalmi normák, melyek alapján egy adott gondolkodásmódot ill. viselkedést abnormálisnak tartunk, s mennyire ésszerűek ezek a normák? Szasz tehát ott téved, hogy abból indul ki: a betegségfogalom biológiailag meghatározott, vagyis bizonyos biológiai normáktól (pl. agyi struktúrától) eltérő egyének automatikusan betegnek számítanak. Valójában azonban az első kérdés mindig az, hogy melyek azok a viselkedések, illetve élménymódok, melyek betegségnek számítanak és miért? S csak ennek a megválaszolása után lehet megvizsgálni, hogy a kérdéses viselkedés mögött milyen agyi mechanizmusok, struktúrák, stb. állnak. Nem az agyi struktúrából állapítjuk meg tehát, hogy valaki pszichiátriai beteg-e, hanem a viselkedésből és az élménymódból. S ezekből visszakövetkeztetve állapítjuk meg, hogy a betegnek

tekintett viselkedés és élménymód alapjául szolgáló agyi struktúra illetve funkció is betegségnek számít. Egy példával élve: ha kiderült volna, hogy Einstein agya strukturálisan és funkcionálisan jelentősen eltér egy átlagos, egészséges ember agyának struktúrájától és működésétől, ebből nem az következne, hogy Einstein beteg volt, hanem az, hogy az einsteini zsenialitás eléréséhez a talált, az átlagtól (biológiai normától?) eltérő agyi struktúra és működés volt szükséges. Az einsteini, meglehetősen atipikus, szokatlanul nagyfokú kreativitás, s az ezt lehetővé tevő agyi struktúra és működés nem számítana patológiásnak, hiszen Einstein tevékenysége megfelelt egy ésszerű társadalmi normának: a kreatív gondolkodás normájának. Nem az a kérdés tehát, hogy az agyműködés eltér-e a normálistól, vagyis a statisztikailag leggyakoribbtól, hanem az, hogy ez az eltérés káros-e az egyén illetve a társadalom számára?

Megoldatlan elméleti problémák és antipszichiátria

Az antipszichiátria korabeli népszerűségét részben annak is köszönhette, hogy számos olyan fontos elméleti problémára mutatott rá, melyek ma sem tekinthetők teljesen megoldottnak. A figyelem ezekre való felhívása az antipszichiátria érdeme. Tekintsük át röviden ezeket a problémákat!

Okok vagy célok (indokok) határozzák meg az emberi viselkedést?

Szasz több ponton érinti ezt a kérdést, amikor arról beszél, hogy a pszichiátriai betegeket dehumanizálják azzal, hogy viselkedésüket csak okok által meghatározottnak tekintik, míg egy egészséges embert hagyományosan célok által is irányítottnak gondolunk. Akit csak okok irányítanak, az hasonlít a tárgyakhoz vagy a gépekhez, így az egyfajta biorobot. Ezért a csak okok által irányítottnak gondolt pszichiátriai beteg Szasz szerint a tárgy illetve a gép morális státuszába kerül. Mivel úgy gondolják, hogy az egészséges embertől eltérően nincs szabad akarata, ezért ezáltal dehumanizálódik.
A szabad akarat problémája a filozófiában nagyon régi. Alapvető emberi élményünk ugyanis akaratunk szabadságának az élménye. Úgy érezzük, hogy szabadon dönthetjük el, hogy egy adott helyzetben—bizonyos korlátok között--hogyan cselekedjünk. Ugyanakkor mindannyian a természet részei is vagyunk, s ránk is érvényesek az anyag fizikai törvényei, melyek akaratunk determináltságát sugallják. Egyfelől tehát legelemibb élményünk akaratunk szabadsága, másrészt a tudományos megismerés arra kényszerít, hogy meglássuk szabadnak gondolt akartunk meghatározottságát fizikai, kémiai, biológiai, pszichológiai és szociális tényezők által. Ezt az ellentmondást Kant híres harmadik antinómiájában fogalmazta meg: Az ember szabad, s ezzel ellentétben: nincs szabadság csak a természeti szükségszerűség, melynek az ember is alá van rendelve.[126]
Vagyis Kant óta tudjuk, hogy egyfelől szubjektíve kétségtelennek, bizonyosnak érezzük akaratunk szabadságát, másrészt ugyanakkor nehezen tudjuk elképzelni, hogy a világon minden a természet törvényeinek legyen alárendelve, csak az akaratunk, s a mögötte álló agyműködés nem. Egyszóval: mind az akarat szabadsága, mind annak meghatározottsága cáfolhatatlan bizonyosságnak tűnik, noha egyszerre természetesen a kettő nem lehet igaz. Szasz tehát arra az

ellentmondásra mutat rá, hogy míg egészséges embernél az akarat szabadságát tételezzük fel, addig a pszichiátriai betegnél annak teljes determináltságát. Bizonyos értelemben ez nemcsak az egészséges /beteg megkülönböztetés jellemzője, hanem az egyes tudományágak is eltérő megközelítést alkalmaznak. A mai idegtudomány és a biológiai pszichiátria inkább az akarat determináltságából indul ki, ezzel szemben az erkölcs és a jogtudomány az akarat szabadságából, annyira, hogy ahol nincs szabad akarat ott a büntethetőség is megszűnik. Ez képezi az alapját annak, hogy a beszámítási képességet jelentősen korlátozó pszichiátriai betegség a büntethetőséget korlátlanul enyhítheti vagy ki is zárhatja.
Világképünknek eme „hasadtsága" mely a kanti antinómia mentén néha azt tételezi fel, hogy akaratunk szabad, néha meg azt, hogy oksági törvények által meghatározott, hasonlít a Newton előtti fizikához, mely égi és földi mechanikát különböztetett meg.[127] Ma már tudjuk, hogy ezek antropomorf fogalmak voltak, s az akkori fizika fejletlenségének a jelei. Newton óta tudjuk, hogy nincs égi és földi mechanika, csak egységes mechanika van, mely bármely elhelyezkedésű testre egyaránt érvényes törvényeket ír le. Szasz ennek megfelelően úgy érzi, hogy a pszichológia törvényei is egységesek, s így ugyanazon törvényeknek kellene megmagyarázniuk az egészséges mint a patológiás elmeműködést. Szasz szerint nem konzisztens azt feltételezni, hogy egy egészséges ember akarata szabad, míg egy súlyos pszichiátriai betegé okozatilag determinált. Ez a probléma valós, s ma sem tekinthető teljesen megoldottnak.

A természet- és az embertudományok közötti különbség: magyarázat versus megértés

Az akarat szabadságának fenti problémáját a pszichológia számára a XIX. században a német filozófus, Wilhelm Dilthey fogalmazta újra. Szerinte a természetet megmagyarázzuk, s nem megértjük, ezzel szemben az ember pszichés működését megértjük, de ezzel azt még nem magyaráztuk meg.[128] Dilthey elkülönítette a természettudományok módszertanát a szellemtudományokétól, utóbbiakhoz tartozónak tartva a történelmet és a pszichológiát is. A természettudományok szerinte a jelenségekkel mint tárgyakkal foglalkoznak, s kauzális törvényeket fogalmaznak meg. Ezek segítségével megismerjük a jelenségek kiváltó okait, s az okokkal *megmagyarázzuk* a természeti jelenségeket. Ezzel szemben a szellemtudományok tárgya mindaz, ami az emberi szellem termékének, hatásának tekinthető. A szellemtudományok így az emberi viselkedéssel és az azt meghatározó, motivációkkal célokkal is foglalkoznak. Ezeket azonban elsősorban *megértjük*. Az ember ugyanis—szemben a természet tárgyaival-- nemcsak okok, hanem célok, indokok által is irányított. A természettudós számára a vizsgált tárgy mindvégig idegen marad, azt csak kívülről fogja megismerni. Ezzel szemben a szellemtudományok által vizsgált jelenség a vizsgáló számára belülről is ismert: más lelki életének elemzésekor mindannyiunk számára segítséget jelent, hogy mi magunk is rendelkezünk lelki élettel, vagyis azt belülről is ismerjük.[129] Más lelki életét, motivációit, vágyait, indokait a saját lelki életünkből kiindulva értjük meg, s ehhez nem oksági törvényeket használunk, hanem értelmezést. A másik megértése a másik gondolkodásának. viselkedésének, céljainak értelmezését jelenti, az ezzel foglalkozó tudomány a hermeneutika, s így

Dilthey szerint az emberrel foglalkozó tudományok--ma úgy mondanánk, hogy a társadalomtudományok--univerzális metodológiája a megértés tudománya, a hermeneutika.[130]
A hermeneutikát a XX. században továbbfejlesztették, egyebek között Max Weber, Georg Simmel, majd Hans Georg Gadamer, Jürgen Habermas és Paul Ricoeur.
A XX. században a pszichiátria és pszichológia területén elsősorban Karl Jaspers fejlesztette tovább a hermeneutikai megközelítést, aki azt a pszichopatológia és a pszichoterápia metodológiai alapjának tekintette.[131] Jaspers úgy érvelt, hogy a pszichológiában és a pszichiátriában a kauzális és a hermeneutikai megközelítés egyszerre használható. A kauzális megközelítés hatóköre azonban tágabb, hiszen bizonyos pszichés jelenségeket (pl. egy szkizofrén beteg bizarr téveseszméit) nem lehet megérteni, okai azonban annak is vannak, így azok keresése vagyis a magyarázat lehetősége elvben minden pszichés jelenség esetén adott.[132]
A történelem furcsa fintora, hogy Jaspers fenomenológiai megközelítésű pszichopatológiai kézikönyve 1913-ban jelent meg, ugyanabban az évben, amikor megjelent Watson behaviourista kiáltványa is, mely teljesen ki akarta törölni a pszichológiából a szubjektivitást és a jelentést. A behaviourizmus és a fenomenológiai szemléletű pszichológia-pszichiátria közötti vita voltaképpen folytatása a XIX. században elkezdődött vitának arról, hogy ugyanazokat a módszereket lehet-e alkalmazni a társadalomtudományokban, mint a természettudományokban. A behaviourizmus egy radikális kísérlet volt arra, hogy a pszichológiában is szigorúan csak a természettudományban elfogadott módszereket használják fel. A fenomenológia ezzel szemben éppen az ellenkezőjére tett kísérletet: a természettudomány módszereitől eltérő módon megalkotni az emberi szubjektivitás tudományát.[133]
A behaviourizmus által meghirdetett paradigmaváltás kezdetben azért volt olyan elsöprő erejű, mert jól beleillet a kor társadalmi folyamatainak és mozgalmainak, főbb kulturális áramlatainak általános légkörébe, melyek sok esetben az embert pusztán egy bonyolult gépnek kezdték tekinteni, melynek belső élete, szubjektivitása legfeljebb csak epifenomén, vagyis a cselekvésre és a társadalmi folyamatokra okozati hatást nem gyakorló „dísz”, melléktermék. A gépként felfogott embert pedig gyakran mint egy még bonyolultabb gép (egy munkafolyamat vagy maga az egész társadalom) alkatrészének tekintették. Ez a felfogás jól látható a gyakorlatban például Henry Ford 1913-ban először alkalmazott futószalag módszerén,[134] de látható az elméletben is, mely a behaviourizmuson kívül a filozófiában, s még a művészetekben is éreztette hatását. A fenti folyamatok mintegy ellenpólusaként a pszichoanalitikus elméletek ugyan az ember lelki folyamatainak jelentésbeli összetevőire koncentrálták, az analitikus mozgalom tudományos státusza azonban újból és újból megkérdőjeleződött, s az USA—n kívül, ahol egy rövid időre a hivatalos pszichiátria fő paradigmája lett, sehol nem tudott domináns, a hivatalos pszichiátria által elfogadott státuszra szert tenni.
A pozitivista-behaviorista megközelítés mint az egyedüli tudományos megközelítés domináns szerepe csak az 1970-es években szűnt meg, s a kognitív forradalom révén a pszichológia visszatért oda, ahonnan 1913-ban eltávolodott: az először Jaspers által felvázolt, a szubjektivitást, a jelentést, az értelmezést és a megértést is hangsúlyozó fenomenológiai-hermeneutikai módszer tudományosként való elfogadásához.[135] A fenomenológia kifejezés használatában azonban ma bizonyos

fokú zavar uralkodik, ugyanis a szót kétféle értelemben is szokták használni. A pszichológiai irodalomban használt tágabb értelemben egyszerűen a beteg szubjektív tapasztalatainak a leírását jelenti. Ebben az értelemben írt fenomenológiai pszichopatológiát Jaspers is, aki a fenomenológiai módszer alatt a beteg lelki életének, szubjektív élményeinek intuitív megértését értette, melyet a beteg iránti empátiás figyelem tesz lehetővé.[136] Szűkebb értelemben azonban a fenomenológia egy filozófiai módszert jelent, melyet Husserl dolgozott ki, s melyet számos követője (pl. Heidegger, Sartre. Marleau-Ponty) fejlesztettek tovább. [137]
A filozófiai fenomenológiának két formája van. Az eidetikus fenomenológia a jelenség, a szubjektíve megtapasztalt lényegét igyekszik feltárni. Így az eidetikus fenomenológia nem tényekkel foglalkozik, mint az empirikus tudományok, hanem a szubjektív tapasztalat lényegeivel, invariáns elemeivel.[138]
A pszichiátriában azonban a fenomenológia második formája, a transzcendentális fenomenológia is jelentős. Ez azzal foglalkozik, hogy a megfigyelő hogyan konstruálja meg a külvilági ingerekből a maga szubjektív tapasztalatát. Abból indul ki, hogy az élmény, az átélt tapasztalat megkonstruálása aktív folyamat, a megfigyelt jelenség nem független a megfigyelőtől, hanem bizonyos értelemben (az élmény szintjén) általa létrehozott. [139]
A szűkebb értelemben vett fenomenológiai módszer a megélt, átélt tapasztalat lehető legteljesebb, legpontosabb, legrészletesebb leírását kísérli meg úgy, hogy igyekszik azt megtisztítani az ellenőrizetlen spekulatív hipotézisektől.[140] Az élmény fenomenológiai leírása (transzcendentális époché) Depraz szerint három fázisból áll:[141]
Az első fázis az előítéletek felfüggesztésének fázisa, melynek során a megfigyelő alany megváltozott figyelemmel viszonyul saját élményéhez, s ezáltal felfüggeszti a megfigyelt élményéhez való hétköznapi, szokásos, korábbi viszonyulását.
A második fázisban figyelmét a külső felől a belső élmény felé fordítja.
A harmadik fázis az „elengedés" fázisa, amikor engedi, hogy az ily módon megtisztított élmény szabadon hatást gyakorolhasson rá. Az élmény ilyen fenomenológiai leírása sok rokonságot mutat a meditációval.[142] A relaxációs és szimbólumterápiák közé tartozó meditáció Bagdy által leírt standard módszere ugyanis szintén 3 szakaszból áll:[143] az első szakasz a tudat kiüresítése, a mentális csend létrehozása, a második az így létrejött egyetlen tudattartalom „tiszta figyelemmel" való körüljárása, míg a harmadik a tudattartalomra adott belső válaszok (vágyak, érzések) fogalmi megragadása. Az élmények fenomenológiai leírása tehát a nyugati filozófia által létrehozott olyan módszer, melyet a keleti meditációs technikák a gyakorlatban valószínűleg évezredek óta alkalmaztak.
Bolton szerint a kognitív forradalom által egy újfajta szintézis lehetősége teremtődött meg, mely úgy hozta vissza a jelentés fontosságát a pszichológiába-pszichiátriába, hogy azt nem szakította el annak agyi-biológiai szubsztrátumától, s az agyi folyamatokra gyakorolt kauzális hatásától.[144] Mindez azonban a pszichiátriában a mai napig nem vált eléggé hangsúlyossá. A biológiai pszichiátria—mint láttuk—ma is az emberi elme fiziológiai, biokémiai aspektusait tekinti vizsgálata tárgyának, vagyis a mai domináns pszichiátriai megközelítésből bizonyos értelemben ma is hiányzik a psziché. A baj természetesen nem az, hogy a modern kutatás az agy-elme komplexumot egy bonyolult gépnek tekinti, hanem az, hogy ez a

megközelítés az emberi tapasztalat meghatározó elemeit (annak szubjektív jellegét, intencionalitását) ignorálni kénytelen.[145]
Ma már látható, hogy a pszichiátria és pszichológia területe egyszerre teszi lehetővé és szükségessé a természettudományos és a hermeneutikai megközelítést, s bármelyik szempont elhanyagolása egyoldalúsághoz vezet. Az emberi agyban végbemenő fizikai-kémiai, biokémiai és elektromos folyamatok vizsgálata óriási lehetőséget nyújt az okokat vizsgáló természettudományos megközelítés számára, s a modern biológiai pszichiátria és idegtudomány az emberi tudat és pszichés működés fiziológiai-biológiai alapjainak egyre pontosabb megértését teszi lehetővé. Ugyanakkor egy pszichiátriai zavar, például egy depresszió megértése sohasem teljes pusztán annak biokémiai vonatkozásainak a leírásával. Egy depressziós beteg nem a neurotranszmitterei szintjének, receptorai számának a megváltozását érzi, hanem esetleg azt, hogy élete kilátástalan és értelmetlen. Életeseményeinek megértése, annak értelmezése élettörténete kontextusában teszi csak teljessé állapotának a leírását. Egy ember szubjektív tudattartamainak a leírása éppúgy hozzátartozik objektíve teljes leírásához, mint objektíve mérhető fiziológiai paramétereinek a leírása. A szubjektív éppúgy a világ része, mint az objektív, így a szubjektív élmények leírása nélkül a világ objektív leírása egyoldalú, nem teljes és ezért nem is objektív, mint ahogyan azt Thomas Nagel hangsúlyozza.[146]
A személy megértése, lelki tartalmainak értelmezése azonban csak ama kultúra, s ama „kulturális kód" ismerete birtokában lehetséges, amelynek az illető személy a része. A hermeneutikai megközelítés, a megértés pedig alapvetően az „intencionalitás nézőpontjának" az elfogadását jelenti a „fizikai nézőponttal" szemben. Ez azt jelenti tehát, hogy a vizsgált személyt nem okok által mozgatott fizikai testnek, hanem szándékok által irányított személynek tekintjük.[147] Sőt, vannak akik az ember esetén kettős hermeneutikáról beszélnek, hiszen minden ember rendelkezik egy önértelmezéssel, de a vele kapcsolatba kerülők mindig értelmezik ezt az ön-értelmezést is, illetve a pszichoterápia sokszor megkísérli ennek átalakítását.[148] A kettős hermeneutika különösen fontos a pszichiátriai zavaroknál, ahol a pszichiáternek mindig értelmeznie kell a beteg önértelmezését, pl. azt, hogy állapotát betegségnek tartja-e, vagyis van-e betegségbelátása?[149]
Ugyanakkor az okok és az értelmezés kölcsönösen hatnak egymásra. A depressziós beteg neurotranszmittereinek egyensúlya valószínűleg befolyásolja hangulatát, s azt, hogy hogyan értelmezi a vele történő eseményeket. Másfelől azonban az általa adott értelmezés befolyásolja neurotranszmitterei egyensúlyát—éppen ez a tény teszi lehetővé a kognitív terápiát. Egyszóval az emberi agyban a kauzális folyamatok valamilyen—ma még nem ismert módon—meghatározzák az ember gondolkodását, élménymódját, s értelmezéseit, ugyanakkor ezek maguk is visszahatnak—ismét nem jól értett módon—agyának kauzális folyamataira, vagyis az értelmezés okként és okozatként szerepel egyszerre.[150] Az emberi agyban az okok meghatározzák az indokokat, az indokok azonban visszahatnak az agyműködésre, vagyis okként szerepelnek. Így a kauzális és a hermeneutikai megközelítés a valóságban áthatja egymást. Ez az, amit Engel a klasszikussá vált biopszichoszociális megközelítésben próbált összefoglalni, miszerint minden pszichés jelenségnek illetve pszichiátriai zavarnak biológiai, pszichológiai és szociális komponense is van, s csak eme integrált megközelítés biztosítja egy zavar vagy pszichés jelenség kiegyensúlyozott vizsgálatát. A mai kérdés inkább annak

megválaszolása, hogy az alapvetően szociálisan és kulturálisan determinált jelentés milyen biológiai folyamatok révén és hogyan kódolódik az agyban úgy, hogy annak fiziológiai folyamataiban oki szerepe lehessen? A mai új paradigma az, hogy a jelentés a nyelvvel, a társadalmi gyakorlattal keletkezik, s így nem az agyban jön létre, azonban valamilyen formában az agyban kódolódik, s ezáltal kauzálisan hat annak folyamataira.[151]

Redukcionizmus a pszichológiában és a pszichiátriában

A fenti problémakör szorosan kapcsolódik a redukcionizmus kérdéséhez. Mennyire redukálható az emberi tudat—a maga szubjektív megnyilvánulásaival—fiziko-kémiai folyamatokra?
A redukcionista megközelítés szerint a pszichiátria és a pszichológia által vizsgált jelenségek, vagyis az emberi elmeműködés végső soron biológiai folyamatokból állnak, a biológiai folyamatok kémiai folyamatokból, a kémia pedig hiánytalanul megérthető a fizikai világ törvényszerűségeiből. Ilyen módon a világban semmi más nincs, csak fizikai jelenségek, s a fizika tudománya elvben az egész világ teljes leírását képes megadni, beleértve természetesen az emberi elmeműködés leírását is.[152]
A pszichiátria területén ez a redukcionizmus elvben azt jelentené, hogy az emberi pszichés működés visszavezethető lenne az egyes neuronok működésére, a neuronok működése mögött biokémiai folyamatok, a biokémiai folyamatok mögött pedig molekulák állnak, melyek viselkedésének magyarázatát az atomfizika adja meg. Így a mentális működés törvényei elvben az atomfizika törvényeivel leírhatók lennének.[153] A világon tehát minden létező fizikai létező, s így a fizika törvényeivel leírható, beleértve természetesen az emberi tudatot, és annak jellemzőjét, az intencionalitást is. Mindez természetesen ma még csak egy lehetőség, hiszen—ahogyan Garnar és Hardcastle fogalmaznak—arra a kérdésre, hogy valaki miért utálja az anyját, ma inadekvátnak tűnne, ha az illető válaszként kvantummechanikai fejtegetésbe kezdene a kérdés pszichológiai megválaszolása helyett.[154] Elvben azonban ma nem tűnik lehetetlennek a redukcionista program végső sikere, az, hogy a pszichológia törvényei is egyszer majd visszavezethetők lesznek a fizika törvényeire. Mindenfajta redukcionizmus nagy veszélye azonban elvben is, hogy mivel csak a fizikait tekinti valóságosnak, ezért a fizikaira ma még nem teljesen visszavezethető jelenségeket könnyen nemlétezőnek tekintheti. A „minden létező fizikai létező” kijelentés tehát könnyen átfordulhat a „csak a fizikai létezőkből ma levezethető jelenségek tekinthető ténylegesen létezőnek” kijelentéssé.[155] Ez azonban a világ ontológiai elszegényítéséhez vezethet. Az ember indokok alapján is cselekszik, s az indokok éppúgy létezők, mint az okok, az indokokat azonban a fizika törvényei—ma még-- nem képesek leírni. Az emberi szabadság mindennap megélt élmény, mely azonban a szigorúan kauzális természettudományos leírás talaján csak illúziónak tűnik.
A ma létező pszichopatológiai modellek a fenti megoldatlanságokat nagyon jól leképezik: vagy az okokra, a személy agyműködésének fiziológiai-biokémiai

leírására helyezik a hangsúlyt, némiképp elhanyagolva az ezek korrelátumaként megjelenő szubjektív élményt, vagy a szubjektív élményre koncentrálnak, nem figyelve eléggé a mögöttük zajló fiziológiai folyamatokra.
A veszély tehát egyfelől az, hogy a pszichológiai megközelítés „agyatlan" lesz, csak az élményre koncentrál az annak alapjául szolgáló agyi folyamatok megértése nélkül. De reális veszély a biológiai pszichiátria egyoldalú „elmétlen" megközelítése is, mely csak az agyműködés biológiai folyamatait vizsgálja, anélkül, hogy az általa létrehozott szubjektív, pszichológiai jelenségekre figyelne.[156] Utóbbira jó példa, hogy a mai, modern pszichofarmakológiai tankönyvek általában részletesen beszélnek a különböző gyógyszerek receptorszintű hatásmechanizmusairól, nem szólnak azonban hasonló részletességgel arról, hogy hogyan változnak meg a beteg élményei, érzékelése, szubjektív világa a gyógyszer hatására. Ezek legfeljebb röviden kerülnek szóba, a mellékhatások tárgyalásakor, de semmiképpen sem olyan részletességgel, mint ahogyan azokat a beteg átéli. Ezen szubjektív oldal alapos ismerete pedig nem lenne lényegtelen az orvos számára, mert a beteg sokszor éppen ezen szubjektív élménymódja megváltozása miatt hagyja abba a gyógyszer szedését. Ma azonban a klinikus jórészt betegei beszámolójára van utalva a gyógyszerhatások szubjektív élményoldalának a megismerése terén, a szakirodalom erről alig szól.[157]
A szubjektív oldal eme elhanyagolásának azonban mélyebb, metodológiai oka is van. Ami szubjektív, az szükségszerűen nehezen mérhető. A pszichiátria törekvése arra, hogy ugyanolyan tudományos legyen, mint a többi orvosi szakág, oda vezetett, hogy kezdett a külső megfigyelő által is leírható, s így „objektív" jelenségekre koncentrálni, noha a pszichés jelenségek leglényegesebb elemei természetszerűleg szubjektívek. Így a reliabilitás érdekében háttérbe szorult a validitás. Például—ahogyan Strauss beszámol róla—Kraepelin és Bleuler a szkizofrénia legjellemzőbb vonásának az akarat gyengeségét tartották. Mások kiemelték, hogy az ilyen beteg első látásra felismerhetően „furcsa". Mivel azonban ezek nehezen objektivizálható, nem elég tudományos fogalmak, ezért kezdtek a mások által objektívebben leírható tünetek, mint a szkizofrénia diagnosztikus kritériumai előtérbe kerülni, s ilyen pl. a hallucináció vagy a téveseszme.[158]
Az alapvető probléma az, hogy az emberi szubjektivitás élményszerű leírására a művészetek ma még sokkal alkalmasabbak, mint a tudomány. Egy regény, egy vers, egy zenemű keltette érzések ma még nem írhatók le pontosan a tudomány nyelvén, s éppen azért is van szükség ma művészetekre, mert az általuk közölt információ és élmény más módon átadhatatlan, közölhetetlen. A „titokzatosan mosolygó női arc" kifejezéssel még egyáltalán nem írtuk le a Mona Lisát, s egy regény cselekményének a pár soros összefoglalásával még nem írtuk le a regényt. Ha a „Háború és béke" mondanivalóját és az általa keltett élményt maradéktalanul vissza lehetne adni néhány oldalon, egyszerű időpazarlás lenne magának a regénynek az elolvasása. A művészet leírja a valóságot, s nem magyarázza azt. Ha magyarázni kezdi, mint a tudomány, csökken művészi ereje.[159]Vagyis a szubjektivitás relatív elhanyagolásának az oka a pszichiátriában az, hogy a pszichiátria igyekszik egyre tudományosabbá válni, ugyanakkor fő vizsgálati területe, az emberi szubjektivitás leírására a tudományos módszer ma még alkalmatlan, az azt sokkal jobban leíró művészetek pedig nem illenek bele a mai tudományos paradigmába. Ezért az emberről a történelem során jórészt a

művészetek és tágabban a humaniórák által felhalmozott tudás—mivel nem természettudományos—a pszichiátriában jórészt ignorálásra kerül. Nem véletlen ugyanakkor, hogy amikor egy konkrét beteg megértése a feladat, a gyakorlatban a pszichiátriában előtérbe kerül a narratív megközelítés: a beteg által elmesélt történet értelmezése, újramondása, egyszóval a nem természettudományos módszer alkalmazása az adott probléma megértésére.

Az emberi pszichés működés két modellje

Fulford a mentális működés megértésének történelmileg két modelljét különbözteti meg. A tudományos-orvosi modell mint láttuk az akarat determináltságából, okok általi meghatározottságából s a mentális működés külső szemlélő számára is objektív leírhatóságából indul ki. Ezzel szemben a mentális működés morális modellje az akarat relatív szabadságát, célok általi meghatározottságát és megkerülhetetlenül szubjektív jellegét emeli ki. Ahogy láttuk, Jaspers a pszichopatológiai jelenségek e kétféle leírását egyaránt szükségesnek és egymást kiegészítőnek tartotta. Véleménye szerint vizsgálni kell egyrészt egy ember viselkedésének okát (orvosi-tudományos megközelítés) másrészt a célját, amit a viselkedő el akar érni (morális megközelítés). Az ok megismerésével—mint láttuk--*megmagyarázzuk* az illető viselkedését, a célok megismerésével pedig *megértjük* azt.[160]
A biológiai pszichiátria alapvetően az orvosi-tudományos modellt követi, ezzel szemben a pszichoterápia és az emberi viselkedés mindennapi, erkölcsi-jogi, művészeti leírása a morális modellt.
Az antipszichiátria voltaképpen nem más, mint az emberi viselkedés megértése morális modelljének a túlhangsúlyozása. Ez természetesen hiba, mert egyoldalúság, ugyanakkor az emberi viselkedés célok általi meghatározottságának tagadása, vagyis az orvosi-tudományos modell túlhangsúlyozása is az, hiszen az embert egyfajta okok által egyértelműen meghatározott viselkedésű automatává, robottá silányítja. Az antipszichiátria tehát egyfajta antidótum a fenti egyoldalúság kiküszöbölésére, s a pszichiátriai betegségek etiológiájának modern biopszichoszociális megközelítésének pszichoszociális vonatkozásait hangsúlyozza ki.

Morális felelősség és antipszichiátria

Szasz szerint a súlyos pszichotikus beteget nem határozzák meg inkább okok, mint az egészségest, s így ugyanúgy van szabad akarata, s ugyanúgy felelős tetteiért, mint az. Ha tehát Szasz megközelítése szerint járnánk el, akkor egy belátási képességgel nem rendelkező pszichotikus beteget is teljes mértékben felelősnek kellene tartanunk tetteiért (s például az általa elkövetett bűncselekményért). Ez kétségtelenül embertelen attitűd lenne. Látni kell azonban, hogy Szasz nézeteinek a teljes figyelmen kívül hagyása hasonlóan embertelen következtetésekhez vezet. Ha ugyanis a fenti beteget egyáltalán és semmilyen mértékben nem tartjuk felelősnek semmilyen tettéért, akkor ezzel—mint láttuk--voltaképpen ember mivoltától fosztjuk meg, puszta okok által mozgatott automatává fokozzuk őt le, vagyis dehumanizáljuk.

Az emberre ugyanis jellemző, hogy nemcsak okok, hanem célok is meghatározzák a viselkedését. Így az antipszichiátria és az általa hangsúlyozott morális modell kritikátlan elutasítása morálisan éppúgy katasztrofális következményekkel jár, mint az antipszichiátria tévedéseinek kritikátlan elfogadása. [161]Szaszhoz hasonlóan mások is amellett érveltek, hogy a büntetés (bűncselekmény elkövetése esetén) azért lehet humánusabb, mint a kezelés, mert a büntetés a tettest tetteiért felelős személynek tekinti, a kezelés azonban nem. Ez amellett érv, hogy amikor egy ember beszámíthatóságának kérdése merül fel, amikor azt vizsgáljuk, mennyire felelős valaki a tetteiért, akkor kétség esetén jó inkább az illető felelősségét feltételezni, mert ez a felfogás emberi méltóságával, személy voltával inkább összhangban áll.[162] Ez a probléma különösen élesen vetődik fel azon pszichiátriai zavaroknál, melyeknél az illető—úgy tűnik—ellenállhatatlan késztetés hatására cselekszik, s ez akár tettei büntetőjogi következményei alól is felmentést adhat. Honnan tudjuk azonban, hogy egy késztetés ellenállhatatlan? Nem lehet, hogy nem volt ellenállhatatlan, csak a cselekvő nem állt elég erővel ellen a késztetésnek, de ha erősebben akarta volna, ellen tudott volna állni? De honnan tudjuk, hogy akarhatta-e volna erősebben, hogy a késztetésnek ellenálljon, csak nem volt rá képes, vagy ellen tudott volna állni, ha erősebben akarta volna, de nem akarta erősebben, s így tettéért felelős, mert késztetése nem is volt ellenállhatatlan késztetés?[163] Ez a kérdés empirikusan nem dönthető el, noha a büntetőjogban alapvető a beszámítási képesség megállapításánál. A probléma azonban más területen is felvetődik, például fóbiáknál, addikcióknál. Gyakran halljuk például, hogy egy alkoholista nem képes nem inni, egyszerűen nincs meg akaratának a megfelelő szabadsága ahhoz, hogy ne igyon. A tények azonban azt mutatják, hogy az alkoholizmus leghatásosabb kezelése ma is az, hogy egyszerűen azt kérik az illetőtől, hogy ne igyon, s ehhez támogatást nyújtanak a számára (pl. az Anonim Alkoholisták csoportja révén.) Hasonlóképpen kényszerbetegek látszólag kényszerítve vannak bizonyos ellenőrzések repetitív elvégzésére, s látszólag nincs meg a szabad akaratuk az ellenőrzés mellőzésére. Ugyanakkor a kényszerbetegség egyik legjobb mai kezelési formája a válaszmegelőzés, amelynek során egyszerűen felszólítják az illetőt arra, hogy álljon ellen a késztetésének és ne ismételje meg a kényszeres cselekedetet. Ezek a tények tehát ellentmondani látszanak annak, hogy vannak ellenállhatatlan késztetések, s megkérdőjelezik a beszámíthatóság korlátozottságának létezését is, ahogyan azt Szasz gondolja.[164]

Lehetséges azonban, hogy ez az ellentmondás csak látszólagos. Ugyanis fontos azt a megkülönböztetést megtenni, hogy egy késztetés egy személy számára egy adott időpontban lehet ellenállhatatlan, ez azonban nem jelenti azt, hogy ugyanaz a késztetés egy másik időpontban ugyanúgy ellenállhatatlan a számára. Mele példája szerint, ha valaki agorafóbiás, s emiatt már 10 éve képtelen elhagyni a lakását, akkor ez azt jelenti, hogy szokásos körülmények között fóbiája ellenállhatatlan erővel otthon tartja. Ha azonban az illetőnek kigyullad a háza, s ha nem menekülne onnan ki, bent égne, akkor a tűztől való félelem esetleg nagyobb erővel fogja őt a ház elhagyására késztetni, mint amilyen erővel agorafóbiája visszatartja. Vagyis egy ilyen személy számára—ha nem ég a háza—agorafóbiája valóban ellenállhatatlan, égő ház esetén azonban az legyőzhetőnek bizonyul.[165] Hasonló ez ahhoz, mint mikor azt mondjuk, hogy egy átlagos nő számára egy 100 kilogrammos fatörzs megmozdíthatatlan. Ez igaz lehet, de ha a fatörzs rázuhant a

gyerekére, s ő az egyedüli, aki esetleg kiszabadíthatja, akkor lehet, hogy ez a kétségbeejtő helyzet olyan erőösszpontosítást tesz lehetővé a számára, mellyel a normál körülmények között számára megmozdíthatatlan fatörzset mégis meg tudja mozdítani annyira, hogy gyermekét kiszabadíthassa.[166]
A kérdés tehát az, hogy amikor ellenállhatatlan késztetésről beszélünk, akkor ez azt jelenti-e, hogy elvben a késztetés nem ellenállhatatlan, csak az illető számára „normál" körülmények között ellenállhatatlan, (ahogyan a fenti példákban láttuk), vagy valóban minden körülmények között ellenállhatatlan késztetésről van szó a számára? A fentiek alapján az ellenállhatatlan késztetések valószínűleg az első csoportba tartoznak: bizonyos feltételekkel ellen lehet nekik állni, s éppen ezen feltételek megteremtését célozzák meg a különböző pszichoterápiák, enyhébb esetben pedig a mindennapi életszabályok is arra szolgálnak, hogy a „csábítás" közvetlen és erősen motiváló hatását kiegyensúlyozzák.[167]
Szasszal ellentétben tehát nincs feltétlenül ellentmondás aközött, hogy valaki ellenállhatatlan késztetés hatására cselekszik, s aközött, hogy mégis lehet valamiféle relatív szabadsága bizonyos feltételek fennállása esetén. Ugyanakkor a Szasz által említett szemléleti kettőség, mely tehát megtagadja a súlyos pszichiátriai betegektől a szabad akaratot, az egészséges embereknél viszont elismeri azt, valóban létezik, s biztosan szerepet játszik a pszichiátriai betegek stigmatizációjában.

A pszichiátriai beteg betegségéért való felelősségének kérdése

A betegségfogalom egyik fontos eleme, hogy akaratunk ellenére létrejött állapotot jelent, melynek keletkezéséért közvetlenül nem vagyunk felelősek. S mivel betegségünket nem mi hoztuk létre, s a társadalom elvárja, hogy ki akarjunk gyógyulni belőle, a valóban gyógyulni akaró beteget a társadalom intézményesen, az orvosláson, az egészségügyi rendszeren keresztül segíti a gyógyulásban. Pszichiátriai betegség esetén azonban látszólag nem ez a helyzet. A pszichiátriai betegségek egy jelentős részénél a beteg szándéka a „beteg", látszólag ő hozza létre betegségét, s fenn is akarja tartani azt. Például egy anorexia nervosában szenvedő beteg látszólag alig különbözik egy éhségsztrájkot folytatótól. Nem akar enni, noha már az éhhalál küszöbén van. Az éhségsztrájkot folytatónak a társadalom meg is engedi, hogy ne egyen, hiszen elfogadja, hogy ő ezt szabad akaratából teszi. Az anorexiás beteg esetén azonban a társadalomnak, hogy segíthessen, azt kell feltételeznie, hogy az anorexiás nem tud enni, holott szeretne, miközben a látszat az, hogy tudna enni, csak nem akar. A pszichiátriai beteg sokszor látszólag saját maga hozza létre az őt érő bajokat. Túl sok alkoholt iszik vagy kábítószert fogyaszt szerabúzus esetén, megszegi a társadalmi együttélés szabályait és kihasznál másokat antiszociális személyiségzavarnál, stb. Ezek látszólag mind szándékos, szabad akaratból következő cselekvések, melynél a beteget érő bajok saját szándékos cselekvéseiből következnek. Szemben a szomatikus betegségekkel, melyek „megtörténnek" valakivel, a pszichiátriai zavarok nagy részénél úgy tűnik, hogy a beteg „csinálja" a betegségét.[168] Ha valaki felelős azért a bajért , ami őt éri, akkor a társadalom nem mindig érzi fontosnak, hogy az illetőn segítsen. Ha valaki

szándékosan károsít másokat, akkor a társadalom erre általában büntetéssel reagál. Ha tehát a társadalom nem akar büntetéssel vagy a szenvedő sorsára hagyásával reagálni, akkor fel kell tételeznie, hogy a fenti esetekben a cselekvő szándékossága csak látszólagos. Valójában nem arról van szó, hogy az illető nem akar a kívánt módon viselkedni, hanem arról, hogy nem képes erre pszichiátriai betegsége következtében. Így azért, hogy a társadalom a cselekvőnek másokat vagy saját magát károsító, és szándékosnak tűnő viselkedése esetén is segíthessen, fel kell tételeznie, hogy a viselkedés csak látszólag szándékos, valójában azonban akaratlan, a betegség által determinált. A szabad akarat korlátozottságának, vagyis pszichiátriai betegségnek a feltételezése tehát az az eszköz, mellyel a társadalom segítséget tud nyújtani az azt látszólag nem megérdemlő tagjainak is. Ahogyan Luhrmann fogalmaz: segítünk annak, akinek egy hurrikán lerombolta a házát, kevés szimpátiát érzünk viszont azok iránt, akik házukat saját maguk gyújtják fel, majd panaszkodnak, hogy nincs hol lakniuk. A pszichiátria az az eszköz, mellyel meg tudjuk magyarázni az ilyen önsorsrontó viselkedést, szánalmat tudunk érezni s segítséget tudunk nyújtani még azoknak is, akik látszólag ezt nem érdemlik meg.[169] Az akaratszabadság korlátozódásának feltételezése azonban nagyon komoly következményekkel jár, mert az ilyen módon jellemzett személyt az agyi állapotai által determinált biológiai robottá degradálja. Ezáltal ez a szemlélet megfosztja a pszichiátriai beteget minden felelősségtől, s ezáltal méltóságától is. Ez is oka, hogy a pszichiátriai gyakorlat oszcillál az egyént az agyi folyamatai által teljesen meghatározottnak tekintő biológiai szemlélet, s a tettéért az egyént kisebb vagy nagyobb mértékben felelősnek tartó pszichoterápiás szemlélet között.

Az antipszichiátria mint a pszichiátria elfajulási lehetőségeinek leírása.

Az antipszichiátria--sok elméleti hiányossága illetve tévedése ellenére is--a pszichiátriai gyakorlat sok fontos jellegzetességére mutatott rá. Felhívta a figyelmet arra, hogy milyen nagy szerepet játszik a pszichiátriai betegség meghatározásában a társadalmi norma. Felhívta a figyelmet, hogy nemcsak a jogrendszer, de a pszichiátria is hatékony eszköze lehet a társadalmi kontrollnak. Rámutatott a pszichiátria azon ellentmondására, hogy noha deklarált célja az egyes betegek érdekeinek a szolgálata, szenvedéseinek a mérséklése, a valóságban a társadalom belekényszerítheti a pszichiátriát egy ettől eltérő szerepbe. Abba, hogy ne az egyén, hanem a társadalom érdekét képviselje, hogy az egyént ne kezelje, hanem viselkedését és gondolkodását a társadalom érdekében kontrollálja.[170] Az antipszichiátria hangsúlyozta, hogy a pszichiátria felhasználható a másokat zavaró vagy sértő viselkedés elnyomására, az ilyen embereknek a társadalomból való kirekesztésére azzal, hogy patológiásnak minősítik őket. Ezáltal a pszichiátria egyik eszköze lehet annak, hogy embereket rákényszerítsenek a domináns társadalom által elfogadott értékeknek megfelelő viselkedésre. A későbbi, a 70-es években megismert szovjet pszichiátriai gyakorlat kísértetiesen az antipszichiátria vádjait igazolta: megmutatta, milyen módon lehet a pszichiátria diagnosztikus rendszerét felhasználni kreatív non-konformisták üldözésére, még abban az esetben is, ha a diagnosztikus rendszert nem politikai indíttatásból, hanem tudományos meggyőződésből hozták létre. Természetesen a szovjet pszichiátria gyakorlata nem

a pszichiátria gyakorlata, hanem a pszichiátria elfajulásának a gyakorlata, mely nem kis mértékben magyarázható a szovjet pszichiátria izoláltságával, a nemzetközi pszichiátriai fejlődéstől való elzártságával, a szabad tudományos vita hiányával, a szovjet pszichiátriai élet túlcentralizáltságával és túl nagyfokú hierarchiájával, stb.[171] Abból, hogy a pszichiátria felhasználható a társadalmi kontroll eszközeként, nem következik, hogy a pszichiátria pusztán a társadalmi kontroll egy formája, éppen úgy, ahogyan abból, hogy egy autóval szándékosan el lehet ütni egy embert, nem következik, hogy a személygépkocsi az emberek elütésére kifejlesztett és használt eszköz. Az antipszichiátria tehát nem annyira a pszichiátria normál működéséről szól, hanem arról: mivé fajulhat el a pszichiátria, s ezért milyen tekintetben kell fékeket, óvintézkedéseket beépíteni a pszichiátriai gyakorlatba a fenti elfajulási lehetőségek kivédése érdekében. Így olvasva az antipszichiátriai írásokat nagyon sok tanulságot lehet belőlük leszűrni, s az antipszichiátria mára azért is vesztett annyit egykori újszerűségéből, kritikai éléből, mert számos tanulságát megfogadta a hivatalos pszichiátria, s beépítette napi gyakorlatába.[172]

A mentális betegségek konstrukcionista modellje és kritikája.

A konstrukcionista modellek kialakulása

A mentális betegségek meghatározásának normafüggő volta vezetett a mentális zavarok konstrukcionista modelljének a megalkotásához.
A mentális betegségek konstrukcionista felfogását Emile Durkheim vezette be a szociológiába „A szociológia módszertana” című munkájában.[173] Nézete szerint mindenfajta deviáns viselkedés voltaképpen társadalmi szabályok megszegése. Ahogyan jogellenes viselkedés megszegett jogszabály nélkül elképzelhetetlen, s ilyen módon a jogszabály „hozza létre” (konstruálja) a szabályszegést (ez hasonló a nullum crimen sine lege elvéhez a büntetőjogban), úgy a mentális zavarok is viselkedési szabályok megszegésének tekinthetők, melyek így a szabályok által létrehozottak. A szabályok megváltozása a szabályszegések fajtáit is természetesen megváltoztatja, s ily módon új és új mentális zavarok konstruálódnak. Durkheim konstrukcionista deviancia-felfogását a mentális betegségekre explicit módon először Ruth Benedict alkalmazta 1934-ben, aki úgy látta, hogy amit a nyugati pszichiátria abnormálisnak tekint (pl. paranoia, görcsrohamok, transzállapotok, stb.) az számos más kultúrában normálisnak számít. Amit a nyugati kultúra mentális zavarnak tekint, az egy másik kultúrában esetleg vallási élmény, az Istennel való kapcsolat vagy az Isten általi kiválasztottság jele lehet. A fordítottja is igaz. Amit ma a nyugati kultúrában normálisnak tekintenek, azt más kultúrák az őrültség jelének tartották volna. A Dobuan kultúra szerint például, aki mindig vidám, boldog és nyílt, az őrült. [174] A ma általunk inadekvátnak, diszfunkcionálisnak, ésszerűtlennek, irracionálisnak ítélt viselkedés más kultúrában tökéletesen adekvátnak, funkcionálisnak, ésszerűnek és racionálisnak tűnt volna.[175] A mentális betegségek

konstrukcionista modelljét képviselte azután az 1960-as években a már tárgyalt antipszichiátria több alakja, például Thomas Szasz és Michel Foucault. A konstrukcionista elméletek ma nem különösebben népszerűek a pszichiátriában, ugyanakkor számos kulturális jelenség társadalomtudományi megközelítésének ma uralkodó, antiredukcionista paradigmáját jelentik.[176]

A konstrukcionista modell főbb állításai

Nagyon fontos világosan elkülöníteni, hogy mi a szociális konstrukcionista modell állítása. Eme modell nem pusztán annyit állít, hogy a társadalmi környezet, a pszichoszociális hatások mentális betegséget hozhatnak létre, mert ez ma mindenki által elfogadott evidencia. A konstrukcionizmus a pszichiátriában inkább azt jelenti, hogy a társadalmi környezet strukturáló hatásának következtében az egyik társadalomban olyan betegségek jönnek létre, melyek más társadalmi környezetben nem léteznek, így a társadalom nem pusztán betegséget, hanem egy bizonyos—csak rá jellemző—betegséget kreál. Nem arról van tehát szó, hogy különböző társadalmak ugyanazt a mentális jelenséget eltérően értelmezik és osztályozzák, hanem arról, hogy eltérő társadalmakban eltérő mentális jelenségek és így eltérő betegségek jönnek létre. Ily módon a mentális betegségek—Ian Hacking kifejezésével élve—olyanok lennének, mint a növény és állatfajok: mindegyikre jellemző lenne egy sajátos környezet, egy ökológiai niche, mely fenntartja, s melyen kívül nem képesek létezni. S ahogyan egy faj bizonyos körülmények között kialakul, elterjed, majd a környezet megváltozása esetén kihal, a mentális betegségek is a körülmények hatására jönnek létre, „virágzanak", majd megszűnnek.[177] Ez számos mentális betegségre igaz. A XIX. században mindennapos hisztéria ma alig fordul elő, ezzel szemben az akkor alig ismert anorexia nervosa mára a fejlett társadalmakban nagyon komoly probléma.

A konstrukcionista modell „optimizmusa"

Sokan azt feltételezik, hogy a mentális betegségek szociális konstrukcionista modellje optimistább képet ígér a betegség gyógyíthatóságát illetően, mint a biológiai modell, hiszen az agyműködés megváltoztatása nem könnyű, míg a társadalmi szokások megváltoztatása csak elhatározásunkon múlik. Valójában azonban nem ez a helyzet. A társadalmak valóságos működését sem mindig értjük jobban, mint a természet működését vagy az agyműködést, s a társadalom működésének mélyreható megváltoztatása sem pusztán elhatározás kérdése. Sőt, sokan éppen azzal magyarázzák a biológiai pszichiátria mai előretörését, hogy gyógyszerekkel megváltoztatni az agyműködést sokkal egyszerűbb, mint a társadalom működését megváltoztatni. Könnyebb esetleg gyógyszerekkel az igazságtalanság miatti depressziót kezelni, mint magukat az igazságtalanságokat a társadalmi életből kiküszöbölni, könnyebb az ADHD-s gyerekeknek Ritalint adni, mint olyan iskolarendszert teremteni, mely tekintettel van az ADHD-s gyerekek eltérő igényeire.[178] A szociális konstrukcionista modell erényének szokták azonban tartani, hogy ráirányítja a figyelmet arra, hogy egy pszichiátriai tünet vagy zavar nemcsak

biológiai illetve pszichológiai módszerekkel, hanem a társadalmi környezet megváltoztatásával is kezelhető, s nagyobb motivációt jelenthet az ilyenfajta próbálkozások számára. [179]

Az etnomedicina, etnopszichiátria konstrukcionista megközelítésmódja

A mai főbb pszichiátriai nozológiai rendszerek (BNO, DSM) univerzális érvényességre tartanak igényt, vagyis kultúrától függetlenül, általánosan érvényesnek tekintik osztályozásukat. Természetesen elismerik, hogy a beteget körülvevő kultúra alakíthatja, formálhatja pszichiátriai zavarának megjelenési formáit, alapvetően azonban abból indulnak ki, hogy az egyes pszichiátriai zavarok mindenütt előfordulnak, lényegi tüneteik hasonlóak, s a kultúra csak kis mértékben módosít ezen lényegi tüneteken, alapvetően azonban azokat nem változtatja meg.[180] Ez a felfogás azonban elhanyagolni látszik azt az alapvető tényt, hogy az ember társadalmi lény, akinek mind egészséges személyisége, mind pszichiátriai zavara kulturális hatásokra is formálódik. Azt feltételezni, hogy eme kulturális különbségek figyelembevétele nélkül egy minden kultúrára egyaránt érvényes egységes pszichiátriai nozológiai rendszert lehet alkotni annyi, mint a kultúrának nem tulajdonítani szerepet a személyiség és a pszichiátriai zavar sajátosságainak a kialakításában. Ez tehát egy redukcionista modell, mely az embert alapvetően csak biológiai lénynek tekinti, s nem a biológikum és az adott kultúra interakciója eredményének.[181] Bármely pszichés jelenség csak társadalmi kontextusában értelmezhető, s önmagában szemlélve „tünet"-nek tűnhet egy pszichés jelenség, mely kontextusába visszahelyezve esetleg természetes reakció. Például szinte minden kultúrára igaz, hogy a pszichológiai élményeknek, tapasztalatoknak csak egy töredékét engedi nyíltan kifejezni. Kulturális szabályok, tabuk tilthatják meg bizonyos pszichológiai jelenségekről való beszámolást vagy sokszor annak puszta tudomásulvételét is. Sok esetben az adott nyelvből a megfelelő szavak is hiányozhatnak bizonyos pszichológiai élmények, tapasztalatok kifejezésére. Mindez természetesen alapvetően befolyásolhatja a pszichiátriai zavar megjelenési formáit, tüneteit. Mivel a kognitív pszichológia szerint nem a jelenségek, hanem azok kulturálisan meghatározott jelentése az, ami viselkedésünket, élménymódunkat befolyásolja, s mely fiziológiai változásokat is előidézhet, ezért a kultúrának valószínűleg döntő szerepe van nem pusztán a tünetek, hanem maguknak a betegségentitásoknak a kialakításában is. [182] Vagyis nem arról van szó, hogy ugyanazon pszichiátriai zavar különböző kultúrákban csekély mértékben eltérő tünetekkel jelentkezik, hanem arról, hogy maguk a pszichiátriai zavarok lesznek mások az eltérő kulturális hatások által. A kultúra még az anamnézis-felvételt, a tünetek orvos általi leírását is befolyásolja. Ugyanis az orvos is a beteg által leírt panaszok, élmények csak egy részét veszi figyelembe részben a rá is ható kulturális szabályok és tabuk, részben a fejében levő diagnosztikai rendszer követelményei szerint. Így az orvos öntudatlanul is alakíthatja a beteg tüneteit, azokat véve csak figyelembe, melyek beleillenek bizonyos előre adott kategóriarendszerbe, míg az abból kilógókat esetleg mint lényegtelent figyelmen kívül hagyja.[183]
A jelenségre csak egyetlen példát említve, a modern kor előtti társadalmakban élő emberek az ősidőktől kezdve széles körben hittek a mindennapi életet befolyásoló szellemekben, démonokban, s a legkülönfélébb természetfölötti erőkben. Ezzel

szemben a mai tudományos kor embere a világot személytelen, objektív, a tudomány által leírható törvények által irányítottnak tekinti.[184] Ma—ha valaki azt tapasztalja, hogy rendszeresen képes egy halott szellemével beszélgetni—ezt titkolnia kell, mert ma ezt pszichotikus tünetnek tekintik, s rögtön az elmebetegség stigmája vetül az ezt megélő emberre. Egy démonokkal, szellemekkel benépesített régi világban ugyanez az élmény sokkal kevésbé lehetett elidegenítő, hiszen az illető tapasztalata összefért a kultúra hiedelmeivel. A jelenség mögött álló agyi folyamatok hasonlóak lehettek régen és ma, a jelenség jelentése azonban eltérő mind az egyén mind a társadalom számára, ez az eltérő jelentés viszont visszahathat fiziológiai-agyi folyamataira. Vagyis a betegség mássá válhat fiziológiai szinten is, ha tüneteinek más a jelentése a kulturális környezet eltérő volta miatt. Talán ezzel is magyarázható az a jól ismert tény, hogy a szkizofrénia prognózisa sokkal jobb a Harmadik Világban, mint a fejlett országokban, s a prognózis eme radikális különbsége miatt sokan még azt is megkérdőjelezik, hogy tekinthető-e ekkor ugyanannak a betegségnek?

A fenti problémákra különös erővel mutatnak rá az etnopszichiátria kutatások. Az etnopszichiátria ill. az etnomedicina az orvosi antropológia kutatási területébe tartozik, s azt vizsgálja, hogy az egyes kultúrákban a medicina ill. a pszichiátria milyen speciális formákban jelenik meg.[185] Az etnopszichiátria kutatások is a pszichiátriai betegség konstrukcionista modelljét sugallják. Eszerint tehát az egyes betegségkategóriák társadalmi konstrukciók, vagyis mindig csak egy adott kultúrában, társadalmi kontextusban értelmezhetők, s nem tekinthetők transzkulturálisan, univerzálisan érvényes entitásoknak. Az orvosi antropológia nemcsak a népi, laikus pszichiátriára, hanem a tudományos pszichiátriára is érvényesnek tartja ezt a megállapítást, vagyis a tudományos pszichiátriák is etnopszichiátriák. Eszerint tehát nincs egységes, mindenütt érvényes tudományos pszichiátria, hanem csak etnopszichiátriák vannak, melyek érvényessége többé-kevésbé egy adott társadalmi kontextusra korlátozódik.[186] Az egyedül érvényes, egységes pszichiátria eszerint tehát illúziónak bizonyul, s csak a társadalmi közegükből kisarjadó, s csak annak kontextusában érvényes etnopszichiátriák tekinthetők elfogadhatóknak.[187] Van aki a posztmodern pszichiátria fogalmát használja annak leírására, hogy ma nem létezik univerzális, minden kultúrára érvényes pszichiátriai klasszifikációs rendszer, s a pszichiátriai tünetek csak kulturális kontextusban értelmezhetők.[188] Ezáltal tehát az egyes pszichiátriák által leírt betegségentitások sem természetes betegségegységek, hanem társadalmi konstrukciók. Ha viszont nincs univerzálisan érvényes tudományos pszichiátria, csak helyi pszichiátriák vannak, akkor etikailag olyankor merül fel probléma, amikor az egyik pszichiátriát univerzálisan érvényesnek kiáltják ki, s más kultúrákra ill. más társadalmakra is alkalmazzák, mint ahol létrejött.[189]

Az univerzálisan érvényes, tudományos pszichiátria mítoszának az etnopszichiátria szerint az a lényege, hogy a pszichiátriai betegségek genetikai, biokémiai eredetűek, s ezért kultúrától függetlenül minden társadalomban léteznek, s hasonló tünetek formájában jelennek meg. Eszerint tehát az egységes tudományos pszichiátria feladata nem lenne más, mint ezeket a kultúrától függetlenül létező pszichiátriai betegségeket leírni, megnevezni és osztályozni.[190] A fenti felfogás azonban--bármilyen csábító legyen is—az etnopszichiátria szerint nem állja ki a tapasztalat próbáját. Számos pszichiátriai betegség létezik ugyanis, mely csak egy

adott kultúrára jellemző. Az anorexia nervosa például meglehetősen gyakran előforduló, igen súlyos betegség Európában és Észak-Amerikában. A betegségre jellemző tünetek (félelem az elhízástól, miközben a beteg patológiásan sovány) egyéb kultúrákban alig fordulnak elő. Lehet persze úgy érvelni, hogy más kultúrákban ugyanez a betegség más tünetekkel jelenik meg, de erősen kérdéses, hogy ha ez így van, akkor mondhatjuk-e, hogy mégis ugyanarról a betegségről van szó, hiszen a pszichiátriai zavarokat kizárólag a tüneteik alapján határozzuk meg.[191] Hasonlóképpen, a multiplex személyiségzavar, mint diagnózis, elég gyakori az USA-ban, ugyanakkor másutt annyira ritka, hogy számos más (nem USA-beli) pszichiátriai klasszifikációs rendszer nem is tartalmazza.[192] Hasonlóképpen, csak a nyugati kultúrában előforduló zavarnak tekintik a konverziós zavart, a premenstruális szindrómát, és egyesek az un. "A" típusú személyiséget.[193] A kínai pszichiátria írta le a "koro"-nak nevezett betegséget, mely Dél-kelet Ázsiában is megfigyelhető, s melyben a beteg intenzív szorongást mutat, attól fél, hogy nemi szerve visszahúzódik a testébe s így eltűnik. Ez a tünet azzal az ősi helyi hiedelemmel kapcsolatos, hogy a halott nemi szervei visszahúzódnak a testbe.[194] Bár vannak, akik a "koro"-t nem tekintik kultúraspecifikus betegségnek, mert úgy tartják, hogy némileg módosult formában és tünetekkel más kultúrában is megjelenik (ezért genitális retrakciós szindrómának nevezik),[195] valójában kérdés, hogy más megjelenési forma esetén lehet-e ugyanarról a betegségről beszélni olyan betegség esetén, melynek diagnózisa kizárólag a tünetek megfigyelésén, s nem valamilyen mögöttes biokémiai, patofiziológiai mechanizmus feltárásán alapul.
Az, hogy mely betegségnek milyen jelentőséget tulajdonítanak, mennyire tekintik azt komoly problémának, szintén kulturális tényezők, s az uralkodó társadalmi normák függvénye. Az önkontrollt nagyon fontos erénynek tartó Nyugati kultúrák például az addikciók újabb és újabb formáit írják le. Ezzel szemben a keleti gondolkodás számára az önkontroll nem olyan fontos erény, s ezért az addikciók a keleti kultúrák pszichiátriáiban sokkal kevesebb figyelmet kapnak.[196] Az alkoholfogyasztás megítélése pedig nemcsak kultúránként vagy országonként, hanem még társadalmi rétegenként is jelentősen eltérő.[197] Nemcsak a pszichiátriai nozológia, de a pszichológiai terminológia is jelentős kulturális különbségeket mutat. A pszichológiában oly gyakran használt, s a pszichológiai elméletekben oly nagy szerepet játszó self (személyes-én) fogalma például kultúránként jelentősen eltér. Az Indiában, Japánban használt személyes-én fogalom szociocentrikus. Sokkal kevésbé individualizált, sokkal inkább család-orientált, sokkal jobban az interperszonális harmónia és a család jó hírének a megőrzésére irányuló, mint az észak-európai, protestáns személyes-én, mely viszont sokkal egocentrikusabb. Ez az egocentrikus személyes-én aszociális, állandó, de állandóan fejlődő.[198] A keleti szociocentrikus személyes-én felfogás nézőpontjából a nyugati, egocentrikus személyes-én elidegenedett, antiszociális és naiv. A nyugati, egocentrikus személyes-én nézőpontjából viszont a keleti, szociocentrikus személyes-én nem individualizált, fejletlen, másoktól túlságosan függő, éretlen.[199] Mivel a mentális betegségek mindig a self, a személyes-én betegségei, ezért a különbözőképpen felfogott selfeknek szükségszerűen különböző betegségei kell, hogy legyenek. Ez ismét ellentmond a mentális betegségek univerzális jellege tézisének,[200] annak a tézisnek, hogy vannak invariáns, mindenütt és minden korban abnormálisnak tartott viselkedések.

Egyes konkrét, gyakran előforduló betegségentitások esetén is felmerül a kérdés: univerzális betegségekről van-e szó, vagy a kultúra oly mértékben átalakítja-e az egyes betegségek megjelenési formáit, hogy megkérdőjelezhető, hogy ugyanarról a betegségről van-e szó.
Nézzük például a depressziót. Ma ezt a biológiai pszichiátria genetikailag jelentősen determinált, s biológiai módszerekkel jól kezelhető betegségnek tartja. A vizsgálatok mégis azt mutatják, hogy a depresszió megítélése, diagnózisa jelentősen kultúrafüggő. Bizonyos afrikai nyelvekből például a depresszió kifejezés maga is hiányzik, s a depresszió Afrikában ritka.[201] A depresszió diagnózisának fontos eleme a diszfória, a levert hangulat, a szomorúság érzése.[202] A szomorúság, levertség nemkívánatos állapotnak számít a nyugati kultúrában. Ezzel szemben az iszlám kultúra, s a latin katolicizmus a szomorúságot, a lelki szenvedést nemesítőnek tekinti, az isteni kiválasztottság jeleként értelmezi.[203] A buddhista hagyomány szerint is a világ és a személyes-én mulandóságának, értéktelenségének a belátása, minden emberi tevékenység értelmetlenségének és feleslegességének a felismerése a megvilágosodottság jele. Aki tehát így gondolkodik, az a buddhista hagyomány szerint szomorú ugyan, de ez “eudiszfória”, édes szomorúság, hiszen a világ igazi természete megismerésének a terméke, a megvilágosodottság állapota.[204] Ez tehát nem egy kezelendő és megszüntetendő állapotnak számít, hanem a bölcsességre törekvő számára elérendő végcélnak.
A fentiek tehát megkérdőjelezik, hogy lehetséges-e a depresszió kritériumainak transzkulturális megfogalmazása, lehetséges-e érvényes nemzetközi összehasonlító vizsgálatokat végezni a különböző kultúrákban a depresszió incidenciájáról és prevalenciájáról.[205]
Hasonlóan megkérdőjelezhető a skizofrénia univerzális, minden kultúrában előforduló jellege is. Noha a skizofréniát is genetikailag jelentősen determinált betegségnek tartják, s emellett azt a bizonyítékot szokták felhozni, hogy prevalenciája nagyon hasonló a legkülönbözőbb kultúrákban, mégis az 1979-es összehasonlító WHO vizsgálat azt mutatta ki, hogy a vizsgálat kezdetén hasonló tünetekkel rendelkező skizofrén betegek 2-5 év múlva újravizsgálva nagyon különböző kórlefolyást és prognózist mutattak. A fejlődő országok skizofrén betegei sokkal kedvezőbb prognózissal rendelkeztek, mint a fejlett országok betegei. Így a skizofrénia Nyugaton krónikus betegségnek bizonyult, míg a Harmadik Világban nem, mert itt a betegek többsége 5 év után normálisan funkcionált. Ha azonban egy betegségnek két különböző földrajzi régióban ennyire más a prognózisa, akkor felmerül a kérdés, hogy ugyanarról a betegségről van-e szó? Így vannak, akik a skizofréniát nyugati “etnikai pszichózisnak” tekintik, vagyis olyan betegségnek, mely csak egy kultúrában fordul elő.[206] A példák még hosszan folytathatók lennének. Csak egy utolsót említve: a borderline személyiségzavar, melyet ma egyre gyakrabban diagnosztizálnak, feltételezések szerint a self olyan zavara, melynél a beteg nem képes a számára fontos személyek (az analitikus terminológiában érzelmi tárgyak) internalizálására, s e tárgykapcsolati zavar miatt az autonómia és az izoláció, az önállóság és az elhagyatottság közötti különbségtételre. Így önállóságát elutasítottságként, elhagyásként éli meg, s tünetei nagyrészt ebből érthetők meg.[207]
Látni kell azonban, hogy ez a személyiségzavar csak akkor létezik, ha elfogadjuk a modern társadalom azon követelményét, hogy a mentális egészség része a self olyan szintű individualizáltságának a kialakulása, mely képes az autonómia és az

izoláltság fenti elkülönítésére, az érzelmi tárgyállandóság fenti szintjének az elérésére. A self ilyen fokú individualizáltságának követelménye azonban nagyrészt a felvilágosodással jött létre és alapvetően a nyugati kultúrára jellemző. A borderline személyiségzavart tehát ez a követelmény hozza létre, „konstruálja meg" a szociális konstrukcionista elmélet terminológiája szerint, s nem pusztán a „természet", az agyműködés. Eme követelmény nélkül a borderline személyiségre jellemző tulajdonságok természetesen továbbra is léteznének, az azonban nem számítana betegségnek. Ahogyan a homoszexualitás mint betegség csak akkor létezik, ha a kizárólagosan heteroszexuális nemi irányultság társadalmi követelmény, úgy a borderline személyiségzavar is a modernkori individualizmus követelménye által létrehozott, s e személyiségzavar értelmezhetetlen egy olyan kultúrában, ahol nem követelmény, hogy az emberek önállóak legyenek, s megőrizzék érzelmi egyensúlyukat akkor is, amikor a számukra fontos személyekkel rövidebb-hosszabb ideig nem tudnak kapcsolatban lenni. [208]
Mindezek alapján az etnopszichiátria szerint a biológiai orientáltságú pszichiátria, mely abból indul ki, hogy a mentális betegségek objektív biológiai entitások, melyek kultúrától függetlenül léteznek, túl kevés figyelmet szentel a mentális betegség kialakulásában és megjelenési formáiban a szociokulturális tényezőknek. Így az egyoldalú biológiai szemlélet hajlamos az egyént mentálisan betegnek látni ott, ahol egy komplexebb, szociokulturális megközelítés társadalmi egyenlőtlenséget, az egyén kiszolgáltatott vagy reménytelen társadalmi helyzetét látná. Az egyoldalú biológiai pszichiátria tehát sok esetben veleszületett betegségnek, vagy arra való hajlamnak lát valamit, mely lehet, hogy csak természetes reakció a káros, az egyén fejlődését megnyomorító társadalmi körülményekre.[209] A normalitás standardjai pedig--mint láttuk--kultúráról kultúrára változnak. Amit az egyik kultúrában normálisnak tekintenek, azt a másik kultúrában patológiásnak. Így egy ember, aki úgy érzi, hogy elhunyt ősei beszélnek hozzá, mely a nyugati kultúrában pszichotikus tünetnek számít, hirtelen „kigyógyulhat" a pszichózisából, ha repülőgépre ül, s olyan országba utazik, ahol ez a hit természetes. Ha valakinek van egy bizarr hiedelme (pl. hogy őt földönkívüli lények meglátogatták), s elegendő számú embert meg tud győzni eme hiedelem igazságáról, akkor szintén „kigyógyul" pszichózisából. Ha valaki halottakkal beszélget, s azok üzenetét közvetíti az élőknek, akkor ez lehet pszichotikus tünet, de a halottlátók, „médiumok" még a nyugati kultúrában is többé-kevésbé egészségesnek elfogadott emberek. [210] Mindez tehát kétségtelenül arra utal, hogy egy tünet megítélése a társadalom domináns nézeteitől erősen függ, s nem pusztán egy objektív, tudományos állítás.
Az etnopszichiátria szerint az egyoldalú biológiai orientáltságú pszichiátria állítólagos objektív, pártatlan tudományos megközelítése tehát sok esetben egy adott kultúrára jellemző előítéletek tudományos formában történő megfogalmazását jelenti. Ez a pszichiátria tehát az objektív, pártatlan tudomány álarcát felvevő etnocentrizmus, mely elhanyagolja a kulturális különbségek jelentőségét.[211] A biológiai pszichiátria egyik lényeges etikai problémája, hogy egy adott kultúra normáit mint a mentális egészség univerzális normáját fogalmazza meg, s ennek alapján ítél meg és kezel más kultúra más normái alapján viselkedő embereket is.[212] A biológiai pszichiátria eszerint tehát elhanyagolja a transzkulturális és a történeti kutatásokat, melyek a mentális egészség és betegség standardjainak megfogalmazásánál nélkülözhetetlen szempontot jelentenének.[213]

A konstrukcionista modell kritikája

A mentális zavarok konstrukcionista modellje—noha nagyon fontos megfigyelésekkel gazdagította a mentális zavarról való gondolkodást—alapvetően mégis helytelen, mert a mentális zavarnak csak az egyik összetevőjét veszi figyelembe. A mentális zavar ugyanis kétségtelenül szabály- illetve normaszegés *is.* Azonban nem pusztán szabályszegés, s a legtöbb kultúra elkülöníti a mentális zavar következtében kialakuló szabályszegést a devianciától, vagyis a szabad akaratból, választásból fakadó szabályszegéstől. A mentális zavar konstrukcionista modellje nem veszi figyelembe, hogy a mentális zavar mentális *diszfunkcióból* következő szabályszegés. Így szabály nélkül valóban nincs szabályszegés, de a szabályszegő viselkedés—ha mentális zavar áll mögötte—a szabály nélkül is diszfunkciót jelentene, legfeljebb azt az adott kultúra nem tekintené betegségnek. [214] Ha a mentális zavarok konstrukcionista felfogása igaz lenne, nem lenne alapunk arra, hogy kritizáljuk egy másik kultúra betegségfelfogását. Így például—mint láttuk-- a maszturbáció betegség lenne abban a kultúrában, mely azt helyteleníti (s ilyen volt a XVIII-XIX. századi európai társadalmak nagy része) , s egészségesnek számítana abban, amelyik nem. Úgy érezzük azonban, hogy a betegségfogalom ennél objektívebb, s a maszturbáció nem volt betegség a XIX. században sem, noha annak tartották, mert nem jelentett diszfunkciót. Az, hogy milyen mentális működés jelent diszfunkciót, felfedezhető, egyre pontosabban tisztázható, s így a mentális zavar fogalma is egyre pontosabbá válhat. Még ha igaz is, hogy különböző társadalmakra, kultúrákra más-más pszichiátriai zavarok lehetnek jellemzők, s vannak olyan zavarok, melyek csak egy bizonyos kultúrában vagy korszakban fordulnak elő, ez még mindig nem jelenti azt, hogy az adott zavart kizárólag a szabályok hozták létre. Ahhoz, hogy zavarról lehessen beszélni, annak hátterében valamilyen pszichológiai diszfunkciónak kell állnia. Az, hogy egy társadalom mit tekint diszfunkciónak, szintén függhet a kultúrától, azonban nincs okunk feltételezni, hogy az, hogy egy pszichés működésnek mi az evolúció során kialakult funkciója, objektíve nem állapítható vagy legalábbis nem közelíthető meg. A szociális konstrukcionista modellek tehát elhanyagolják a pszichiátriai zavar biológiai, diszfunkción alapuló oldalát, s ezért minden fontos meglátásuk ellenére egyoldalúak.

Az értékek szerepe a szomatikus medicinában és a pszichiátriában. Az Értékeken Alapuló Orvoslás (ÉAO)

A fentiek arra világítanak rá, hogy az értékeknek a medicinában kitüntetett szerepük van, sokkal nagyobb, mint ahogyan azt hagyományosan feltételezték.
Napjaink a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás (BAO) kora, mely megközelítés célja bizonyos—a gyógyításban releváns—tények lehető legpontosabb tisztázása. Ugyanakkor sokkal kisebb figyelmet kapott, hogy az egyre komplexebbé váló

orvoslásban a tényeken kívül az értékek is komoly szerepet játszanak. Eme értékek vizsgálata azonban eddig mintegy mellékes szerepet játszott a tények vizsgálata mögött. Ez azt sugallta, mintha a medicinában csak a tények lehetnének vitatottak, a medicina gyakorlata mögötti értékek azonban evidensek, s ezért további vizsgálatuk nem lényeges. Ennek az lett a következménye, hogy ezen nem vizsgált értékek jórészt kimondatlanul, reflektálatlanul hatották át az orvosi gyakorlatot, s nem mindig vált világossá, hogy az egyes irányzatok közötti viták nem feltétlenül a tényekben, hanem esetleg az értékekben való egyet nem értés következtében keletkeznek. K. W. M. Fulford vezette be ezért a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás (BAO) analógiájára az Értékeken Alapuló Orvoslás (ÉAO) fogalmát. Ezt nem utolsó sorban a pszichiátriában zajló elméleti viták tették szükségessé, amelyekről az eddigiekben már szó volt. A pszichiátria ugyanis sokkal közvetlenebbül találkozik a diagnózis és a klinikai gyakorlat mögötti értékek szerepével, mint a szomatikus medicina, noha—mint láttuk—a szomatikus medicina is értékektől áthatott. Az alábbiakban-- Fulford alapján[215]—megvizsgáljuk, miért olyan jelentős az ÉAO a pszichiátria számára.

Fulford az ÉAO tíz alapelvét különbözteti meg. Ezek a következők:[216]

Elméleti Alapelvek

1. Alapelv („a két lábon állás" elve): Minden orvosi döntés, beleértve a diagnózist is, két lábon áll, tényeken és értékeken.

2. Alapelv („a nyikorgó kerék" elve): Hajlamosak vagyunk az orvoslásban szerepet játszó értékeket csak akkor észrevenni, ha azok sokfélék, egymással ütköznek, s így konfliktust okoznak.

3. Alapelv („a tudomány általi vezéreltség" elve): A tudomány haladása olyan új lehetőségeket teremt, melynek következtében egyre inkább a létező összes emberi érték szerepet kezd játszani az egészségügyi ellátás minden területén. A nagyobb választási lehetőség többféle érték versengését és konfliktusát teszi lehetővé.

4. Alapelv („a beteg szempontja" elve): Az ÉAO első megközelítésben azt jelenti, hogy bármely orvosi döntés során először is meg kell ismerni az érintett beteg vagy betegcsoport szempontjait az adott döntéssel kapcsolatban.

5. Alapelv („a sokszempontúság" elve): Az értékkonfliktusok megoldása nem úgy történik, hogy valamilyen szabály segítségével meghatározzuk, mi a konfliktus helyes megoldása, hanem úgy, hogy a döntés során segítjük a különböző—s egyaránt elfogadható—szempontok közötti egyensúly megteremtését. Ez tehát nem konszenzust jelent, hanem disszenzust: a különböző legitim értékszempontok egyensúlyát s valamennyi érték megjelenését a döntésben.[217]

Gyakorlati Alapelvek

6. Alapelv („az érték-vakság" elve): A mindennapi beszélő által az adott kontextusban használt nyelv, kifejezésmód gondos vizsgálata az egyik hatékony eszköz az értékek, s főleg az értékkülönbözőségek tudatosítására.

7. Alapelv („az érték-rövidlátás" elve): Az „érték-rövidlátás" kifejezés azt jelzi, hogy hajlamosak vagyunk azt feltételezni, hogy a másik ember értékei hasonlóak a miénkhez. Empirikus és filozófiai módszerek gazdag tárháza áll rendelkezésre más emberek értékszempontjainak a megismeréséhez. Ide tartoznak például a beteg által írt, az egészségügyi ellátása során átélt benyomásairól, érzéseiről, élményeiről szóló szubjektív beszámolók tanulmányozása, az ezzel kapcsolatos szépirodalom, az orvosi antropológiai vizsgálódások az egészségügyi ellátás tényleges folyamatáról, s az ellátás pszichológiai, szociológiai eszközökkel történő vizsgálata. A filozófiai módszerek között említhető a fenomenológiai vizsgálódás, mely a tapasztalat struktúráját és tartalmát vizsgálja, s a hermeneutikai vizsgálatok, melyek a jelentés, értelmezés analízisével foglalkoznak. [218]

8. Alapelv („az érték-tér" elve): Az ÉAO-ban az etikai érvelés elsősorban az értékek különbözőségének a vizsgálatát szolgálja, az értékkülönbözőség terjedelmének, „terének" a meghatározását, s nem azt, hogy-- mint a „kvázi-jogi" megközelítést alkalmazó bioetikában-- meghatározzuk, hogy mi a helyes.

9. Alapelv („a hogyan kell csinálni" elve): Az ÉAO-ban a kommunikációs készségeknek a klinikai döntéshozatal során nem pusztán végrehajtó szerepük van, mint a kvázi-jogi etikában, hanem lényegi, érdemi szerepük. A klinikai döntéshozatal során—mivel a klinikus, az egészségügyi személyzet, a beteg és a hozzátartozók elérő értékekkel rendelkezhetnek—ezért nemcsak a döntés végeredménye lényeges, hanem egyre inkább az is, hogy hogyan születik a döntés, például mindenki részt vehet-e benne, mindenki értékszempontjai megjelenhetnek-e a döntésben, egyszóval egyre fontosabb magának a döntésnek a folyamata.[219]
A döntésben résztvevők egyéni értékrendszerei bizonyos értelemben egyfajta lencsékként funkcionálnak: eltérő lencsék mögül nézve, a valóság más-más aspektusai tárulnak fel nagyobb élességgel, minden egyes értékrendszer fokozhatja érzékenységünket bizonyos értékek iránt, míg mások iránt csökkentheti.[220]

10. Alapelv („a ki dönt" elve): Az ÉAO-ban—hasonlóan a BAO-ban a kutatók és a statisztikusok közötti partneri viszonyhoz—az etikusok és a jogászok között is partneri viszony van. Ennek ellenére az ÉAO visszaadja a döntést oda, ahová az tartozik: az ellátást használók és nyújtók kezébe, vagyis a „klinikai frontvonalra".

Az ÉAO-ban az érték alapvetően azt jelenti, hogy mit tekintünk jónak és mit rossznak. Az érték feladata az, hogy irányítsa cselekvésünket.[221]
Az értékek azonban a láthatóság-láthatatlanság skálán egy kontinuumon helyezkednek el. A látható értékek az explicit, kimondott értékek, míg a láthatatlanok az implicit, kimondatlan értékek. Általában az emberek által széles körben osztott értékek azok, amelyek implicitek, láthatatlanok, s az értékek akkor válnak explicitté, láthatóvá, amikor az emberek közötti egyetértés egy adott érték vonatkozásában megszűnik.

Ezért tűnik a szomatikus medicina nagyrészt értékmentesnek, míg a pszichiátria értékterheltnek. A szomatikus medicinában iránymutató értékek azért láthatatlanok, mert velük kapcsolatban széles körű egyetértés van. Például mindenki egyetért abban, hogy az akut életveszély rossz, mert élni jobb, mint nem élni. Ezért nincs vita abban sem, hogy betegség-e az akut myocardiális infarktus? Az akut myocardiális infarktus betegséggé minősítése mögött is értékek állnak tehát, de ezek nem láthatók, mert ezen értékek kapcsán egyetértés van.[222] Ezzel szemben a pszichiátriai diagnózisok hátterében álló értékek vonatkozásában nem áll fenn széles körű egyetértés, ezért ezek az értékek láthatóvá válnak, explicitekké lesznek. A pszichiátriai diagnózisok értékfüggése—a DSM klasszifikációját figyelembe véve--a következő négy területen áll fenn[223]:
1.) A pszichiátriai klasszifikáció hivatalos rendszerei (DSM, BNO) érték-függő kifejezéseket használnak (pl. bizarr, megfelelő, stb.)
2.) Bizonyos diagnosztikus kategóriák definiálása részben explicit értékek nevében történik (pl. személyiségzavarok, paraphiliák)
3.) Számos pszichiátriai zavar differenciáldiagnózisánál morális kategóriák szerepelnek (például a megfigyelt jelenség alkoholizmus-e vagy iszákosság, antiszociális személyiségzavar-e vagy bűnözés, hisztéria-e vagy szimulálás)
4.) A DSM-ben szereplő B kritériumok (szociális/foglalkozási diszfunkció) nyilvánvalóan érték-kijelentések, hiszen nem elégszenek meg azzal, hogy egy egyén funkcionálása megváltozott (ez ténykérdés lenne), hanem megköveteli, hogy a funkcionálás rosszabbra változzon (s ezáltal értékítélet)[224]

A fentiek alapján például a szkizofrénia diagnózisa egyszerre alapul tényeken és értékeken. A DSM-IV szerint a szkizofrénia fennállásának kimondásához egyszerre szükséges bizonyos tények fennállása (bizonyos viselkedési és élménymód jellemzők, melyeket az A kritériumok között sorol fel a DSM) és bizonyos negatív következmények jelenléte (a szociális/foglalkozási funkcionálásban való romlás), mely a diagnózis értékeken alapuló része, s melyet a B kritériumok tartalmaznak. S ez a szerkezet a legtöbb pszichiátriai zavar diagnózisára igaz a DSM-ben, melyek nagy részénél vannak A és B kritériumok. Érdekes módon—ahogyan Fulford hangsúlyozza—az akut myocardiális infarktus diagnózisánál nincsenek B kritériumok, s azért nincsenek, mert az bármely ember értékrendje szerint rossz, így az infarktusnál a B kritérium csak rejtetten van jelen.[225] Ezzel szemben, ha a szkizofréniánál szereplő A csoport tünetei mellett a B csoport kritériumai nem teljesülnek (vagyis nincs szociális/foglalkozási funkcióromlás), akkor a hallucinációkat , inkoherens beszédet lehet sajátos transzállapotnak, vallási élménynek, a halottakkal való kapcsolatra való képességnek, földönkívüli lényekkel való kommunikációnak, stb. értelmezni, de nem betegségnek. Mint látni fogjuk, ma sokan egyes vallási-spirituális élményeket bizonyos pszichotikus jelenségektől úgy különítenek el, hogy az erőt ad-e az élményt tapasztalónak, javítja-e hosszú távon a társadalomban való funkcionálása színvonalát, vagy rontja. S mint a fent említett példában láttuk, csak funkcióromlás esetén jogosult a szkizofrénia diagnózis.
Látni kell, hogy az értékterheltség minden diagnózis jellemzője, s ez éppúgy jellemzője a szomatikus medicinának, mint a pszichiátriának. Noha a pszichiátriában az értékek „láthatóbb” jelenlétét a pszichiátria kevésbé tudományos voltának szokták tulajdonítani, valójában éppen a fordítottja igaz. A pszichiátria—értékek

szempontjából—komplexebb, mint a szomatikus medicina, s ezért van szükség B kritériumra a pszichiátriában, s nincs szükség rá a szomatikus medicinában.[226] A valóságban azonban a szomatikus medicina struktúrája hasonló a pszichiátriáéhoz (vagyis minden diagnózis egyszerre tartalmaz tényítéletet és értékítéletet), így a pszichiátriai diagnózisok szerkezete az értékekre való explicit utalással minta lehet a szomatikus medicina számára is.
Valójában a medicina bármely ágában „két-szemes látásra" van szükség: az egyik szemmel a tényeket, a másikkal az értékeket kell figyelnünk.[227] Bármely szempont elhanyagolása egyoldalúsághoz, vagy a tudományos dimenzió, vagy a morális dimenzió elhanyagolásához vezet. Az antipszichiátria—mint láttuk—elhanyagolta a pszichiátriai betegségek tudományos dimenzióját, míg a modern biológiai pszichiátria hajlamos negligálni a morális dimenziót. [228]

Összegzés

Az értékek szerepét a pszichiátriában a legradikálisabban az antipszichiátria hangsúlyozta azt állítva, hogy a pszichiátriai betegség nem egyéb, mint bizonyos uralkodó értékektől való eltérés, az intézményes pszichiátria pedig nem más, mint az uralkodó erkölcsi normáktól eltérő non-konformisták kirekesztése, elnyomása és kontrollálása a társadalom védelme érdekében. A pszichiátria így a társadalmi kontroll modern formája, egyfajta modernkori inkvizíció lenne. A társadalom uralkodó értékei ellen lázadó emberek elnyomása az antipszichiátria szerint tudományos frazeológiával történik, úgy, hogy ehhez felhasználják a modern tudomány eszközeit, s eme elnyomást az elnyomott érdekében állónak tüntetik fel.
Noha az a felismerés, hogy az értékeknek szerepük van a pszichiátriai betegségek definiálásában helyes, az azonban nem tartható, hogy a pszichiátriai zavar nem több, mint erkölcsi értékektől való eltérés. Wakefield betegségdefiníciója abból indul ki, hogy a betegség káros diszfunkció, vagyis szomatikus vagy pszichés eltérés attól a működéstől, melyre az evolúció az adott fajt „tervezte". Így látható, hogy egy társadalom csak a normától eltérő olyan viselkedést, gondolkodást, élménymódot tarthat pszichiátriai zavarnak, mely feltételezése szerint diszfunkción alapul. A nem diszfunkción alapuló normaszegést devianciának vagy egyszerűen csak erkölcstelenségnek tekinti. Az antipszichiátria nem képes megmagyarázni, hogy miért különíti el a legtöbb természetes nyelv is az egészségesnek, de normaszegőnek tekintett viselkedést az abnormális viselkedéstől, mi a különbség például a részeges és az alkoholista vagy a gyanakvó és a paranoid között. A válasz az, hogy a közgondolkodás és az azt tükröző természetes nyelv is különbséget tesz a zavart mentális működés (diszfunkció) miatt kialakuló normaszegés, s a választáson alapuló (egészséges) normaszegés között.
Az antipszichiátria azonban—minden egyoldalúsága ellenére—hatékony ellenszer volt a pszichiátriai betegségfogalmat értékmentesnek gondoló, s azt természettudományos egzaktsággal meghatározhatónak tartó riválisfelfogásokkal szemben.
Az antipszichiátria számos felismerése és kritikája mára beépült az intézményes pszichiátriába. A dezinstitucionalizáció modern tendenciáját, a közösségi

pszichiátriai szemlélet uralkodóvá válását részben az antipszichiátria ilyen szellemű kritikája hívta életre. A stigma, a címkézés szerepének a hangsúlyozása a pszichiátriai zavarok keletkezésében és súlyosbodásában az antipszichiátria révén vált tudatossá. Annak hangsúlyozása, hogy az egyén és a társadalom közti konfliktus önmagában nem elégséges alap a pszichiátriai zavar megállapításához, az antipszichiátria kritikája kapcsán került bele a DSM betegségdefiníciójába. A pszichiátriával kapcsolatos szovjet visszaélések pedig kísértetiesen bizonyították, hogy ha az antipszichiátria a pszichiátria „egészséges", normál működését nem is írja le, a pszichiátriával való visszaélési lehetőségeket nagyon jól előre látta. Ugyanakkor az antipszichiátria számos olyan elméleti problémát is felvetett, melyek teljesen ma sem tekinthetők megoldottnak. Élesen felvetette a klasszikus kartéziánus dualizmus máig kísértő problémáját: mennyiben tekinthető a test és a lélek két külön entitásnak? S ha csak test van, s a lélek sem más, mint a test (agy) valamilyen formában való megnyilvánulása, akkor hogyan tartható fenn mégis az akarat szabadságának, az emberi cselekvés indokok, célok és nem csak okok által történő meghatározottságának a doktrínája? Ha az egészséges ember akarata szabad (indokok és célok által meghatározott), míg a pszichiátriai betegé betegsége (okok) által, akkor ez nem vezet-e szükségszerűen a pszichiátriai beteg dehumanizálásához, tárgy-státuszúvá degradálásához? Milyen tere marad egy ok-okozati összefüggéseket vizsgáló modern idegtudományi szemléletben az értelmezéssel, hermeneutikával dolgozó humanisztikus-erkölcsi megközelítésnek? Egyáltalán, megragadható-e objektíven a szubjektivitás, mely a pszichiátria tulajdonképpeni vizsgálódási területe? Ha a pszichiátria tudomány, akkor a tudomány módszereit kell használnia az emberi szubjektivitás leírásához, melyet azonban maradék nélkül így nem adhat vissza. Az emberi szubjektív élményt a ma ismert legteljesebb módon leíró művészi megközelítés pedig szükségszerűen idegen a mai tudományos módszertől. Így ma megoldhatatlan feladatnak tűnik az emberi szubjektivitás maradék nélküli tudományos leírása, mely azonban a pszichiátria alapvető feladata. A tudományos megközelítés—a módszertani inkompatibilitás miatt—ma jórészt ignorálni kénytelen az emberi szubjektivitásról a történelem során a művészetek révén felhalmozott gazdag tudást és tapasztalatot. Eme elméleti és módszertani megoldatlanságokat a tudományokon belül is jól leképezi a természettudomány és a társadalomtudomány eltérő metodológiai megközelítése: a csak okokat elismerő természettudományi (idegtudományi, biológiai pszichiátriai) megközelítés „elmétlen", mert elhanyagolni kénytelen az emberi választás indokok, célok által meghatározottnak tartott hermeneutikai vizsgálatát. Ezzel szemben az embert választó, célok által is meghatározott lénynek tekintő erkölcsi, jogi, pszichológiai, szociológiai, antropológiai megközelítés „agyatlan", mert nem tud kellő figyelmet fordítani a célok, indokok agyműködés által történő ok-okozati meghatározottságára.

Az antipszichiátria csak nagyon radikális XX. századi újrafogalmazása a már korábban megjelenő szociális konstrukcionista elméleteknek, melyek a pszichiátriai zavart alapvetően a normaszegéssel azonosították, s így a normák által konstruáltnak tekintették. A szociális konstrukcionista elméletek szerint a társadalom, s a szűkebb szociális környezet nem általában okoz pszichiátriai betegséget, hanem meghatározza az így létrejövő pszichiátriai betegségek fajtáit. Így tehát nem ugyanazok a betegségek jönnek létre a különböző társadalmakban,

hanem a társadalmaknak, kultúráknak csak rájuk jellemző pszichiátriai betegségeik is vannak. Így nem csak arról lehet szó, hogy ugyanazok a pszichiátriai zavarok különböző társadalmakban eltérő formákban jelennek meg, hanem arról, hogy eltérő társadalmakban másképpen alakulnak ki azok a pszichés törésvonalak, amelyek mentén azután a pszichiátriai zavar létrejön. A szociális konstrukcionizmus mint modell annak komolyan vételét jelenti, hogy a pszichiátriai zavarok nemcsak biológiai, hanem egyben pszichológiai és szociális eredetűek is. Ez a modell azonban némiképp elhanyagolja a pszichiátriai zavar etiológiájának biológiai elemeit, elhanyagolja, hogy a társadalmi hatásoknak pszichés diszfunkciókat kell létrehozniuk ahhoz, hogy betegséget okozzanak.
A szociális konstrukcionista elméletek fontos felismerése azonban, hogy az értékeknek meghatározó szerepük van a betegségfogalom definiálásában. A mai medicina, s a pszichiátriai klasszifikáció is két lábon áll: a tényeken és az értékeken. A tények megismerésének jelentőségét a medicinában ma elismerik, a tények minél pontosabb tisztázását szolgálja a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás modern megközelítése. Az értékek jelentőségének a felismerése a medicinában azonban új keletű, s nem kis mértékben a pszichiátriai klasszifikáció kapcsán felmerült problémák vezettek el egy értéktudatosabb, az értékek szerepét explicite elismerő medicina létrejöttéhez. Így a tényeket tisztázó, Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás mellett szükség van az értékszempontokat vizsgáló Értékeken Alapuló Orvoslásra is. Csak a kettő együtt alapozhatja meg a modern medicinát. Az, hogy ennek felismerése a pszichiátriában a legkifejezettebb, a pszichiátriát a mai medicina paradigmatikus, élen járó tudományává teszi. A pszichiátria így—az azt körülvevő viták okozta látszattal szemben—nem fejletlenebb, mint a szomatikus medicina, hanem bizonyos mértékben fejlettebb, mert explicit módon szembenézni kénytelen a klasszifikációt, a nozológiát és a betegségdefiníciót meghatározó értékszempontokkal.

---

[1] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 36)
[2] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 12. lábjegyzet)
[3] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 274)
[4] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 277)
[5] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 275)
[6] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 275)
[7] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 92)
[8] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 148-149)
[9] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 10)
[10] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 39)
[11] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 56)

[12] Michel Foucault (1976): A szexualitás története. (A tudás akarása.) (Fordította: Ádám Péter) Budapest: Atlantisz könyvkiadó, 1996. (p. 57)
[13] Robert Baker (1995): Conceptions of Mental Illness. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York--London--Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1737)
[14] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 55)
[15] Robert Baker (1995): Conceptions of Mental Illness. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York--London--Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1737)
[16] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 56)
[17] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 24)
[18] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 25)
[19] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 20)
[20] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 24)
[21] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 276)
[22] Robert Baker (1995): Conceptions of Mental Illness. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York--London--Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1737)
[23] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 59)
[24] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 60)
[25] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 63)
[26] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 63)
[27] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 24)
[28] Ronald David Laing (1985): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja). Fordította: Tandori Dezső és Tandori Ágnes. Budapest: Európa könyvkiadó, 1990. (p. 170)
[29] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 8)
[30] T. J. Scheff (1966): Being Mentally Ill: A Sociological Theory. Chicago: Aldine.
[31] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 343)
[32] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 149)
[33] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 343)
[34] Robert L. Woolfolk—John M. Doris: Rationing, Mental Health Care: Parity, Disparity, and Justice. Bioethics, vol. 16 No. 5, 2002. (p. 477.)
[35] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 12)
[36] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 19)
[37] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 37)
[38] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 49)

[39] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 137)
[40] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p. 90)
[41] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.72)
[42] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. x)
[43] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.138)
[44] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.151)
[45] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 40)
[46] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 41)
[47] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 249)
[48] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.140)
[49] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 1)
[50] Thomas Szasz: Mental illness: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics. 2001; **27**:297-301. (p. 297)
[51] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 10)
[52] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. xi)
[53] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.155)
[54] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. xv-xvi)
[55] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.163)
[56] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 8)
[57] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.295)
[58] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 118)
[59] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 142)
[60] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 119)
[61] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 120)
[62] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 118)
[63] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 145-146)
[64] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 146)
[65] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 246)
[66] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 262)

[67] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xvi)
[68] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xvii)
[69] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.39)
[70] Thomas S. Szasz (1974): The Myth of Mental Illness. (Revised edition) New York--Cambridge: Harper & Row Publishers. (p. 182)
[71] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xvi)
[72] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 27)
[73] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xix)
[74] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xx)
[75] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xvi)
[76] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 58)
[77] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 204)
[78] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 93)
[79] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 178)
[80] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 4)
[81] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 100)
[82] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 129)
[83] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xxiv)
[84] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. xxvi)
[85] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.346)
[86] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.354)
[87] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 205)
[88] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 23)
[89] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.330)
[90] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 69)
[91] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 149)
[92] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 292)
[93] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 256)
[94] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 166)

[95] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.210)
[96] Thomas Szasz: Mental illnesss: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:297-301. (p. 298)
[97] Thomas Szasz: Mental illnesss: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:297-301. (p. 299)
[98] Thomas Szasz: Mental illnesss: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:297-301. (p. 299)
[99] Thomas Szasz: Mental illnesss: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:297-301. (p. 300)
[100] Thomas Szasz: Mental illnesss: psychiatry's phlogiston. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:297-301. (p. 300)
[101] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 206)
[102] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row, Publishers. (p. 215)
[103] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. (The Idea and Its Consequences) New York--Singapore: John Wiley & Sons. (p.16)
[104] Kovács József (1999): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. (Második, átdolgozott kiadás.) Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 121-122)
[105] Kovács József—Réthelyi János (2004): „…Kisebb morális státusúnak tekintik őket.." A fogyatékosság jelensége a bioetikában. In: Zászkaliczky Péter—Verdes Tamás (szerk.) (2004): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékosság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium. (pp. 473-503)
[106] A DSM-IV Diagnosztikai Kritériumai. Animula: Budapest, 1997. (p. 237.)
[107] Allyson Skene (2002): Rethinking Normativism in Psychiatric Classification. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 114)
[108] K. W. M. Fulford (2004): Mental Illness. In: Stephen G. Post (2004): Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed. New York—Munich: Macmillan Reference USA—Thomson-Gale (p. 1796)
[109] Thomas A. Widiger (2002): Values, Politics, and Science in the Construction of the DSMs. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 28)
[110] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 149)
[111] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 149-151)
[112] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 149)
[113] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 24)
[114] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 150)
[115] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 10)

[116] John Z. Sadler (2004): Mental Illness: Issues in Diagnosis. In: Stephen G. Post (2004) (ed.): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillen Reference USA, Thomson—Gale. (p. 1814)
[117] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 150)
[118] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 153)
[119] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 154)
[120] K W M Fulford: „What is (mental) disease?": an open letter to Christopher Boorse Journal of Medical Ethics 2001;**27**:80-85. (p. 81.)
[121] Robert L. Woolfolk—John M. Doris: Rationing, Mental Health Care: Parity, Disparity, and Justice. Bioethics, vol. 16 No. 5, 2002. (p. 476.)
[122] Kenneth S. Kendler: Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 162:3. *March 2005*
[123] K W M Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM-VI Task Force from the Editors of *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, „Contentious and Noncontentious Evaluative Language in Psychiatric Diagnosis." (Dateline 2010) In: John Z. Sadler (2002) (ed.): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 351)
[124] Baruch Brody (1978): Szasz on Mental Illness. In: Artur L. Caplan--H. Tristram Engelhardt, Jr.--James J. McCartney (eds.) (1981): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives. (p. 478)
[125] József Kovács: The Concept of Health and Disease. Medicine, Health Care and Philosophy **1**: 31-39, 1998.
[126] Immanuel Kant (1981): A tiszta ész kritikája. (Fordította: Alexander Bernát és Bánóczi József) Budapest: Akadémia kiadó. (p. 296-297)
[127] Robert Merton (1957): Social Theory and Social Structure (revised ed., Glencoe, Free Press)
[128] Wilhelm Dilthey (1894): Gondolatok egy leíró és taglaló pszichológiáról. In: Wilhelm Dilthey (2004): A történelmi világ felépítése a szellemtudományokban. (Második, átdolgozott kiadás) Budapest: Gondolat kiadó. (p. 173)
[129] Wilhelm Dilthey (1894): Gondolatok egy leíró és taglaló pszichológiáról. In: Wilhelm Dilthey (2004): A történelmi világ felépítése a szellemtudományokban. (Második, átdolgozott kiadás) Budapest: Gondolat kiadó. (p. 173)
[130] James Phillips: Understanding/Explanation. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 181)
[131] Michael Alan Schwartz—Osborne P. Wiggins: Phenomenological and Hermeneutical Models. Understanding and Interpretation in Psychiatry. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p.353)
[132] James Phillips: Understanding/Explanation. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 185)
[133] K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (2003): Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 31)
[134] Russell Meares (2003): Towards a psyche for psychiatry. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 44)

[135] Russell Meares (2003): Towards a psyche for psychiatry. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 48)
[136] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 201)
[137] Katherine J. Morris (2003): The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 171)
[138] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 200)
[139] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 201)
[140] Natalie Depraz (2003): Putting the époché into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 187)
[141] Natalie Depraz (2003): Putting the époché into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 193)
[142] Natalie Depraz (2003): Putting the époché into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 196)
[143] Bagdy Emőke: Relaxációs és szimbólumterápiák In: Psychiatria Hungarica 1993. június, VIII. évf. 3. sz. (p. 161-167) (p. 161)
[144] Derek Bolton (2003): Meaning and causal explanations in the behavioural sciences. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 115)
[145] Russell Meares (2003): Towards a psyche for psychiatry. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 51)
[146] Thomas Nagel (1986): The View from Nowhere. New York: Oxford University Press
[147] Michael Alan Schwartz—Osborne P. Wiggins: Phenomenological and Hermeneutical Models. Understanding and Interpretation in Psychiatry. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p.356)
[148] James Phillips: Understanding/Explanation. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 188., 3. lábjegyzet)
[149] Carlos E. Berganza—Juan E. Mezzich—Claire Pouncey: Concepts of Disease: Their Relevance for Psychiatric Diagnosis and Classification In: Psychopatology 2005;38:166-170 (p. 168)
[150] James Phillips: Understanding/Explanation. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 184)
[151] Derek Bolton (2003): Meaning and causal explanations in the behavioural sciences. In: K.W.M. (Bill) Fulford—Katherine J. Morris—John Z. Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An Introduction to the new philosophy of psychiatry New York: Oxford University Press (p. 115
[152] Tim Thornton: Reductionism/Antireductionism. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (192)

[153] P. Oppenheim—H. Putnam (1991): „Unity of Science as a Working Hypothesis" In: R Boyd—P. Gasper—J. D. Trout (eds.):Philosophy of Science. Cambridge, MA: MIT Press. Cit: Tim Thornton: Reductionism/Antireductionism. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (192)
[154] Andrew Garnar—Valerie Gray Hardcastle: Neurobiological Models. An Unnecessary Divide—Neural Models in Psychiatry. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (367)
[155] Tim Thornton: Reductionism/Antireductionism. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (193)
[156] Andrew Garnar—Valerie Gray Hardcastle: Neurobiological Models. An Unnecessary Divide—Neural Models in Psychiatry. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (372)
[157] Andrew Garnar—Valerie Gray Hardcastle: Neurobiological Models. An Unnecessary Divide—Neural Models in Psychiatry. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (371)
[158] John S. Strauss: Diagnosis and Reliability: A Noun Is a Terrible Thing to Waste In: Psychopathology 2005;38:189-191 (p. 189)
[159] John S. Strauss: Diagnosis and Reliability: A Noun Is a Terrible Thing to Waste In: Psychopathology 2005;38:189-191 (p. 190)
[160] K W M Fulford (2004): Mental Illness: Defintition, Use and Meaning. In: Stephen G. Post (2004) (ed.): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillen Reference USA, Thomson—Gale. (p. 1814)
[161] John Z. Sadler (2004): Mental Illness: Issues in Diagnosis. In: Stephen G. Post (2004) (ed.): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillen Reference USA, Thomson—Gale. (p. 1811)
[162] Daniel N. Robinson: Dangerousness „The General Duty to All the World" In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 280)
[163] Alfred R. Miele: Action. Volitional Disorder and Addiction. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 79)
[164] Simon Wilson—Gwen Adshead: Criminal Responsibility In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 305)
[165] Alfred R. Miele: Action. Volitional Disorder and Addiction. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 80)
[166] Alfred R. Miele: Action. Volitional Disorder and Addiction. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 80)
[167] Alfred R. Miele: Action. Volitional Disorder and Addiction. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 84)
[168] John Z. Sadler: Diagnosis/Antidiagnosis. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 164)
[169] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf (p. 274)
[170] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 218.)
[171] Sidney Bloch (1991): The Political Misuse of Psychiatry in the Soviet Union . In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.): (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press. (p. 500-501)
[172] Robert Baker (1995): Conceptions of Mental Illness. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York--London--Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1738)
[173] Emile Durkheim (1917): A szociológia módszertana. Franklin Társulat. Budapest. Cit: Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 7)
[174] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 7)
[175] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p.6)

[176] Jennifer Church: Social Constructionist Models. Making Order out of Disorder—On the Social Construction of Madness. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 394)
[177] Ian Hacking (1998): Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Mnetal Illness. Charlottsville: University Press of Virginia. Cit: Carl Elliott: Mental Illness and Its Limits. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 427)
[178] Jennifer Church: Social Constructionist Models. Making Order out of Disorder—On the Social Construction of Madness. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 401)
[179] Jennifer Church: Social Constructionist Models. Making Order out of Disorder—On the Social Construction of Madness. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 403)
[180] Laurence J. Kirmayer: Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis. In: Psychopathology 2005;38:192-196 (p. 192)
[181] Laurence J. Kirmayer: Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis. In: Psychopathology 2005;38:192-196 (p. 193)
[182] Laurence J. Kirmayer: Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis. In: Psychopathology 2005;38:192-196 (p. 194)
[183] Laurence J. Kirmayer: Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis. In: Psychopathology 2005;38:192-196 (p. 194)
[184] Horacio Fabrega Jr.: Psychiatric Conditions and the Social Sciences In: Psychopatology2005;38:223-227 (p. 226)
[185] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1743)
[186] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1743)
[187] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1744)
[188] Osváth Péter—Kovács Attila—Lajtai László (2001): Bevezetés a transzkulturális pszichiátriába. In: Füredi János—Németh Attila—Tariska Péter (szerk.) (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. bővített, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 848)
[189] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1744)
[190] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1744)
[191] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1744)
[192] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1745)
[193] Osváth Péter—Kovács Attila—Lajtai László (2001): Bevezetés a transzkulturális pszichiátriába. In: Füredi János—Németh Attila—Tariska Péter (szerk.) (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. bővített, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 849)
[194] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1745)
[195] Osváth Péter—Kovács Attila—Lajtai László (2001): Bevezetés a transzkulturális pszichiátriába. In: Füredi János—Németh Attila—Tariska Péter (szerk.) (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. bővített, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 853)

[196] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1748)
[197] Osváth Péter—Kovács Attila—Lajtai László (2001): Bevezetés a transzkulturális pszichiátriába. In: Füredi János—Németh Attila—Tariska Péter (szerk.) (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. bővített, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 846)
[198] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1746)
[199] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1746)
[200] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1746)
[201] Osváth Péter—Kovács Attila—Lajtai László (2001): Bevezetés a transzkulturális pszichiátriába. In: Füredi János—Németh Attila—Tariska Péter (szerk.) (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. 2. bővített, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 856)
[202] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 135)
[203] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1747)
[204] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1747)
[205] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1747)
[206] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1747)
[207] Gary Greenberg: Right Answers, Wrong Reasons: Revisiting the Deletion of Homosexuality from the DSM. In: Review of General Psychology, 1997, Vol. 1. No. 3. (pp. 256-270) (p. 264)
[208] Gary Greenberg: Right Answers, Wrong Reasons: Revisiting the Deletion of Homosexuality from the DSM. In: Review of General Psychology, 1997, Vol. 1. No. 3. (pp. 256-270) (p. 264)
[209] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1749)
[210] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 221.)
[211] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1749)
[212] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1749)
[213] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1749)
[214] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 9)
[215] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 205-234)
[216]K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 206)

[217] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 216)
[218] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 220)
[219] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 217)
[220] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 215)
[221] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 208)
[222]K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 210)
[223] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 210-211)
[224] Kenneth W. M. Fulford—Matthew Broome—Giovanni Stanghellini—Tim Thornton: Looking with both eyes open: fact *and* value in psychiatric diagnosis? World Psychiatry Vol. 4, No. 2. June 2005 (p. 78-86) (p. 79)
[225] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 212
[226] K. W. M. (Bill) Fulford: Facts/Values. Ten Principles of Value-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 212
[227] Kenneth W. M. Fulford—Matthew Broome—Giovanni Stanghellini—Tim Thornton: Looking with both eyes open: fact *and* value in psychiatric diagnosis? World Psychiatry Vol. 4, No. 2. June 2005 (p. 78-86) (p. 79)
[228]Kenneth W. M. Fulford—Matthew Broome—Giovanni Stanghellini—Tim Thornton: Looking with both eyes open: fact *and* value in psychiatric diagnosis? World Psychiatry Vol. 4, No. 2. June 2005 (p. 78-86) (p. 84)

3. fejezet--A pszichológiai normalitás meghatározásának problémái.

Mindennapi problémák a pszichológiai normalitással kapcsolatban

A mindennapi életben sokszor merülnek fel a pszichológiai normalitással kapcsolatos kérdések, melyek eldöntésére ma egyre inkább a pszichiátriát érzik hivatottnak.
Egy beteg például nagyanyja halálos ágyánál egy pillanatra arra gondolt, hogy örökölni fogja annak lakását, s így megoldódik lakásproblémája. Már a következő pillanatban elszégyellte magát ettől a gondolattól, gonosznak és önzőnek érezte magát amiatt, hogy ilyesmi még csak eszébe is jut. Vajon az érzelmi hidegség jele-e egy ilyen gondolat, amivel ő vádolta magát, vagy a normális gondolkodás "hordaléka" , mely mindenkinél, a legjobb kapcsolatokban élő embernél is előfordulhat?
Egy másik betegnek az volt a szokása, hogy mielőtt elment otthonról, mindig WC-re ment, mert gyerekkorában így szoktatták. Házastársa mindig az utcán keresett WC-t, s úgy érezte, az elindulás előtti WC-re menés beteg, kényszeres szokás. Tudni akarta, hogy így van-e?
Paula Caplan említi annak a fiatal házaspárnak az esetét, akiknél az első veszekedés azon robbant ki, hogy mikor kell törölközőt cserélni a fürdőszobában? A lány szüleinek az volt a szokása, hogy minden tusoláshoz tiszta törölközőt adtak. A fiú családjában viszont a törölközőket hetente cserélték. Mindegyikük a saját eredeti családja szokásait érezte normálisnak. A fiú úgy érezte, hogy a lány pazarol, hiszen feleslegesen cserél le egy tiszta törölközőt. Ezzel szemben a lány úgy gondolta, hogy a fiú piszkos. Mindegyik azt tartotta, hogy a másik hozzáállása abnormális.[1]
Ha valaki vidékről 15 éves serdülő lányához költözik, aki egyedül él albérletben a fővárosban, mert úgy érzi, hogy egy 15 éves lány még nem elég érett az egyedül élésre, akkor ez patológiás túlféltés vagy egészséges szülői gondoskodás?
El lehet-e egy 9 éves gyereket egyedül engedni az iskolába? Aki nem engedi el, az túlfélti-e a gyerekét, vagy aki elengedi, az felelőtlen, nem elég gondos szülő? A példák hosszan folytathatók lennének, jelezve, hogy a mindennapi élet hány helyzetében merül fel az a kérdés, hogy egy reakció, gondolat, viselkedésmód, szokás kóros-e vagy sem.

A másik patologizálása mint fegyver

Az ilyen jellegű kérdésekről folytatott vita során nagyon gyorsan elhangzik a vád, hogy a másik szokása, reakciója abnormális, s aki ezt meggyőzően állítja, az „megnyeri" a vitát, hiszen ettől kezdve úgy tűnik, hogy orvosilag is eldönthető, kinek van igaza: az egészségesnek. A „patológiás", abnormális jelző tehát a mindennapi élet vitáiban egyfajta fegyverként szerepel: aki rá tudja sütni a másik szokásaira, meggyőződésére, életvitelére, az „nyer". Sok függ tehát attól, hogy mennyire objektívek, „tudományosak" ezek az állítások. Az ilyen mindennapi „vádak" és a patológiástól, az abnormálistól, a stigmatizálódástól való félelem nagyon sok emberben kelt bizonytalanságot, hogy nincs-e ezekben a vádakban valami igazság, s az ő érzései, szokásai nem patológiásak-e?

A mindennapi életben általában azt tekintik normálisnak, aki olyan, mint a többi ember. Sok helyzetben azonban nem lehet tudni, hogy a többi ember hogyan érez és gondolkodik. Nagyon sokan azért fordulnak pszichiáterhez vagy pszichoterapeutához, mert nem tudják, hogy az a mód, ahogyan éreznek, vagy reagálnak normális-e vagy sem. Sok pszichoterapeuta nem tudja elkerülni ilyenkor a kísértést, s patológiásnak tartja az illetőt, sokszor pusztán azért, mert az patológiásnak tartja magát, vagy legalábbis felmerül benne a gondolat, hogy lehet, hogy érzései, gondolatai nem normálisak. Az indoklás ilyenkor úgy szól, hogy még ha az illető érzései normálisak is, az, hogy ezeket abnormálisnak érzi, vagy egyáltalán felmerül benne az a kérdés, hogy ezek az érzések esetleg abnormálisak lehetnek, már önmagában abnormális. Hiszen miért van az, hogy mások ugyanezeket az érzéseiket nem tekintik abnormálisnak? Ezzel a téves—de gyakran használt—érveléssel oda jutnánk, hogy akiben felmerül a gondolat, hogy valamely cselekedete, érzése, gondolata abnormális, az pusztán ettől a gondolattól abnormálisnak számítana. Ez az érvelés nem veszi figyelembe, hogy a mindennapi viták során gyakran nevezik egymás reakcióit, szokásait az emberek patológiásnak, s sokszor ennek interiorizálása kelti fel a kételyt egy emberben, hogy nincs-e a másiknak igaza? Fontos tehát a patologizálás csapdáját elkerülni, s abból kiindulni, hogy ha valakinek kételyei vannak atekintetben, hogy ő normális-e, ez nem jelenti azt, hogy ő abnormális, legfeljebb csak azt, hogy az illető tájékozatlan, informálatlan a pszichológiai működés tényeit illetően, vagy egyszerűen a mindennapi élet vitáit kísérő patologizálás vesztese. Ilyenkor a tájékoztatás, a tanácsadás a megfelelő reakció. Ilyen esetben sokat segít a magát patológiásnak gondoló ember depatologizálása, annak közlése, hogy problémái normális problémák, melyek szubjektíve nehezek lehetnek ugyan, azonban mindenkinél, még a legegészségesebb embernél is előfordulhatnak.

A patologizálás hatása a személy ön-azonosság érzésére

Az abnormalitás fogalmának tudományos tisztázása és a betegek ezzel kapcsolatos objektív tájékoztatása annál is inkább fontos, mert ma a létező egyik legnagyobb stigma, ha valaki azt gondolja, hogy agya kóros működése következtében ő pszichiátriai beteg. Ez szinte valamennyi érzését, gondolatát „érvényteleníthetí", hiszen azok többé nem az ő eredeti gondolatainak, érzéseinek fognak tűnni a számára, hanem pszichiátriai betegsége tünetének. Így elveszítheti személyisége autentikusságának élményét, mely az emberi méltóság nagyon fontos eleme. A pszichiátriai betegség annyiban különbözik a szomatikus betegségektől, hogy sokkal jobban megkérdőjelezi az ilyen ember identitását, ön-azonosság-érzését, mint az, s sokkal jobban fenyegeti emberi méltóságát. Hagyományosan a racionális gondolkodást, a választásra való képességet, az akarat szabadságát tekintik az embert az állattól megkülönböztető legfontosabb jegyeknek, ezek tehát ember mivoltunk legfontosabb jellemzői. Ha ezek betegek, akkor ez mintegy azt jelenti, hogy az beteg, ami minket emberré tesz, mintegy emberi mivoltunk betegedik meg. Ez mintegy azt sugallja, hogy a pszichiátriai beteg kevésbé ember, mint az egészséges. Ez az az implicit érvelés, mely a pszichiátriai betegségeket a legstigmatizálóbb betegségekké teszi.[2]

Elméleti problémák a pszichológiai normalitással kapcsolatban

A normalitással kapcsolatos tanácstalanság azonban nemcsak laikusokra lehet jellemző, hanem szakemberekre is. Kísérletek szerint terapeuták sem értenek egyet abban, hogy egy adott személy normális-e vagy sem, s ha nem, akkor miben abnormális, illetve miért nem normális?[3] Így az a kérdés, hogy pszichológiailag mi a normális ill. egy adott gondolat, viselkedés, érzés, reakció normális-e, nem könnyen eldönthető kérdés, s a mai napig számtalan vita tárgya. A pszichés működés megítélése terén ugyanis nincsenek anatómiai és fiziológiai normák, melyek segítséget adnának annak eldöntésében, hogy mi a normális és mi nem az. A pszichés működés területén elmosódik a határ a patológiás működés és a furcsa, különös, de nem patológiás viselkedés között. A normalitás kritériumai pedig--anatómiai és élettani normák híján--szükségszerűen szubjektívek és erkölcsi értékektől is függők lesznek.[4] Nézzünk ezzel kapcsolatban egy példát!

A hipománia és a jóllét. M. úr esete.[5]

Kórosnak lehet-e nevezni például egy olyan állapotot, a hipomániát, melyet az azt átélő nagyon kellemesnek érez, s mely--definíció szerint--nem okoz jelentős zavart a munkaképességben ill. a szociális funkcionálásban. Érdekében áll-e az ilyen személynek gyógyszert, pl. lítiumot szednie?
M. úr tanár, nős, két lánya van. 43 éves korában egy súlyos depresszív epizód kapcsán a pszichiáter kórházba utalja, ahol elektrokonvulzív terápiában részesül. Az anamnézis felvétele során valószínűsíthető, hogy 7 évvel korábban M. úrnak volt már egy hasonló depresszív epizódja, s emiatt a pszichiáter lítiumot ír fel a további depresszív epizódok megelőzése érdekében.
A kórházból kikerülvén azonban M. úr "kísérletezni" kezd a lítiummal, bizonyos ideig szedi, majd 6 hónapra abbahagyja a szedését. Amikor M. úr nem szedte a lítiumot, úgy érezte, hogy tele van energiával. Feleségét és családi életét unalmasnak találta, s úgy érezte, hogy házassága soha nem is volt jó. Kapcsolatot kezdett egy kolléganőjével. Azt fontolgatta. hogy elválik, s barátnőjét elveszi feleségül. Kollégái M. urat kreatívabbnak találták abban az időszakban, amikor nem szedett lítiumot. Maga M. úr is úgy érezte, hogy sokkal kreatívabb volt ebben az időszakban: dalokat komponált, s kollégái is úgy írták le, hogy tele volt ötletekkel.[6]
Amikor viszont M. úr szedte a lítiumot, úgy találta, hogy barátnőjével való kapcsolata felületes és jelentéktelen, s ezért abbahagyta a vele való találkozást. Azt mondta, hogy inkább a családjával marad, ami mindig is fontos volt a számára. Kollégái ekkor kevésbé tartották stimulálónak a társaságát, viszont megbízhatóbb lett, tanítását ill. írásos teljesítményét alapul véve produktívabb is.[7]
A szakirodalomban az a vita bontakozott ki, hogy mi tekinthető inkább M. úr érdekében állónak? Ha szedi a lítiumot vagy ha nem szedi? A kérdés azért nehezen eldönthető, mert M. úr mindkét esetben boldognak tűnik, azonban másképpen boldog, amikor szedi a lítiumot és másképpen boldog, amikor nem.[8] Úgy is mondhatnánk, hogy a M. úrnak más lesz a személyisége amikor szedi a lítiumot, mint amikor nem, s a két különböző személyiségnek mások a vágyai, s más teszi őket boldoggá.[9] Létezik olyan elvi módszer, mellyel el lehetne dönteni, hogy mi szolgálja inkább M. úr érdekét ebben az esetben? Nagyon nehéz a döntés, hiszen a

szabadabb, romantikus, kifelé forduló M. úrnak éppúgy megvannak a maga értékei, mint ahogyan a megbízható, törődő, s produktív M. úrnak is megvannak.[10] Lennének olyanok, akik itt a racionalitás nevében többre értékelnék az unalmas megbízhatóságot a romantikus lángolásnál, ezt azonban sokan esztétikai okokból nem fogadnák el, s ez a "racionális" nézet manapság nem is túlságosan népszerű.[11] A kérdést azzal sem lehet megoldani, ha egyszerűen azt mondjuk, hogy a hipománia kóros állapot és ezért kezelést igényel, hiszen akkor az a kérdés merül fel: miért kóros állapot a hipománia? Hiszen valamit azért lehet csak kórosnak nevezni, mert fájdalmat, szenvedést okoz annak, aki azt átéli, vagy megnöveli a fájdalom, szenvedés jövőbeli valószínűségét. M. úrnak azonban a hipománia nem okoz szenvedést. Szakadást, zavart okoz ugyan élete addigi menetében, de ha a hipomániát pusztán ezért kórosnak tartjuk, akkor kórosnak kellene tartanunk bármilyen radikális életformaváltást, új értékek elfogadását, például egy vallásos megtérést is.[12]

Egyéb példák

A DSM III-R és a DSM-IV előkészítő munkálatai során volt olyan javaslat, hogy a DSM-be vegyék be a "Rasszista személyiségzavar" és a "Pleonectikus személyiségzavar" diagnosztikus kategóriákat. (Utóbbi az anyagi javak birtoklására való kényszeres törekvést jelenti.) Ez a két kategória végül is nem került be a DSM-be, de természetesen megkérdezhető: miért nem? Ha a kényszeres kézmosás betegség, miért nem az a rasszizmus vagy az anyagi javak halmozásának kényszere?[13] Itt még arra sem hivatkozhatunk, hogy azért, mert utóbbiak nem károsak, hiszen, a rasszizmus vagy a vagyongyűjtés kényszere okozta szenvedés egyike a legismertebb jelenségeknek.
A fenti kategóriákon kívül számos egyéb kérdésben is felmerült vita a pszichiátria történetében arról, hogy betegségnek minősülnek-e vagy sem, s a DSM-en kívül is számos javaslat volt arra, hogy bizonyos jelenségeket tekintsenek patológiásnak. Menninger, a XX. század második felének egyik vezető analitikusa például a prostituáltakhoz járást betegségnek tekintette. [14] Volt olyan neves pszichiáter, aki betegségnek tekintette mindkét nemnél azt, ha valaki nem házasodik meg. [15] Mások az erőszakot és az emberölést tartják pszichiátriai betegségnek.[16] Edward E. Stecker 1940-ban a kommunizmust, a fasizmust, és általában a totalitariánizmust tömeges pszichopatológiai jelenségeknek tekintette. Szerinte a demokráciához való vonzódás jellemző az érett, független, egészséges személyiségre.[17] Láttuk azonban, hogy Snyesznyevszkij klasszifikációs rendszere az előbbivel szemben éppen a polgári demokráciához való vonzódást, s a szovjet társadalom normáihoz való alkalmazkodási képtelenséget tekintette betegségnek.
Így a normalitás meghatározásának a kérdése, s az egyes nemkívánatos egyéni jellemzők patológiás voltáról folytatott vita már többször lejátszódott a pszichiátria történetében, mutatva, hogy itt a diagnózis és az értékrend kapcsolatáról szóló elkerülhetetlen kérdésről van szó, melyek különböző helyen és időben, de ismét és ismét felmerülnek.
Úgy tűnik tehát, hogy mind a hétköznapi életben, mind a szakemberek között a szakirodalomban komoly probléma, hogy mi tekinthető pszichológiai értelemben normálisnak, s mi számít mentális betegségnek.

A pszichológiai normalitás modelljei

Paula Caplan a pszichológiai normalitás öt modelljét különbözteti meg.

A pszichés egészség mint szeretetre és munkára való képesség.

A pszichológiai normalitás egyik máig népszerű definíciója Freudból indul ki, aki úgy gondolta, hogy pszichológiailag az az ember egészséges, aki képes dolgozni és szeretni. Ennek kicsit árnyaltabb megfogalmazása szerint az a személy normális, aki képes tartósan produktív munkát végezni és így magát eltartani, képes továbbá másokkal szoros kapcsolatokat létrehozni és azokat fenntartani.[18]
Ez az egyébként kitűnő definíció azonban komoly értelmezési nehézségeket vet fel: mit jelent a produktív munka és mit jelent a szoros emberi kapcsolat? Egy modernista festő kevesek által értett alkotása produktív munka vagy sem? A mai demokratikus társadalmak az ilyen művészi alkotásokat produktív munka termékének tartják, de például a náci Németországban 1937-ben külön kiállítást szerveztek az ilyen "degenerált" alkotások bemutatására. Paul Klee, Max Ernst és sok más művész képeit betegesnek minősítették, s a modern művészet eme formáját elfajzottnak tekintették. Az ilyen művészeket foglalkozási tilalom alá helyezték.[19] A Szovjetunióban sem ismerték el ezt a művészi stílust művészetnek. Az egyik társadalomban az ilyen műveket alkotó művészt tehát produktív munkát végzőnek és így egészségesnek tekintik, a másikban nem. A szoros emberi kapcsolat definíciója hasonlóképpen kultúra- és azon belül értékrendfüggő.

A pszichés egészség statisztikai megközelítése.

A pszichológiai normalitás másik megközelítése a statisztikai megközelítés. Eszerint bármely jelleg esetén az számít normálisnak, ami statisztikailag a leggyakoribb, mely a vizsgált populáció legnagyobb részében megtalálható. Ez a megközelítés azonban elégtelen, hiszen gyorsan változó társadalmi körülmények között semmi biztosíték nincs arra, hogy a leggyakoribb tulajdonság biztosítja a legjobb alkalmazkodást ezekhez a körülményekhez. Az evolúció törvényei azt tanúsítják, hogy a faj-tipikus tulajdonságok azokat a tulajdonságokat jelentik, melyek a legjobb alkalmazkodást biztosították a hosszú ideig állandó környezeti tényezőkhöz a múltban. Gyorsan változó környezet esetén azonban (s az emberi környezet ilyen) a faj-tipikus, vagyis a leggyakoribb tulajdonságok azok, melyek a legjobb alkalmazkodást biztosították a régi, változatlan körülményekhez, de ezek a tulajdonságok nem szükségszerűen jelentik a jelenlegi körülményekhez való legjobb alkalmazkodást.[20] Jó példája ennek az elhízás. James Neel állította fel 1962-ben azt a hipotézist, hogy azok a gének, melyek táplálékhiányos időkben előnyösek, bőségesen elérhető táplálék esetén elhízáshoz vezetnek, vagyis itt betegségre hajlamosító géneknek számítanak.[21] Ma az elhízás a civilizált társadalmakban szinte népbetegségnek számít, s maga is számos további betegség forrása illetve rizikófaktora. Evolúciós értelemben azonban az elhízáshoz vezető szomatikus és pszichés tulajdonságok (a felvett tápanyag jó hatásfokú hasznosítását ill. elraktározását lehetővé tevő anyagcsere-sajátosságok, az ezzel kapcsolatos biokémiai, enzimatikus jellemzők, rendelkezésre álló táplálék esetén a jó, sőt mohó étvágy, stb.) valószínűleg előnyösek voltak, hiszen--

zsírtartalék képzésével--védelmet jelentettek az éhínség időszakában. Az emberi evolúció meghatározó részében a fő fenyegető veszély nem az elhízás, hanem az éhhalál volt, ezért szervezetünknek, szomatikus és pszichés tulajdonságainknak az ezt kivédő mechanizmusokat kellett kifejlesztenie. Az evolúció "nem tudhatta", hogy lesz egy kor, amikor az emberek egy kis részének már bőségesen elegendő táplálék áll majd rendelkezésére, s a veszély nem az éhhalál, hanem az elhízás lesz. Erre nem fejlődtek ki olyan mértékben védekező mechanizmusok, mint az éhhalál ellen, ezért ezekhez a körülményekhez rosszul alkalmazkodottak vagyunk. Az elhízáshoz vezető tulajdonságok tehát egy más (élelemhiányos) környezethez való alkalmazkodottságot jelentenek, s egyben maladaptívak a mai, fejlett társadalmi környezetben. Mindez valószínűleg egyéb szomatikus és pszichés tulajdonságainkra is érvényes. Ezért mondhatjuk, hogy a ma leggyakoribb tulajdonságok az emberi evolúció évmilliói alatt uralkodó körülmények között voltak a legelőnyösebb tulajdonságok, s nem a mai, gyorsan változó viszonyokhoz való legjobb alkalmazkodottságot jelentik.

Az elhízáshoz hasonló példa pszichológiai szempontból is hozható. Például a nagyon sok emberben meglevő rasszizmus illetve xenofóbia evolúciós szempontból--úgy tűnik--fajunknak előnyös volt, mert a genetikai sodródásnak nevezett mechanizmussal lehetővé tette az evolúció felgyorsulását. A genetikai sodródás azt jelenti, hogy ha egy nagy populáció sok kis, egymástól relatíve izolált részpopulációra szakad, akkor a "mintavétel hibája" következtében bizonyos--az eredeti populációban ritka-- tulajdonságok az egyes részpopulációkban relatíve gyakorivá válhatnak. Így lehetőség nyílik arra, hogy az egyes részpopulációk mindegyikében más-más tulajdonság legyen a leggyakoribb, s így az evolúció egyidejűleg "kísérletezhet" sokféle tulajdonság adaptív értékének a "megállapításával". Mindez az evolúció jelentős felgyorsulását eredményezheti. A genetikai sodródás mechanizmusának érvényesüléséhez azonban relatíve izolált részpopulációk létezése szükséges. A sokféle nyelv, és a xenofóbia ill. a rasszizmus lehettek azok az "eszközök", melyek az evolúció során biztosították a részpopulációk egymástól való relatív izoláltságát az emberi faj esetében.[22]

A xenofóbia, rasszizmus azonban--bármilyen "hasznosak" voltak is az emberi evolúció szempontjából--a mai globalizált világban--túl azon, hogy erkölcsileg elfogadhatatlanok-- természetesen maladaptívak és diszfunkcionálisak is. Így ma bizonyos értelemben ugyanúgy betegségnek lehetne tekinteni őket, mint pl. az elhízást. Ráadásul--mivel genetikai eredetűek--valószínűleg léteznek bizonyos agyi-strukturális mechanizmusok is ezen jellegek biztosítására.

Sok más pszichológiai tulajdonságról is elmondható az, ami a xenofóbiáról. Az irigység, az agresszió, az altruizmusra, szolidaritásra való képesség és voltaképpen minden, az emberre jellemző pszichológiai tulajdonság az evolúció erői által létrehozottak, és a primitív, őskori körülmények közötti túlélést biztosították, melyek ezért a mai, megváltozott körülmények között maladaptívak lehetnek. Voltaképpen számos erkölcsi szabály sem más, mint a kultúra által kifejlesztett eszköz a belőlünk biológiailag hiányzó diszpozíciók pótlására, illetve bizonyos--veleszületetten létező diszpozíciók ellensúlyozására. (A rasszizmust, xenofóbiát elítélő erkölcsi és jogi szabályok is ilyeneknek tekinthetők.) Hadd utaljunk itt Konrad Lorenz elméletére, aki szerint emberben azért nincsenek hatékony agresszió gátló mechanizmusok, (mint amilyen például farkasoknál, kutyáknál a legyőzött megadási pozíciója, mely a

győztes állatban biológiailag áttörhetetlen gátlást kelt legyőzött fajtársa megölésével szemben) mert az ember--természetes állapotában--nem rendelkezik olyan fogakkal, karmokkal, melyekkel könnyen meg tudná ölni a fajtársát. A kultúra azonban számos--a fajtárs könnyű megölését biztosító--eszközt fejlesztett ki, mely a használatával kapcsolatos beépített gátlás nélkül a faj, az egész emberiség pusztulását is előidézheti. A ma létező erkölcsi, politikai mechanizmusok részben voltaképpen eme hiányzó biológiai agresszió gátló mechanizmusok pótlására szolgálnak.
Egyszóval tehát gyorsan változó környezeti feltételek között nem mondhatjuk, hogy a leggyakoribb tulajdonságok a legelőnyösebbek, s ezért az egészségest a gyakorival azonosító felfogás mind a szomatikus mind a pszichés medicinában tarthatatlan. Ugyanakkor a statisztikailag jellemző illetve a fajtipikus tulajdonságot nem szokták betegségnek tartani, mert nem jelent eltérést a faj tervétől, mint azt a későbbiekben látni fogjuk. Mivel azonban a fajtipikus gyorsan változó környezetben egyben rossz alkalmazkodást is jelenthet, az a paradoxon áll elő, hogy az ilyen fajtipikus, de rosszul alkalmazkodott ember nem beteg ugyan, de nem is számít egészségesnek!
Ez tehát eltérést jelent az egészség hagyományos orvosi-reziduális fogalmától, mely szerint aki nem beteg, az egészséges.

A pszichés egészség fejlődési-fixációs modellje.

A pszichológiai normalitás harmadik megközelítése szerint az egészséges ember normális pszichológiai fejlődés után bizonyos kívánatos tulajdonságokra tesz szert, s ezek a tulajdonságok az érett , normális ember jellemzői. Az abnormalitás pedig nem más, mint a fejlődésben való elakadás, fixáció.[23] Az ilyen ember tehát éretlen, vagy fejlődése torz irányba zajlott, s ezért ennek eredményeként nem rendelkezik a kívánt pszichológiai jellemzőkkel. A probléma ennél a felfogásnál is az, hogy előbb el kell dönteni, melyek a kívánatos tulajdonságok, s ez értékektől függ, s csak ezután lehet megállapítani, hogy milyen fejlődési út vezet ezen tulajdonságok kialakulásához, melyeket ezután egészségesnek fogunk tartani. Tehát itt sem felfedezzük, hogy milyen az egészséges, hanem eldöntjük, hogy mit fogunk annak tartani. Például, ha csak 100 évvel ezelőtt is egy nő dolgozni szeretett volna magát a karrierjének szentelve, azt patológiásnak tekintették volna. Hasonlóképpen, ha 100 évvel ezelőtt egy férfi otthon szeretett volna maradni a kisgyerekeivel, hogy őket gondozza, patológiásnak számított volna. Ma mindkettő elfogadott. Sok nő karriert csinál, s nem vagy csak relatíve későn szül gyereket, s ma már számos társadalomban jogilag is lehetőség van arra, hogy az apa maradjon otthon a gyerekkel az anya helyett. A társadalmi normák változásával tehát változik az, hogy milyen vágyak, késztetések számítanak patológiásnak, s melyek nem.[24] Változik a felfogásunk, hogy egy érett nőnek vagy férfinak mire szabad vágynia, milyen életmódot kell folytatnia. A XIX. században a fogamzásgátlási tanácsot kérő nőkre például azt mondták, hogy hiányzik belőlük az anyai ösztön. A fejlődési-fixációs modell problémája tehát, hogy a „fejlett", „érett" személyiség fogalma a kultúra értékrendjétől függ, s nem biológiai norma.

A pszichés egészség mint jó realitástesztelés.

A pszichológiai normalitás negyedik megközelítése szerint a normalitás kritériuma a realitástesztelés: minél inkább képes valaki a valóság megismerésére, s ennek segítségével céljai elérésére, annál egészségesebb.[25] Ez a megközelítés azonban ősi filozófiai problémákat vet fel. Honnan tudjuk, hogy milyen a valóság, s ki közelítette meg annak megismerésében leginkább az igazságot? Tegyük fel, hogy valaki meg akarja változtatni a valóságot (pl. egy reformer egy társadalmi intézményt szeretne átalakítani, egy művész egy új művészi stílust szeretne diadalra juttatni, egy fiatal tudós egy új tudományos elméletet szeretne elfogadtatni, egy vallásalapító új vallást szeretne meghonosítani, egy filozófus, politikus egy új erkölcsi hozzáállást szeretne elterjeszteni, stb.) Tegyük fel továbbá, hogy a valóság ilyen irányú megváltoztatását a kortársak többsége kilátástalannak tartja. Mondhatjuk-e ekkor, hogy az illető egy fantaszta, aki nem ismeri a realitást, s aki így mentálisan nem egészséges? Vagy arról van-e inkább szó, hogy az illető egy másoknál élesebben látó tudós, művész vagy politikus, aki megelőzte a korát? Ez a kortársak számára nem dönthető el, hiszen csak az idő fogja megmutatni, valóban igazuk volt-e a kortársaknak, s valóban annyira megváltoztathatatlanok voltak-e a viszonyok, mint amennyire ők gondolták. Vagyis a realitástesztelési kritérium alapján mindenki, aki valamiben nem ért egyet a többséggel, rossz realitásérzékkel rendelkezőnek, s eme kritérium alapján mentálisan betegnek lenne mondható. Láttuk, hogy a szovjet ellenzékieket éppen ezzel a logikával nyilvánították elmebetegnek. Fantasztáknak tekintették őket, akik nem képesek szembenézni a realitással. Ez a modell tehát azért hibás, mert abból indul ki, hogy létezik egy arkhimédészi pont, ahonnan tekintve a pszichiáter tudhatja, mi a valóság megfelelő leírása, s ezt etalonnak, standardnak használva vizsgálhatja, milyen a páciense realitás tesztelése. Egyszerű esetben ez lehetséges, durva hallucinációk, illúziók, téveseszmék kiszűrhetők így, elméletileg azonban ez a modell hibás, hiszen nincs meg a módszerhez szükséges arkhimédészi pont, vagyis episztemológiailag senki nincs abban a kitüntetett helyzetben, hogy tudja, milyen a valóság, a realitás helyes, igaz leképezése illetve modellezése.

Ez a probléma különösen éles azon pszichiátriai betegségek definiálásánál, melyeket a hangulat vagy az élménymód zavaraiként szoktak definiálni, vagyis a személyiségzavarok, az affektív betegségek és a szorongásos betegségek egy tekintélyes részénél. A mai modern kognitív pszichológia elve ugyanis az, hogy ezen zavarok alapvetően gondolkodási hiba eredményeként jönnek létre. Vagyis az ezekben szenvedő személy helytelenül értelmezi a valóságot, s az így kialakuló hangulata, érzése eme helytelen, torz, irracionális valóságértelmezés logikus következménye. A kognitív pszichológia szerint tehát ezek a zavarok elsődlegesen gondolkodási zavarok. Ha a világ valóban olyan lenne, amilyennek ezek a betegek látják, akkor hangulatuk, érzéseik egészségesek lennének. Azért tekinthetők mégis betegnek, mert a világról alkotott képük, az események általuk adott értelmezése egyoldalú, torz, s ez alkotja a zavar lényegét. Ennek megfelelően például a depressziós beteg “sötét szemüvegen” keresztül látja a világot, egyoldalúan annak negatív vonatkozásaira érzékeny, a szorongásos zavarokban szenvedők túlbecsülik a veszélyt, a kockázatokat, stb. Ha azonban elfogadjuk a kognitív pszichológia és pszichoterápia fenti premisszáit (s ezek igazsága ma empirikusan sokszorosan

bizonyított, a kognitív terápiák a pszichoterápia leghatékonyabb formái közé tartoznak), akkor nehéz—hagyományosan a filozófia által tárgyalt—kérdések merülnek fel. Mi a valóság észlelésének, értelmezésének “helyes” módja, mi a “megfelelő” élménymód? Mi a valósághoz való megfelelő hangulati viszonyulás? Ezen kérdések megválaszolása annak függvénye, hogy mit gondolunk a világ érvényes leírásának hangulatilag illetve élménymód szempontjából. Itt azonban nagyon komoly eltéréseket találunk mind a nagy világvallások, mind a világi filozófiai rendszerek között.

Milyen a világ helyes leírása a cselekvő ember szempontjából?

Erre a kérdésre a mai szekularizált, nyugati kultúra domináns válasza az aktív, vidám, cselekvő ember, aki saját céljainak, szükségleteinek megfelelően átalakítja a világot. Ennek megfelelően a pszichológiai fejlődéselméletek tekintélyes része a világ iránti alapvető bizalom ill. bizalmatlanság egészséges egyensúlyát tételezi fel. Ilyen például Erik Erikson nagyhatású elmélete a pszichoszociális fejlődésről. Eszerint tehát az az egészséges, ha a világhoz óvatos optimizmussal viszonyulunk. A világ olyan hely, mely ugyan veszélyeket is tartogat, alapvetően azonban a boldogság és az önmegvalósítás színtere. Az egészséges ember hinni tud a világban, önmagában, emberi kapcsolataiban.[26] Ezért az az ember, aki a világot alapvetően rossznak, ellenségesnek, megbízhatatlannak tekinti, aki az emberi életet alapvetően szomorúnak tartja, az pszichológiailag beteg, melynek oka valószínűleg a gyerekkorban keresendő: nem alakult ki az illetőben az ősbizalom, a másokban vagy a világban való bízni tudás képessége.
Kérdés azonban, hogy valóban ez —a mai nyugati kultúra által adott—értelmezés a világ egyetlen adekvát leírása? Nem lehet a világról másképpen gondolkodni? A nagy világvallások vagy a nagyobb filozófiai irányzatok akár legfelületesebb áttekintésével is nyilvánvaló, hogy nem ez a helyzet. A fenti értelmezéssel radikálisan eltérő értelmezések is születtek, melyek szintén a világ adekvát leírásának tekintik magukat. Nézzünk néhány példát!

Hérodotosz

Hérodotosz írja le a trauszoszok azon szokását, miszerint ha gyerekük születik, a rokonság előre elsiratja, számba véve, hogy mennyi baj, bánat, nyomorúság ér életében minden embert, s így mennyi fogja szükségszerűen érni az újszülöttet is. Ezzel szemben, ha meghal valaki, mókázva-örvendezve temetik el, felsorolva, hogy mennyi bajtól szabadult meg az illető a halállal.[27]

A Pancsatantra

Lev Tolsztoj említi a Pancsatantra ókori meséjét az emberi élethelyzet abszurditásának a bemutatására. Eszerint egy vándort a sivatagban egy bősz fenevad támad meg, aki kétségbeesésében egy kiszáradt kútba ugrik előle, de ugrás közben a kút fenekén egy sárkányt pillant meg, mely máris tátja a száját, hogy felfalja. A vándor kétségbeesésében a kút oldalából kinövő bokor gallyaiba kapaszkodik, s látja, hogy a bokor törzsét két egér, egy fekete és egy fehér rágja. A

bokor így mindjárt letörik. Közben azonban a vándor talál a bokor levelein néhány csepp mézet, el is éri a nyelvével, s le is nyalja azt. Van tehát élvezete is, de mindezt megkeseríti a veszély és a biztos halál tudata, hiszen a két egér, a nappal és az éjszaka, vagyis az idő egyre közelebb hozza a biztos pusztulást. A vándor helyzete az emberi életet példázza: van benne élvezet, de mindezt megrontja a halál kikerülhetetlenségének s folyamatos közeledésének tudata.[28]

Buddha története.

A Buddhacsarita híres története szerint az i. e. 560-480 között élt Sziddhártha Gautama herceg (a későbbi Buddha) (buddha=felébredt, megvilágosodott) születésekor apjának, aki király volt, egy jós azt jósolta, hogy fiából vagy világhódító, vagy nagy bölcs, remete lesz. A király azt akarta, hogy fiából világhódító legyen, ezért minden olyan élményt elzárt az ifjú herceg elől, mely őt töprengésre késztethette volna. Szenvedésről, halálról az ifjú herceg így nem szerezhetett tudomást. Így élt fényűzésben és a bajok elől elzárva az ifjú herceg, amikor egy nap a palotából kikocsikázva egy reszketeg, vánszorgó, botra támaszkodó aggastyánnal találkozott. Nem értette, hogyan került ez az ember ilyen szomorú állapotba, mígnem kocsisa, Csandaka el nem magyarázta neki: ez az ember egyszerűen csak öreg. Egykor ő is fiatal, erős férfi volt, de mindenki, aki megéri, ilyen idős, reszketeg vén lesz, s rá, az ifjú hercegre is ez a sors vár. Az öregedés minden ember kikerülhetetlen sorsa. Sziddhártát megrendítette ez a felismerés, s nem tudta folytatni a kirándulást. A második napon azonban ismét kikocsikázott, s ekkor az út szélén halálos gyötrelemben fetrengő, lázas, kisebesedett testű, síró embert pillantott meg. Kérdésére Csandakától megtudta, hogy ez az ember beteg. Bárki mással megeshet, hogy beteg lesz?--kérdezte Csandakát. Igen, felelte a kocsis, bárki bármikor ilyen beteggé válhat. legyen gazdag vagy szegény, s ő, az ifjú herceg is bármikor kaphat ilyen betegséget. Ez a felismerés is megrendítette Gautamát, s ismét megszakította a kirándulását. Végül a harmadik nap, mikor ismét kirándulásra indult, egy gyászmenet látott. Kérdésére Csandaka elmagyarázta, hogy egy halottat kísérnek. Halott az, aki kihűlt, akinek nem dobog a szíve, aki már semmit nem érez, s el kell temetni a földbe, mert nemsokára bűzt fog árasztani és megférgesedik. S minden embernek kikerülhetetlenül ez lesz a sorsa. Ő, a fiatal királyfi is egyszer majd ilyen bűzt árasztó halott lesz. [29] A harmadik kirándulás után a fiatal herceg már nem tudott megvigasztalódni. Úgy találta, hogy az élet tele van szenvedéssel, hiszen még a legboldogabb élet is ki van téve a betegségnek, az öregedésnek és a halálnak, s a bölcs ember soha nem lehet igazán boldog, hiszen tudja, hogy azt bármikor megsemmisítheti a betegség és a halál.[30] Alapvetően minden élet vágyakozás, a vágyak meghiúsulása és szenvedés. Meg kell érteni, hogy minden földi dolog mulandó, lényegtelen és szenvedésteli.[31] Az élet alapvetően értelmetlen, ezért törekedni kell a hinduizmus által vallott újjászületési lánc megszüntetésére, az élet gyökeres kiirtására, a teljes megsemmisülés, a Nirvána elérésére.
Az emberi léthelyzet fenti, pesszimista felfogása azonban nemcsak az ókori keleti gondolkodás sajátja.

Blaise Pascal

Blaise Pascal a következő képpel szemlélteti az ember léthelyzetét[32]:
“Képzeljünk el magunknak egy csomó embert, láncra verve, egytől egyig halálra ítélve; naponta kivégeznek közülük néhányat a többi szeme láttára, akik pedig életben maradnak, a maguk sorsát látva társaikéban , fájdalommal, reménytelenül bámulják egymást, és várják, mikor következnek ők. Ez az emberi sors.”
Pascal szerint csak a vallásos hit nyújthat vigaszt az emberi léthelyzet kilátástalansága ellen egy mélyen gondolkodó ember számára.

Schopenhauer pesszimista életfilozófiája.

Arthur Schopenhauer XIX. századi életfilozófiája egészében és részleteiben is jó példája az emberi léthelyzet pesszimista értelmezésének. Egyik helyen így ír[33]:

“És ehhez a világhoz, e csatázó helyéhez annyi gyötrött és aggasztott lénynek, melyek csak úgy létezhetnek, hogy egyik a másikat fölfalja, ahol tehát a vadállat ezer másnak élő sírja, önfenntartása pedig a kínhalálok láncolata; ahol továbbá az ismerettel növekedik a fájdalom iránti fogékonyság, mely tehát az emberben a legmagasabb fokát éri el, mégpedig annál magasabbat, minél értelmesebb az ember--ehhez a világhoz akarták az optimizmus rendszerét hozzáilleszteni és bebizonyítani róla, hogy minden lehető világok közt ez a legjobb. Kiáltó képtelenség.”

Majd így folytatja[34]:

“Az optimizmus...nemcsak téves, hanem veszedelmes tan. Mert az életet kívánatos állapotnak, céljául pedig az ember boldogságát mutatja be. Ebből kiindulva azután mindenki azt hiszi, hogy teljesen jogos igényt tarthat boldogságra és élvezetre; ha pedig, mint annyiszor történik, ezekben nem részesül, azt hiszi, igazságtalanság történik vele, sőt, eltéveszti léte célját--pedig sokkal helyesebb a munkát, nélkülözést, nyomort és szenvedést, betetőzve a halállal, létünk céljául tekinteni...”

Végül egy más helyen így ír[35]:

“De mert állapotunk olyan, mi bár inkább ne volna, azért mindenen, mi körülfog, rajta van a nyoma--mint a pokolban is mindennek kénes a szaga--minthogy minden örökké tökéletlen és csalóka, minden kellemes kellemetlennel van vegyítve, minden élvezet mindig csak felerészben a miénk, minden gyönyör magával hozza azt, ami megzavarja, minden könnyebbülés azt, ami újra megterhel, minden segédeszközünk mindennapi, sőt minden órai nyomorunk ellen minden pillanatban cserben hagy és felmondja a szolgálatot, a fok, amelyre hágunk, annyiszor leszakad alattunk, sőt, a nagy és apró balesetek éltünknek alkotórészét teszik, s mi magunk Phineushoz hasonlítunk, kinek a hárpiák minden ételét bemocskolták és élvezhetetlenné tették.”

Az egzisztencialisták.

Az egzisztencialisták (Kierkegaard, Heidegger, Sartre) vezették be a filozófiába a szorongás fogalmát. Ez a szorongás az emberi választás radikális szabadságával

járó felelősség következménye, s egyben—Heidegger szerint—az autentikus lét felé való mozgás egyik fontos hajtóereje[36]. Így a szorongás, mely Heidegger filozófiájában a halállal való szakadatlan szembenézés következménye is, egyben autentikus létünk elválaszthatatlan velejárója. A kétségbeesés, a rettegés, a szorongás így az egzisztencialista filozófia visszatérő vezérmotívumai, mely a "helyes", a szabadságot tudatosító, Heideggernél a halállal szembenéző autentikus lét elkerülhetetlen velejárója. Minderre Heideggernél természetesen a tömeg nem képes, de a tömegember nem is él szerinte autentikus életet.

A pszichiátria ezzel szemben a szorongást--ha az tartós és indokolatlan--betegségnek tartja. A kognitív szemlélet szerint érzéseink tükrözik gondolkodásunkat. A szorongás tehát betegség, ha indokolatlan, ha a világ nem szorongáskeltő, viszont nem betegség, ha indokolt, ha a világ szorongást keltő. Sok függ tehát attól, hogy objektíve az emberi lét bizonyos aspektusait szorongáskeltőnek tartjuk-e vagy sem, s mint láttuk, ezzel kapcsolatban a világnak többféle leírása lehetséges.
A világ adekvát leírása nem biztos, hogy szorongásmentessé tesz, illetve a szorongásmentesség mögött a világ nem-adekvát leképezése húzódik meg az egzisztencialista filozófia szerint.

A normalitás mint a valóság optimista torzítására való képesség

A realitástesztelési modellel szemben--mintegy annak ellentételeként--az is megfogalmazódott, hogy a boldog élet éppen akkor lehetséges, ha az ember nem néz szembe valódi léthelyzetével. (Boldog tudatlanságban él, mondja a köznyelv is.) Sok újabb empirikus vizsgálat támasztja alá, hogy a valóságnak a realitásnál „rózsaszínűbb" szemlélete, az optimizmus veleszületett emberi tendencia. Átlagos körülmények között--vizsgálatok szerint—az emberek többsége konzisztensen túlbecsüli saját képességeit és hatékonyságát. Ez evolúciósan hasznos lehetett, hiszen a „blöffölés" hasznos lehet a társadalmi versengés során. [37]
A valóság optimista torzítása, mely hangulatunknak kedvező, evolúciósan pedig előnyös volt ugyanakkor mégis torzítás. Hiszen minden egyes egyén élete az örökkévalóság szemszögéből, "sub specie aeternitatis", az „univerzum végtelen terei felől" nézve jelentéktelen. Ilyen perspektívából még az egész földi élet is jelentéktelennek tűnik. Minden egyes ember azonban természetesen nagy jelentőséget tulajdonít saját élete eseményeinek, annak apró részleteinek is, s éppen ez jellemzi a lelki egészséget: jelentéktelen apróságok miatt is örülni tudunk, az egyéni emberi lét jelentéktelenségét nem vesszük tudomásul. Noha ez erős torzítás egy objektív nézőpont szempontjából, mégis, a pszichés egészség fontos eleme. Ha ez így van, akkor a pszichés egészségnek bizonyos értelemben nem a jó realitástesztelés a feltétele, hanem a realitás azon vonatkozásainak a torzítása, melyek egyéni létünk jelentéktelenségére utalnak. Mindezt jól fejezi ki Pascal híres hasonlata az emberről, mint gondolkodó nádszálról, amelyben szintén megjelenik az emberi lét jelentéktelenségének átérzése miatti rettegés:
"Ha elgondolkozom rajta, milyen rövid ideig tart az előtte volt és utána következő öröklétbe vesző életem, milyen kicsi az a tér, amelyet betöltök, sőt az is, amit látok, az általam nem ismert és rólam nem tudó terek végtelenségében elmerülve,

megrémülök, és döbbenten kérdezem, miért vagyok éppen itt és nem másutt, mert ennek nincs semmi magyarázata, miért inkább itt, mint ott, miért éppen most és nem máskor. Ki helyezett engem ide? Kinek a parancsára és kinek a határozatából rendeltetett számomra éppen ez a hely és idő?.....
E végtelen térségek örök hallgatása rettegéssel tölt el."[38]

A melankolikus episztemológia és a depresszív realizmus

Lehet, hogy a világot rózsaszín szemüveg mögül kell néznünk ahhoz, hogy boldogok lehessünk, vagyis lehetséges, hogy a valóság torzítása empirikusan a pszichés jóllét vagy esetleg a boldogság feltétele. Nem feltétlenül esik tehát egybe a világ filozófiailag-tudományosan adekvát leírása a világnak az emberi pszichés jólléttel összeegyeztethető leírásával. A közgondolkodás ezt úgy szokta kifejezni, hogy az igazság sokszor fájdalmas, kíméletlen.
Aaron Beck nagyhatású elmélete szerint a depresszióra egyfajta irracionális gondolkodás, a valóság negatív torzítása a jellemző. A depressziós ember a világot mintegy sötét szemüvegen keresztül nézi, melyen keresztül minden kilátástalanabbnak, reménytelenebbnek tűnik, mint amilyen az a valóságban. A depresszió kezelésének kognitív modellje éppen eme torzítást, s az ennek során tapasztalható gondolkodási hibákat próbálja kiküszöbölni, s így a depressziót gyógyítani. Már Beck kognitív modelljének a megjelenésekor is felvetődött azonban az a kérdés: biztos-e, hogy a kilátástalanság, a reménytelenség érzése mindig torzítás? Nem lehet ez sok esetben a gondolkodó szempontjából a világ adekvát leírása? Eme felfogás szerint létezik tehát egy depressziós, melankolikus episztemológia vagy más elnevezéssel egy un. depresszív realizmus : a világnak olyan igaz, adekvát leírása, mely csak depressziós állapotban tárul fel teljes mélységében a gondolkodó előtt. Ebben az esetben a melankólia olyan állapot, mely igaz ismeretekhez segítheti az embert, magunk és mások olyan autentikus megértéséhez, mely enélkül nem lenne elérhető.[39] Mint láttuk, a világ sok vallásos és filozófiai leírása is azt állítja, hogy a kilátástalanság, reménytelenség érzése, minden törekvés végső hiábavalóságának érzése a világ adekvát leírása is lehet.
A depresszív realizmus szemszögéből a depresszió nem egyszerűen egy betegség, melyet gyógyszerekkel vagy pszichoterápiával meg kell szüntetni, hanem egyszersmind egy olyan állapot, mely a depressziós személyt fontos igazságok felismerésére készteti, a világ és önmaga mélyebb megértéséhez segíti hozzá. A depresszió tehát—Aaron Beck orvosi modelljével szemben—nem pusztán torzítás, nem pusztán patológiás irracionális gondolkodás, hanem igaz ismeretek forrása is.[40]
Ez a felfogás nem áll távol a depresszió később tárgyalandó evolúciós szemléletétől, mely a depresszió hasznos, adaptív vonásait hangsúlyozza. Eszerint a depresszió olyan lenne, mint a láz: a szervezet hasznos védekező mechanizmusa, mely extrém esetben csillapítandó ugyan, kis mértéke azonban hasznos.
Amikor Peter Kramer az új antidepresszánst, a Prozacot dicsőítő könyve megjelent az USA-ban, a New Yorker egy tréfás karikatúrasorozatot közölt mintegy válaszul, azzal a címmel: hogyan alakult volna a XIX. század, ha már akkor is ismerték volna a Prozacot. A karikatúrasorozat szerint Marx a Prozac hatására úgy érezte volna, hogy a kapitalizmus megjavítható, a vallásellenes Nietzsche pedig a templomból kilépve dicsérte volna anyjának a pap beszédét.[41]

A karikatúra üzenete nyilvánvaló: a depresszió sok olyan kulturális érték forrása, mely nélkül az emberiség sokkal szegényebb lenne. Így a depresszió távolról sem csak torzítás, s ezért távolról sem csak orvosi probléma.
Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy a depressziót ne kellene kezelni, hiszen a szenvedés mérséklése minden orvos kötelessége, ha erre lehetősége van. Egyoldalúság azonban a depressziót kizárólag mint irracionális gondolkodást, mint gondolkodási hibák sorozatát szemlélni s ebből kiindulva nem lehet pusztán orvosi problémának tekinteni. Az is megfogalmazódott e gondolatmenet konklúziójaként, hogy ha a depresszió sok esetben igaz ismereteket is szolgáltat, adekvátan leképezi a világ, a környezet bizonyos vonatkozásait, akkor a depressziós tünetek elterjedtsége egy társadalomban egyfajta barométerként működik. Ha a depressziós tünetek elterjedtsége nő, akkor ez azt jelenti, hogy nem annyira az egyén, hanem inkább a kultúra beteg, az emberi igényeket nem megfelelően kielégítő, s ennek puszta jelzése a depressziós tünetcsoport széles körű jelentkezése.[42]

Összefoglalóan tehát azt mondhatjuk, hogy a pszichés egészség jó realitástesztelésként való értelmezése azért problematikus, mert vagy visszacsúszik a statisztikai egészségfelfogáshoz (jó realitástesztelés az, ahogy az emberek többsége látja a világot), vagy ettől függetlenül kellene meghatároznia, hogy milyen a valóság helyes felfogása. Ha a jó realitástesztelés statisztikai felfogásából indulunk ki, akkor oda jutunk: a jó realitástesztelés voltaképpen a közhelyes gondolkodás. Az gondolkodik így, akinek mindenről az jut eszébe, ami a többségnek. Ebből a felfogásból az következne, hogy az ember legfőbb jellemzője, a kreativitás válna patológiássá, hiszen definíciószerűen a kreatív gondolkodás éppen az újszerű, a többiekétől eltérő gondolkodást vagy gondolatot jelent. Amikor például Einstein kidolgozta a relativitáselméletet, ő volt az egyetlen ember az akkor több mint 2 milliárd lakosú világban, aki így gondolkodott a világegyetemről, ma mégis úgy látjuk, hogy ez nem betegség volt, hanem a valóság máig adekvát leírása, s egyben az emberi kreativitás egyik csúcsteljesítménye.
Ha viszont nem fogadjuk el a többség látásmódját a jó realitástesztelés mércéjeként, akkor objektív mérce nélkül maradunk, hiszen a nagy világvallások, s a főbb világi filozófiai irányzatok radikálisan eltérő világképeket vallanak, s ismét nincs olyan arkhimédészi pont, melynek segítségével köztük választani lehetne, s meg lehetne mondani, hogy milyen a világ objektíve helyes leírása. További ellenérv, hogy lehetséges, hogy pszichológia jóllétünkhöz, lelki egészségünkhöz nem is a jó realitástesztelés, hanem a realitás számunkra kedvező torzítása szükséges. A realitástesztelési kritérium tehát a pszichózisok kiszűrésére alkalmas ugyan, de a XX. században a pszichiátria illetékességi körébe került neurózisok és személyiségzavarok meghatározására sokkal kevésbé.

A pszichés egészség aránytalansági modellje.

A normalitás következő modellje az un. aránytalansági modell.[43]
Eszerint akkor abnormális valaki, ha egy érzése, érzelme intenzitásában aránytalan vagy minőségében inadekvát a kiváltó körülményekhez képest. Például, ha valaki

férje halálakor túlságosan intenzíven, vagy túl kevéssé gyászol, akkor mondhatnánk, hogy gyásza patológiás, túl mély vagy túl felületes.
A probléma azonban itt is az: honnan tudjuk, milyen a normális gyász? Mennyire kell gyászolni egy meghalt, szeretett férjet? Itt vagy a statisztikai megközelítést fogadjuk el, normálisnak tartva azt a módot, ahogyan az emberek többsége egy adott kultúrában gyászol, vagy normatív kijelentést kell tennünk, megmondva, mit tekintünk normális intenzitású gyásznak. Itt azonban további normatív kijelentésekre van szükség. Az, hogy ki mennyire gyászol, annak is függvénye, milyen szoros volt a kapcsolata az elhunyttal. Tehát a normális gyász meghatározásánál azt is vizsgálni kell, hogy az illető kapcsolata pl. a férjével normális volt-e? Nem volt-e az túl szoros, vagy túl laza? De itt az előbbi problémával találkozunk. Milyen a normális férj-feleség kapcsolat? Mennyire szoros, mennyire intenzív? S ezeknél a kérdéseknél felmerül: ki válaszolhatja meg ezeket a kérdéseket? Ki mondhatja meg, mi a normális gyász, s milyen standard alapján? Ki mondhatja meg, milyen intenzívnek kell lennie az egészséges férj-feleség kapcsolatnak és milyen standard alapján? A válasz a gyakorlatban egyértelmű: általában a társadalom domináns csoportjai mondják meg, mit tekintenek egy helyzetben adekvát minőségű és erősségű érzésnek, reakciónak.[44]
A gyász kapcsán például a DSM-IV--elismerve, hogy annak normális időtartama különböző kulturális csoportokban különböző lehet--2 hónapot ad meg, melyen belül a major depresszió tüneteit a normális gyász következményének tekinti.[45] Ezzel szemben például Görögországban falun hagyományosan az özvegynek 5 évig kell gyászolnia férjét.[46] Mivel a DSM-IV-et amerikai pszichiáterek alkották meg, mondhatjuk, hogy az amerikai norma a gyász hosszára túl rövid? Vagy a görög falusi norma túl hosszú? Minden kultúrában vannak érzelmileg érzékenyebb és rugalmasabb emberek. Mondhatjuk, hogy az USA-ban az érzelmileg érzékenyebb, aki 2 hónapnál sokkal hosszabb ideig gyászol, már patológiás? Ezzel szemben mondhatjuk, hogy egy hagyománykövető görög faluban az az érzelmileg rugalmas özvegy, aki csak 2 hónapig gyászol, patológiás?[47] Előfordulhat, hogy valaki egy másik kultúrába jobban beleillik, mint a sajátjába. A másik kultúrában normális lenne, a sajátjában ugyanez az ember patológiásnak számíthat?

Egyéb ismérvek a mentális egészség meghatározásához

Marie Jahoda--a vonatkozó szakirodalom áttekintése és összegzése alapján-- hat olyan jellemzőt sorol fel, melyet a mentális egészség meghatározásakor a szakemberek döntőnek tekintenek.[48] Ezek:

1.) Az egyén viszonyulása saját magához.
2.)Az egyén fejlődésének és fejlettségének mértéke és jellege: az, hogy mennyire képes saját lehetőségei megvalósítására.
3.) A pszichológiai funkciók összerendezettségének, integráltságának a foka.
4.) Autonómia, vagyis a társadalmi hatásoktól, mások befolyásától való relatív függetlenség.
5.) Megfelelő valóságészlelés
6.)A környezet feletti uralom, az azzal való “bánásmód” képessége.

Látható azonban, hogy fenti kritériumok is értékfüggők, egyfajta társadalmi követelmények. Olyan tulajdonságok listáját jelentik, melyek elérését a társadalom elvárja a felnőtt, érett embertől. Egy példával lehet igazolni, hogy ez így van. A Jahoda által vizsgált szakirodalomban a leggyakrabban említett kritérium a fentiek közül az autonómia, vagyis az egészséges ember azon képessége, hogy relatíve független a társadalmi körülményektől, s akár azok ellenében is képes értékei, céljai megvalósítására. Az autonómia ilyen kitüntetett helye azonban azzal magyarázható, hogy az autonómia a nyugati kultúra egyik domináns értéke, ezért ennek elérését a társadalom "megköveteli" az egészségesnek tartott embertől. Ezzel szemben pl. a keleti társadalmak ennek éppen az ellenkezőjét: szociális konformitást várnak el, s az erre képes embereket tekintik megfelelően érettnek.[49] A Jahoda által említett 2.) kritérium is sokkal problematikusabb, mint amilyennek első pillanatra tűnik. Mit jelent ugyanis, hogy valaki megvalósítja a benne levő lehetőségeket? Egy emberben jó és rossz lehetőségek egyaránt lehetnek, s egyetlen társadalom sem preferálja, ha valaki a benne levő rossz lehetőségeket valósítja meg. De mi dönti el, hogy mely lehetőségek megvalósítása rossz? Ez is nyilvánvalóan értékrend kérdése, mely nemcsak kultúránként, de társadalmi rétegenként is eltérhet. Folytathatnánk Jahoda egyes kritériumainak kritikáját, de többről már beszéltünk, s az eddigiekből is látható, hogy a pszichológiai normalitás minden definíciója függ a társadalom uralkodó normáitól és előítéleteitől, s ezért nem kizárólag tudományos kijelentés, hanem egyfajta erkölcsi norma is.

A mentális zavar definíciója

A mentális zavar mint pszichológiai diszfunkció

Wakefield már korábban említett definíciója szerint a betegség (zavar)—legyen az akár szomatikus, akár pszichés—voltaképpen káros diszfunkciónak tekinthető. Egy szervezet egy sajátosságának vagy jellegének funkciója az, ami felelős a jelleget hordozó szervezet evolúciós sikeréért, túléléséért.[50] A diszfunkció eltérés attól a működéstől, mely evolúciósan kialakult, eltérés a „faj evolúciós tervétől". A definícióban szereplő „káros" szó pedig egy értékítélet, azt jelzi, hogy egy diszfunkció akkor számít betegségnek, ha az a társadalom értékrendje szerint hátrányosan befolyásolja a kérdéses személy jóllétét. Így a betegség meghatározása két részből áll. Egyfelől egy tudományos ítélet, mely meghatározza, hogy eltér-e a szervezet valamilyen működése attól, amilyenre az evolúció „tervezte". Ez elvileg értékmentes, tudományos ítélet. A betegség meghatározásának másik része azonban már értékítélet. Azt vizsgálja ugyanis, hogy a talált diszfunkció káros-e a személy jólléte számára.[51] Itt mindig a társadalom és nem az egyén értékítélete döntő. Egy egyén tekinthet egy patológiás állapotot (pl. sterilitás) a maga számára előnyösnek, mert—mivel nem szeretne gyereket--így mentesül a fogamzásgátlás feladata alól, mégis patológiásnak számít, mert a társadalom értékítélete a sterilitást káros diszfunkciónak tekinti.[52] Így egy állapot betegséggé nyilvánítása egyszerre tény- és értékítélet. Tényítélet, vagyis egy tudományos állítás annyiban, hogy az ténykérdés, hogy egy mentális működés eltér-e annak evolúciós tervétől, természetes funkciójától, vagyis diszfunkció-e?

Ugyanakkor a diszfunkció jóllétet hátrányosan befolyásoló hatása már értékítélet, mely függ az azt megítélő társadalom értékrendszerétől.
Így—mint láttuk—kétféle hibát lehet elkövetni a mentális zavar definiálása során. [53] A normativista hiba szerint a mentális zavar nem más, mint a viselkedésnek, gondolkodásnak a társadalmi normától való eltérése. Ez a mentális zavar konstrukcionista modellje, s ez az antipszichiátria álláspontja is. Noha az antipszichiátria álláspontja szerint mentális betegség nincsen, hiszen az csak a normától való eltérés, paradox módon ebből az ellenkezője is következne: minden normától való eltérés mentális betegségnek lenne tekinthető, s nem lenne alap—az antipszichiátria talaján—a puszta normaszegőt a betegtől elkülöníteni. Valójában azonban minden társadalom különbséget tesz a puszta szabályszegés és a betegség, vagy a kedvezőtlen tulajdonság és a betegség között. Az élő nyelvek gazdag szókinccsel rendelkeznek a nemkívánatos, de ugyanakkor egészségesnek tekintett mentális tulajdonságok leírására. Az „ellenséges", „gyanakvó", „barátságtalan", „mogorva", „kelletlen" stb. szavak nemkívánatos tulajdonságokra utalnak, de nem jelentenek betegséget. A mindennapi nyelvhasználat is különbséget tesz tehát pusztán nemkívánatos tulajdonságok és mentális zavart jelentő jellemzők között, a normativista hiba talaján azonban nem lehet megmagyarázni, hogy mi ez a különbség. A „betegség= káros diszfunkció" meghatározást alapul véve azonban látható, hogy a káros, negatív tulajdonságok nem feltétlenül diszfunkció eredményei, s ezért nem tekintik ezeket betegségnek. A meghatározásból az is következik, hogy az egyes kultúrák nem nyilváníthatnak tetszés szerint valamely tulajdonságot betegségnek pusztán azzal, hogy azt nemkívánatosnak tekintik. Ha a nemkívánatos viselkedés nem diszfunkció következménye, akkor nem betegség, még ha egy kultúra annak is tartja.[54]
A másik hiba, ami a mentális zavar definíciójánál elkövethető, az esszencialista hiba. Eszerint a mentális zavar tudományosan objektív, értékmentes fogalom, s így felfedezhető, a természetből kiolvasható, hogy mi betegség és mi nem az. Ez a felfogás azért hibás, mert nem veszi figyelembe, hogy a betegség *káros* diszfunkció. Ami nem káros, az nem betegség, a kár meghatározása pedig értékrend-függő, s nem tudományos fogalom.[55]
A mentális zavar tehát egy olyan mentális diszfunkció talaján jön létre, amikor valamilyen belső pszichológiai mechanizmus vagy rendszer nem képes úgy működni, ahogyan az evolúció „terve" szerint működnie kellene. Így az emlékezet, a motiváció, a kötődés, a készenléti szint, a gondolkodás, az észlelés, az érzelem, a nyelvhasználat stb. nem a faj terve szerint működik mentális diszfunkció esetén. A diszfunkció mentális zavarnak azonban csak akkor számít, amikor egy kontextusban ez inadekvát, a kultúra által károsnak minősített viselkedést eredményez.[56] Ez azt is megmagyarázza, miért olyan elmosódó a legtöbb mentális zavar pontos határa. Hiszen annak, hogy egy adott kontextusban egy viselkedés mikor válik inadekváttá, szükségszerűen nincs éles határa. Mivel egy viselkedés inadekvátsága mindig erősen függ a kontextustól, ezért önmagában egy viselkedés—bármilyen szokatlan vagy furcsa is-- nem feltétlenül egy betegség tünete. Csak akkor válik azzá, ha indokolatlan, ha nem a környezetre adott arányos reakció, hanem mintegy „ok nélküli" vagyis a szervezet belső okaival, diszfunkciójával magyarázhatóan jön létre. Diszfunkcióról csak akkor beszélhetünk, ha valaki ennek következtében nem képes megfelelő (és a faj tervében szereplő) módon viselkedni, míg devianciáról akkor, ha

képes lenne, de nem akar. Ha valaki egy éhségsztrájk keretében nem vesz magához táplálékot, s így meghal, ez lehet nemkívánatos, de nem betegség, mert ő tudna enni, csak nem akar. Ezzel szemben egy anorexia nervosában szenvedő akarna enni, de—azt feltételezzük-- pszichológiailag képtelen rá. Így ez utóbbi diszfunkción alapul, s ezért betegség. Ha valaki ugyan tudna, de nem akar szexuális életet élni, mert például cölibátust fogadott, akkor nem beteg, míg ha akarna szexuális életet élni, csak nem képes rá, akkor beteg.[57]

Az orvosi modell korlátai a mentális zavar definiálásában

A mentális betegség orvosi modellje szerint a mentális zavar nem más, mint az agy strukturális/ funkcionális zavara. A normálistól eltérő agyi struktúra vagy funkció okozza a mentális zavart, s bár erről ma relatíve keveset tudunk, a tudomány fejlődésével—szól az érvelés--majd egyértelmű lesz, mely agyi struktúra vagy funkció tekinthető normálisnak.
Ezzel a megközelítéssel azonban az a probléma, hogy önmagában az, hogy egy atipikus agyi struktúra vagy funkció valamilyen atipikus viselkedést okoz, még nem jelent patológiát. Nemcsak a patológia, hanem a mentális egészség is bizonyos agyi struktúrák vagy funkciók által okozott. Először tehát el kell döntenünk, hogy egy viselkedés, illetve élménymód betegség-e, s csak ezt követően mondhatjuk, hogy az azt okozó struktúra vagy funkció betegségnek tekinthető-e? Tehát nem az agyi struktúrából vagy funkcióból következtetünk a betegségre, hanem fordítva: a zavartnak tartott viselkedés vagy élménymódból következtetünk visszafelé, s mondjuk azt, hogy az ezt meghatározó agyi struktúra vagy funkció is betegségnek (abnormalitásnak) tekinthető. Vagyis, ha egy viselkedés vagy élménymód egészséges, az annak alapjául szolgáló agyi struktúra illetve működés is egészségesnek fog számítani. S az ellenkezője is igaz. Azt az agyi struktúrát, működést fogjuk betegnek, abnormálisnak tartani, mely zavart, betegségnek tartott viselkedést, élménymódot eredményez. Az elsődleges tehát mindig a viselkedés és az élménymód megítélése, s nem az agyi struktúráé, működésé, ezért a tudomány fejlődése, az agyműködés jobb megértése önmagában nem fog segíteni a mentális betegség definiálásában. [58]

A mentális funkció meghatározásának problémái

A mentális zavart káros diszfunkciónak tartó felfogás azonban—bármennyire is védhető elméleti szempontból--a gyakorlatban nem oldja meg a mentális zavar meghatározásának a problémáját. Annak eldöntéséhez ugyanis, hogy mi diszfunkció és mi nem az, ismernünk kellene az evolúció „tervét”, azt, hogy mi egy pszichés működés funkciója. Ez az ismeret azonban nagyon sok esetben még ma is hiányzik, még ma sem teljesen világos sok pszichológiai mechanizmus funkciója. Míg a szomatikus medicina területén egyetértés van, hogy mi például a gyomor, a szem vagy a fül funkciója, s így ezek zavara esetén konszenzus van ezek betegségvolta

tekintetében, addig a pszichológiai működések kapcsán ma még sok a bizonytalanság. Azt tudjuk ugyan, hogy mi az emlékezet vagy az észlelés funkciója, s így abban konszenzus van, hogy az emlékezet és az észlelés zavarait mentális zavaroknak tekintjük, azt azonban sokkal kevésbé tudjuk, milyen a megfelelő motiváció, akarat, hangulat , s hogy ezeknek mi a pontos funkciója. S így ezek zavara esetén is nagy a vita, hogy mi számít mentális zavarnak és mi nem. Az evolúció „tervezte" normális funkcionálás radikálisan eltérhet ugyanis a társadalom értékrendjétől, s a kívánatos viselkedés normáitól. Az evolúció „terve" lehet társadalmilag nemkívánatos, s ami társadalmilag kívánatos, az nem feltétlenül szerepel az evolúció „tervében". Más szavakkal: ami természetes, az lehet nemkívánatos, s ami kívánatos, az nem feltétlenül természetes. Ezzel szemben—mint láttuk—a legtöbb kultúra hajlamos a kettő közé egyenlőségjelet tenni, s a kívánatos viselkedést egyben egészségesnek, illetve a nemkívánatost egyben betegnek tekinteni. A legtöbb kultúrában nagy a tendencia tehát arra, hogy a normál funkcionálást a társadalmilag kívánatos módon való funkcionálással, vagyis a társadalmi normákhoz való alkalmazkodás képességével azonosítsa. Ez azonban természetesen a betegségfogalom eltorzításához vezethet.

A mai nyugati kultúra sem mentes a fenti elfogultságtól. Sok olyan viselkedést mentális zavarnak tekint, melynek diszfunkcionális voltára kevés bizonyíték van. A mentális diszfunkció helyes meghatározásának ma leginkább talán a szkizofrénia, a bipoláris zavar s az egyéb pszichózisok tesznek eleget. Ezek nyilvánvaló észlelési, gondolkodási, kommunikációs stb. zavarral járnak, s ezért ezek betegségvolta tűnik a legobjektívebbnek.[59] Ugyanakkor például a gyermekkori oppozíciós zavar vagy számos személyiségzavar esetén nehezebb belátni, mi az ezen zavarok mögött álló diszfunkció, mely ezeket betegségentitásokká tenné. Így ezen kategóriák kapcsán ma is nagy a vita, hogy mennyiben betegségek ezek, s mennyiben pusztán a kívánatos viselkedés szabályaitól való eltérésnek tekinthetők ezek az állapotok.

Hasonló ellenvetés tehető például a DSM-ben szereplő számos egyéb kategória esetén is. Például a DSM-ben a specifikus fóbiák között szereplő repülési fóbia esetén nehéz belátni, hogy a repülőgépen történő utazásra való képtelenség miért tekinthető betegségnek. Ez ugyanis kétségtelenül egy nemkívánatos jellemző, de tekinthető-e diszfunkciónak? Hiszen az evolúció „tervében" biztosan nem szerepelt, hogy az embernek képesnek kell lennie repülőgépen utazni, ez a lehetőség technikailag kb. 100 éve létezik, míg az evolúció „terve" sok százezer évvel ezelőtti körülményekre íródott. Hasonló ellenvetés tehető például a DSM-ben szereplő tanulási zavarok nagy részénél. Mivel írás, olvasás az emberi kultúrában csak mintegy 5000 éve létezik, az evolúció tervében bizonyosan nem szerepelhetett az erre való képesség. Az erre való képesség erősen csökkent volta tehát nemkívánatos, de aligha diszfunkció. A „betegség= káros diszfunkció" betegségdefiníció tehát nem tudja megmagyarázni, hogy hogyan tekinthető betegségnek az, ami valószínűleg nem diszfunkció. Ebből két következtetés adódhat. Az egyik az, hogy a fenti példákban szereplő állapotok nem tekinthetők valódi betegségeknek, legfeljebb csak olyan nemkívánatos állapotoknak, melyeket a társadalom—a mai medikalizációs tendenciának megfelelően—betegségnek tekint. A másik elméleti lehetőség, hogy ez a betegségdefiníció sem teljes, nem tudja leírni

azt, ahogyan a társadalom a betegség fogalmát használja, s ezért egy jobb betegségdefiníció megalkotására lenne szükség.
Ezt a kérdést alaposabban majd a medikalizáció kérdésköre kapcsán vizsgálhatjuk meg.

Evolúciós pszichiátria, evolúciós pszichopatológia

Az evolúciós pszichológia szerepe a mentális funkció meghatározásában

Ha a mentális zavar káros diszfunkció, vagyis a mentális működés káros eltérése attól, ami a faj „tervében" szerepel, akkor a következő kérdés természetesen az, hogy mi szerepel a faj tervében, vagyis milyen a normális mentális működés.
Az evolúciós szemléletű pszichológia és pszichopatológia abból indul ki, hogy az ember nemcsak szomatikusan, hanem mentális működés tekintetében is a darwini természetes szelekció terméke: mentális jellemzőink alapvetően az alkalmazkodást szolgálták abban az ősi környezetben, melyben az emberi evolúció 99%-a végbement. Mai környezetünk radikálisan eltér ettől az ősi környezettől, s mivel mi az ősi környezethez adaptálódtunk, ezért jelenlegi környezetünkhöz többé-kevésbé mindannyian maladaptáltak vagyunk. Evolúciós nézőpontból tekintve számos ma patológiásnak tekintett mentális jelenség rejtett formában mégis adaptív (s így nem is patológiás), vagy az ősi környezetben volt adaptív, s mai maladaptivitása a modern, „természetellenes" környezet eredménye, s így sok esetben nem is velünk, hanem környezetünkkel van a baj: más környezetben élünk, mint amilyenhez adaptálódtunk, vagyis nem is mi vagyunk mentálisan betegek, hanem mai környezetünk nem az ember pszichológiai igényei szerint megalkotott. Erre csak egyetlen példát felhozva: az ősi környezetben az ember kb. 50 fős csoportokban élt, melynek tagjai egyben egymás közelebbi-távolabbi vérrokonai is voltak. Ilyen kis csoportban viszonylag könnyű elérni, hogy valaki valamiben a legjobb legyen, ami a csoportban számára megbecsült helyet biztosít. Az egyik ember a leggyorsabb, a másik a legszebb, stb. A mai tömegkommunikáció korában azonban az ember vonatkoztatási csoportja a vele egyidőben élő egész emberiség, ami ma kb. hatmilliárd ember. Ilyen nagy csoportban azonban már lehetetlen kitüntetett helyet szinte bármiben is elérni. Bármilyen vonatkozást is vizsgál valaki, a vele egyidőben élő hatmilliárd ember közül biztos lesz valaki, aki abban még jobb, mint ő, s a tömegkommunikáció révén ezt gyorsan meg is lehet tudni. Így elvész a különlegesség tudata, az illető lejjebb állónak érzi magát a hierarchiában, mint amilyennek egy kisebb csoportban érezné. Mindez növelheti a helyzetünkkel való elégedetlenség, s a depressziók számát, s ez lehet az egyik magyarázata a depresszió soha nem tapasztalt magas szintjének a mai fejlett társadalmakban .[60]
Az ember tehát, mivel nem az ősi környezetben él, viszont ahhoz tekinthető adaptálódottnak, ezért jelenlegi környezetéhez maladaptált. Úgy is mondhatnánk, hogy az ember háziasította saját magát, s egyfajta saját maga alkotta állatkertben él, mely az ősi környezethez képest kényelmes és biztonságos ugyan, nem teszi lehetővé azonban a faj természetes körülmények között tapasztalható teljes viselkedési repertoárját, s így a természetes körülmények között tapasztalható pszichés kielégülést, boldogságot sem.[61]

Az evolúciós pszichiátria a ma széles körben elfogadott biopszichoszociális modellt egy fontos elemmel, az evolúciós szemlélettel egészíti ki, mely sokféle pszichopatológiai jelenségnek újfajta jelentést ad, s így a mentális működés mélyebb megértését teszi lehetővé. Míg a mai biológiai pszichiátria az egyes mentális zavaroknak csak a pathomechanizmusát vizsgálja (pl. hogyan, milyen biokémiai mechanizmusokkal jön létre a depresszió), addig az evolúciós megközelítés az etiológiára, az okra kérdez rá.[62] Ez azért tűnik nélkülözhetetlennek, mert mivel számos pszichiátriai tünet voltaképpen indokolatlan, de normális védekező reakciónak tekinthető, ezért a mögötte álló biokémiai folyamatok is valószínűleg normálisak. Például egy pánikbeteg pánikrohama elvben nem különbözik attól a pániktól, melyet egy kiszabadult ragadozó közelünkben való megpillantásakor éreznénk. Nem a pánik lefolyása teszi tehát azt abnormálissá, hanem az, hogy a pánikbeteg pánikrohama veszélytelen szituációban alakul ki. A veszélytelen szituációban kialakuló patológiás pánik biokémiailag azonban ugyanúgy folyik le, mint a veszélyes szituációban kialakuló normális pánik, maga a pánikreakció mindkettőben típusos, s a pánikroham gyógyszeres megakadályozása a normális (s így adaptív) pánikreakciót is csökkenti.[63]
A pszichopatológia evolúciós megközelítése némiképp hasonlít a pszichoanalízishez. Míg utóbbi a feltételezett tudattalan érzések felszínre hozásában segített, az evolúciós pszichopatológia célja a tudattalan, az evolúció által kialakított viselkedési stratégiák feltárása és így tudatossá tétele.[64]
Mivel az evolúciós pszichiátria számos állítása fontos következményekkel jár a mentális betegségek definíciójával, s ennek értékterheltségével kapcsolatban, ezért érdemes megvizsgálni az evolúciós pszichiátria néhány fontosabb hipotézisét.

A pszichiátria zavarokra hajlamosító gének nagy gyakoriságának problémája

A legtöbb mentális zavarnak genetikai komponense is van, vagyis létezik esetükben valamiféle genetikai hajlam. Elfogadott ma továbbá sok mentális betegség esetén az un. spektrum hipotézis. Eszerint, ha egy mentális zavarra hajlamosító gének csak kisebb számban vannak jelen, akkor a zavar enyhébb, esetleg szubklinikus formája fejlődik csak ki, vagy esetleg a csekélyebb genetikai „terheltség” betegségnek nem is minősülő, csak az átlagtól eltérő, szokatlan tulajdonságok megjelenését eredményezi. Például a szkizofréniás spektrum azt jelenti, hogy kis számú ilyen gén jelenléte esetén csak egy nagyon introvertált, hideg, visszafogott személyiség fejlődik ki, a gének nagyobb száma esetén szkizoid vagy szkizotip személyiségzavar, míg kellő mennyiségű genetikai hajlam és környezeti feltételek együttes fennállása esetén szkizofrénia. A probléma azonban az, hogy a mentális zavarra hajlamosító gének túl gyakoriak az emberi populációban ahhoz, hogy csak hátrányosnak lennének tekinthetők. Az előnyt nem hordozó géneket az evolúció kiszelektálja, s csak a spontán mutáció jelenti e gének „utánpótlását”, mely a mutációs ráta alapján csak nagyon kicsi gyakoriságot jelent. Ha a mutációs ráta gyakoriságát egy géngyakoriság meghaladja, akkor az általa determinált tulajdonság valamilyen módon adaptívnak tekinthető. Ma általában a 0.01%-os géngyakoriságot tekintik határnak. Ha tehát egy populációban egy gén gyakorisága 0.01%-nál nagyobb, akkor feltételezhető, hogy az illető gén valamilyen formában hordozója

számára szelekciós előnyt biztosít.[65] Számos pszichiátriai zavar gyakorisága (s következésképpen az ezekre hajlamosító gének gyakorisága) messze meghaladja a fenti értéket. Például a bipoláris zavar gyakorisága kb. 1000-szer nagyobb, mint amilyen számítások szerint akkor lenne, ha génjei csak hátrányt jelentenének, s így a szelekció folyamatosan kiszelektálná azokat.[66] Hasonló ez a sarlósejtes vérszegénységhez, melynek génje heterozigóta formában malária endémiás területeken szelekciós előnyt jelent, mert hordozóját védi a malária ellen, s csak homozigóta formában jelent manifeszt betegséget és egyértelmű hátrányt. A mentális zavarokra hajlamosító géneknek a spontán mutációs rátánál várhatónál sokkal nagyobb gyakorisága tehát arra utal, hogy ezek adaptív tulajdonságokat kódolnak, melyek csak nagy „genetikai terheltség" esetén válnak maladaptívvá, s így a valódi mentális zavarok adaptív tulajdonságok túlzott megjelenési formáinak tekinthetők. Ez sokszor fenotipikusan is jól látható. A kényszerbetegség például maladaptív, de a valószínűleg jóval kisebb „genetikai terheltséget" jelentő precíz, pontos, aprólékos munkára való képesség adaptív. A bipoláris zavar maladaptív, de ennek a betegségnek a kreatív tudósok, művészek között a várhatónál messze magasabbnak talált aránya azt sugallja, hogy a kreatív gondolkodás elősegítőjeként ezen gének hasznosak is lehetnek.
Ma úgy tűnik, hogy valamiféle rejtett szelekciós előnyt lehet kimutatni a következő zavarokra hajlamosító géneknél: antiszociális személyiségzavar és bizonyos más személyiségzavarok, depresszió, obszesszív-kompulzív zavar, bizonyos dyslexiák, bizonyos szerabuzusok.[67] Ezek alapján úgy tűnik, hogy számos pszichopatológiai jelenség az emberi evolúció ősi környezetében nem számított betegségnek, sőt, a mai betegek számíthattak a faj legalkalmazkodóképesebb tagjainak. Az evolúciós szemlélet tehát számos pszichopatológiai jelenséget kiszabadíthat az egyoldalúan negatív megítélés alól, mely egyben segíthet ezen betegek destigmatizálásában is, hiszen a betegségük okozta szenvedés jelentős része a velük szembeni előítéletből és stigmatizációból származik.[68]

A pszichiátriai zavar tünetei

Sok pszichiátriainak tekintett tünet valójában maga nem betegség, hanem inkább adaptív normális védekező reakciónak tekinthető, ahogyan a szomatikus medicinában is a láz, köhögés, hasmenés, hányás önmagában adaptív védekező reakciók, melyek hátterében állhat betegség, de melyek maguk inkább a betegség megszüntetésének irányába hatnak. A köhögés például segít távozni a hörgőkben felszaporodott váladékot, a hányás-hasmenés a mérgező gyomor- vagy béltartalom kiürülését, a láz kedvezőtlen a baktériumok szaporodásához, s segít azok elpusztításában stb. Így ezen tünetek csillapítása ugyan elfogadott, ha azok extrém intenzitásúak, megszüntetésük azonban inkább káros, mint hasznos, hiszen a betegség kiterjedéséhez járulhat hozzá.[69]
A pszichiátriai tünetek egy jelentős része is ily módon adaptív védekező reakciónak tekinthető. A kellemetlen érzelmek például hasonlítanak a hányáshoz vagy a fájdalomhoz: segítik a potenciálisan károsító környezeti hatások elkerülését. Így a szorongás segít a potenciális veszélyt elkerülni, a pánik adaptív a tényleges veszély elől való menekülésnél, a szomorúság csökkenti az aktivitást, megállásra,

gondolkodásra késztet, és mérsékli a további veszteséget, segít abban, hogy feladjuk elérhetetlen céljainkat, melyek elérésébe túl sok energiát fektettünk bele, stb.[70] Az öröm ezzel szemben energiát ad, s segít kihasználni a kínálkozó kedvező lehetőségeket. A szorongás ugyan kellemetlen, s túlzott szorongás esetén sokan fordulnak pszichiáterhez, de a szorongás hiánya is betegség (hipofóbia), noha ez a klasszikus pszichiátriai tankönyvekben nem szerepel, mert az ilyen emberek nem a pszichiátriára kerülnek, hanem inkább a traumatológiára.[71]

Az önbecsülés

Majmokon végzett kísérletek tanúsága szerint, ha egy hierarchiában élő domináns állat a behódolás jelét észleli a hierarchiában nála alacsonyabban álló állat részéről, akkor ez vérében emeli a szerotonin szintet, míg a dominancia jelét érzékelve a szubdomináns állat corticosteroid szintje emelkedik egyfajta készenléti-reakcióként. A hierarchiában legmagasabban álló hímnek (az alfa hímnek) a serotonin szintje kétszerese volt a csoportban levő többi hím szerotonin szintjéhez képest. Ha az alfa hím elvesztette domináns szerepét, magas szerotonin szintje rögtön csökkent, kevesebbet evett, s úgy viselkedett, mint egy depressziós ember. SSRI-típusú antidepresszáns adagolásával, mely a serotonin szintet emeli, ezt a reakciót ki lehetett védeni. Érdekes módon, ha a csoportból eltávolították az alfa hímet, s egy random módon kiválasztott hímnek emelték meg a szerotonin szintjét SSRI-vel, ő lett a csoportban az új alfa hím. Ezek a vizsgálatok tehát azt sugallják, hogy a szerotonin szint (s ezzel a hangulat) a csoporthierarchiában elfoglalt hely függvénye, s annak természetes következménye.[72]
Ez feltehetően emberben is így van. A dicséret, mások szeretetének, megbecsülésének, tiszteletének az érzékelése emeli önbecsülésünket, míg alávetettségünk, kiszolgáltatottságunk érzékelése csökkenti azt. Ezek a reakciók stabilizálják a csoport hierarchiáját, minimalizálják a csoporton belüli agressziót, hiszen annak minden tagja tudja, „hol a helye", s nem kezd kilátástalan küzdelmet a hierarchia megváltoztatására.[73] Ilyen módon ezek a hangulati változások adaptívak, ugyanakkor kellemetlenek, s morális érzésünket is sértik, hiszen ma úgy gondoljuk, hogy egy társadalomban bármilyen helyet is foglal el valaki, egyaránt joga van a boldogságra. Az evolúció azonban láthatóan nem így „alkotta" meg az embert, a hierarchia alján lenni fájdalmas, s ennek természetes hangulati következménye a szomorúság, esetleg depresszió. Ez hosszú távon adaptív, rövid távon azonban kellemetlen, s könnyű ezért--csak a rövid távú hasznot szem előtt tartva—tévútra tévedni. Komoly próbálkozások történtek például a pedagógiában—főképpen az USA-ban--arra, hogy a diák önbecsülését objektív teljesítményétől függetlenné tegyék. A mozgalom filozófiája az volt, hogy az önbizalom kezdeti növelése később a teljesítményt is növelni fogja. Az eredmény azonban nem ez lett. Az 1970-es évektől kezdődően az USA-ban egy 20 éves időintervallum alatt az egyes tárgyakból nyújtott iskolai teljesítményt objektíven mérő SAT-pontszámok átlagosan 35 ponttal csökkentek, miközben a jó (B) vagy kiváló (A) osztályzatot kapó diákok száma 28%-ról 83%-ra nőtt a tanárok engedékenyebb--az önbecsülés növelését az objektivitásnál fontosabb célnak tartó--nevelési filozófiája eredményeképpen.[74] Egy 1989-es—nyolc ország diákjainak matematika tudását összehasonlító--nemzetközi felmérés tanúsága szerint az USA diákok matematika kompetencia szintje volt

összességében a legalacsonyabb, míg a koreai diákoké a legmagasabb. Paradox módon azonban arra a kérdésre, hogy ki mit gondol saját matematika-tudásáról, a válaszok éppen a fordított eredményt adták: a koreai diákok voltak a legelégedetlenebbek a tudásukkal, míg az USA diákok a legelégedettebbek.[75] A valóságos teljesítménytől függetlenedett nagy önbizalom komoly hátránya tehát, hogy akadályozza a fejlődést, mert megszünteti annak motivációját: a valóságos teljesítmény megismerését és az öntökéletesítés iránti vágyat. Aki teljesítményéről sokáig nem kap igazi visszajelzést, hanem mindig csak dicséretet, s ezért azt gondolja, hogy mindig tökéletesen teljesít, s ennek megfelelően nagy lesz az önbizalma, az hosszú távon alkalmatlan lesz bármiféle fejlődésre, s a teljesítményét előbb-utóbb mégis csak visszajelző kompetitív társadalmi valóságot sem lesz képes elfogadni. A ma divatos „pozitív gondolkodás", mely szerint a kudarc mint olyan nem létezik, azért veszélyes, mert egyfajta agymosásként működhet: az ezt elsajátító szélsőséges esetben képtelenné válhat az őt körülvevő realitás tárgyilagos felmérésére, s a cselekvés sikere valószínűségének a felbecsülésére.[76] A realitásokat tudomásul nem vevő ember, aki azt hiszi, hogy számára minden lehetséges, hosszú távon csalódásra, kiábrándulásra ítéltetett, s mentális egészsége nem nőni, hanem csökkenni fog.

A depresszió

Az evolúciós pszichiátriai magyarázat szerint az emberi depresszió bizonyos formái reakciónak tekinthetők a társas hierarchiában való lecsúszásra. A depresszió így egyfajta akaratlan behódolás, mely a lecsúszottal akarata ellenére is elfogadtatja alárendelt helyzetét és így megakadályozza az értelmetlen és reménytelen küzdelmet az erősebbel szemben az elvesztett pozíció visszaszerzésére. Ezzel szemben a mánia reakció a hierarchiában való felemelkedésre, a domináns helyzetre, mely hangulati állapot lehetővé teszi, hogy az illető kihasználja kedvező helyzetét, s annyi előnyt csikarjon ki magának, amennyit lehet. Így mindkettő alapvetően adaptív válasz egy helyzetre. A mánia a csodáltság, a mások általi tisztelet szubjektív (és akaratlan) leképeződése, míg a depresszió az alávetettségé és a nem-szeretettségé.[77] A mánia tehát a nyerés akaratlan, „ritualizált" formája, a depresszió pedig a vesztésé. A mániás hangulat adaptív értelme a státusz-nyereség megőrzése, a depresszióé pedig a további kár mérséklése.[78] Utóbbi érzés szubjektíve kellemetlen, viszont hasznos, mert a túlélést segíti. Az evolúció pedig nem az egyén kényelmével „törődik", hanem az ő (vagy génjei) túlélésével. A depresszió eme formája (melyet vertikális depressziónak is neveznek, hiszen evolúciósan a hierarchiaharcok vesztesének adaptív érzelmi reakciója) inkább a férfiakra jellemző, míg nőkre inkább a fontos kapcsolatok elvesztése miatt érzett horizontális depresszió. [79] (Noha utóbbit is lehet a rangsorban való lecsúszásként értelmezni, hiszen hagyományos társadalmakban a nő „rangját" erősen befolyásolja, hogy van-e férje, gyerekei, stb., vagyis horizontális kapcsolatai egyben a rangsorban elfoglalt helyét is kijelölik.)
Agyi elektromos stimulációval végzett vizsgálatok kimutatták, hogy bizonyos agyterületek (a bal oldali substantia nigra középső része) mesterséges ingerlése a teljes depressziós tünetcsoport előzmény nélküli és azonnali megjelenését eredményezi, mely tünetek az ingerlés megszűnésével azonnal oldódnak. Mindez

arra utal, hogy az agyban „huzalozva” van a „depressziós program”, mely annak feltehető adaptív értékére utal.[80]
A depresszió tehát lehet funkcionális, s önmagában nem utal betegségre az, ha egy állapot egy korábbihoz képest a funkcionálás alacsonyabb szintjét jelenti. Az alvás vagy a hibernáció az ébrenléthez képest csökkent funkcionálást jelent, de nem patológiás.[81] Ilyen értelemben a depresszió funkciója a társas versengés során keletkező vereségek elviseltetése, az, hogy elfogadja valaki azt a csökkent státuszt a hierarchiában, melyet egyébként elfogadhatatlanul alacsonynak tartana. Ennek alapján a depresszió lehet egy válasz a státusz csökkenésére (ez a depressziós epizód), de lehet egy adekvát hangulati leképeződése a tartósan alacsony társadalmi státusznak (depresszív személyiségtípus). Így a depresszió a szociális küzdelmek nyomán fellépő vereség ritualizált formája, mely egyben jelzés a nyertesnek a további támadás abbahagyására, a vesztest pedig megkíméli a további vereségtől és károsodástól. [82] Embernél természetesen a hierarchiaharcok nem tényleges fizikai küzdelem formájában történnek, hanem úgy, hogy valaki igyekszik mások szimpátiáját maga felé fordítani, igyekszik több támogatót szerezni. A hierarchiaharcok fő eszköze embernél nem mások megfélemlítése, hanem a támogatók megnyerése.[83]
A depresszió tehát egyfajta pszichológiai hibernáció. Ahogyan állatoknál a hibernáció segít az állat számára, hogy átvészelje a kedvezőtlen időjárási viszonyokat, a depresszió segít a kedvezőtlen társadalmi körülmények pszichológiai elviselésében. [84]
Természetesen a depresszió lehet túl súlyos és ezért maladaptív is. Becslések szerint az enyhe-közepes depressziók kb. fele tekinthető adaptív reakciónak a külső körülményekre, s ezek általában szakember segítsége nélkül is megszűnnek.[85]

Az antiszociális és a hisztrionikus személyiségzavar

Az antiszociális személyiségzavar férfiaknál (melynek női ekvivalense a hisztrionikus személyiségzavar) bizonyos értelemben mások hatékony becsapására való biológiai prediszponáltság, mely evolúciós értelemben bizonyos esetekben a „potyautas” (csaló), mást kihasználni igyekvő evolúciós stratégiának feleltethető meg. Erre a személyiségzavarra jellemző, hogy vonzóan, sokszor elbűvölően tudnak viselkedni, valójában azonban ez manipuláció, s a viselkedés célja mások becsapása és kihasználása, melynél e személyiségzavarban szenvedő nem érez bűntudatot. Alapvetően felelőtlen, megbízhatatlan és impulzív viselkedés a jellemző e személyiségzavarra.[86]
A „potyautas” (csaló) stratégia játékelméleti fogalom, s a „fogoly dilemmája” típusú helyzetekben „játszó” párok stratégiáját hivatott jelölni. A „játékos” pár akkor tudja összesített hasznát maximalizálni, ha kooperál (betartja a szabályokat), de ha az egyik kooperál, a másik azonban csak színleli azt (ő a csaló, a potyautas), akkor a csaló gyors és nagy haszonhoz jut. Zárt közösségekben, ahol a párok ismételten és gyakran „játszanak” együtt, a csaló gyorsan lelepleződik, s hátrányba kerül, így itt a proszociális viselkedés az adaptív. Nyitottabb és mobilisabb közösségekben azonban, ahol ugyanazon pár között a játék nem ismétlődik, s a csaló gyorsan továbbállhat, a csaló (antiszociális) stratégia evolúciós értelemben kifizetődő lehet, s így ez ezen gének elszaporodásának kedvez. Az evolúciós hipotézis szerint az

emberek egy kis százalékára jellemző lehet a genetikailag determinált antiszociális stratégia. Ők a primer szociopátiában szenvedők (magányos, agresszív, csoporthoz nem illeszkedők). Egy jóval nagyobb százaléknál pedig csak a hajlam van meg a csaló stratégia alkalmazására, s a körülmények döntik el, hogy melyik stratégia a kedvezőbb, s így az illető melyiket alkalmazza, az antiszociális vagy a proszociális stratégiát. Ők a szekunder szociopaták (csoporthoz illeszkedők, pl. bandatagok, stb.). [87] Így a primer szociopátia nagyrészt genetikailag determinált lenne, egyfajta evolúciós stratégia, míg a szekunder szociopátia sokkal erősebben környezet- és nevelés függő.[88]

Evolúciós értelemben tehát e két személyiségzavar egy sajátos (noha morálisan ellenszenves) adaptív stratégia lehet. A férfi antiszociális személyiségzavar adaptív értékét (ősi környezetben) az adja, hogy az ilyen férfi képes olyan társadalmi státuszt, s a nő iránti elkötelezettséget mutatni (a szélhámos típusa), mely valójában nem létezik, viszont így lehetővé válik az utódnemzés a számára. A hisztrionikus személyiségzavar női evolúciós stratégiája ezzel szemben az, hogy túlzottnak láttatja a férfitől való függését, a tehetetlenségét és sérülékenységét, s így „rá tuja bírni" őt arra, hogy több figyelmet, energiát, erőforrást kapjon tőle, mint amit egyébként kapna.[89]

Ha a primer szociopátia egyfajta genetikailag determinált evolúciós stratégia, akkor ennek fontos következménye, hogy ilyen emberek mindig lesznek a társadalomban. Fontos lenne tehát olyan körülményeket, „szerepeket", lehetőségeket teremteni, ahol ezek az emberek ki tudnák élni sajátos személyiségüket anélkül, hogy a társadalomnak ezzel kárt okoznának. Mintegy sajátos „niche"-t kellene teremteni a számukra. Mealey szerint pl. ezen emberek normál intellektusa, de emocionális deficitje, inger- és kockázatkereső viselkedése különösen alkalmassá tehetné őket bizonyos feladatok ellátásra (pl. felfedező, autóversenyző, kincskereső, stb.[90]) További tanulság, hogy ha ez a személyiségzavar egyfajta evolúciós stratégiának tekinthető, vagyis a „faj tervének" megfelel, akkor—bármennyire ekkenszenves is ez a személyiségtípus morális szempontból--nem tekinthető diszfunkciónak, s ezáltal betegségnek.

Szorongásos zavarok

Számos mai specifikus fóbia eltúlzott félelem egy helyzettől, természeti jelenségtől, állattól, mely az ősi környezetben valódi veszélyt jelentett (kígyó, pók, mélység, bezártság, tömeg, villámlás, stb.) Érdekes módon a mai világ valódi veszélyeire úgyszólván sohasem fejlődik ki hasonló fóbia, mutatva, hogy a fóbiákat az evolúció erői hozták létre, s a modern veszélyek evolúciósan annyira újak, hogy nem volt idő rá, hogy ezekkel kapcsolatban is kialakulhasson a fóbiás szorongás. Így nem félünk az autótól vagy az elektromos áramtól, de félünk a kígyótól vagy a póktól, noha ma nagyságrendekkel több ember hal meg autóbaleset vagy áramütés következtében egy modern társadalomban, mint kígyómarás vagy pókcsípés miatt. Az evolúció „segít" a szülőknek, hogy megtanítsák félni gyereküket az idegenektől (az idegenek ugyanis valódi veszélyt jelentettek a kisgyerekekre az ősi környezetben), míg sokkal nehezebb megtanítani a gyereket arra, hogy óvatosan bánjon a műanyagzsákokkal (fulladás), a késsel, vagy a villanykapcsolóval, hiszen ezek a veszélyek evolúciósan újak. [91] Úgy is mondhatjuk, hogy a modern világ valódi veszélyeire valamennyien

maladaptív módon hipofóbiásak vagyunk, noha nem keresünk emiatt pszichiátriai kezelést, mely ésszerűtlenül kis félelmünket segítene megnövelni (pl. a telített zsírsavak fogyasztásától, a lőfegyverektől, vagy a gyorshajtástól)[92]
Az agorafóbia eltúlzott formája a saját territórium elhagyása ősi és adaptív félelmének. A territórium elhagyásának félelme olyan elterjedt állatoknál, hogy inkább az szorul magyarázatra, hogy egy faj tagjai szorongás nélkül képesek elhagyni territóriumukat, mint az, hogy nem.[93]

A szkizofrénia-spektrum

A szkizofrénia spektrumba tartozó személyek sajátos, a többiektől jelentősen eltérő módon észlelik a világot. A fenomenológusok szerint az ilyen személyek jellemzője, hogy a mindennapi élethelyzetekben is képesek a fenomenológia által híressé és megkövetelté tett észlelési módra: a fenomenológiai redukcióra (épochè), melynek során nem a tudattartalmakat vizsgáljuk, hanem azt a folyamatot, ahogyan azok létrejöttek. [94] Míg az átlagos személy a fenomenológiai redukcióra csak különös erőfeszítéssel, s ritka alkalmakkal képes, s akkor sem tökéletesen, addig a szkizofrén betegek képessége az épochéra sokkal nagyobb. Képesek rá, hogy a köznapi tapasztalatot mintegy „zárójelbe" tegyék, s olyannak lássák a valóságot, ahogyan az jelentkezik a tudat számára, illetve lássák, hogyan konstruálja meg a tudat aktív módon a valóság bizonyos elemeit.[95] Ez a manifeszt szkizofréniára hajlamosító hátrány azonban előny is lehet. Stevens és Price hipotézise szerint a szkizofrénia spektrum (szkizofrénia, szkizoid és szkizotip, borderline és paranoid személyiségzavar) génjei az ősi környezetben a csoportok szétválását tették lehetővé, s így az emberi evolúció fontos hajtóerői voltak. A csoportok ugyanis—egy bizonyos nagyság elérése után—nem életképesek többé, s így szükség van a túl nagy csoport szétválására, melynek eredményeként a létrejött—kisebb létszámú—utódcsoportok önálló csoportéletet kezdenek. A csoportok szétválásához azonban az kell, hogy karizmatikus személyek messianisztikus hittel olyan eszméket hirdessenek, melyeket a csoport egyik fele szenvedélyesen elfogad, s hirdetőjét vakon követi, míg a csoport másik részét ez hidegen hagyja. Ezek a hirdetett eszmék lehetnek abszurdak, képtelenek is, a funkciójuk az, hogy kettéválasszák a csoportot, s lehetővé tegyék azok elkülönült fejlődését. Fontos, hogy az új eszmét hirdető karizmatikus személy tántoríthatatlanul, vakon, minden nehézséggel dacolva, s a többieket magával ragadó erővel higgyen a tanításában (a téveseszmékre is az jellemző, hogy megingathatatlan, cáfolhatatlan az azt valló számára.) (Érdekes módon a modern pszichopatológiában ismét előtérbe kezd kerülni a téveseszme definiálása kapcsán az a—már Jaspersnél a XX. század elején megjelenő felfogás-- miszerint nem a tartalom hamissága a téveseszme legfontosabb megkülönböztető jegye, hanem egy meggyőződés, hit megingathatatlansága, korrigálhatatlansága. Eszerint tehát még egy igaz hiedelem is lehet téveseszme, ha azt nem a bizonyítékok, hanem a megingathatatlan, bármely bizonyítékkal dacoló fanatikus meggyőződés hozta létre. Eszerint a felfogás szerint bármely hiedelemben való meggyőződés ereje a bizonytalanság—bizonyosság kontinuum valamely pontján helyezkedik el, s minél nagyobb a meggyőződés ereje, bizonyossága, minél ellenállhatatlanabbul sodorja a személyiséget és annak cselekedeteit az általa meghatározott irányba, annál nagyobb a valószínűsége,

hogy téveseszméről van szó. A téveseszmét így nem elsősorban a tartalom, hanem a benne való hit intenzitása jellemzi. A hit erőssége az, ami patológiás, s nem elsősorban annak tartalma.[96]) Az ilyen karizmatikus személyekre az eszméikben való tántoríthatatlan hit mellett jellemző a furcsa beszéd, a szokatlan nyelvhasználat, a hirtelen hangulatváltások, s a személyiség hipnotikus ereje. Az ilyen személy gyakran vallási próféta vagy isteni felhatalmazással rendelkező kiválasztottként jelenik meg, aki csak egyfajta közvetítőnek érzi magát, akin keresztül az istenség vagy a sors kinyilvánítja akaratát. Az ilyen pszichózist súroló vagy egyenesen pszichotikus élmények gyakoriak a messianisztikus hittel rendelkező, prófétai elhivatottságot érző személyeknél, de van, aki az ősi társadalmak sámánjait is szkizofréniában szenvedőknek tekinti, akik azonban—a társadalomban elfoglalt megbecsült helyükből eredően—pszichológiailag egyensúlyban tudtak maradni.[97] A legfeltűnőbb sajátossága az ilyen személyeknek, hogy képtelenek elfogadni a csoport korábbi, hagyományos eszméit, szokásait, újakat hirdetnek, s ha kellő támogatásra találnak, s vezető pozícióba kerülnek, képesek ellentétet szítani a csoporton belül, mely a csoport tagjainak egy részét nem is csoporttagoknak, hanem egy ellenséges csoport képviselőinek tekinti, aki behatolt a saját csoportba. Az ilyen személyek—ha a környezet nem megfelelő—visszahúzódóak, hiszen tudatában vannak másoktól való különbözőségüknek, s izoláltságuk mentális dekompenzációhoz vezethet. Kedvező körülmények között azonban vezetővé válva s a többiek csodálatát élvezve pszichológiailag egyensúlyba kerülhetnek.[98] Ilyen személyek—független gondolkodásuk révén--nagy szerepet játszhattak az ősi környezetben a csoport szétválásában, s később a forradalmakban, új tudományos elméletek, új művészi stílus kialakításában, stb. Az így kialakult vezető helyzet pedig kellő reproduktív előnyt jelenthetett a gént hordozó számára ahhoz, hogy a szkizofrénia spektrum génjei nagy gyakorisággal fennmaradjanak a populációban. A manifeszt szkizofréniában szenvedő ember tehát szélső variánsa a túl nagy „genetikai terheltség" vagy a kedvezőtlen körülmények miatt azoknak a tulajdonságoknak, melyek enyhébb formában vagy bizonyos történelmi körülmények között komoly előnyt jelentenek a csoportnak, s a gént hordozó személynek is. Van, aki úgy fogalmaz, hogy az egész emberi civilizáció az újítóknak, forradalmároknak, nagy vallás- és államalapítóknak köszönhető, mely a szkizofrénia spektrumba tartozó személyek nélkül elképzelhetetlen lett volna.[99]

Pszichiátriai betegség és kreativitás

A fentiek felvetik azt a kérdést, hogy milyen kapcsolat van általában a pszichiátriai betegségre való hajlam, vagy esetleg a manifeszt pszichiátriai betegség, s a kreativitás között. S ez nemcsak a szkizofrénia spektrumba tartozó betegségeknél merül fel. Kay Jamison például összefüggést lát a művészi kreativitás, s a bipoláris zavar között, úgy látva, hogy e két kategória jelentős mértékben átfedi egymást.[100] Az enyhe mániában megfigyelhető hangulat-, gondolkodás- és érzékelés változás (nyugtalanság, az érzelmek túlcsordulása, közlékenység, ingerlékenység, felgyorsult, érzékeny észlelés, intenzív érzelmek, divergens gondolkodás, gyors asszociációk) egyben a kreatív gondolkodásra is jellemzőek.[101] Másfelől a mély depresszió alapvetően megváltoztathatja az egyén elvárásait és hiedelmeit az élet értelmével, és az emberi természettel kapcsolatban.[102] A depressziós másképpen

látja a világot, hangsúlyozza az emberi élet múló, tovatűnő jellegét, azt, hogy minden elmúlik egyszer, s végül mindennek a halál a vége, s azt, hogy az ember milyen csekély szerepet tölthet be az univerzum történetében.[103] A nagy művészi alkotások sokszor az emberi természet sötétebb oldalát tárják elénk, de fontos igazságokat közölnek, ezért csodáljuk őket. [104]
A bipoláris zavar és a művészi kreativitás tehát Jamison szerint ok-okozati kapcsolatban állnak egymással. Nagyon sok művész is úgy gondolja, hogy az érzelmi zűrzavar, a szenvedés, az extrém érzelmi tapasztalatok fontos forrásai művészi alkotóképességüknek. Ezért attól félnek, hogy a pszichiátriai kezelés éppen kreativitásuktól fosztaná meg őket: újból normális, egészséges, alkalmazkodó, ellaposodott, vértelen lelkek lennének, akik nem lennének motiváltak az írásra, a festésre vagy a zeneszerzésre.[105] Jól ismert Richard Wagner megjegyzése: “Ha boldog lettem volna, egyetlen kottafejet sem írtam volna le.” Más vizsgálatok is megerősítették a kreativitás és bizonyos pszichopatológiai jellemzők közötti szoros kapcsolatot.[106]
Az affektív betegségeket természetesen nem szabad romantikus színben feltüntetnünk, hiszen rengeteg emberi szenvedés okozói, s végső esetben sokszor tragédiába, öngyilkosságba torkollanak. Ugyanakkor a nagy kérdés megmarad: nem csökkenti-e a pszichiátriai kezelés az ilyen művészbetegek kreativitását?[107] Úgy tűnik, hogy a bipoláris zavar--noha az érintett egyénnek sok szenvedést okoz--a társadalomnak sok szempontból előnyös, hiszen az abban szenvedők egy része-- a nagyobb képzelőerő, s az ebből fakadó esetleges nagyobb művészi, tudományos, üzleti, vallási, politikai stb. kreativitás révén nagy hasznot hajt a társadalomnak.[108] Így a bipoláris zavar kulturálisan előnyös is lehet a társadalom számára. Ez azt az etikai problémát is felveti, hogy ma, amikor a génterápia elvi lehetőségből egyre inkább gyakorlatilag is megvalósítható eljárássá válik, módosítani kellene-e azt az embriót, akinél preimplantációs diagnosztikával bipoláris zavarra való nagyobb hajlamot találnának? Jobb lesz az egyénnek, ha kisebb kreativitású, de normális személy, mint ha esetleg nagyobb kreativitású, de sokkal többet szenvedő, enyhe bipoláris zavarban szenvedő beteg lesz?[109] A társadalomnak, mint egésznek ilyen emberek léte előnyös, az egyénnek azonban--a fokozott szenvedés miatt--nem feltétlenül az. Ezért, ha az ezen hajlammal megszületetteket genetikailag nem módosítanánk, nem tennénk őket egészségessé, akkor érdekeiket feláldoznánk a társadalom érdekében. Arra kényszerítenénk őket, hogy--akár személyes boldogságuk árán is--áldozatot hozzanak a társadalomért. [110]
Gillett így fogalmazza meg a morális dilemmát a még meg nem született, bipoláris zavarral való fokozott hajlammal rendelkező embrióval való képzeletbeli beszélgetés formájában:[111]

“ Azt akarjuk, hogy életed így folytatódjék, mert--noha te ezt még nem tudod, s ezt nem is te választottad--valószínűleg hasznos leszel a számunkra. Az az ár, amit fizetned kell azért, hogy számunkra előnyös leszel, az, hogy egy olyan, kicsit szeszélyes lefolyású betegségben fogsz szenvedni, mely időről időre mentálisan beteggé tesz, s ez azt eredményezi, hogy újból és újból egy időre a sötét kétségbeesés és személyes szenvedés fog hatalmába keríteni. A betegség hajlamossá tesz majd arra, hogy hozzászokjál számodra káros kémiai szerekhez, s arra is, hogy esetleg önkezeddel vess véget az életednek azért, hogy elkerüld a

további szenvedéseket. Módosíthatnánk azokat a géneket benned, melyek ezt a betegséget okozzák, de--mivel lehetséges, hogy mindannyiunk számára előnyös lesz a betegséged-- úgy döntöttünk, hogy ezt nem tesszük. Nem kérjük beleegyezésedet ehhez a döntésünkhöz."

Az evolúciós szemlélet néhány tanulsága

Az evolúciós szemlélet szerint sok mentális zavar nem más mint egy ősi adaptív válasz, mely a mai környezetben valamilyen okból maladaptívvá vált.[112] Ennek fontos elméleti és terápiás következményei vannak. Egy mentális zavar kezelése során ugyanis mindig meg kellene vizsgálni, hogy annak tünetei nem adaptívak-e a beteg számára, mely esetben a tüneteket nem mérsékelni kellene, hanem elviselésükben a beteget támogatni, annak jelentését tisztázni.[113] A szomorúság, a lelki szenvedés ugyanis kellő motivációt jelenthetnek egy kedvezőtlen élethelyzet megváltoztatására, s ezek megszüntetése segít ugyan abban, hogy az illető változatlanul folytassa addigi életét, hosszú távon azonban ez lehet, hogy inkább hátrányos, mint előnyös a számára. Hasonló ez a fájdalomhoz, mely kellemetlen élmény, de motiváló is egyben pl. segítségkeresésre, a károsító ágens elkerülésére, s az ilyen fájdalom megszüntetése káros lehet. Az extrém szenvedés csillapítása természetesen kötelesség mind a szomatikus medicinában, mind a pszichiátriában. Minden kellemetlen, negatív érzelem megszüntetése azonban, noha erre is lehet igény, nem feltétlenül előnyös. Ezt a hagyományos pszichoterápia is jól tudta, mikor hangsúlyozta, hogy bizonyos mértékű „szenvedésnyomás" szükséges ahhoz, hogy a beteg változzon, s minden lelki szenvedés megszüntetése nem is áll a beteg érdekében.
Evolúciós szempontból mentális zavarnak az számít, mely csökkenti az egyén összesített rátermettségét. Azonban a környezettől is függ, hogy egy tulajdonság adaptív-e vagy sem. A depresszió például adaptív lehet támogató környezetben, a szkizoid személyiség pedig adaptív lehet az izolált körülmények között élőknél.[114]
A pszichopatológia evolúciós megközelítésének tehát fontos hozadéka, hogy segít meghatározni, hogy pontosan mit jelent a diszfunkció a pszichológiai működés vonatkozásában. S láttuk, hogy már az eddigi vizsgálatok is sokszor rendkívül szokatlan következtetésekkel járnak, hiszen például az enyhe és középsúlyos depressziót, a primer szociopatiát, a szkizofrénia spektrum enyhébb formáit ez a szemlélet nem tekinti diszfunkcionálisnak! Ha pedig elfogadjuk, hogy a pszichiátriai zavar káros diszfunkció, akkor tekinthetjük ugyan a fenti állapotok okozta viselkedési jellemzőket károsnak vagy ellenszenvesnek, de mivel nem jelentenek diszfunkciót, nem tekinthetők betegségnek! Látható tehát, hogy annak meghatározása, hogy mi diszfunkció és mi nem az, s hogy az egyes pszichológiai működéseknek mi a funkciója ma távolról sem megoldott kérdés, amiből az következik, hogy a pszichiátriai zavarok klasszifikációjával kapcsolatos bizonytalanságok nemcsak a pszichiátriai zavarok értékrend-függő volta miatt állnak fenn, hanem a pszichológiai működés egyes komponensei funkciójának tudományos tisztázatlanságai miatt is.

A mentális zavar mint cselekvésre való képtelenség

Fulford nem funkciózavarnak, diszfunkciónak tekinti a betegséget, hanem bizonyos cselekvésre való képtelenségnek. Meghatározása szerint

„..egy (szomatikus vagy mentális) zavar olyan viselkedési és/vagy élménymód szindrómaként (mintaként) definiálható, mely az egyén klinikailag jelentős (cselekvési) képtelenségéből (incapacity) áll vagy azzal kapcsolatos. A mentális zavar olyan zavar, melyben a (cselekvési) képtelenség (incapacity) elsősorban az érzelem, a gondolkodás, a vágy, az akarat, a szándék, a hit és a cselekvés területét érinti……A fenti definícióban szereplő… (cselekvési) képtelenség (incapacity) átfogóbb fogalom, mint a fogyatékosság vagy a diszfunkció fogalma, noha azokat magában foglalja….A cselekvőnek (tipikusan személynek) vannak képességei; a cselekvő alkotórészeinek (pl. májának, szívének) vannak funkciói. (A cselekvő funkciójáról csak abban az esetben beszélünk, amikor őt a társadalom részeként említjük….) A (cselekvési) képtelenség (incapacity) ily módon a normál cselekvő zavarát jelenti; vagyis egy vagy több vonatkozásban és kisebb vagy nagyobb mértékben annak a képességnek a csökkenését, hogy megtegyen vagy átéljen valamit, amit az illető normálisan megtenni és átélni képes.” [115]

Fulford definíciója, noha eltér Wakefield korábban említett definíciójától és a DSM-IV később tárgyalandó betegségdefiníciójától is, azért lényeges, mert bizonyos--ma kórosnak tartott állapotokat—nem lehet egyszerűen diszfunkciónak tartani. Például—mint láttuk-- a dyslexia ma kórosnak tartott állapot, s ezt Fulford definíciója meg is tudja magyarázni, hiszen a dyslexia bizonyos cselekvésre (a normál olvasásra) való képtelenség. Ugyanakkor kérdés, hogy tekinthető-e a dyslexia diszfunkciónak? Az evolúció „tervében” az olvasás képessége valószínűleg nem szerepelt, hiszen az írni-olvasni tudás kulturálisan kb. 5000 éves, mely evolúciós léptékkel nézve jelentéktelen idő, az evolúció a fajt évmilliók alatt „tervezte”. Hasonlóképpen—mint láttuk-- a repülési fóbia sem diszfunkció, hiszen a repülőgépen való utazás képessége sem szerepelhetett a faj tervében, stb. Így Fulford definíciója meg tudja magyarázni, miért lehet betegség valami, ami nem diszfunkció. Ugyanakkor visszacsúszik a normalitás statisztikai definíciójához, hiszen szerinte a betegség a normális cselekvésre való képtelenség, ahol a normális cselekvés a többség által végrehajtható cselekvést implikálja.

Fulford definíciójának másik előnye azonban, hogy segít bizonyos—a felszínen egyaránt patológiásnak látszó, de eltérő következményekkel rendelkező-- jelenségek elkülönítésében. Ez a probléma különösen a bizonyos vallási-spirituális élmény és a hallucinációk, téveseszmék közötti elkülönítésben játszik szerepet.

A téveseszme és a vallási-spirituális élmény közötti különbség vizsgálata.

Laing, az antipszichiátria egyik nagyhatású alakja nevéhez fűződik a következő idézet[116]:

„Ez a kis öreg hölgy, ahogy könnyek patakzanak arcán, ő maga térden, a kezét tördeli, ajkai mozognak, szavakat nem ejt, könyörög…Nincs ott senki más. De ő most fülel. Nincsen ott senki.
Hallucináló pszichotikus egy elmekórház zárt osztályán? Vagy imádkozik egy székesegyházban? Ugyanaz a személy lehet ez is, az is."

Nem Laing volt az első, aki felfigyelt bizonyos vallási élmények és a pszichiátriai zavar bizonyos tünetei közötti hasonlóságra.

A vallásos-spirituális élmény és a pszichiátriai tünet közötti elkülönítés két tradíciója.

A vallásos-spirituális élmény tágabb fogalom, mint az istenhit, ugyanakkor van közöttük átfedés. Az Igazságban, a Szépségben, a Jóságban stb. való hit, s az ezek kapcsán keletkező spirituális élmények, s így a művészet, a tudomány, az erkölcs vagy valamilyen eszme iránti elkötelezettség—szubjektív vonatkozásban—sokban hasonlít a vallásos élményhez. Fontos erőforrást és motivációt jelent az azt átélő számára, ugyanakkor ezen eszmék fontosságát, objektív létét sokan ugyanúgy megkérdőjelezik, mint az istenhitet, s az ezek iránti elkötelezettséget ugyanúgy sokan nem is osztják. Így célszerűbb—a pszichológia-pszichiátria szempontjából--vallás helyett vallásos-spirituális élményről beszélni.
A vallásos-spirituális élmény és a pszichiátriai tünet közötti elkülönítésnek két nagy tradíciója létezik.
Az egyik közismerten Freud nevéhez fűződik, aki úgy vélte, hogy a vallás nem más, mint a valósággal, annak kegyetlen tényeivel és főképpen a halállal történő szembenézésre való képtelenség. Így a vallás egyfajta csoportneurózis lenne, a mentális betegség intézményesült kifejezési formája. Freud a vallást egyértelműen csak mint negatívat, mint a megismerés tudomány előtti, fejletlen formáját, mint neurotikus kompenzációt szemlélte[117] Freud egyoldalú, a spirituális élmény pozitív aspektusait észre nem vevő megközelítését már a pszichoanalitikus kortársak is bíráltak. Jól ismert Jung álláspontja, aki a vallásban a mentális egészség fontos eszközét látta. A vallás pozitív szerepét azonban már az analitikusok előtt felismerte William James (1842-1910), s Freud megközelítésével szemben a másik, s ma uralkodónak számító irányzat megalapozója lett. James is felhívta a figyelmet, a vallásos élmény és a pszichotikus tünet közti hasonlóságra. Mindkettőre jellemző lehet, hogy a legapróbb részletek is döntő jelentőségűnek tűnnek fel az élményt tapasztaló számára, jól ismert szavak, szövegek új jelentést nyerhetnek, hallhat az illető hangokat, láthat képeket melyeket más nem hall és nem lát, érezheti úgy, hogy külső erők irányítják gondolatait és cselekvését, melyek nála hatalmasabbak, stb. James azonban úgy látja, hogy ha egy élmény vigasztal, erősít, segít a problémák megoldásában, egyszóval ha az azt átélő személyt lelkileg erősebbé, ellenállóbbá teszi, akkor vallási élményről van szó. Ha ezzel szemben az élmény csak fájdalmat, szenvedést okoz, beszűkíti az illető lehetőségeit, akkor patológiás. A vallásos élmény vigasztal, a pszichotikus tünet kétségbe ejt.[118]

A spirituális és a pszichotikus élmény közti jamesi megkülönböztetés lett a domináns kutatási irány a XX. század nagy részében. Ezek a kutatások azt hangsúlyozták, hogy mind a spirituális élmény mind a pszichotikus epizód sokszor hosszas vívódás, a személyes kiúttalanság érzése, illetve a kiút intenzív keresése kapcsán jön létre, amikor a tudatállapot megváltozik, s—sokszor szimbolikus formában—a megoldás lehetősége villan fel. Ha az élmény valóban segíti a megoldást, enyhíti a krízist, egyszóval a folyamat önmegszüntető jellegű, akkor spirituális élmény, ha azonban a krízist az élmény növeli, s egyfajta önrontó körként működik, akkor patológiás jelenségről van szó[119] A pszichotikus élmény az izoláltságot és a kétségbeesést fokozza, míg a vallásos-spirituális élmény az izoláltság helyett közösséget teremt, a kétségbeesés helyett reményt ad.[120]

Simon esete

Fulford a már ismertetett betegségdefiníció talaján—a William James által megfogalmazott tradíciónak megfelelően—úgy tartja, hogy a mentális (és szomatikus) zavar képtelenné teszi a beteget bizonyos cselekvésekre, s ha nem ez a helyzet, nem lehet zavarról beszélni. Fulford ennek az illusztrálására elemezi annak a kutatásnak a tanulságait, mely a téveszme és a spirituális-vallási élmény közötti különbségeket vizsgálta. Az ennek kapcsán vizsgált egyik megtörtént eset Simon esete. Simon 40 éves afrikai-amerikai ügyvéd, aki ellen kollégái—valószínűleg rasszista motivációval-- igazságtalanul műhibapert kezdeményeztek. A jogi védekezés nagyon költségesnek és hosszúnak ígérkezett, melyhez Simonnak sem pénze, sem ereje nem volt. Noha soha nem volt különösebben vallásos, kétségbeesésében a szobájában felállított házi oltárnál kezdett rendszeresen imádkozni. Az egyik ilyen ima után észrevette, hogy a megolvadt gyertyaviasz rácsöppent a Bibliájára, s több oldalt átitatva mindegyik oldalon kiemelt néhány betűt illetve szót. Simon úgy érezte, Isten ilyen módon szól hozzá, s azt jelzi, hogy neki különleges küldetése van. Ezt követően 18 hónapon keresztül folytatódtak ezek az élmények. Simon az „üzenetekből" azt olvasta ki, hogy ő Dávid élő fia, s egyben Izmael és József rokona. Úgy látta, kiválasztottsága óriási felelősséggel jár. Azt is elmondta, hogy gondolatai nem az ő gondolatai, hanem azt mintegy beléhelyezi Isten, hogy így közvetítse az üzenetét.[121]
A mentális állapot vizsgálatára használt jól validált becslőskála, a Present State Examination (PSE) segítségével vizsgálva Simon élményét a téveszmés észlelés kategóriájába sorolhatjuk. A vizsgálatban részt vevő pszichiáterek is ebbe a kategóriába sorolták Simon tüneteit. A PSE szerint ez olyan téveseszme, mely érzékelésen alapul, s melynél a betegnek hirtelen az a meggyőződése támad, hogy bizonyos eseményeknek különleges jelentésük van.[122] Eme tünetek alapján azonban a két nagy pszichiátriai diagnosztikus rendszer, a BNO-10 és a DSM-IV radikálisan eltérő diagnózist adna Simonnak. A DSM szerint—mint láttuk—bármely mentális zavar nélkülözhetetlen kritériuma, hogy az klinikailag jelentős szenvedést vagy funkcióromlást okozzon. Ezzel szemben a BNO-10 sem a szenvedést sem a funkcióromlást nem tekinti bármely (pszichiátriai vagy szomatikus) zavar kritériumának, a funkcióromlást eredményező állapotokat (fogyatékosságot) a BNO ezért külön kézikönyvben osztályozza.[123] Ennek feltehetőleg az a logikája, hogy a

szomatikus betegségeknél a diagnózisnak soha nem feltétele a klinikailag jelentős szenvedés vagy funkcióromlás, hiszen pl. egy hipertóniát vagy tuberculosist akkor is diagnosztizálni és korán kezelni lehet, ha a betegnél még egyáltalán nincs szenvedés vagy funkcióromlás. A BNO tehát a pszichiátriai zavarok esetén is követni akarta ezt a logikát.[124] Wakefield azonban joggal mutatott rá, hogy amennyiben egy diszfunkció nem okoz (aktuális vagy potenciális) kárt, nem jogos betegségnek tekinteni, [125] s így a DSM betegségdefiníciója jobb.

A BNO-10 szerint—a BNO fenti korlátja miatt-- Simonnak szkizofréniája vagy valamilyen egyéb pszichotikus zavara lenne. A DSM-IV szerint azonban Simon nem elégíti ki a szkizofrénia ismérveit. Igaz ugyan, hogy Simon a DSM-ben a szkizofréniánál felsorolt A kritériumok közül rendelkezik az egy megkövetelt tünettel: a téveszmés észleléssel, s valószínűleg egy másikkal is, a „gondolat-beültetéssel", s ezek több mint 1 hónapon keresztül álltak fenn nála. Azonban a DSM a B kritériumok között megköveteli a szociális/foglalkozási diszfunkciót (a munka, társas kapcsolatok, önmagáról való gondoskodás romlása formájában) s ezek Simonnál nem voltak fellelhetők. Érdekes módon, a B kritériumot a vizsgálatban részt vevő pszichiáterek, akik Simont szkizofréniásnak gondolták, nem alkalmazták, s pusztán a téveszmés észlelés alapján gondolták Simont szkizofréniásnak.

Simon a DSM-IV alapján nem tekinthető szkizofréniásnak, mert szociális funkcionálása élményei hatására nemhogy nem romlott, hanem kifejezetten javult! Megújult erővel és magabiztossággal vetette bele magát a jogi küzdelembe, sikeresen megvédte magát, ügyvédi praxisa ismét fellendült, ismét sokat keresett, s a pénzből alapítványt hozott létre, mellyel meg akarta valósítani „küldetését": az iszlám és a kereszténység közötti megbékélést.[126]

A fenti eset tehát a BNO-10 szerint egy jóindulatú pszichotikus epizód volt, ezzel szemben a DSM-IV szerint inkább egy különös spirituális élmény.[127]

Fulford úgy látja, hogy noha Simon tünetei pszichotikus élményeknek tűnnek, s a BNO-10 alapján akár szkizofréniásnak is lenne tekinthető, élménye valójában inkább megerősítette őt. Így, noha élményei szokatlanok voltak, de mivel életvezetését inkább javították mint rontották, inkább erőt adtak neki, s nem elvették az erejét, ezért ezek az élmények sokkal inkább vallási vagy spirituális élménynek tekinthetők, mint pszichotikus tünetnek.[128]

A pszichotikus téveszmét és hallucinációt mint tünetet egyaránt a belátás hiánya jellemzi. Ilyenkor valaki valamit érzékel, vagy valamit igaznak gondol, mely az emberek többségének véleménye szerint csak az illető képzeletének a terméke. Fulford szerint azonban a belátás hiánya ennél tágabban is értelmezhető: ide tartozik az is, amikor valaki úgy érzi, hogy amit akar vagy amit tesz, az voltaképpen nem az ő akarata, hanem egy nála hatalmasabb erő cselekedteti meg azt vele. Fulford szerint ez a belátás pszichotikus hiánya, de a pszichózis mint tünet nem szükségképpen patológiás A vallásos vagy spirituális élmény egyfajta normál pszichózisnak tekinthető Fulford szerint. A pszichotikus tünettől, mely tehát nem szükségképpen patológiás, azonban el kell különíteni a pszichotikus tünetcsoportot (szindrómát), mely már pszichopatológiai jelenség.[129]

A pszichotikus tünetek tehát nem feltétlenül vezetnek működésromláshoz, s ilyenkor—Fulford definíciója értelmében—nem is tekinthetők patológiásnak. 1987-ben egy holland pszichiáter olyan hallucináló beteget kezelt, aki hangokat hallott. Furcsa terápiás kísérletként a televízióban is szerepeltek, s felhívták a hasonló

panaszoktól szenvedő nézőket, hogy jelentkezzenek. 450-en jelentkeztek, s ezek megkeresésekor kiderült: sokan, akik hangokat hallanak, nem funkcionálnak rosszul és nem is fordulnak orvoshoz. A hallucináló, de jól funkcionáló emberek sajátos technikákat dolgoztak ki a hangokkal való együttélésre. Volt, aki nem figyelt hallucinációira, volt, aki „visszabeszélt" a hangoknak, volt, aki szelektíve csak a pozitív mondanivalójú hangokra figyelt, stb. Kiderült tehát, hogy nem pusztán a hallucináció ténye, hanem az arra való reagálás is fontos, s megfelelő megbirkózási stratégiákkal sok hallucináló egyensúlyban maradt gyógyszerszedés és orvoshoz fordulás nélkül is. [130]
Van, aki azt is felveti, hogy a pszichotikus tünetekre való hajlam nemcsak az egyénnek, hanem a társadalomnak is előnyös lehetett, hiszen amennyiben ezek spirituális élmény formájában is megnyilvánulhatnak, segíthetik a társadalmi innovációt, a problémák megoldását, az egyén és a csoport túlélését.[131] Az evolúciós pszichiátria tárgyalása során felmerült már az a probléma, hogy bizonyos pszichiátriai zavarra, pszichózisokra hajlamosító gének olyan nagy gyakorisággal fordulnak elő az emberi genomban, mely csak valamilyen rejtett módon előnyös tulajdonságukkal magyarázható, noha túl nagy „dózisban" manifeszt betegséget okoznak. Az egyik ilyen hipotetikus előny a spirituális élményekre való hajlam lehet, mely élményeknek a társadalmi innovációban fontos szerepük van.

Vallásos hit és mentális egészség

A vallások--függetlenül attól, hogy világképük ontológiailag igaznak tekinthető-e vagy sem--a ma kognitív terápiának tartott megközelítés első és máig leghatékonyabb formáihoz tartoznak. Ugyanis--a hívők számára--bármely más gondolati rendszernél összehasonlíthatatlanul nagyobb hatékonysággal és nagyobb meggyőző erővel számos reális evilági bajt látszólagosként, valójában nem-létezőként tudnak feltüntetni. A keresztény vallás például nem-létezőnek tünteti fel az egyik legfőbb s az emberek által leginkább rettegett rosszat, a személyes halált, a teljes személyes megsemmisülés elkerülhetetlenségét. Aki hisz Istenben, az a keresztény hit szerint öröklétre számíthat, valójában nem fog meghalni, illetve halálával csak a létformája változik meg. Ami fontos bennünk, lelki-szellemi létünk, az halhatatlan, csak testünk hal meg, s az sem véglegesen, csak az utolsó ítélettel eljövő feltámadásig. A földi élet igazságtalanságai sem maradnak e hit szerint megtorlatlanok, hiszen az utolsó ítélet egyben igazságot is szolgáltat. A rosszak megbűnhődnek, a jók pedig elnyerik jutalmukat. Hasonló a hinduista tradíció is, mely az újjászületés (reinkarnáció) tana segítségével a jelenlegi létet egy elmúlt lét jutalmának vagy büntetésének fogja fel, illetve úgy tartja, hogy a jelenlegi létformában való helyes viselkedés jutalmát egy elkövetkező létben nyerjük el. Itt is tehát biztosítva van a lét alapvető igazságossága és a személyes halál, megsemmisülés látszólagossága.
Mindezekből a mentális egészség definíciója számára fontos következmények adódnak, melyek ma a pszichiátriai gyakorlatban nem kapnak kellő figyelmet. A vallásos hitre való képesség vagy ennek hiánya ugyanis alapvetően befolyásolhatja egy személy lelki egészségének kritériumait. Nyilvánvalóan mások a lelki egészség kritériumai (pl. a lehangoltság már depressziót jelentő szintje, a még egészségesnek

tekinthető szorongás mértéke, stb.) annál, akinek a világképében a személyes halál valóságos fenyegetés, s az számára a végleges, visszavonhatatlan megsemmisüléssel egyenlő, mint annál, akinél az öröklét lehetősége szubjektív bizonyosság. Másnak kell lennie a lelki egészség kritériumának akkor, ha a világban elszenvedett igazságtalanságokat valaki visszafordíthatatlannak és véglegesnek tekinti, esetleg az egész kozmoszt az igazságossággal szemben közömbösnek látja, mint annál, aki szubjektíve hinni képes a végső igazságosságban. Nem véletlen, hogy több pszichoterapeuta (pl. Jung) felhívta rá a figyelmet, hogy a vallásos dimenzió a lelki egészség fontos eleme, s számos empirikus vizsgálat is bizonyítja a vallásos hit és a lelki egészség közötti összefüggést.[132] Ugyanakkor ezek a vizsgálatok—a fentieknek megfelelően—nemcsak úgy értelmezhetők, hogy a vallásos hit nagyobb lelki egészséggel jár, hanem úgy is: a nem-vallásos ember szubjektíve „rosszabb" világban él, s ennek csak adekvát pszichológiai leképeződése rosszabb hangulata, nagyobb szorongása, s az egyéb pszichiátriai tünetek. Ahogyan némely teológus ma fogalmaz: a vallástalan ember már itt a földön elnyeri büntetését, a poklot, mert e földi lét az istenhit vigasza nélkül maga a pokol. Aki viszont szubjektíve a pokolban él, annak rosszabb hangulata, nagyobb szorongása ennek csak adekvát leképeződése. Tehát a lelki egészség megítélésének függenie kell attól, hogy bizonyos hangulatot, szorongási szintet inadekvátnak, vagy a világ adekvát leképezésének tartunk-e, s ezzel visszajutottunk a régebben elemzett kérdéshez: milyen a világ adekvát leképezése? Az erre adott válasz pedig szükségszerűen világnézetfüggő lesz.

A vallásos hitre való emberi hajlam evolúciósan valószínűleg hasznos, s fajunk „tervében" valószínűleg szerepel,[133] a vallásos hit hiánya pedig káros lehet az egyén szomatikus és mentális egészsége tekintetében. Ez viszont azt a—már sokak által megfogalmazott-- kérdést veti fel—hogy nem lehet-e betegségnek tekinteni a vallásos hit hiányát? Ha az erre való hajlam szerepel fajunk tervében, s a vallásos hit hiánya szomatikus és mentális egészségünk számára káros, akkor --ha elfogadjuk, hogy a betegség káros diszfunkció--akkor a vallásos hit hiánya kielégítené a betegség fogalmát. Ez a kérdés azért kényes, mert a mai demokratikus társadalmak által a személyes hitre bízott kérdéseket vet fel. Ontológiailag ugyanis itt nem kerülhető el az a kérdés, hogy a megfelelő vallásos hit igaz-e vagy sem. Ha ugyanis igaz, akkor—pszichiátriai értelemben--aki nem vallásos, az a szorongás és a depresszió számos formája elleni vigasz fontos, talán legfontosabb forrásától fosztja meg magát. Az ilyen ember sok felesleges szenvedést vállal magára, hiszen olyanok miatt szorong, elkeseredett vagy depressziós (pl. a személyes halál elkerülhetetlensége, bizonyos igazságtalanságok végső megtorlatlansága, meghalt szerettei végleges és visszavonhatatlan elvesztésének élménye, stb.) melyek végső soron csak látszólagos rosszak, illetve kevésbé radikálisan rosszak, mint amilyennek tűnnek. Így a vallásos hit ontológiai igazsága esetén ezek a félelmek és szenvedések irracionálisnak, inadekvátnak lennének tekinthetők, s mivel a vallásos hitre való hajlam fajunk tervében valószínűleg szerepel, ezért betegségnek.

Ha viszont a vallásos hit igazsága megkérdőjelezhető, a fordított helyzet áll ellő. Akkor a vallás—s mint láttuk, ez volt Freud véleménye--egyfajta irracionális vigasz lenne valóságosan létező problémákra, infantilis menekülés a valósággal való szembenézés elől. A vallásos hit ekkor sem számítana betegségnek, mert fajunk

tervében szerepel az erre való hajlam, de ekkor hiánya sem lenne betegség. Oda jutunk tehát hogy a vallás ontológiai igazsága esetén a vallásos hit hiánya betegségnek lenne tekinthető, ellenkező esetben viszont nem. Ma a demokratikus társadalmak uralkodó felfogása az, hogy ezekben a kérdésekben lehetetlen végső bizonyosságot találni, s ezért mindenkinek a magánügye a döntés, melyet a szubjektív hitnek kell meghatároznia. Ezen alapul ma egy modern demokratikus társadalomban az állam és az egyház szétválasztásának az elve, s a vallásszabadság alkotmányos joga. Mivel tehát ma a modern szekularizált társadalmakban a vallásos hit ontológiai igazságát nem tekintik bizonyítottnak, így annak hiányát természetesen nem tekintjük betegségnek.
Mivel a vallásos és a spirituális élmény—mint láttuk—szoros kapcsolatban van egymással, így a szűkebb értelemben vett vallással kapcsolatban elmondottak felvethetők a spirituális élményekkel kapcsolatban általában is, szekularizált formában. Betegnek tekinthető-e az, aki nem képes spirituális élmény átélésére, nem képes pl. semmiféle eszme, érték mellett elköteleződni? Mivel az ilyen elköteleződésre való hajlam is szerepel fajunk tervében, s ennek hiánya (az értékvesztettség állapota) káros, ezért a szélsőséges cinizmus, elidegenedettség is kielégítené a káros diszfunkció fogalmát, s így mentális zavarnak lenne tekinthető. Még azt a hipotézist is sokan felvetik, hogy számos—napjainkra különösen jellemző --pszichiátriai zavar, pl. alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás, kóros játékszenvedély stb. is sok esetben az értékvesztettség állapotából fakad, ahhoz képes szekunder jellegű, s az addikciók feladata ilyen módon a személy életéből hiányzó értékek ritualizált pótlása lenne.
Itt is beleütközünk azonban a vallásnál már említett problémába. Mi a bizonyíték rá, hogy a kérdéses etikai, esztétikai, stb. értékek objektíve léteznek? Mi bizonyítja, hogy bármiféle eszme iránti elköteleződés indokolt? Nem lehetséges, hogy a szkeptikus, vagy egyenesen kiábrándult, szélsőségesen cinikus embernek objektíve igaza van, s a világ ténylegesen olyan—objektív értékek nélküli—mint amilyennek ő látja? Szkeptikus korunkban ma -- a véleményszabadság alkotmányos elvéből kiindulva-- úgy tekintjük ezeket a kérdéseket is, mint ami az egyéni hit területére tartozik, melyet a társadalomnak csak korlátozottan van joga megítélni. Így a szélsőséges kiábrándultság, cinizmus sem számít ma betegségnek, noha ez az állapot is kielégíti a káros diszfunkció fogalmát. Nem tekintjük azonban itt sem bizonyítottnak, hogy ez a világ inadekvát leképezése, s ezért nem tekintjük ezeket mentális zavarnak.
A fentiek azonban eltérést jelentenek a mentális zavar= káros diszfunkció definíciótól. A mai gyakorlat tehát a világ adekvátnak elfogadott leképezését akkor sem tartja betegségnek, ha az diszfunkció eredményének tűnik, s az egyén számára káros. Mindez azt sugallja, hogy a mentális zavart káros diszfunkciónak tartó felfogás sem tudja teljesen megmagyarázni azt, ahogyan a mentális zavar fogalmát ma a gyakorlatban használjuk.

A pszichotikus és a spirituális élmény megkülönböztetésének tanulságai

A pszichotikus és vallásos élmények közötti megkülönböztetés módja Fulford véleménye szerint azt bizonyítja, hogy a korrekt pszichiátriai diagnózis mindig

értékítéletek függvénye is, s nem pusztán ténykérdés. A DSM-ben szereplő fontos kritérium, a szociális funkcionálás megítélésének kritériuma nyilvánvalóan nem tudományos ítélet, hanem értékítélet. Az ugyanis, hogy milyen a társadalomban való jó és rossz funkcionálás, alapvetően értékektől függ. A pszichiátriai betegség meghatározása éppen azért ütközik sokkal nagyobb nehézségbe, mint a szomatikus betegség meghatározása, mert a megítélés alapjaként szolgáló értékek a pszichiátriai betegségek esetén az emberi élet olyan szféráira vonatkoznak, melyekben sokféle emberi értékrend létezik. Abban, hogy érzelmek, vágyak, akarat, hiedelem vagy szexualitás vonatkozásában mi számít rossz funkcionálásnak, ma nincs egyetértés, s innen erednek az ezeken alapuló diagnózisok validitásával kapcsolatos viták.[134]

A mentális zavar definiálásnak néhány tanulsága

A mentális zavar a pszichológiai funkcionálás zavara, voltaképpen inadekvát, szuboptimális pszichés funkcionálás, diszfunkció. A mentális egészség pedig optimális, adekvát pszichológiai funkcionálás. A pszichológiai funkcionálás elemei az érzékelés és az észlelés, a megismerés, az emlékezet, a gondolkodás, a nyelv és a beszéd, az érzelem, a motiváció, az interperszonális funkcionálás, stb. Ez utóbbi is több részfunkciót foglal magába: egy társas lénynek, mint amilyen az ember, képesnek kell lennie beilleszkedni egy csoportba, s ott kapcsolatokat kialakítani és fenntartani. Képesnek kell lennie alkalmazkodni a csoport hierarchiájához. A hierarchiában való jó funkcionálás feltételezi, hogy az ember képes komplementer kapcsolatok kialakítására: képes dominánsan (kontrolláló módon) viselkedni a hierarchiában alatta állóval szemben, s képes szubmisszív módon viselkedni, ha szubdomináns helyzetben van. [135]
Ehhez azt is hozzá kell tenni, hogy csak a káros diszfunkciót tekintjük mentális zavarnak. A funkcionálás mindig egy bizonyos környezetben történik, s az evolúciós nézőpont szerint azt a környezetet kell viszonyítási pontnak tekinteni, melyben az illető faj kialakult és melyhez adaptálódott. Ez az „ősi környezet" ember esetén lehet radikálisan más, mint ami ma a legtöbb embert körülveszi. A normál funkció és a diszfunkció közötti határ nem éles, s a pontos határvonal meghúzása némiképp mindig önkényes. Abból azonban, hogy nincs éles határ a mentális egészség és a mentális zavar között, nem következik, hogy a kettő nem különbözik egymástól. Mint láttuk, a normális értelmi képesség (intelligencia) és az értelmi fogyatékosság közötti határ meghúzása is önkényes, ennek ellenére azonban az értelmi fogyatékosság objektíve létező entitás, mégha pontos határa kultúráról-kultúrára változhat is.[136]
Mivel az, hogy milyen a normális pszichológiai funkcionálás, még ma sem teljesen ismert, ezért az egyes kultúrák általában a kívánatos viselkedéstől eltérő embereket tekintik rosszul funkcionálónak. A kívánatos viselkedés kritériumai azonban kultúránként jelentősen eltérőek, s ezért kultúránként más-más funkcionálást fognak adekvát funkcionálásnak tartani. Így az, hogy milyen a normális pszichológiai funkcionálás, mindig csak egy hipotézis, mely később megcáfolódhat, s kiderülhet, hogy egy kultúrának nem volt igaza abban, hogy valamit normális funkcionálásnak

vagy mentális zavarnak tekint. Például azt a hallucináló embert, aki a DSM-IV szerint a szkizofrénia diagnózisát kapná, bizonyos kultúrákban úgy tekintik, mint aki az Isten hangját hallja, vagy mint akit megszállt az ördög. Az ilyen embert tehát egyfajta vallásos élmény részesének is tekinthetik, s nem betegnek. Az Istennel való közvetlen kapcsolata miatt még fokozott tisztelet is övezheti. Ha azonban ez az ember valóban kielégíti a DSM-IV szerinti szkizofrénia diagnózisát, vagyis legalább 1 hónapon keresztül jellemző rá az inkoherens beszéd és a szétesett viselkedés, s legalább 6 hónapon át a jelentős romlás a szociális funkcionálás (pl. az önmagáról való gondoskodás) terén, akkor valószínűbbnek tűnik, hogy mégis mentális zavarban szenved, melynek csak egyik tünete az, hogy úgy véli, az Isten hangját hallja.[137] Ez tehát azt bizonyítja, hogy a mentális betegség „objektívebb" kategória, mint ahogyan azt sok szociális konstrukcionista irányzat gondolja. Ugyanakkor természetesen egy ilyen elmélet talaján álló válaszolhatná azt, hogy akihez Isten szól, annak az életében ez olyan nagy jelentőségű esemény, hogy időlegesen elfordul az őt körülvevő társadalomtól, elhanyagolja mindennapi kötelességeit, ruházatát, személyes higiénéjét. Nagy tudósok, művészek az ihlet vagy az alkotás lázában hasonlóan dezorganizált viselkedést és beszédet mutathatnak (ezt nevezi a köznyelv szórakozottságnak), s elhanyagolhatják személyes ügyeiket, melyek jelentőségükben eltörpülni látszanak az éppen írt regény, vagy felfedezett tudományos igazság jelentőségéhez képest. Tehát még ebben az esetben sem könnyű eldönteni egy mindent átható vallásos élmény és egy induló szkizofrénia közötti különbséget, s a gyakorlatban ez sok vitát eredményezhet.

A mentális zavar DSM szerinti definíciója

A DSM-IV a következőképpen definiálja a mentális zavar fogalmát:

A mentális zavar
"… az egyénnél jelentkező olyan klinikailag jelentős viselkedési vagy pszichológiai szindróma vagy minta, mely vagy jelenlegi szenvedéssel (pl. egy kellemetlen tünettel) illetve fogyatékossággal (pl. egy vagy több fontos területen jelentkező működésromlással) jár, vagy szenvedés, halál, fájdalom, fogyatékosság illetve valamilyen szabadság elvesztésének jelentősen megnövekedett valószínűségével. Ezenfelül, ez a szindróma vagy minta nem lehet pusztán egy elvárható és kulturálisan elfogadott válasz egy bizonyos eseményre, például egy szeretett személy elvesztésére. Bármi is legyen a szindróma eredeti oka, jelenleg az egyén viselkedési, pszichológiai vagy biológiai diszfunkciója megnyilvánulásának kell tekinteni. Sem a deviáns viselkedés (pl. politikai, vallási vagy szexuális téren), sem pedig az olyan konfliktusok, melyek elsődlegesen az egyén és a társadalom között állnak fenn, nem tekinthetők mentális zavarnak, kivéve, ha a deviancia vagy konfliktus az egyén fent leírt diszfunkciójának egy tünete."[138]

Ez a definíció a DSM-ben—csekély eltéréssel—a DSM-III—R-ben, 1987-ben jelent meg először, s annyiban jelentett módosulást az 1980-as DSM-III-ban adott korábbi pszichiátriai betegségdefinícióhoz képest, hogy figyelembe vette az antipszichiátria kritikáját, amikor egyértelművé tette, hogy a deviáns viselkedés, valamilyen

társadalmi normától való eltérés illetve az egyén és a társadalom között fennálló konfliktus önmagában nem tekinthető mentális zavarnak. Eszerint tehát, ha egy személy jelenleg nem szenved, és nem áll fenn nála jövőbeli szenvedés, halál, működésromlás nagyobb valószínűsége, akkor nem tekinthető pszichiátriai betegnek még akkor sem, ha súlyos konfliktusba került a társadalommal vallási, szexuális, politikai nézetei ill. viselkedése miatt.[139]
A DSM-beli betegségdefiníció világossá teszi, hogy a pszichiátriai zavarok tünetei viselkedési vagy pszichológiai sajátosságokban nyilvánulnak meg, s nem fizikai jellemzőkben. A pszichiátriai zavart a szomatikus zavartól tehát alapvetően a betegség tünete, s nem az oka különbözteti meg. [140] Az is egyértelmű a DSM definíció alapján, hogy diszfunkcióról csak akkor beszélhetünk, ha annak oka az egyénben, az ő szervezetében van, s az nem valamilyen külső fenntartó ok eredménye. Ezt jelzi, az a mondat, hogy „Bármi is legyen a szindróma eredeti oka, jelenleg az egyén viselkedési, pszichológiai vagy biológiai diszfunkciója megnyilvánulásának kell tekinteni.” [141]
A külső fenntartó ok hiánya alapvető ahhoz, hogy egy szervezet vagy személy betegségéről beszélhessünk, s noha ez implicite szerepel a DSM-ben, fontos ennek explicit hangsúlyozása is. Ha valakit például szorít az új cipője, s emiatt fáj a lába, de a cipő levételével a fájdalom azonnal megszűnik, akkor nem a lába volt beteg, mert fájdalmának volt egy külső fenntartó oka, az új cipő, amit bizonyít , hogy annak eltávolítása a fájdalmat is megszüntette. Ezzel szemben, ha a cipő levétele a fájdalmat nem szüntetné meg teljesen, akkor már mondhatnánk, hogy az új cipő a láb bőrének enyhe megbetegedését hozta létre, mert a fájdalom oka többé már nem csak külső, hanem magának a lábbőrnek az enyhe gyulladása is.[142] A betegség tehát olyan szenvedés, fájdalom, vagy annak megnövekedett valószínűsége, mely a szervezet sajátosságaiból következik, s nem külső fenntartó okból. Ez a betegség nagyon fontos sajátossága, s ennek figyelmen kívül hagyása felelős a medikalizálás számos mai formájáért, mely a következő fejezet tárgya lesz. Látni fogjuk, hogy a DSM is sok esetben eltér saját betegségdefiníciójától, amikor betegségnek tekinti bizonyos tünetek puszta fennállását is, nem vizsgálva ezen tünet kontextusát, vagyis azt, hogy az nem egy külső fenntartó ok eredményeként jött-e létre, s így nem tekinthető-e természetes reakciónak egy külső hatásra.

A DSM által adott betegségdefiníció problémái

A DSM egyébként kitűnő betegségdefiníciója sem tud elkerülni azonban egy nagyon komoly nehézséget. Ha ugyanis egy egyént--bármilyen, egyébként normális--pszichológiai sajátossága miatt a társadalom elítél, üldöz, kiközösít, akkor az üldözés eredményeként az egyénben sokszor pszichopatológiai tünetek keletkeznek. Ezek nem a kérdéses pszichológiai sajátosság, hanem a társadalom erre való ellenséges reakciójának a következményei, azonban a gyakorlatban ezek sokszor mint az eredeti sajátosság következményei jelennek meg. Jó példa erre a homoszexualitás. Mint láttuk, ezt sokáig mentális zavarnak tekintették, egészen addig, míg az Amerikai Pszichiátriai Társaság az 1973-es szavazás eredményeként ezt a diagnosztikus kategóriát törölte a DSM-III-ból 1980-ban. A homoszexualitás egy formája azonban megmaradt a DSM-III-ban, s ez az ego-disztóniás homoszexualitás volt, vagyis az a homoszexuális, aki nem érzi jól magát a bőrében,

nem elégedett szexuális orientációjával. Kérdés azonban, hogy jól érezheti-e egy homoszexuális magát egy olyan társadalomban, amely alapvetően elítéli ezt a szexuális irányultságot?[143] Nem természetes reakció-e ilyen esetben az, hogy valakinek az üldözés következtében pszichológiai problémái vannak szexuális irányultságával kapcsolatban? Nem a társadalom hozzáállásával, toleranciájával van ilyenkor baj? Így az ego-disztóniás homoszexualitás fogalmánál jól tetten lehet érni a már említett problémát: azt, hogy a pszichiátriai diagnózis hajlamos medikalizálni, pszichiatrizálni társadalmi problémákat, s adott esetben egyéni, pszichológiai zavarnak mutathat be valamit, aminek alapvető oka a társadalom intoleranciája, s ennek csak szenvedő alanya, de nem oka a pszichiátriai diagnózissal is megbélyegzett áldozat. A DSM-IV a homoszexualitással kapcsolatban ezt a problémát megoldotta, mert nem tartalmazza már a homoszexualitást annak ego-disztóniás formájában sem, számos egyéb kategóriánál azonban ez a probléma újból és újból felmerül.
A DSM-IV komplex betegségdefiníciója azonban más problémákkal is rendelkezik. Számos olyan megfogalmazást tartalmaz ugyanis, mely a diagnosztizáló szubjektív értelmezésének tág teret ad. Például mit jelent az, hogy "klinikailag jelentős viselkedési szindróma vagy minta"? Itt elkerülhetetlenül a klinikus saját normái, illetve annak a társadalmi csoportnak a normái, ahová a klinikus tartozik, fogják eldönteni, mit tekint klinikailag jelentősnek.
Fontosabb azonban a definícióban szereplő másik megfogalmazás: a szindróma nem lehet egy elvárható válasz valamely eseményre. Mi dönti azonban el, hogy egy eseményre adott reakció elvárható-e vagy sem? Ha a kérdéses reakció ritkán fordul elő, akkor nem elvárható? S mennyire kell ritka legyen?[144] Nyilvánvalóan az adott társadalom normái fognak dönteni ezen kérdések megválaszolásakor, s ezek a válaszok a pszichiátriai diagnózis képében mint objektív tudományos ítéletek fognak megjelenni.
A DSM objektívnak látszó betegségdefiníciója és kritériumrendszere sem oldotta meg tehát azt a problémát, hogy a klinikusnak a tünetek megítélésénél valamilyen standardot kell használnia, mely viszont nem vagy csak homályosan definiált, s így komoly tere nyílik a klinikus szubjektív megítélésének, személyes értékei benyomulásának az objektívnek tűnő diagnosztikus folyamatba. Különösen jól látható ez például a személyiségzavarok diagnosztizálásánál, ezért nem is véletlen, hogy a személyiségzavarok diagnosztizálásának a reliabilitása, megbízhatósága kisebb, mint más pszichiátriai zavaroké.[145]

Wakefield és a DSM-IV betegségdefinícióinak eltérései.

A DSM-IV gondosan megfogalmazott betegségdefiníciója alapvetően hasonló Wakefieldéhez, ő voltaképpen eme definíció lényegét foglalta össze a már tárgyalt „betegség=káros diszfunkció" formulában.
Wakefield definíciója és a DSM betegségdefiníciója azonban mégis eltérnek egymástól. Mint láttuk, Wakefield szerint egy diszfunkció csak akkor számít betegségnek, ha az a társadalom értékrendje szerint káros az egyén jólléte számára. Eszerint tehát ugyanaz az állapot (pl. homoszexualitás) betegség lehet az egyik társadalomban, mert annak értékrendje szerint az káros az egyén jóllétére, megszűnik azonban betegség lenni a másik, azt elfogadó társadalomban. A DSM-IV

ezzel szemben kifejezetten hangsúlyozza, hogy önmagában az egyén és a társadalom közti konfliktus soha nem elegendő a betegség kimondásához. Egy ilyen konfliktus csak akkor jelezné az egyén betegségét, ha az egyén mentális jellemzője, viselkedése bármely elképzelhető társadalomban is konfliktust okozna közte és a társadalom között. Egyszóval a DSM objektívebbnek, értékmentesebbnek látja a pszichiátriai betegség definícióját, mint Wakefield.[146]
Azonban sem a DSM, sem Wakefield definíciója nem tud elkerülni egy nagyon komoly nehézséget. Egyik sem veszi ugyanis figyelembe, hogy azok a társadalmi normák, melyekhez az egyénnek alkalmazkodnia kell, külön is megítélhetők. S ha a normákat nem tartjuk elfogadhatónak, ésszerűnek, akkor az ahhoz alkalmazkodni nem tudó egyént nem tartjuk betegnek.

A normalitás, mint ésszerű társadalmi normákhoz való alkalmazkodás képessége

A neurózis és a szociózis közötti különbség

Amikor egy egyén nem tud egy társadalom normáihoz alkalmazkodni, akkor ennek elméletileg két oka lehet. Lehetséges egyfelől, hogy a társadalom normái helyesek, elfogadandók, s ekkor a hozzá alkalmazkodni nem tudó embert fogjuk betegnek tartani. Gondolkodhatunk azonban az ellenkező módon is. Mondhatjuk azt, hogy nem az egyén alkalmazkodásával van a baj, hanem a társadalom normáival. Ha ugyanis ezek a normák elfogadhatatlanok, akkor a hozzá alkalmazkodni nem tudó ember nem számít betegnek. Így míg a helyes társadalmi normákhoz való relatíve enyhe alkalmazkodási zavart —a régi terminológiával--neurózisnak is nevezhetjük, addig J. H. van den Berg terminológiáját követve a fordított utat is követhetjük: a nem elfogadható társadalmi normák generálta szenvedést szociózisnak is hívhatjuk, hangsúlyozva, hogy itt az egyéni szenvedés oka nem az idegrendszer, hanem a társadalom rendellenes működése. [147] Ennek magyarázatához vissza kell nyúlnunk korábbi példánkhoz, a drapetomániához és a dysaesthesia aethiopishoz.
Mint láttuk, ma egyiket sem tartjuk betegségnek, mert a rabszolgaságot nem tekintjük olyan társadalmilag ésszerű normának, melyhez ha valaki nem tud alkalmazkodni, akkor szomatikusan vagy pszichiátriailag betegnek lenne tekinthető. Ilyen logikával ugyanis nemcsak a gyakori szökést, hanem magát a fekete bőrszínt is betegségnek kellene tartanunk, hiszen egy rasszista társadalomban a fekete bőrszín szintén “maladaptív”; az egyén túlélési esélyeit csökkenti. Ezért már ebből az esetből is fontos tanulság vonható le a betegségfogalom adekvát definíciójával kapcsolatban.

Az opportunista egészségdefiníció problémái embernél

A növényeknél és az állatoknál az egészség un. opportunista definícióját használjuk. Eszerint a növénynek, állatnak a környezetéhez alkalmazkodnia kell, függetlenül attól, hogy milyen az a környezet. Ha egy egyed vagy egy faj nem tud alkalmazkodni a környezetéhez, akkor elpusztul, illetve evolúciósan kipusztul, s

ekkor úgy tekintünk rá, mint amelyik nem volt képes evolúciósan alkalmazkodni a létért folytatott küzdelemben. Azért opportunista környezetdefiníció ez, mert abból indul ki, hogy a környezet mindig elfogadandó, s ha egy lény nem tud alkalmazkodni hozzá, akkor a probléma a kérdéses lény szervezetével, alkalmazkodóképességével van, s nem a környezettel.
Embernél azonban ez az egészségdefiníció radikálisan megváltozik. Az ember ugyanis nemcsak alkalmazkodik a környezetéhez, hanem meg is változtatja azt. Új tárgyakkal, társadalmi berendezkedéssel, szokásokkal, erkölccsel, egyszóval kultúrával a saját igényeinek megfelelően alakítja át a környezetét. Embernél az ember közvetlen környezete legtöbbször a társadalom, s pszichológiailag e társadalom normáihoz kell az egyénnek alkalmazkodnia. Itt azonban nem alkalmazható az evolúció logikája szerinti opportunista környezetdefiníció. Embernél nem indulhatunk ki abból, hogy a környezet mindig elfogadandó, s az ahhoz alkalmazkodni nem tudó emberek betegek. Ehelyett mindig azt is gondosan meg kell vizsgálnunk, mennyire ésszerűek, s morálisan mennyire elfogadhatók azok a társadalmi normák, melyekhez egy adott egyén nem tud alkalmazkodni, s ha azokat ésszerűtleneknek vagy morálisan elfogadhatatlannak találjuk, akkor nem az azokhoz alkalmazkodni nem tudó egyént tartjuk betegnek, hanem a társadalmat. Ennek megfelelően nem a rasszizmus viszonyaihoz rosszul alkalmazkodó bőrszínt tekintjük betegnek (noha egy környezete követelte színbe beleolvadni nem tudó állatot betegnek tartanánk), hanem a rasszista társadalmat. Nem a rabszolgaság viszonyaihoz alkalmazkodni nem tudó rabszolgát tekintjük betegnek, hanem átvitt értelemben a rabszolgatartó társadalom által támasztott követelményrendszert. Ennek megfelelően tehát ma nem ismerjük el, hogy a drapetománia betegség lenne, mert a rabszolgatartó társadalom normáihoz való alkalmazkodást nem tekintjük követelménynek. A drapetománia vagy a dysaesthesia aethiopis tehát azért nem betegségek, mert ugyan alkalmazkodási zavart jelentenek a rabszolgaság viszonyai között-- maladaptívak--ahogyan ma mondanánk, hiszen az ilyen viselkedést felmutató rabszolgáknak kisebb a túlélési esélyük, de a rabszolgaság normái ma nem számítanak elfogadható társadalmi normáknak, melyekhez alkalmazkodni kell. Hasonlóképpen, egy rasszista társadalomban a fekete bőrszín--noha a túlélés esélyeit csökkenti, vagyis ilyen szempontból maladaptív-- mégsem betegség, mert a bőrszín szerinti hátrányos megkülönböztetés nem elfogadható társadalmi norma.[148]
S természetesen sok hasonló példa lenne hozható annak igazolására, hogy amikor valaki bizonyos körülmények között nem tud jól funkcionálni, akkor természetesnek érezzük, hogy megvizsgáljuk: nem a körülményekkel van-e probléma? Robinson példájával élve, ha egy náci koncentrációs tábor parancsnoka azzal ment volna a tábori orvoshoz, hogy már nem tud örömet lelni a kivégzésekben, s nem tudja emiatt tartani a felettesei által megkövetelt napi kivégzési szintet, akkor nem azt gondolnánk, hogy gyógyszerrel növelni kellene hatékonyságát, munkateljesítményét, hanem fordítva: azt gondolnánk, hogy a kivégzésekben mutatott korábbi nagy teljesítménye volt patológiás, s „kiégése” inkább „normalizálódás”, a „gyógyulás” útján tett első lépés, s nem a patológia jele.[149]
Ez ismét aláhúzza, hogy az ésszerűnek ítélt társadalmi norma egyféle etalonként funkcionál: az ehhez alkalmazkodni tudó számít egészségesnek, az ehhez alkalmazkodni nem tudó pszichiátriai értelemben betegnek. Az azonban, hogy mi az

ésszerű társadalmi norma, s hogy mely normák ésszerűek illetve ésszerűtlenek, erősen értékrendfüggő.

Az egészség mint az ésszerű társadalmi normákhoz való alkalmazkodás képessége

Az egészség fogalmának az egyik legkidolgozottabb mai megközelítése Lennart Nordenfelt definíciója, aki szerint az egészség az egyén képessége arra, hogy standard körülmények között minimális boldogságot érhessen el.[150]
Így betegnek azok a testi illetve pszichológiai tulajdonságok vagy állapotok tekinthetők, melyek standard körülmények között az emberek nagy része számára lehetetlenné teszik a minimális boldogság elérését.[151]
Nordenfelt kitűnő definíciója azonban némiképp problematikus, hiszen a standard környezet fogalma nála azt a környezetet jelenti, mellyel egy adott társadalomban a legtöbb ember találkozik. A mai társadalomban ehhez hozzátartoznak az adott társadalom normái, intézménye, ideológiája is. Itt azonban a már tárgyalt problémával találkozunk. A náci társadalom náci normái az ottani standard körülményeket jelentik. Betegnek tekinthető azonban az, aki ezekhez nem tud alkalmazkodni, ilyen körülmények között nem tud minimális boldogságot sem elérni? Betegnek tekinthetők azok, akik a szovjet társadalom normáihoz nem tudtak alkalmazkodni? S mint láttuk, a rabszolgaság körülményeihez alkalmazkodni nem tudó rabszolgák sem tekinthetők betegnek. Ezért Nordenfelt definícióját módosítva úgy fogalmazhatunk, hogy egészséges az, aki ésszerű társadalmi normákhoz úgy tud alkalmazkodni, hogy így minimális boldogsága lehetségessé váljon.
Így az egészség nem más, mint fizikai és mentális képesség arra, hogy ésszerű és morálisan elfogadható társadalmi normákhoz alkalmazkodni tudjunk. Természetesen az ésszerű társadalmi norma fogalma maga is meglehetősen homályos. Az, hogy milyen norma ésszerű, függ a társadalom tudományos fejlettségétől, függ ideológiától, világnézettől, technikai lehetőségektől. Függ attól is, hogy egy szomatikus vagy pszichés állapot megváltoztatására milyen orvosi lehetőségekkel rendelkezünk, hiszen ha egy hátrányos tulajdonsággal a legtöbb ember rendelkezik, s az a tulajdonság nem változtatható meg, akkor gyakorlati okokból nem szoktak mindenkit betegnek tartani. Ha viszont egy hátrányos tulajdonság könnyen megváltoztatható, akkor akár mindenki kezelése is lehetséges. Ma sok kötelező védőoltás ebbe a kategóriába tartozik. Hasonlóképen, ha például ma létezne olyan gyógyszeres kúra, mellyel a rasszista gondolkodás megváltoztatható lenne, akkor könnyebben lehetne a rasszista gondolkodást is betegségnek tartani, mint ma, amikor ilyen gyógyszert nem ismerünk.
Mindez tehát azt mutatja, hogy sem a pszichiátriai egészségfogalom, sem a szomatikus egészségfogalom nem értékmentes. Annak meghatározása, hogy mit tekintünk pszichiátriai betegségnek, mindig erkölcsi-filozófiai megfontolásoktól is fog függeni, s így mindig is intenzív viták tárgya lesz a fogalom értékterheltsége miatt. Így tehát nem pusztán felfedezzük, hogy egy állapot, gondolkodásmód betegség-e, hanem el is határozzuk, hogy azt betegségnek fogjuk tartani.[152] Eme folyamat során sok függ a társadalomban uralkodó sztereotípiáktól: attól, hogyan vélekedik a társadalom arról, hogyan kell egy nőnek, egy férfinak, egy gyereknek egy adott

helyzetben viselkednie. Vagyis a normalitás definíciója szükségszerűen a kor és a társadalom előítéleteitől is terhelt.[153]
A fentiek arra a következtetésre vezetnek, hogy a pszichiátriai diagnózis nem értékmentes, s általában az egészség-betegség fogalmai mind a szomatikus medicinában, mind a pszichiátriában érték- és norma függők. Mind a szomatikus medicinában, mind a pszichiátriában annál egészségesebbnek lehet tekinteni egy embert, minél inkább képes ésszerű társadalmi normákhoz fájdalom illetve szenvedés nélkül alkalmazkodni, s minél hosszabb és boldogabb életet tud ilyen körülmények között élni.[154] Az azonban, hogy mit tekintünk ésszerű társadalmi normának, ideológia-és világnézet függő, s ezért a mentális egészség fogalma is szükségszerűen és kiküszöbölhetetlenül ideológia- és világnézet függő lesz.[155]

A társadalom domináns értékrendje és a pszichiátria

Mint már láttuk, minden kultúra hajlamos az általa kívánatosnak tartott viselkedést a normális funkcionálással, a nemkívánatos viselkedést pedig a betegséggel azonosítani. Hajlamos azt gondolni, hogy a kívánatos viselkedés egyben a természetes, normális viselkedés is, s ami ettől eltér, az betegség, melyet orvosi eszközökkel kell kontrollálni. Így jön létre a medikalizáció jelensége, s az orvostudomány felhasználása a szociális kontroll eszközeként.
Egy viselkedési forma inadekvát voltának megítélése alapvetően a társadalom által történik az uralkodó értékrend szerint. A pszichiátria általában csak követi a társadalmi megítélést, melyre a közvélemény a pszichiátriát legtöbbször presszionálja is. Eszerint nem a pszichiátria „fedezi fel", hogy mi az elmebetegség, hanem fordítva: egy viselkedést a társadalom már eleve „őrültnek", „betegnek" tekint, mindenféle pszichiátria-orvosi közreműködés nélkül is, s a pszichiátriától csak eme előre eldöntött ítélet megerősítését várják. A társadalom tehát sokszor csak azt várja el a pszichiátriától, hogy az általa „betegnek" minősített viselkedést pontosan megnevezze, megmagyarázza, s valamilyen csoportba besorolja. Azt azonban, hogy a viselkedés beteg-e vagy sem, általában a társadalom dönti el. S ha változik a társadalom álláspontja, változik a pszichiátriáé is. A homoszexualitást, maszturbációt, nem kényszerítő orvosi okokból nem tekintik ma betegségnek, hanem az erről való közgondolkodás megváltozása miatt. S ha a pszichiátria megpróbál eltérni a társadalom uralkodó felfogásától, ez általában heves ellenállást vált ki: bizonyítja ezt ma az alkoholizmus, a kábítószer-fogyasztás betegségjellegében való erős kételkedés a közvélemény és a törvényhozók részéről, vagy például a pedofilia betegség voltának elutasítása a legtöbb ország törvényhozása szerint. Sok pszichiátriai reformkísérlet vallott már kudarcot a társadalom ellenállásán[156]
A társadalom tehát sok esetben megpróbálja beszorítani a pszichiátriát abba a szerepbe, hogy az a nemkívánatos viselkedést minősítse pszichiátriai betegséggé és próbálja meg pszichiátriai eszközökkel kontrollálni. Így a pszichiátriának egyszerre két—egymásnak ellentmondó—feladatot kell teljesítenie. Egyrészt képviselnie kell a pszichiátriai betegek érdekét, másrészt képviselnie és fenntartania a társadalom értékrendjét, s eme értékrend betartására kell képessé tennie az azt valamilyen oknál fogva betartani nem tudó embereket. Vagyis egyszerre kell képviselnie a társadalom és az egyén érdekét, mikor pedig sokszor a kettő nem esik egybe. Ez a pszichiátria alapellentmondásainak egyike.[157]

Mindez azt jelenti, hogy a pszichiátriai etika egyik fontos feladata, hogy felhívja a figyelmet az értékeknek, s a társadalom domináns értékrendjének a meghatározó szerepére abban, mit minősítenek mentális betegségnek. S mint láttuk, ennek sokszor nem tudományos, hanem társadalmi okai vannak. Az értékelést alapvetően a társadalom végzi el, s a pszichiátria legtöbbször csak elfogadja azt. Így a pszichiátria fontos feladata lehet, hogy sokkal explicitebbé tegye azt az értékrendet, (s ez általában a társadalom domináns értékrendje) mely alapján a pszichiátriai klasszifikációs rendszerek felépülnek, s így a pszichiátriai diagnózis megszületik. Egy érték-tudatos pszichiátria lehet csak képes megkérdőjelezni a domináns értékrend alapján történő diagnózist, s azt—ha az értékektől nem is—de a szűkebb politikai, társadalmi elfogultságoktól mentessé tenni.[158] Egy értéktudatos pszichiátria révén válik lehetségessé, hogy explicitté tegyük azokat az értékeket, melyek a diagnosztikus rendszerek bázisát képezik, indokolt esetben azt megkérdőjelezzük, s elfogadhatóbb értékekre módosítsuk. [159]

A domináns értékrendet tagadó emberek általában nem elméletben, az elvont, általános értékek szintjén kérdőjelezik meg az értékeket, hanem a mindennapi életük során konkrétan, a társadalom mikro-intézményei szabályainak a megszegésével. A család, a munkahely, a nemi szerepek azok a területek, ahol az egyén legtöbbször konfliktusba kerül a környezetével, s legtöbbször itt próbálja a társadalom a pszichiátriát felhasználni arra, hogy az ilyen emberek ne kérdőjelezzék meg viselkedésükkel ezen intézmények működésének szabályait. Az ilyenkor adott diagnózis, gyógyszer és egyéb terápia legtöbbször a szabályok elfogadására, a korábbi élet változatlan folytatására igyekszik rábírni az egyént, akinek tünete sokszor éppen azért keletkezett, mert a felkínált életformát elfogadhatatlannak érezte. Az életformával való elégedetlenség és egyet nem értés betegséggé minősítésével és az implicite elutasított életforma folytatásának gyógyszerekkel, s egyéb terápiával való lehetővé tételével a társadalom—a pszichiátria felhasználásával—voltaképpen fenntartja ezeket a szabályokat, s így eme viselkedések kontrollját valósítja meg.[160] Mindez természetesen független a résztvevők szándékától illetve tudatos céljaitól. Könnyebb például posztnatalis depressziónak nevezni azt, ha egy újszülöttjével hazaérkező anya az állandó készenléttől, fizikai és szellemi kimerültségtől és a tágabb társadalomtól való izolálódástól frusztráltnak, kiábrándultnak érzi magát, mint szembenézni azzal a ténnyel, hogy a mai társadalom egyfelől romantikus színben tünteti fel az anyaságot, miközben felépítése és szerveződése nem vesz tudomást az azzal járó komoly személyes áldozatokról, fizikai és mentális terhekről.[161] Könnyebb öregkori depresszióról beszélni, s gyógyszereket felírni rá, mint megvizsgálni: ezek a tünetek sok esetben nem adekvát reakciónak tekinthetők-e az időskorú ember életében bekövetkező negatív változásokra? A személyes veszteségek (házastárs, rokonok, barátok elvesztése), s a saját halál kikerülhetetlen közeledtének érzete, a nyugdíjazással bekövetkező gazdasági lecsúszás és izolálódás, a fokozatosan romló egészségi állapot okozta szenvedés nem indokolják sokszor a romló hangulatot? Ha figyelembe vesszük ma az idős emberek kiszolgáltatottságát, izoláltságát és elidegenedettségét, az idős ember de facto „leértékelését” „háttérbe szorítását” és „leírását”, akkor e helyzetnek sokszor adekvát hangulati leképeződése a depresszió, s ennek kezelése nem elsősorban gyógyszerekkel, hanem a társadalom szerveződésének és beállítódásának a megváltozásával lenne

lehetséges.[162] Ezen problémák egy jelentős része ugyanis a társadalom jelenkori sajátosságainak a következménye, sok hagyományos társadalomban az idősek megbecsülése sokkal nagyobb volt, mint ma. Egyszóval az időskori depressziós tünetek egy része nem más, mint az idős ember helyzetének viszonylag adekvát hangulati leképeződése, s nem valamiféle agyi diszfunkció.[163]
Mindez azonban már átvezet a medikalizáció jelenségéhez, melyet a következő fejezetekben tárgyalunk.

Összegzés

A pszichológiai normalitás elméleti meghatározásának nagy gyakorlati jelentősége van, mert a másik patologizálása gyakran használt fegyver az emberek közötti viták eldöntésére. A patologizálás ugyanis érvényteleníti a patologizált álláspontját, megkérdőjelezi nézeteinek a jogosságát, s stigmatizálja a patologizált személyt. Így a patologizált fél elveszti a vitát, s patologizálódása egyben komoly fenyegetés önazonosságérzése s végső soron emberi méltósága szempontjából.
Nagy gyakorlati jelentősége ellenére a pszichológiai normalitás fogalmának meghatározása távolról sem tekinthető megoldott kérdésnek. A mindennapi gyakorlat könnyen túllép ezen a problémán és se szeri se száma a pszichiátria történetében azoknak a javaslatoknak, melyek egy adott értékrend szerint ellenszenves viselkedést, gondolkodás- vagy élménymódot betegséggé kívántak nyilvánítani. Ez része az értékprojekció jól ismert jelenségének, amikor egy társadalom a saját értékrendje szerint viselkedő embereket tekinti egészségesnek. A normalitással kapcsolatos ilyen viták megnyugtatóan csak akkor dönthetők el, ha létezik a pszichológiai normalitás meghatározásának egy elméletileg védhető megfogalmazása. A pszichológiai normalitás meghatározásának számos uralkodó modellje azonban elméletileg problematikus. A pszichés egészség mint szeretetre és produktív munkára való képesség homályos, mert nincs definiálva, mit jelent a szeretet és mit a produktív munka. A pszichés egészség statisztikai megközelítésének problémája az, hogy a leggyakoribb tulajdonságok azok, melyek valószínűleg a múltban voltak a legelőnyösebbek, gyorsan változó viszonyok között azonban—s az emberi társadalmak ilyenek—nem biztos, hogy az aktuális viszonyok között is előnyösök lesznek. A xenofóbia, rasszizmus például gyakori tulajdonságok, valószínűleg szerepelnek fajunk tervében, de aligha tekinthetők egészségesnek. A pszichés egészség fejlődési-fixációs modellje bizonyos kívánatos tulajdonságok kialakulásához vezető fejlődési folyamatot tekinti egészségesnek, problémája azonban, hogy kultúrák és értékrendek között nagy különbségek vannak atekintetben, hogy melyek azok a kívánatos tulajdonságok, melyeknek egy egészséges emberben ki kell alakulniuk. A pszichés egészséget jó realitásteszteléskénti definiáló felfogás problémája, hogy nem tudja megmondani, milyen a jó realitástesztelés, hiszen a valóság helyes leírása a különböző vallások és a különböző filozófiai-világnézeti felfogások szerint más és más lesz. Mivel érzéseink, élménymódunk a kognitív pszichológia szerint gondolkodásunk függvénye, így a világról való eltérő gondolkodás egyben eltérő érzéseket és élménymódokat indokol. Így egy érzés vagy élménymód egészségessége

meghatározásának feltétele, hogy egyetértés legyen abban, milyen a világról való helyes gondolkodás. Mivel azonban ebben ma nincs egyetértés, ezért szükségszerűek a vitát a különböző élménymódok egészségességét illetően is. Komoly probléma az is, hogy a világ adekvát leírása sokszor szomorúságot, depressziót eredményezhet, míg a világ irreálisan optimista leírása fokozhatja életerőnket, cselekvési képességünket. Így a valóságban a gyakorlat ingadozik aközött, hogy a jó realitástesztelést tekintse-e normálisnak, mégha az szomorúságot eredményez is, vagy a cselekvőképességet és az optimizmust, mely sokszor azonban a valóság optimista torzításából, vagyis rossz realitástesztelésből származik. A pszichés egészség aránytalansági modellje, mely azt az érzést, érzelmet tekinti abnormálisnak, mely intenzitásában nem megfelelő vagy minőségileg inadekvát a kiváltó eseményhez képest, szintén azzal a problémával találkozik, hogy milyen az adekvát minőségű és intenzitású érzelem vagy reakció? Itt vagy a statisztikai többség érzelmeiből és reakcióiból indulunk ki, a pszichés normalitás statisztikai megközelítését azonban korábban már elvetettük, vagy a priori kell megmondanunk, mit tekintünk egy adott helyzetben normálisnak, ez azonban értékrendfüggő, s más értékrend nevében megkérdőjelezhető.
A mentális zavar fogalmának ma legígéretesebb meghatározása az, mely a pszichológiai zavart káros diszfunkciónak tekinti. Ez a meghatározás egyszerre tartalmaz egy tényítéletet és egy értékítéletet így egyszerre egy tudományos és egy normatív állítás. Az ugyanis, hogy mi a pszichológiai diszfunkció, elvileg ténykérdés, így tudományosan eldönthető. A káros jelző viszont egy értékítéletet alapoz meg, mely így társadalomról társadalomra változhat. Az emberi pszichológiai működések funkciói az evolúció során alakultak ki, így a diszfunkció az evolúciós tervtől való eltérés. Így a mentális zavar az egyednek a faj evolúciós tervétől való káros eltérését jelenti. Az evolúciós terv megállapítására tesz kísérletet az evolúciós pszichológia illetve pszichiátria, s az ilyen kutatások egy fontos dimenzióval egészítik ki a pszichiátria ma elfogadott biopszichoszociális modelljét: az evolúciós dimenzióval. A biológiában közhelynek számít, hogy minden biológiai jelenség végső értelmét csak az evolúciós nézőpontból nyeri el, s ez természetesen a pszichés jelenségekre is érvényes. Az evolúciós nézőpont mai pszichopatológiai szemléletünk átértékeléséhez vezethet el, hiszen így számos—eddig kórosnak tekintett jelenség—adaptívnak, s így egy kedvezőtlen környezeti hatásra való egészséges reakciónak tekinthető. Ez a nézőpont—elméleti haszna mellett—komoly gyakorlati haszonnal is járhat. A pszichiátriai tüneteket csak negatívként tekintő hagyományos szemlélet helyett azok adaptív, pozitív oldalait vizsgáló nézőpont csökkentheti a pszichiátriai betegekkel szembeni stigmatizációt is.
A DSM definíciója szerint a mentális zavar olyan diszfunkció, mely vagy jelenlegi szenvedéssel, működésromlással jár, vagy annak megnövekedett jövőbeli valószínűségével. Önmagában nem mentális zavar egy környezeti hatásra adott elvárható válasz, s nem az az egyén és a társadalom közti konfliktus sem.
A mentális zavar tehát eszerint is káros diszfunkció, de a DSM a kár fogalmát kultúra- és értékrendüggetlennek tartja, így a mentális zavar fogalmát is értékrendmentesnek tekinti, hiszen azt, hogy mi a káros, nem az adott társadalom állapítja meg, hanem minden diszfunkció károsnak tekinthető, mely szenvedéssel jár vagy annak jövőbeli valószínűségét növeli. Ennek a DSM definíciónak azonban komoly problémája, hogy eltekint az egyént körülvevő társadalmi környezet

értékrendjétől. Nem vizsgálja, hogy az az értékrend elfogadható-e, hanem azokat adottnak tekintve abból indul ki, hogy ahhoz az egyénnek alkalmazkodnia kell. Nem veszi figyelembe, hogy maguk a társadalmi normák is megkérdőjelezhetők, megváltoztathatók. Nem veszi figyelembe, hogy nézőpont kérdése annak eldöntése, hogy bizonyos társadalmi normákhoz alkalmazkodni nem tudó embernél az alkalmazkodási zavart a diszfunkció okozta-e vagy a nem megfelelő (pl. az adott diszfunkciót figyelembe nem vevő) társadalmi norma. Az, hogy egy diszfunkció okoz-e jelenlegi szenvedést, vagy annak megnövekedett valószínűségét, a társadalmi körülményektől, normáktól is függ, amik maguk is alakíthatók. Az exkluzív, kizárólagos homoszexualitás például diszfunkció, de csak akkor okoz szenvedést, ha az ilyen embert körülvevő társadalom intoleráns. A szenvedést tehát nem a homoszexualitás önmaga okozza, hanem a társadalom reakciója, diszkriminatív normái. A valóságban tehát nem dönthető el—a társadalmi normákra és körülményekre való utalás nélkül—hogy egy állapot önmagában okoz e szenvedést. Számos mai pszichiátriai zavarnál (pl. parafiliák, személyiségzavarok) egyáltalán nem világos, hogy a szenvedést a zavar maga, vagy a zavarra adott intoleráns társadalmi reakció okozza-e? S mivel az intoleráns társadalmi reakció okozta zavar primer módon nem számít betegségnek, ezért nehezen dönthető el, hogy ezek az állapotok mennyire tekinthetők annak. Nagyon sok zavar esetén a szenvedés okának megnevezhetjük a diszfunkciót (ilyenkor beszéltek régen neurózisról), de megnevezhetjük a nem megfelelő normákat, társadalmi környezetet is (s ekkor beszélhetnénk a neurózis analógiájára szociózisról). Az, hogy az egyén szenvedését a saját betegsége (neurózisa) okozza-e vagy a társadalom betegsége (a szociózis), sokszor nézőpont kérdése s a fenti DSM definíció egyáltalán nem vet számot azzal a lehetőséggel, hogy a társadalomban magát rosszul érző ember esetén szociózis is állhat a háttérben (a társadalom zavara) s nem csak neurózis (az egyén zavara) A pszichológiai egészség voltaképpen ésszerű társadalmi normákhoz való alkalmazkodási képességet jelent, az ésszerű norma fogalma azonban értékrendtől függő és változó. Ezért a mentális zavar fogalmának meghatározása mindig tartalmaz egy értékkomponenst is, a mentális egészség és mentális betegség fogalma ezért kiküszöbölhetetlenül értékterhelt. Így a mentális zavar olyan káros diszfunkciónak tekinthető, melyben a káros szó jelentését egy idealizáltan ésszerű hipotetikus társadalom normáihoz képest határozzuk meg. A mindennapi gyakorlatban a társadalom domináns értékrendje határozza meg, mit tekintenek károsnak, s a pszichológiai diszfunkció meghatározása sem magától értetődő, hiszen ma sem tudjuk pontosan sok pszichés jelenség pontos funkcióját. Így az értékprojekció Wakefield által felismert mechanizmusával a domináns értékrend szerint viselkedő, gondolkodó embereket tekintik legtöbbször egészségeseknek, az ettől lényegesen eltérőket pedig mentálisan abnormálisnak. Ez általában a társadalom ítélete, s a pszichiátria legtöbbször csak követi illetve elfogadja ezt az értékrendet. A legtöbb ember nem elméletben kérdőjelezi meg a társadalom domináns értékrendjét, hanem a mindennapi életben viselkedésével, választásaival. Az értékprojekció jelensége pedig tág teret ad a medikalizációnak, amikor a devianciát, a normaszegést diszfunkció által okozottnak és ezért betegségnek kezdik tekinteni. Ez—a pszichiátriai diagnózis stigmatizáló és érvénytelenítő hatása miatt—ösztönzi az így viselkedőt a normák betartására, s így a medikalizáció felhasználhatja a pszichiátriát eszközként a normaszegő viselkedés

megszüntetésére illetve magának a normának a fenntartására. Ez nem a pszichiátriára magára jellemző, hanem inkább csak a pszichiátria elfajulási lehetősége, mely ellen azonban csak egy értéktudatos pszichiátria képes megfelelően védekezni.

---

[1] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 2)
[2] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf. (p. 278.)
[3] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 33)
[4] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 31)
[5] Moore A.--Hope A.--Fulford W. K. M. (1994): Mild mania and well-being. Philosophy, Psychiatry and Psychology **1**, 165-178. (p. 167) cit: Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 192)
[6] Moore A.--Hope A.--Fulford W. K. M. (1994): Mild mania and well-being. Philosophy, Psychiatry and Psychology **1**, 165-178. (p. 167) cit: Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 192)
[7] Moore A.--Hope A.--Fulford W. K. M. (1994): Mild mania and well-being. Philosophy, Psychiatry and Psychology **1**, 165-178. (p. 167) cit: Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 192)
[8] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 193)
[9] Moore A.--Hope A.--Fulford W. K. M. (1994): Mild mania and well-being. Philosophy, Psychiatry and Psychology **1**, 165-178. (p. 171) cit: Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 194)
[10] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 195)
[11] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 195)
[12] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 195)
[13] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 221)
[14] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row Publishers. (p. 173)
[15] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row Publishers. (p. 175)
[16] Thomas S. Szasz (1987): Insanity. New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 15)
[17] Thomas S. Szasz (1970): The Manufacture of Madness. New York: Harper Torchbooks, Harper & Row Publishers. (p. 314)
[18] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 45)
[19] Bodo Herenberg (szerk): (1990): Az emberiség krónikája. Officina Nova Kiadó. (p. 929)
[20] József Kovács: The Concept of Health and Disease. Medicine, Health Care and Philosophy **1**: 31-39, 1998.
[21] Jane Bradbury: Ancient footsteps in our genes: evolution and human disease. The Lancet, Vol.363. No. 9413. March 20, 2004. (p. 953)
[22] Carl Sagan--Ann Druyan (1995): Elfeledett ősök árnyai. (Fordította: Sóskuthy György). Budapest: Európa könyvkiadó. (p. 319-322)
[23] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 48)
[24] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p.47)

[25] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 50)
[26] Charles S. Carver--Michael F. Scheier (szerk.) (1998): Személyiségpszichológia. Budapest: Osiris Kiadó. (p. 290)
[27] Hérodotosz: A görög-perzsa háború. Európa könyvkiadó, 1989. (V. könyv, 4.) (p. 345)
[28] Lev Tolsztoj: Gyónás. In: Tanulmányok, cikkek, vallomások. (Lev Tolsztoj művei 9. kötet.) Magyar Helikon: 1967
[29] Dharmaraksa: Buddhacsarita (206-223; 227-235; 241-253.) In: Téchy Olivér: Buddha. Budapest: Gondolat Kiadó: 1986. (p. 91-97)
[30] Helmuth von Glasenapp (1984): Az öt világvallás. (Negyedik kiadás). Budapest: Gondolat kiadó. (p. 94)
[31] Helmuth von Glasenapp (1984): Az öt világvallás. (Negyedik kiadás). Budapest: Gondolat kiadó. (p. 118)
[32] Blaise Pascal: Gondolatok. (2. kiadás) Budapest: Gondolat kiadó, 1983. (III. szakasz, 199.) (p. 106)
[33] Arthur Schopenhauer: Az élet semmiségéről és gyötrelméről. In: Arthur Schopenhauer: Szerelem, élet, halál--Életbölcsesség. Göncöl kiadó. (p. 148)
[34] Arthur Schopenhauer: Az élet semmiségéről és gyötrelméről. In: Arthur Schopenhauer: Szerelem, élet, halál--Életbölcsesség. Göncöl kiadó. (p. 152-153)
[35] Arthur Schopenhauer: Az élet semmiségéről és gyötrelméről. In: Arthur Schopenhauer: Szerelem, élet, halál--Életbölcsesség. Göncöl kiadó. (p. 144)
[36] Martin Heidegger: A létezés, a semmi és a szorongás. In: Köpeczi Béla (szerk.) (1984): Egzisztencializmus. Budapest: Gondolat Kiadó. (pp. 162-177)
[37] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p.9)
[38] Blaise Pascal: Gondolatok (2. kiadás) Budapest: Gondolat Kiadó, 1983. 205. és 206. bekezdés. (p. 108)
[39] George Graham (1991): Melancholic Epistemology In: James H. Fetzer (ed.): Epistemology and Cognition. Boston: Kluwer Academic Cit: Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 37)
[40] Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 38)
[41] Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 41)
[42] Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 46)
[43] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 51)
[44] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 52)
[45] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 258)
[46] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no.2 (2000):13-18 (p. 15)
[47] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no.2 (2000):13-18 (p. 15)
[48] Edwin R. Wallace IV (1995): The Meaning of Mental Health In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1702)
[49] Edwin R. Wallace IV (1995): The Meaning of Mental Health In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1702)
[50] Tim Thornton: Reductionism/Antireductionism In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 195)
[51] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence.In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions

and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 149)
[52] Jerome C. Wakefield: On winking at the facts, and loosing one's Hare: value pluralism and the harmful dysfunction analyisis In: World Psychiatry Vol. 4. No. 2. June 2005 (p. 88-89) (p. 89)
[53] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence.In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 149-151)
[54] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence.In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 150)
[55] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence.In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 151)
[56] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p.11)
[57] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 23)
[58] K.W.M.Fulford (2004): Mental Illness: Definition, Use and Meaning. In: Stephen G. Post (ed.) (2004): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillan Reference USA—Thomson—Gale. (p. 1793.)
[59] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p.13)
[60] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 12)
[61] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 38.)
[62] M. T. McGuire—L. Marks—R.M. Nesse—A. Troisi (1992): Evolutionary biology: A basic science for psychiatry? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 32)
[63] Randolph M. Nesse (1987): An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 73)
[64] John Price—Leon Sloman—Russel Gardner et. al (1994): The Social Competition Hypothesis of Depression. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 251)
[65] Daniel R. Wilson (1993): Evolutionary epidemiology:Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 46)
[66] Daniel R. Wilson (1993): Evolutionary epidemiology:Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 50)
[67] Daniel R. Wilson (1993): Evolutionary epidemiology:Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 51)
[68]Daniel R. Wilson (1993): Evolutionary epidemiology:Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 53)
[69] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 2)
[70] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 3)

[71] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 6)
[72] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 11.)
[73] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 271.)
[74] Steve Salerno: Self-help's big lie. (Current Editorial): Los Angeles Times, January 1, 2006.
[75] Steve Salerno: Self-help's big lie. (Current Editorial): Los Angeles Times, January 1, 2006.
[76] Steve Salerno: Self-help's big lie. (Current Editorial): Los Angeles Times, January 1, 2006.
[77] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 52.)
[78] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 71.)
[79] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 66.)
[80] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 262.)
[81] John Price—Leon Sloman—Russel Gardner et. al (1994): The Social Competition Hypothesis of Depression. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 241)
[82]John Price—Leon Sloman—Russel Gardner et. al (1994): The Social Competition Hypothesis of Depression. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 244)
[83] John Price—Leon Sloman—Russel Gardner et. al (1994): The Social Competition Hypothesis of Depression. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 246)
[84] John Price—Leon Sloman—Russel Gardner et. al (1994): The Social Competition Hypothesis of Depression. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 250)
[85] Michael T. McGuire—Alfonso Troisi—Michael M. Raleigh (1997): Depression in evolutionary context. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 264)
[86] Linda Mealey (1995): The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutuionary model. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 134)
[87] Linda Mealey (1995): The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutuionary model. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 139)
[88] Linda Mealey (1995): The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutuionary model. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 157)
[89] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 89.)
[90] Linda Mealey (1995): The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutuionary model. In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 167)
[91] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 103.)
[92] Randolph Nesse—George Williams (1995): Are Mental Disorders Diseases? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 7)
[93] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 106.)
[94] Natalie Depraz (2003): Putting the époché into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consiousness In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z

Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 189)
[95] Natalie Depraz (2003): Putting the époché into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consiousness In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 189)
[96] Michael Musalek (2003): Meaning and causes of delusions. In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 157)
[97] George Devereux (1980): Basic Problems in Etnopsychiatry. Chicago: University of Chicago Press. Cit: T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf. (p. 11.)
[98] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 147-158.)
[99] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 267.)
[100] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 182)
[101] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 183)
[102] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 183)
[103] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 184)
[104] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 183)
[105] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 186)
[106] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 186)
[107] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 187)
[108] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 188)
[109] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 188)
[110] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 188)
[111] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 188)
[112]Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 240.)
[113] Anthony Stevens—John Price (2000): Evolutionary Psychiatry. (Second edition.) London—Phialdelphia: Routledge. (p. 248.)
[114] M. T. McGuire—L. Marks—R.M. Nesse—A. Troisi (1992): Evolutionary biology: A basic science for psychiatry? In: Simon Baron-Cohen (1997): The Maladapted Mind. Classic Readings in Evolutionary Psychopathology. East Sussex: Psychology Press, Publishers. (p. 31)
[115] K. W. M. Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM.VI Task Force from the Editors of Philosophy, Psychiatry, and Psychology. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 352)
[116] R. D. Laing (1990): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja) Budapest: Európa könyvkiadó. (p. 46)
[117] Brooke Hopkins—Margaret P. Battin: Religion. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 317)

[118] William James (1902): The Varieties of Religious Experience. New York: Longmans. Cit: Brooke Hopkins—Margaret P. Battin: Religion. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 315)
[119] Brooke Hopkins—Margaret P. Battin: Religion. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 315)
[120] Brooke Hopkins—Margaret P. Battin: Religion. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 319)
[121] K. W. M. Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM.VI Task Force from the Editors of Philosophy, Psychiatry, and Psychology. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 335-336)
[122] K.W.M.Fulford (2004): Mental Illness: Definition, Use and Meaning. In: Stephen G. Post (ed.) (2004): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillan Reference USA—Thomson—Gale. (p. 1790.)
[123] Carlos E. Berganza—Juan E. Mezzich—Claire Pouncey: Concepts of Disease: Their Relevance for Psychiatric Diagnosis and Classification In: Psychopathology 2005;38:166-170 (p. 168)
[124] Carlos E. Berganza—Juan E. Mezzich—Claire Pouncey: Concepts of Disease: Their Relevance for Psychiatric Diagnosis and Classification In: Psychopathology 2005;38:166-170 (p. 168)
[125] Carlos E. Berganza—Juan E. Mezzich—Claire Pouncey: Concepts of Disease: Their Relevance for Psychiatric Diagnosis and Classification In: Psychopathology 2005;38:166-170 (p. 169)
[126] K. W. M. Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM.VI Task Force from the Editors of Philosophy, Psychiatry, and Psychology. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 337)
[127] K.W.M.Fulford (2004): Mental Illness: Definition, Use and Meaning. In: Stephen G. Post (ed.) (2004): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillan Reference USA—Thomson—Gale. (p. 1791.)
[128] K. W. M. Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM.VI Task Force from the Editors of Philosophy, Psychiatry, and Psychology. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 337)
[129] K. W. M. Fulford (2002): Report to the Chair of the DSM.VI Task Force from the Editors of Philosophy, Psychiatry, and Psychology. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 345-346)
[130] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 96-97)
[131] Roland Littlewood (1993): Pathology and Identity: The Work of Mother Earth in Trinidad. Cambridge: Cambridge University Press. Cit: Brooke Hopkins—Margaret P. Battin: Religion. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 316)
[132] Hit és Egészség. Az IHS alapítvány melléklete. In: Magyar Orvos, X. évf. 11. szám. 2002 november
[133] E. O. Wilson (1978): On Human Nature. Harvard University Press.
[134] K.W.M.Fulford (2004): Mental Illness: Definition, Use and Meaning. In: Stephen G. Post (ed.) (2004): Encyclopedia of Bioethics. (3 rd edition.) New York—Munich: Macmillan Reference USA—Thomson—Gale. (p. 1796.)
[135] Lee Anna Clark (2002): Evaluation and Devaluation in Personality Assessment. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 147)
[136] Harold Alan Pincus—Laurie McQueen (2002): The Limits of an Evidence-Based Classification of Mental Disorders. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 28)
[137] Harold Alan Pincus—Laurie McQueen (2002): The Limits of an Evidence-Based Classification of Mental Disorders. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 31)

[138] American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC.: American Psychiatric Association. (p. xxi) Cit: Bernard Gert—Charles M. Culver: Defining Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 416)
[139] Roberet Baker (1995): Conceptions of Mental Illness In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1740)
[140] Bernard Gert—Charles M. Culver: Defining Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 416)
[141] Bernard Gert—Charles M. Culver: Defining Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 419)
[142] Bernard Gert—Charles M. Culver: Defining Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 419)
[143] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 56)
[144] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 56)
[145] Nancy C. Andreasen--Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 33)
[146] Bernard Gert—Charles M. Culver: Defining Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 421)
[147] Richard Stivers (2004): Shades of Loneliness. Pathologies of a Technological Society. New York—Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. (p. 7)
[148] József Kovács: The Concept of Health and Disease. Medicine, Health Care and Philosophy **1**: 31-39, 1998. (p. 38)
[149] Daniel N. Robinson (2003): Psychiatry and law. In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 94-95)
[150] Lennart Nordenfelt (1987): On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach. (Series Philosophy and Medicine, Vol. 26.) Dordrecht-Boston: D. Reidel Publishing Company. (p. xi)
[151] Ibid. (p. 145)
[152] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p.38)
[153] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p.40)
[154] József Kovács: The Concept of Health and Disease. Medicine, Health Care and Philosophy **1**: 31-39, 1998. (p. 38)
[155] József Kovács: The Concept of Health and Disease. Medicine, Health Care and Philosophy **1**: 31-39, 1998.
[156] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 217.)
[157] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 218.)
[158] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 222.)
[159] John Z. Sadler: Diagnosis/Antidiagnosis. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 175)
[160] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 224.)
[161] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 227.)
[162] Lucy Johnstone (2000): Users and abusers of Psychiatry. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 228.)
[163] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 228)

4. fejezet--Medikalizálás, patologizálás, pszichiatrizálás.

A medikalizáció fogalma

Peter Conrad gyakran idézett meghatározása szerint a medikalizáció azt a modern tendenciát jelenti, melynek során egy alapvetően nem orvosi problémát orvosi szempontból szemlélnek, orvosi fogalmakkal és az orvostudomány nyelvezetét használva írnak le, az orvostudomány magyarázó elveit használva értenek meg és orvosi beavatkozásokkal próbálnak megoldani („kezelni").[1]
Napjainkban nemcsak az életproblémák, hanem a devianciák is medikalizálódnak, melyek maguk is egyre kevésbé puszta szabályszegésnek, és egyre inkább betegségnek minősülnek. Conrad szerint egy deviancia akkor medikalizálódik, ha a kontrollálását célzó korábbi erőfeszítések csődöt mondtak, ha létezik valamiféle orvosi beavatkozás (legtöbbször gyógyszer), mely a kontrollálására alkalmasnak látszik, s végül, ha a medicina hajlandó a deviáns viselkedést betegséggé minősíteni. Conrad szerint a deviancia medikalizálása egyben kontrollálásának technológiai formáját valósítja meg. [2]
A medikalizáció mindig egyben redukcionizmus is. Egy komplexebb problémakört puszta orvosi-fiziológiai problémává redukál.[3] Ha például valaki a depressziót pusztán agyi szerotonin deficitnek tekinti, mely hasonló a cukorbetegségben tapasztalt inzulin-hiányhoz, akkor ez fiziológiaivá változtat egy sok esetben ennél lényegesen komplexebb problémát, s egyben a beteget dehumanizálja, hiszen egy biokémiai rendszerré fokozza le, melynek kémiai egyensúlyát helyre kell állítani. Ilyenkor a beteg nem a pszichiáter partnere lesz a kezelésben, hanem inkább egy „megjavítandó" tárgy.[4]
Ma számos olyan panasszal orvoshoz lehet fordulni, mely régebben nem számított volna orvosinak. Néhány évszázada például a rossz házasságot alapvetően erkölcsi problémának tartották. Ma pár- vagy család-terápiát kereshet fel az ebben szenvedő pár, így a rossz házasság erkölcsi vagy személyes nehézségből orvosi, pszichológiai problémává vált. Hasonlóképpen, ha régen egy gyerek fegyelmezetlen volt, vagy az iskolában rosszul tanult, az pedagógiai kérdésnek számított. Ma ilyen esetben nevelési tanácsadóhoz, pszichológushoz, gyermekpszichiáterhez lehet fordulni, aki sok esetben ilyenkor pszichológiai-pszichiátriai zavart diagnosztizál (pl. viselkedési zavar, figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, olvasási zavar, számolási zavar, stb.) s kezelést nyújt. A korábbi pedagógiai probléma tehát mára átalakult orvosi-pszichológiai problémává. Ugyanez a tendencia érvényes számos más pszichiátriai betegség kapcsán is. Az alkoholizmust, a kábítószer-fogyasztást régebben erkölcsi gyengeségnek tartották, ma sok esetben elsősorban orvosi problémának. Az öngyilkosság két évezreden keresztül a keresztény kultúrában erkölcsi bűnnek számított. Ma pszichiátriai probléma, s az öngyilkosságot elkövetők háromnegyed részénél pszichiátriai betegséget tételeznek fel.[5] A tendencia tehát az, hogy amit régen bűnnek tartottunk, azt ma sokszor betegségnek tartjuk, amit régen büntettünk, azt ma kezeljük. Így folyamatosan nő a betegségek és a betegek száma, hiszen egyre tágabban fogalmazzuk meg azt, hogy mi a betegség.

Medikalizáció a pszichiátriában

A pszichiátria nagyon sok, régen excentrikusságnak, különcségnek vagy egyszerűen csak ellenszenves személyiségvonásnak tekintett tulajdonságot patologizált a XX. században. Egyre több olyan nehézséget, melyet korábban egyszerűen csak a mindennapi élet során keletkező normális életproblémának tekintettek, kezdtek ekkortól pszichiátriai zavarnak tartani. Az USA-ban például a pszichoterápiába járás széleskörűen elterjedt, az 1980-as évek végére statisztikák szerint a felnőtt amerikai lakosság 25%-a vett igénybe életében valamiféle pszichoterápiás segítséget. Megtörtént a mindennapi élet szokásos problémáinak a pszichologizálása, a pszichológiai "betegségküszöb" látványos lecsökkenése.[6]
Mára a DSM-ben is megjelenő pszichiátriai zavarok egy része—mint később látni fogjuk-- alapvetően a medikalizáció eredménye. Nem jelentenek betegséget a szónak a klasszikus értelmében, vagyis nem jelentenek káros agyi vagy pszichológiai diszfunkciót. A pszichiátriai zavarnak tartott entitások egy jelentős része nem egyéb, mint a környezeti stresszre adott elvárható, adekvát reakció, deviáns viselkedés vagy egyszerűen a jól ismert emberi boldogtalanság, a körülményekkel való tartós elégedetlenség.[7] A DSM modern változatai a bennük felsorolt összes pszichológiai, viselkedési tünetet a mentális zavar jelének tekintenek, függetlenül attól, hogy a tünet diszfunkció eredménye-e, elvárható reakció-e a környezeti hatásokra vagy esetleg szándékos megszegése-e egy társadalmi szabálynak (deviancia). Ezzel a modern pszichiátria jelentősen túlbecsüli a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakoriságát, medikalizálja a mindennapi élet normálisnak (noha esetleg nemkívánatosnak) tekinthető jelenségeit.[8] Ha nem kell vizsgálni, hogy egy tünet indokolt reakció-e vagy sem, akkor az élettel való tartós elégedetlenség nevezhető dysthimiának, a házastárssal, gyerekkel kapcsolatos bármely tartós konfliktus tekinthető major depresszív zavarnak, a neveletlen gyerek tekinthető viselkedési zavarban vagy figyelemhiányos/hiperaktivtás zavarban szenvedőnek.[9] Ahogyan Horwitz megjegyzi: a DSM-IV-be bevezetett új kategória, a Meghatározatlan alkalmazkodási zavar (309.9) kategóriájába voltaképpen bármilyen elképzelhető emberi életprobléma belefér, vagyis bármely probléma medikalizálására lehetőséget nyújt.[10]

A medikalizáció hátrányai

Felmerül természetesen a kérdés: miért rossz a medikalizálás? Miért baj, ha egy szenvedést okozó állapotot, mely alapvetően nem betegség, mégis annak tartanak, és kezelnek? Ha a kezelés hatékony, akkor segít annak, aki kapja, akár beteg volt, akár nem, ha pedig nem hatékony, akkor nem az a baj, hogy az adott állapotot betegségnek tartják, hanem az, hogy az alkalmazott kezelés hatástalan volt. Miért hátrányos tehát a medikalizáció?

A medikalizáció stigmatizáló, „érvénytelenítő" és dehumanizáló hatása

A medikalizáció káros, mert sokszor stigmatizál. A pszichiátriai betegség talán a legstigmatizálóbb hatású az összes ma gyakori betegségek közül. A pszichiátriai betegek ismételt panasza, hogy pszichiátriai diagnózisuk egyben identitásuk része lesz. Ők maguk is akaratlanul azonosulnak vele, s a környezet is azonosítja őket diagnózisukkal. Többé nem Péter és Klára lesznek, hanem Péter, aki depressziós, s Klára, a pánikbeteg. Ezt követően a diagnózis invalidálja, érvénytelenné teszi mindazt, amit gondolnak vagy éreznek. Ha a depressziós Péter valamivel ezentúl elégedetlen lesz, akkor érzésének jogosultsága könnyen megkérdőjelezhető azzal, hogy ő csak azért elégedetlen, mert depressziós, elégedetlensége betegségének egyik tünete. A medikalizált pszichiátriai diagnózis voltaképpen a beteg perspektívája jogosságának a megkérdőjelezése e perspektíva patológiássá minősítésével. A pszichiátriai beteg reakcióit, érzéseit, gondolatait, véleményét betegsége tünetének lehet tartani, s ezáltal élményei hitelességét, jogosságát meg lehet kérdőjelezni. Bármely másokkal való nézeteltérés, és tágabban a társadalommal való bármely elégedetlenség esetén az egészségesek érvelhetnek úgy, hogy tudományosan igazolt, hogy a „betegnek" nincsen igaza, hiszen betegsége őt megakadályozza abban, hogy a világról ugyanolyan érvényes ítéleteket alkosson, mint a mentálisan egészséges személy. A medikalizáció ezért súlyosan dehumanizáló lehet, s alkalmas bármely—mégoly jogos-- kritika diszkreditálására és ezáltal elnyomására.[11]

A medikalizáció passzivitást keltő és az eredeti problémát fenntartó hatása

A medikalizálás további hátránya, hogy sok esetben a beteget passzivitásra készteti. Ha „tüneteinek" oka ugyanis benne magában van, agyi folyamataiban, termelődő neurotranszmitterei mennyiségében, akkor a legtöbb pszichiátriai zavar egyfajta hiánybetegségnek tűnik, melynek a megoldása a hiányzó transzmitter pótlása, legtöbbször gyógyszerekkel. Ennek rejtett üzenete az, hogy a „beteg" környezetével nincs baj, azt nem kell megváltoztatni, azt ő maga is elfogadhatónak fogja látni és alkalmazkodni fog tudni hozzá, ha majd egészséges lesz. A panasz betegséggé minősítésének és a „beteg" gyógyszerrel való ellátásának üzenete: a gyógyszer meg fogja oldani a problémát. Ha a „beteg" szedi a gyógyszert, zavartalanul folytatni tudja majd eddigi „normális" életét. A valóságban viszont éppen a „ beteg" addigi életének a megváltoztatására lenne szükség, s így a medikalizálás—ennek megakadályozásával-- segíthet tovább fennmaradni a problémát. A „beteg" érzéseinek, gondolatainak, reakciójának patológiássá minősítése, s a betegszerepbe való belekényszerítése egyben csökkentheti a magabiztosságát. Megkérdőjeleződik a számára, hogy jól látja-e helyzetét, indokoltak-e az érzései? Ez csökkentheti önbizalmát a cselekvésre, helyzetének megváltoztatására. Ezt sokszor a mindennapi klinikai gyakorlat is megerősíti. Az a „jó" beteg, aki engedelmesen szedi a gyógyszereit, a „rossz" pedig az, aki mer egyet nem érteni, vitatkozni, panaszkodni és tiltakozni. Pedig ezek hatékony előkészítői is lehetnek a problémát okozó helyzet tényleges megváltoztatásának.[12]

Ingadozás a medikalizáció és a demedikalizáció között a mindennapi klinikai gyakorlatban

Érdekes módon a pszichiátriai betegek esetén a betegségért való felelősség feltételezése sajátos ingadozást mutat. Kezdetben általában az a feltételezés, hogy a beteg nem felelős a betegségéért, sőt, hangsúlyozni is szokták, hogy problémája betegségének (pl. depressziójának) következménye, mely ugyanolyan betegség, mint a többi, s megfelelő gyógyszeres kezeléssel gyógyítható. A beteg ezt sokszor passzívan elfogadja, s várja a gyógyulást. Ha azonban ez mégsem következik be, akkor gyakori, hogy megváltozik a kezelők véleménye, s kezdik a beteget is felelősnek tartani állapotáért, gyógyulásának elmaradásáért. Nem azt mondják ilyenkor, hogy betegsége túl súlyos, hanem azt: nem tesz eleget a gyógyulásért, ő maga is felelős a helyzetéért. A beteg kezdeti sajnálata átadja a helyét a beteg implicit vagy explicit vádolásának, melyet az jelez, hogy a beteget kezdik „hisztrionikusnak", „manipulatívnak", „éretlennek", „agresszívnek", stb. nevezni a róla szóló szakmai beszélgetésekben. Kezdetben tehát a beteget medikalizálták s arra bíztatták, hogy adja át az élete fölötti kontrollt a kezelő személyzetnek, majd mikor a kezelés nem sikeres, akkor őt vádolják, hogy nem vállalja a gyógyulásáért a ráháruló felelősséget. [13] Vagyis a mindennapi klinikai gyakorlatban is zajlik egy sajátos demedikalizációs folyamat, amikor a kezdetben orvosinak tartott problémát, melyért a beteg nem felelős, a személyzet kezdi nem-orvosi (társadalmi, morális, stb.) problémának is tekinteni, s a beteg felelősségét sugallni. A mindennapi orvosi gyakorlat is ingadozik tehát a medikalizáció és a demedikalizáció között, mely abban nyilvánul meg, hogy milyen mértékben tartják a beteget felelősnek a betegségéért. A medikalizáció egyik fő veszélye tehát az, hogy a beteg életproblémáját betegségnek minősítve, annak társadalmi, politikai, morális stb. oldaláról a figyelmet elterelve s a probléma megoldásáért a felelősséget látszólag átvéve a pszichiátria azt sugallja a „betegnek", hogy problémáját meg fogja tudni oldani. Mivel így a „beteg" külső tényezőtől várja a segítséget és nem saját magától, passzív szemlélője lesz a történéseknek. Valójában azonban ez a megközelítés nem a probléma megoldását, hanem fennmaradását segíti elő. S amikor a probléma fennmaradása világos lesz mind a pszichiátria mind a beteg számára, elkezdődik a „beteg" implicit vádolása: a beteg a felelős, mert nem segít, mert nem működik együtt, mert passzív, stb. Ebben természetesen van igazság, hiszen a „beteg" közreműködése, aktivitása nélkül a problémái nem oldódhatnak meg, csakhogy ebbe a passzív szerepbe éppen problémájának a medikalizálása kényszerítette. [14]

A medikalizációval járó gyógyszeres kezelés dominanciájának hátrányai

A medikalizáció túlságosan nagy hangsúlyt helyez egy állapot gyógyszeres kezelésére, s nem vizsgálja, lennének-e hasonló hatékonyságú vagy esetleg hatékonyabb alternatív, nem-gyógyszeres kezelési, megelőzési formák is. Becslések

szerint a XX. század végére a fejlett országokban jelentősen javult megbetegedési és halálozási mutatók javulásának nagy részéért nem az orvostudomány fejlődése, hanem a magasabb életszínvonal, jobb táplálkozás, lakáskörülmények, stb. a felelősek. A mentálhigiénés mozgalom XX. századi kibontakozása is ennek a felismerésnek az eredménye a pszichológia-pszichiátria területén: a pszichológiailag is egészséges családi, munkahelyi és tágabb társadalmi környezet, a megfelelő nevelési stílus sokkal komolyabb hatást tud gyakorolni a pszichológiai megbetegedések gyakoriságára, mint a direkt pszichológiai-pszichiátriai beavatkozások. A gyógyszeres kezelés túlhangsúlyozása tehát eltereli a figyelmet a pszichiátriai betegségek megelőzésének a lehetőségéről, s kezelésük nem gyógyszeres formáiról. Mindez azt eredményezi, hogy elterelődik a figyelem a kérdéses probléma társadalmi, politikai okairól, és arról, hogy hogyan lehet azokat gyógyszerek nélkül is megoldani. Túlhangsúlyozódik viszont a kérdés orvosi, gyógyszerekkel megoldhatónak vélt oldala. S természetesen az ily módon „szükségessé" váló új kezelések elvonják a forrásokat, s anyagilag előbb-utóbb finanszírozhatatlanná teszik a társadalombiztosítást. [15]

A medikalizáció társadalmi igazságtalanságokat legitimáló és a beteg függését fokozó hatása

A medikalizáció—azáltal, hogy betegségnek tüntet fel sokszor normális, bár az adott kultúra által nemkívánatosnak tekintett emberi viselkedést—egyben megvalósítja ezen „betegek" társadalmi kontrollját is. A beteget tartja szenvedése okának és nem a környezetét. Ezzel eltereli a figyelmet azokról az igazságtalan társadalmi körülményekről, melyek az adott „beteg" szenvedésének, problémáinak tényleges okozói, s terápiaként nem azok megváltoztatását javasolja, hanem szakemberek, gyógyszerek, terápiás szolgáltatások igénybevételét. Ez azonban a „beteget" sok esetben még kiszolgáltatottabbá, függőbbé teszi. Így a medikalizáció végső soron árthat a betegnek minősített embernek.[16] A medikalizáció egy olyan, látszólag a beteg érdekében álló folyamat, mely a társadalmi kontroll egyre kiterjedtebb formáját valósítja meg a betegségmegelőzés illetve az egészség helyreállítása ürügyén.[17] Ezáltal a medikalizáció összekapcsolódhat bizonyos emberek illetve csoportok marginalizálásának más formáival is.[18] A medikalizáció alapvető jellemzője, hogy politikai, társadalmi vagy személyes problémákat orvosi problémáknak állít be, s ezáltal azt sugallja, hogy e problémák megoldását csak szakértők végezhetik az orvosi gyakorlat szokásos keretei között.[19] A medikalizáció orvosi megoldást sugall ott, ahol a politikai cselekvés (pl. a hátrányos diszkriminációt tiltó törvények megalkotása, a diszkriminatív gyakorlat elleni hatékonyabb fellépés, stb.) lenne az igazi megoldás.

Medikalizáció vagy kozmetikai pszichofarmakológia?

A medikalizáció lehetővé teszi, hogy alapvetően nem orvosi problémákat orvosinak tartsunk és kezeljünk. A nem orvosi problémák „kezelésének" létezik azonban egy

másik lehetősége is: elkerülve a medikalizációt nyíltan elismerhetjük, hogy a „kezelni" kívánt állapot nem betegség ugyan, ugyanakkor nemkívánatos, s gyógyszeres beavatkozással javítható. Megengedhető-e ez? Kramer a kérdést úgy teszi fel, hogy szabad-e pszichológiailag egészséges, de kedvezőtlen tulajdonságokat a pszichofarmakológia eszközeivel kedvezőbbé alakítani, vagyis kozmetikai pszichofarmakológiát űzni a kozmetikai sebészet analógiájára?[20] Az un. melankóliás karakter (pesszimista, kétkedő, kényszeres), aki ugyan még nem meríti ki a pszichiátriai zavar kritériumait, de kevésbé energikus, mint egy átlagos, egészséges ember, kaphat-e például Prozacot vagy valamilyen más hatékony antidepresszívumot? Ez ugyanis alkalmas lenne a melankolikus karakter önérvényesítőbbé, optimistábbá, energikusabbá formálására. Ma nagy az ellenállás a pszichofarmakológia ilyen kozmetikai felhasználásával szemben. A kozmetikai pszichofarmakológia elleni alapvető kifogás az, hogy gyógyszert alapvetően csak betegségek kezelésére szabad adni, egészséges, de nemkívánatos tulajdonságok megváltoztatására nem. Ennek megfelelően, ha pszichostimulánst, például Ritalint adnak figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar esetén, az gyógyítás, míg ha egészséges embernek adnak pszichostimulánst, az sok országban bűncselekménynek minősül, hiszen az illető kábítószerrel való ellátását jelenti. Egy rossz koncentrálóképességet normálissá változtatni tehát orvosilag megengedett, míg egy normális, de gyengébb koncentrálóképességet jobbá változtatni nem az. Gerald Klerman szerint a pszichofarmakológiának az egészségeseknél való felhasználását kritizáló mai nézetek egyfajta farmakológiai kálvinizmusnak tekinthetők. Míg a kálvinista felfogás szerint üdvözülni csak személyes erőfeszítéssel, személyes munkával lehet, addig a mai, uralkodó szekularizált farmakológiai kálvinizmus szerint az ember csak személyes erőfeszítései révén válhat energikusabbá, optimistábbá, gyógyszer segítségével azonban nem. [21] Kramer szerint azonban a kozmetikai pszichofarmakológia széleskörű felhasználásával szembeni ellenszenv mélyebb okokkal is magyarázható.[22]
Szerinte a Nyugati kultúra ugyanis alapvetően előnyben részesíti a melankolikus karaktert. A szomorúságot, a szenvedést a mélységgel, a vidámságot, az energikusságot a felszínességgel azonosítja. A melankóliás karakter jellemző tulajdonságai (pesszimizmus, perfekcionizmus, érzékenység, kétkedés, stb.) voltaképpen a közgondolkodásban létező intellektuel képével mutat átfedést.[23] Nem véletlen--mondja Kramer--hogy kultúránkat jelentős mértékben melankolikus karakterek formálták. A klasszikus morálfilozófia például nem kis mértékben a szomorú vagy kilátástalannak tűnő élethelyzetben levőnek próbált segítséget adni a nehézségek és főleg a veszteségek elviselésére. E filozófiai művek nagy részét valószínűleg melankolikus karakterek vagy egyenesen depressziósok írták depressziósok számára. Az ókori cinikusok, sztoikusok és az epikureusok voltaképpen azt fogalmazzák meg, hogyan lehet jó életet élni nagyon rossz körülmények között. Az újkorban Montaigne és Pascal írásai is a melankólia elleni védekezésként foghatók fel[24], nem is beszélve Schopenhauerről, Kierkegaardról, majd az modern, XX. századi egzisztencialistákról.
Vizsgálatok szerint az írók tekintélyes része, talán túlnyomó többsége depressziós volt, ill. bipoláris zavarban szenvedett[25]. Talán depressziós állapotában képes valaki az emberi élet olyan mélységeit meglátni, majd hipomániás állapotában

mindezt megírni, melyről az emberek többségének csak homályos sejtése van, s melynek világos kifejezését ezért revelációként éli meg.
Így Kramer is azt írja körül, melyről korábban, a depresszív realizmus kapcsán már említést tettünk. Az emberi gondolkodásnak egyik nagy vonulata szerint a kiábrándult, szomorú, pesszimista--a mai korszellem szerint depressziós—világlátás a valóság bizonyos vonatkozásainak mély, igaz leírását tartalmazza, s ennek tömegméretű eliminálása a modern pszichofarmakológia eszközeivel elsekélyesítené, felületessé tenné a kultúrát, s egyfajta modern agymosásnak minősülne. Már a XX. század 30-as éveiben felfigyeltek erre a lehetőségre, Aldous Huxley akkoriban roppant népszerű antiutópiája[26] már előrevetítette egy olyan világ rémképét, amelyben minden emberi probléma súlytalanná tehető úgy, hogy az általa kiváltott szomorúság gyógyszerekkel megszüntethető. A Huxley által kitalált „antidepresszáns" (szoma) ilyen jellegű használatát figurázta ki a versike:

Szóma, ha mondom,
Segít a gondon,
Már egy köbcenti,
Helyrebiccenti

Noha Huxley könyve akkor még egyértelműen sci-fi-nek számított, a mai pszichofarmakológiai eszköztár közel került a „szoma" létrehozásához és a Huxley által vizionált felhasználáshoz, s ez az, ami Kramer szerint a mai vitákat az antidepresszánsok kozmetikai pszichofarmakológiai jellegű felhasználása kapcsán kiváltja. Ezért ma a medikalizáció sokkal gyakoribb, mint a kozmetikai pszichofarmakológia nyílt felvállalása.

A pszichiatrizálás néhány példája.

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar. (Attentiton Deficit-Hyperactivity Disorder=ADHD)

A túl élénk, iskolában figyelni nem tudó, emiatt folyton izgő-mozgó, nehezebben kezelhető gyerekeknél a XX. század második felében valamiféle agyi patológiát tételeztek fel, s hipotetikusan ezt az 50-es, 60-as években minimális cerebrális diszfunkciónak nevezték. Ahogy egy kommentátor megjegyezte, mindig voltak rossz, kalandvágyó, tanulni nem szerető gyerekek, de ezt régebben a normális gyerekkor részének tekintették. A minimális cerebrális károsodás kategória bevezetésével ez megváltozott. Tom Sawyert az 1960-as években agyi diszfunkcióban szenvedőnek tartották volna.[27] Ez egyben arra is utal, hogy a XX. század második felére megváltoztak a gyerekek irányában a társadalmi elvárások, bizonyos értelemben csökkent a gyermeki viselkedés bizonyos formáival szemben mutatott tolerancia. [28]
A minimális cerebrális díszfunkció nozológiai kategóriát 1968-ban felváltotta a "Gyermekkori és serdülőkori hiperkinetikus reakció" kategória, majd ezt 1980-ban, a DSM-III- ban a "Figyelemhiányos zavar". Ez 1987-ben, a DSM-III-R-ben változott

Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarrá s ez szerepel a DSM-IV-ben is.[29] A kórkép lényege a figyelemösszpontosítás képességének a zavara, melynek eredményeként az ilyen gyerekek (és felnőttek) rosszul koncentrálnak, nem tudnak feladataikra összpontosítani, s így rosszabb teljesítményt nyújtanak. A kórképben szenvedő gyerekek figyelme könnyen elvonható, s így az iskolában fegyelmezetlenek, izegnek-mozognak, impulzívak.[30] Ez a kórkép amphetamin származékokkal jól kezelhetőnek bizonyult. Ma már széles körben adnak methylphenidatot (Ritalint) az így diagnosztizált betegeknek. 1995-ben 2,6 millió amerikai szedett Ritalint, nagy részük 5-12 év közötti gyerek.[31]
Az USA-ban azonban sokkal gyakrabban diagnosztizálják az ADHD-t, mint pl. az Egyesült Királyságban. Míg az USA-ban a kórkép incidenciáját iskoláskorú gyerekek között 3-5%-ra becsülik, addig Nagy Britanniában 1%-nál alacsonyabb incidenciát találtak.[32] Ezek az adatok önmagukban is arra utalnak, hogy lehet szűkebben és tágabban értelmezni az ADHD-t. Valószínűleg nincs is éles határ a normális, aktív viselkedés és a szélesen értelmezett ADHD között,[33] s ezért nagyon nehéz megbízhatóan elkülöníteni az élénk, mozgékony gyerek normális viselkedését az ADHD-s gyerek viselkedésétől. Ezzel magyarázható, hogy volt az USA-ban olyan becslés, miszerint a gyerekek 20%-a ADHD-s lenne.[34] A statisztikák szerint az USA-ban inkább a tágabb, Nagy Britanniában a szűkebb értelmezést használják.[35] Ma már egyértelműen állítható, hogy az USA-ban az ADHD-t túldiagnosztizálják, vagyis az ilyen diagnózist kapó gyerekek egy része nem szenved ADHD-ban.[36]
A normális viselkedés ADHD-ként való pszichiatrizálására a DSM-IV-ben szereplő diagnosztikus kritériumok is lehetőséget adnak. Ezek szerint az ADHD-ban szenvedőként diagnosztizált gyereknek nem kell a tüneteket minden helyzetben produkálnia ahhoz, hogy a zavarban szenvedőnek legyen tekinthető. Elegendő, ha legalább két helyzetben megfigyelhetők nála a tünetek. Vagyis a diagnosztikus kritériumok szerint lehetséges, hogy egy gyerek számos feladat esetén jól koncentrál, mégis megkaphatja az ADHD diagnózisát, ha legalább két fontos helyzetben tüneteket mutat.[37] Ez a kritériumok olyan szélesre tágítását jelenti, hogy alkalmanként szinte minden gyerek besorolható az ADHD kategóriájába, hiszen kevés gyerek van, aki minden feladatát a tanár ill. a szülő által elvárt egyforma figyelemmel tudja elvégezni.[38]
A kritériumok ilyen széles meghatározása tehát a pszichiatrizálás számára igen tág teret biztosít ADHD esetén.
Mindez természetesen intenzív vita tárgya lett, a kritikusok azt állították, hogy ezen gyerekek nagy részének egyszerűen több tanári és szülői figyelemre lenne szüksége, s nem pszichiátriai diagnózisra, stigmatizálásra és gyógyszerszedésre. A kritikusok szerint a figyelni nem tudó iskolás gyerekek Ritalinnal való kezelése voltaképpen nem is a gyerek, hanem az iskola és a szülő érdeke, hiszen így nem kell külön programokat, tanári és szülői többletfigyelmet biztosítani a számukra. A probléma pedagógiai megoldása helyett tehát előtérbe került az orvosi megoldás, a normális gyerekkor patologizálása, pszichiatrizálása. Ez azáltal válik lehetővé, hogy az ADHD jellemző tünetei átfedik azokat a viselkedési jellemzőket, melyeket gyerekek akkor mutatnak, ha frusztráltak, szoronganak, unatkoznak vagy elhagyatva érzik magukat. A gyerekek tömeges gyógykezelése ilyen tünetek miatt bizonyos értelemben helyettesítője a családi és az iskolai élet javításának. A gyógyszeres kezelés egyben csökkenti a személyes felelősségérzetet, s így növeli a tünetek

hátterében levő alapproblémát.[39] Az alapprobléma pedig az, hogy a mai társadalom egyre inkább versenyszemléletű, sikerorientált, s ezért egyre korábban szeretné a gyerekeket is a későbbi karrierhez szükséges ismeretekkel és készségekkel ellátni. Egy ilyen társadalom egyre nehezebben tudja elviselni a gyerekkor spontaneitását, cél- és feladatorientáltságának a hiányát, a gyerekkor izgatott, lelkes érdeklődését, a szabad felfedezés lázát.[40] Vagyis sokak szerint a kórkép végső soron műtermék, mely a társadalom, az iskola és a szülők gyerekekkel szembeni irreális elvárásai eredményeként jött létre.[41] A kritikusok szerint ma nincs tudományos bizonyíték arra, hogy az ADHD betegség lenne, noha széles körben "neurobiológiai" elváltozásnak tartják.[42] Ennek ellenére a National Institute of Health 1998-as konszenzus konferenciája szerint úgy tűnik, hogy ez a tünetcsoport inkább a viselkedés egy normál variációja, s nem agyi malfunkció.[43] A gyerekekkel szembeni egyre növekvő elvárások eredményeként a gyerekektől elveszik a gyerekkorukat, egyre korábban és korábban próbálnak nekik “hasznos” (vagyis a felnőttek által hasznosnak tekintett) dolgokat megtanítani, s minden tekintetben gondoskodnak arról, hogy a gyerek “hasznosan” töltse el az idejét. A hasznos időtöltést ismét csak sikerorientált, az iskolai feladatokra koncentráló forgalmakban határozzák meg.[44] Az ez ellen ösztönösen lázadó, ehhez megfelelően alkalmazkodni nem tudó gyerekeket pedig patologizálják, pszichiátriai diagnózissal látják el, s gyógyszerekkel késztetik engedelmességre.

Ennél a kórképnél is tetten érhető a pszichiatrizálás alapvető ellentmondása: az, hogy egyszerre jelent előnyt és hátrányt. Régebben az ilyen gyerekekre azt mondták, hogy lusták, a felnőttekre pedig azt, hogy szervezetlenek.[45] Egyfelől tehát humánusabbnak tűnik a mai gyakorlat, mely azt mondja: ezek az emberek betegek. Mégis, a társadalmi környezet és a követelmények változásait, s ezzel párhuzamosan a patologizálás, pszichiatrizálás káros hatásait jól tetten lehet érni e kórkép elemzésénél is.

A 90-es években az USA-ban a Ritalin használat ötszörösére növekedett. Mint láttuk, ez részben azzal magyarázható, hogy az egyre kompetitívebb társadalom a magas szintű teljesítmény érdekében egyre nagyobb nyomást gyakorol a gyerekekre és a szüleikre is. Ugyanakkor a kétkeresős családmodell terjedésével egyre kevesebb idő marad arra, hogy a szülők a gyerekeikkel eleget foglalkozzanak. Az iskolákra is egyre nagyobb nyomás nehezedik a költséghatékony működés érdekében, ami oda vezet, hogy nő az osztálylétszám, s egy tanárra egyre több diák jut. Ez összességében tehát azt jelenti, hogy az egy gyerekre fordítható szülői ill. tanári figyelem csökken, a gyerek egyre kevésbé kapja meg szüleitől ill. tanáraitól azt a támogatást, odafigyelést, türelmet, melyet régebben megkapott.[46]

Míg tehát egyre nagyobbak a gyerekekkel szemben támasztott iskolai követelmények, addig egyre kevésbé kaphatnak a gyerekek segítséget a szülőtől ill. a tanártól ezek teljesítéséhez, a jó, vagy kiváló teljesítményhez. Ilyen módon tehát könnyen medikalizálódik a probléma. Sokkal könnyebb a fenti pressziók hálójában vergődő gyereknek Ritalint felírni, mint jobban funkcionáló családot biztosítani a számára, ahol a szüleinek több idejük van vele foglalkozni. Könnyebb Ritalint felírni, mint gyerekközpontúbb iskolarendszert szervezni, ahol kisebb az osztálylétszám, s ahol az ilyen gyerekeknek speciális programok létesülnek, s ezáltal több tanári figyelem és idő jut rájuk.[47] Az, hogy egy gyerek az iskolában sokat fészkelődik a helyén, s nem tudja kivárni a sorát a kérdéseknél, nem feltétlenül jelentenek

betegséget, ahogy a diagnosztikus kritériumok feltételezik. Ilyen viselkedést kiválthat a túláradó gyermeki energia, de egyszerűen az unalmas iskolai óra is.[48] Az ilyen viselkedést nem gyógyszerekkel kell elnyomni, hanem a gyerek valódi iskolai és otthoni igényeit kell jobban kielégíteni.[49]
A kórkép kezelésére használt Ritalin nemcsak beteg, de egészséges gyerekeknél (és felnőtteknél) is javítja az összpontosítási képességet, s így az iskolai- ill. a munkateljesítményt. Mivel az egészség és a betegség határai a gyakorlatban elmosódnak, egy vizsgálat szerint az USA-ban a Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarban szenvedőnek diagnosztizált, s Ritalint kapó gyerekek feléről derült ki, hogy nem szenvednek ilyen zavarban, mert nem elégítik ki a DSM-IV-ben szereplő--egyébként is tág-- kritériumokat, ha strukturált pszichiátriai interjú segítségével tanáraikat kérdezték iskolai viselkedésük felől. Így a gyakorlatban a Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar egyfajta fedődiagnózisként működik, mely lehetővé teszi, hogy a legkülönbözőbb viselkedési és iskolai teljesítmény-problémával küszködő, de pszichiátriai szempontból egészséges gyerekek teljesítményének a növelésére Ritalint írhassanak fel.[50]
Az iskolai problémák pszichiatrizálása, az ezzel járó gyógyszerszedés, a stigmatizáció pedig számos emocionális probléma forrása lehet. A Ritalint szedő gyerek például jó teljesítményét hajlamos lesz inkább a Ritalinnak, mint saját magának tulajdonítani, szemben a pszichiátriai diagnózissal el nem látott, s gyógyszert nem szedő gyerekkel, aki teljesítményét saját erőfeszítései eredményének tudja be.[51] A szülők, vagy a tanár kérdése a nem jól teljesítő gyerekhez (Nem felejtetted el ma bevenni a gyógyszeredet?) ezt a képet erősíti meg, s alááshatja a gyerek önbizalmát.[52] Egyfajta pszichológiai dependencia alakulhat ki, mely a teljesítményt a gyógyszertől és nem a személyes erőfeszítéstől, akaraterőtől várja.[53]
A probléma pszichiatrizálása igazságossági kérdéseket is felvet. Mivel a Ritalin, mint pszichostimuláns az egészségesek teljesítményét is növeli, azok, akik e nélkül akarnak teljesíteni, hátrányban érezhetik magukat azzal szemben, aki ezzel ér el jó eredményt. A sportban is azért tilos a dopping, mert nem igazságos, hogy egyesek csak erőfeszítéseiket használják egy adott sportteljesítmény eléréséhez, míg mások ehhez gyógyszerek segítségét is igénybe veszik.[54] Amerikai főiskolákon, egyetemeken ma egyre több--pszichiátriai diagnózissal nem rendelkező--diák szed Ritalint, hogy a vizsgákra való felkészülést megkönnyítse, vizsgaeredményeit javítsa.
Összességében tehát a probléma pszichiatrizálása, s orvosi eszközökkel történő megoldása kiszoríthatja a nem-orvosi megoldásokat (pl. kisebb osztálylétszám, jobb pedagógiai munka, több szülői figyelem biztosítása, stb.) Minek mindezekért küzdeni, ha Ritalinnal a probléma ugyanolyan jól, de kisebb költséggel megoldható? Így a komplex társadalmi problémák egyoldalú, biológiai-redukcionista megközelítése egyfajta társadalmi csapdát eredményez. Orvosi eszközökkel a komplex probléma bizonyos vetületei (pl. kevesebb szülői és tanári figyelem ellenére jobb iskolai teljesítmény) rövid távon ugyan megoldhatók, de azon az áron, hogy hosszabb távon ez kevésbé humánus környezetet teremt, ahol a probléma nem fokozott figyelemmel, jobb intézményekkel, hanem kemikáliákkal oldódik meg. A hangsúly nem a személyes erőfeszítésen van, hanem személytelen kémiai beavatkozáson.[55] A kritikusok szerint az ADHD Ritalinnal való kezelésének komoly

orvosi kontraindikációi is vannak, mely megkérdőjelezi eme kezelés etikai elfogadhatóságát. E vélemény szerint ugyanis a Ritalinnal való kezelés orvosilag veszélyes: az így kezelt gyerekek egy vizsgálat szerint felnőtt korukban hajlamosabbak lesznek a kokain abususra.[56] Egy másik vizsgálat szerint az ADHD diagnózist kapott és Ritalinnal kezelt gyerekeknél a kezelés hatására pszichotikus tünetek jöhetnek létre, s a tartós kezelés a növekedésben való elmaradást, depressziót és kényszerbetegség kifejlődését eredményezheti.[57] Állatkísérletek szerint pszichostimulánsok már rövid távú és kis dózisban történő adagolása is az agy fejlődésének maradandó megváltozásához vezet, neuronpusztulást eredményezhet és így neurotoxikusnak tekinthető.[58] Egyáltalán, mivel ADHD-ban Ritalint nem olyan régen adnak, nincsenek olyan vizsgálataink, melyek információkat szolgáltathatnának arról, hogyan hat a Ritalin hosszú távon a fejlődő agyra. Ezért ilyen tekintetben még kellemetlen meglepetésekre számíthatunk.[59] Mindebből az következik, hogy pszichostimulánsokat csak utolsó lehetőségként szabadna használni gyermekeknél, akkor, amikor már minden más kezelési lehetőséget kimerítettek. [60] A pszichostimulánsok terápiás hatása valójában abban áll, hogy csökkentik a gyermekkori spontán, autonóm viselkedést, s kényszeres viselkedési jellemzők kialakulásához vezetnek, melyet a tanárok összetévesztenek a jobb koncentrálással.[61] S végső soron az egyén a pszichiátriai diagnózissal stigmatizálódik, s ezzel az a látszat keletkezik, hogy alapvetően az ő szervezete, idegrendszere a felelős a problémáért, holott a megnövekedett, sokszor irreális iskolai követelményeket, a dehumanizálódó iskolarendszert, az egyre kompetitívebb társadalmi viszonyokat éppúgy lehetne okolni. A pszichiatrizálás lényege mutatkozik meg itt: egy komplex társadalmi problémát pszichológiainak állítanak be, vagyis elsősorban az egyén problémájának, s egyoldalú pszichológiai-pszichiátriai eszközökkel tekintik megoldhatónak nem vizsgálva ennek tágabb társadalmi-egyéni következményeit. Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy az ADHD mint jelenség nem létezik. Csak annyit jelent, hogy az ADHD-t okozó komplex biológiai-pszichológiai és társadalmi folyamatok—a medikalizáció szellemében—egyoldalú orvosi-fiziológiai interpretációt kapnak s nagyrészt gyógyszeres kezeléssel látszanak megoldhatónak.

A gyerekkor pszichiatrizálásának más példái.

A DSM-IV-ben számos egyéb diagnosztikus kategória szerepel, melyet régebben sok gyerek normális, bár nem mindig kívánatos tulajdonságának tartottak. Ilyenek: olvasási zavar, számolási zavar, írásbeli kifejezés zavar, koordináció-fejlődési zavar, stb.[62] Bár soha nem tartották jó dolognak például, ha egy gyerek aránytalanul rossz volt matematikából többi tárgybeli eredményeihez viszonyítva, ezt régebben mégsem tartották betegségnek, hanem elfogadták, hogy ebben gyengébb, s esetleg külön tanárt fogadtak mellé. Ma erre a DSM-IV-ben külön kategória létezik: számolási zavar. Hasonlóképpen: ha ma egy gyerek íráskészsége lényegesen alatta marad az intelligenciája alapján elvárhatónak, a DSM-IV szerint írásbeli kifejezési zavarban szenved. Régebben, ha egy gyerek szokatlanul gyengén olvasott, noha egyébként átlagosan értelmes volt, szintén nem tartották betegségnek. Ma ez is betegség, az olvasási zavar. Mindig voltak gyerekek, akik

gyengék voltak a sportolásban, s egyéb területen is ügyetlennek bizonyultak: csúnyán írtak, elejtettek tárgyakat. Régebben ez sem számított betegségnek, ma a DSM-IV ezt is külön zavarnak nevezi: koordináció-fejlődési zavarnak. Természetesen ésszerű feltételezni, hogy ezek a gyerekek az adott területen valóban lényegesen rosszabbak a társaiknál, s a koruk, intelligenciájuk alapján elvárhatónál. Az is valószínű továbbá, hogy ezeknek a zavaroknak is van valamiféle agyi-strukturális alapjuk. Mindezek ellenére azonban nem világos, hogy miért tekinthetők ezek betegségeknek, amelyekre egyébként nincsenek specifikus terápiák, csak olyanok, amelyeket ősidők óta használnak az iskolában gyengén teljesítő gyerekeknél: tanári-szülői segédlettel való gyakoroltatás, többletfoglalkozás.[63] A probléma ezekkel a kategóriákkal az, hogy ha minden olyan tulajdonságot, mely eltér a szülő ill. a tanár elvárásától, betegségnek tekintünk, akkor a betegségek, zavarok száma szinte korlátlanul szaporítható. Hiszen egy gyereknek lehet sokkal kevesebb humorérzéke, mint amilyen kortársainak, intenzívebben törekedhet a fogmosás, a mosakodás, a rendrakás elkerülésére, mint a legtöbb gyerek, stb. s ezeket--mivel a szülők-tanárok-kortársak számára nemkívánatos tulajdonságok--ugyanúgy betegségnek lehetne tekinteni. Még azt is valószínűsíteni lehet, hogy ezek mögött a viselkedések mögött is állhatnak agyi-strukturális sajátosságok. Mindez természetesen szélsőséges pszichiatrizálás, medikalizálás lenne.
A legfőbb érv a pszichiatrizálás mellett az, hogy megnevezve egy jelenség pszichológiailag létezővé, s így vizsgálhatóvá, kutathatóvá válik. A DSM feladata pedig éppen a kutatás elősegítése. Bizonyos mértékig tehát ez a tendencia indokolt, de látni kell ennek a pszichiatrizálás kapcsán már említett veszélyeit.

Pszichotrop gyógyszereknek a törzskönyvi engedélytől eltérő (off label) felírása gyerekkorban.

Számos, felnőtteknél használt pszichotrop gyógyszert felírnak gyerekeknek is, noha az ilyen gyógyszerek kifejlesztése során a gyógyszergyárak--etikai okokból--általában nem végeztek kísérleteket gyerekeken. Így nincs tudományosan ellenőrzött bizonyíték arra, hogy ezen gyógyszerek tartós szedése hogyan befolyásolja a gyerek még fejlődő idegrendszerét és személyiségét. Nem tudjuk tehát, hogy gyerekek is biztonságosan szedhetnek-e pszichotrop gyógyszereket illetve nincs adat ezen szerek gyerekeknél használható optimális dózisát illetően sem. Pszichotrop gyógyszerek ilyen törzskönyvi engedélytől eltérő (off-label) felírása ma nagyon gyakori. Ide tartozik például Ritalin felírása 3-6 év közötti gyerekeknek, vagy pl. Zoloft felírása 16 év alattiak számára. Etikailag ez a gyakorlat megkérdőjelezhető, hiszen voltaképpen ellenőrzés nélküli kísérletnek tekinthető.[64] Ráadásul ma arra is vannak bizonyítékok, hogy a gyerekeknek felírt pszichotrop gyógyszerek nagy részének nincs kedvező hatása a gyerekek számára. Inkább a társadalom illetve a szülői presszió hatására kerülnek felírásra, hiszen ma mindenki gyors megoldást vár olyan pszichológiainak tűnő problémákra, melyek legtöbbször komplex eredetűek s valódi megoldás nem is feltétlenül a gyógyszeres kezeléstől várható. Az egyetlen kivétel a már tárgyalt ADHD, amelynek valódi (s a ténylegesen

diagnosztizáltnál sokkal kisebb számú) eseteiben a kutatások szerint sok esetben a gyógyszeres kezelés jelenti a legjobb megoldást ma a gyermek számára.[65]
Ennek a káros tendenciának az ellensúlyozására az USA-ban több intézkedés született. 1999-től kezdve például a gyógyszertörzskönyvezést végző FDA (Food and Drug Administration) a gyógyszergyáraktól megköveteli, hogy a törzskönyvezésre benyújtott új gyógyszert gyerekeken is megvizsgálják, ha a gyógyszert--hatása alapján--feltehetőleg gyerekek kezelésére is fel fogják használni. Azóta több pszichotrop szer esetén követeltek meg ilyen vizsgálatot (pl. gyermekkori poszttraumás stressz zavar, mánia, szociális szorongás, stb., kezelésére is használható gyógyszereknél.)[66] A gyerekek túlzott gyógyszerezése természetesen maga is a medikalizáció részjelensége.

A Poszttraumás stressz zavar

Hasonló patologizáló utat járt be a Poszttraumás stressz zavar DSM kategória is. Ezt a diagnosztikus kategóriát a DSM-III vezette be 1980-ban. Akkor még főleg háborús élményekben pszichológiailag sérült katonák pszichológiai traumájának leírására használták. Az 1990-es évekre azonban egyre gyakrabban használták ezt a diagnózist gyerekeknél, valamilyen, számukra sokkoló mozi- vagy tévéfilm nézése után keletkező pszichológiai reakció leírására. Így sok gyerek, aki látta a Batman-t, megkapta ezt a diagnózist.[67]

A személyiségzavarok

Növekedést mutat a személyiségzavarok különböző formáinak diagnosztizálása is. Újabb és újabb személyiségzavarokat írtak le, melyekkel voltaképpen bizonyos régóta ismert személyiségtípusokat nyilvánítanak patológiásnak. Ha tehát valaki ugyan jól érzi magát a bőrében, s nem tekinti magát betegnek, de a többiek valamilyen okból mégis “nehéz” embernek tartják, akkor könnyen besorolható az egyre bővülő személyiségzavar kategóriák valamelyikébe. A tolerancia helyét ismét a patologizálás veszi át. Természetesen ez is a betegek számát növeli, hiszen ezeket az embereket régebben egyáltalán nem tekintették volna annak.[68] További probléma, hogy ilyenkor a nemkívánatos személy elítélése egyszerű intoleranciából tudományos ítéletté válik. Amíg egy “nehéz” embert egyszerűen csak nem szeretnek, intoleránsak vele, addig mondható, hogy nem is vele van a baj, hanem a társadalom tűrőképessége kicsi. Ha viszont az illetőt személyiségzavarban szenvedőnek tartják, ezzel a társadalom elítélése “tudományos” színezetet nyer. Úgy tűnik ezután, hogy nem pusztán arról van szó, hogy bizonyos személyiségtípusokat az emberek nem szeretnek, hanem arról: ezek az emberek tudományosan igazolhatóan betegségben szenvednek, s így a köztük és a társadalom közti ellentétben tudományosan bizonyítható, hogy nem nekik van igazuk. Vagyis ez az ilyen emberek hatékony diszkreditálását teszi lehetővé, s a velük szembeni intolerancia tudományos igazolást nyer.

A depresszió

Hasonló kiterjesztés volt tapasztalható a depresszió diagnózisa kapcsán, melynek incidenciája az USA-ban az 50-es években 50/1 millió lakos volt, s ez az érték a 90-es évek végére 100000/1 millió lakosra nőtt.[69] Ez tehát az incidencia 2000-szeres növekedése, mely csak a diagnosztikus kritériumok jelentős kiszélesítése révén képzelhető el, vagyis úgy, hogy ma sok olyan embert depressziósnak tartanak, akit régen--ugyanolyan tünetekkel--nem tekintettek volna annak.
Amikor az első antidepresszívumot, az imipramint 1958-ban felfedezték, a gyógyszergyárak éppen azért nem láttak túl sok fantáziát benne, mert úgy ítélték meg, hogy a depresszió incidenciája nagyon alacsony, s van már rá megfelelő kezelés: az antipszichotikumok és az elektrokonvulzív terápia.[70]
A depresszió mai elterjedtségét bizonyos értelemben az új antidepresszívumok (SSRI-készítmények) hozták létre azáltal, hogy könnyebb betegségnek tartani egy olyan nemkívánatos állapotot, melyre létezik viszonylag csekély mellékhatásokkal járó gyógyszeres kezelés, mint amelyikre nem. Bizonyos értelemben tehát--a depresszió fogalmának jelentős kiterjesztése miatt--az a betegség, melyet ma neveznek depressziónak, új s nagyrészt a Nyugatra korlátozódik.[71] Az új depressziófogalmat tehát az 1980-as évek közepén megjelent SSRI-k hozták létre. Ezek főleg az enyhébb depresszióban hatékonyak, de sok más zavarban is jól használhatók (pl. pánikzavar, szociális fóbia, poszttraumás stressz zavar, kényszeres zavar, s egyéb szorongásos betegségek), sőt ezek legtöbbjében hatékonyabbnak bizonyultak, mint a depresszióban.[72] Érdekes módon ahogyan az említett zavarok SSRI-re jól reagálónak bizonyultak, incidenciájuk meredeken emelkedni kezdett. Például a kényszeres zavar incidenciája az SSRI-k bevezetése óta látszólag 1000-szeresére nőtt.[73] Hasonlóképpen, a DSM-ben 1980-ban megjelenő pánikzavar, vagy a 90-es évekig alig észrevett szociális fóbia is a közérdeklődés homlokterébe kerültek, mióta relatíve hatékony gyógyszeres kezelés létezik esetükben.[74] Úgy tűnik tehát, hogy könnyebb betegségnek tartani egy olyan nemkívánatos testi vagy lelki sajátosságot, ami elterjedt ugyan, de megváltoztatására hatékony eljárás létezik, mint egy olyat, mely elterjedt, s megváltoztathatatlannak tűnik.
A depresszió medikalizálására különösen nagy lehetőség van a mai orvoslásban. A szenvedés, a szomorúság és a depresszió határai a gyakorlatban elmosódóak. Egy rákban haldokló beteg családja például szomorúságot, reménytelenséget érez, ezt az őket látó orvos könnyen depressziónak diagnosztizálhatja. Az évekig tartó gyászt a társadalom sokszor normálisnak tartja, a DSM-IV-et alapul vevő pszichiáter azonban depressziónak, mert a DSM a 2 hónapnál hosszabb ideig tartó gyászt már patológiásnak tekinti. Nehéz e példák láttán elhessegetni a gyanút, hogy a szakmai kultúrát ilyen esetekben a gyógyszeripar is befolyásolja.[75] Maga a DSM-IV is elmulasztja, hogy világos különbséget tegyen a hosszabb ideig tartó szomorúság és a depresszió között. Mivel pusztán a tünetekre koncentrál, de—saját betegségdefiníciójától is eltérve-- nem veszi figyelembe, hogy azok elvárható, normális reakciók-e egy környezeti hatásra, így az életkörülményekre, egyéni

élethelyzetre adott normális hangulati reakciót is sok esetben depressziónak tekinti.[76]
Mára a depresszió fogalma olyan elterjedtté vált, hogy szinte teljesen kiszorította az élettel való elégedetlenség s a tartósabb szomorúság jelzésére régebben általánosan használt boldogtalanság fogalmát. Ma a legritkább esetben mondják valakire, hogy „boldogtalan", ehelyett a köznyelv is szinte kizárólag azt a szót használja, hogy „depressziós". A szóhasználatnak ez a változása azt sugallja, hogy az élettel való tartós elégedetlenség ma patológiásnak számít. Mivel mindenkinek joga van az egészségre, ezért ha a boldogtalanság betegség, akkor annak enyhítése az orvos kötelessége. Míg boldogtalanságáért az ember maga is felelős lehet, depressziójáért—mivel az betegség—nem. Így a boldogtalanság medikalizálása depresszióvá azt jelenti, hogy elismerjük az egyén jogát arra, hogy boldogtalanságát megszüntessék, mely az egészségügy részéről kötelességet jelent a boldogtalanság kezelésére. Ez egyben azt is sugallja, hogy a mai közgondolkodás szerint egy ember hangulatának függetlennek kell lennie életmódjától és társadalmi helyzetétől. Bárhogyan is él valaki, bármilyen helyzetben is van, ha tartósan elégedetlen ezzel, akkor beteg, s joga van hozzá, hogy ebből kigyógyítsák. A modern játszma—Dalrymple szerint--tehát az, hogy a boldogtalan ember úgy tesz, mintha beteg lenne, az orvos pedig úgy, mintha ezt gyógyítaná. Sok esetben ilyenkor felszabadító hatású a probléma demedikalizálása: annak tudatosítása, hogy az orvos hatalma korlátozott, s nem vállalhatja át a felelősséget a beteg életéért. A „beteg" boldogtalansága sok esetben életvezetésének egyenes következménye, melyért nem agyi mechanizmusai, neurotranszmitterei elégtelen mennyisége a felelős, hanem korábbi döntései, melyek összeegyeztethetetlenek a boldog élettel. Ennek tudatosítása ébresztheti rá az illetőt saját döntései fontosságára, s arra, hogy élete alakítása továbbra is a kezében van. Sok esetben ez a demedikalizálás és remoralizálás lehet a pszichoterápia igazi célja.[77]

Az elidegenedés medikalizálása depresszióvá

Carl Elliott szerint számos életérzést, melyet hagyományosan a filozófiában, a szépirodalomban, és a közgondolkodásban elidegenedésnek neveztek, ma depressziónak diagnosztizálnak, s a pszichiátria eszközeivel próbálnak kezelni. Elliott szerint az elidegenedés, vagyis a bőség közepette is az üresség, elégedetlenség érzése, s az igazi én keresésének a vágya nagyon jellemző a XX. századi amerikai életre, s olyan költők, mint pl. T. S. Elliot és Sylvia Plath, olyan írók, mint Salinger és Saul Bellow, s olyan drámaírók, mint Tennessee Williams örökítették meg műveikben.[78]
Elliott szerint az elidegenedés voltaképpen az egyén és a környezete közötti össze nem illés. Jelentős eltérés aközött, ahogyan valaki él, s ahogyan saját értékei alapján élnie kellene. Elidegenedett valaki akkor is, ha ő maga más, mint amilyennek szerinte lennie kellene.[79] Vagyis az elidegenedés az egyén saját magával ill. életformájával kapcsolatos értékrendje és a valóság közötti diszkrepancia. Az elidegenedett ember úgy érzi, nem olyan, amilyennek lennie kellene, s nem azt az életet éli, amit élnie kellene. Az elidegenedés az egyén részéről nem feltétlenül rossz: vannak körülmények, melyekre a megfelelő válasz az elidegenedés érzése, amikor valakinek elidegenedettnek kell lennie.[80] A különböző értékrendű,

temperamentumú emberek más és más körülmények között elidegenedettek.[81] Egy precíz, pedáns ember például elidegenedett lehet az olasz kultúrában, s kevésbé az például a németben, míg egy spontánabb, temperamentumosabb rosszul érezheti magát a számára ridegnek érzett északi kultúrákban.
Az elidegenedésnek három formája van: a személyes, a kulturális, és az egzisztenciális elidegenedés.[82]
A személyes elidegenedés azt jelenti, hogy valaki nem tud azonosulni a tőle elvárt társadalmi szerepekkel, pl. nem érzi jól magát a tőle elvárt politikusfeleség, egyetemi kolléga vagy klubtárs szerepében.[83] Az is ide tartozik, amikor valakinek nem úgy alakul az élete, ahogy tervezte, s életében radikális változtatást végez, például otthagyja régóta végzett munkáját, mert ráébred: sohasem szerette azt, s nem érti, hogyan is kötött ki mégis pl. könyvelőként.[84]
A kulturális elidegenedés azt jelenti, hogy valaki idegennek érzi magát saját kultúrájában vagy abban a kultúrában, amelyben él. Nem érzi magáénak annak normáit. Így érzi magát sok menekült, s a társadalomkritika egy részének is forrása a kulturális elidegenedés.[85] Mindez természetesen szorosan összekapcsolódik a személyes elidegenedéssel. A mai fejlett társadalmak nagyra értékelik az eredetiséget, az individualitás kifejlesztését, s sokan nem tudnak ennek a normának megfelelni. Nagyon sokan érzik úgy, hogy lelkük mélyén éppen olyanok, mint a többi ember, életük annyira hasonlít másokéhoz, hogy még elmondani sem érdemes. Nagyon sokan ezt az érzést is depressziónak érzik, s antidepresszívumot igényelnek rá.[86]
A depresszióval összetéveszthető elidegenedés harmadik formája az egzisztenciális elidegenedés. Ez az elidegenedés legmélyebb, legintenzívebb, legáthatóbb formája, mert nem egy bizonyos életformától vagy egy bizonyos kultúrától való elidegenedést jelent, hanem az emberi léthelyzettől általában való elidegenedést. Ez az a fajta elidegenedés, mely a XX. századi egzisztencialista filozófiában olyan markáns kifejezést nyert, s melynek sok közös vonása van a ma divatos posztmodern filozófiákkal. Az elidegenedésnek ez a formája akkor lép fel, amikor valaki semmi iránt nem tud igazán elköteleződni, mert úgy érzi, semmi nem éri meg az áldozatot. Egyetlen olyan érték sincs, mely méltó lenne arra, hogy neki szenteljük életünket, mert mindegyik csak relatív érvényességű. Eszerint tehát egyik ember értékrendje sem jobb, mint a másiké, nincs semmi, ami megérné az igazi áldozatot, minden ideiglenes és relatív. Az értékek nem istentől valók, nem is a világtörténelem menete kristályosítja ki azokat, hanem kortól, helytől függő múló jelenségek.[87]
Az elidegenedés eme formáját--éppen azért mert ez a legáthatóbb--azonosítják leggyakrabban a depresszióval. Ilyenkor ugyanis nem egy adott életforma vagy kultúra értelme kérdőjeleződik meg, hanem a létnek mint olyannak az értelme. E szemszögből nézve minden értelmetlen, semmi nem indokolható meg kielégítően, minden konkrét élet a biológia és a történelem szeszélyes és véletlen találkozásának az eredménye, annak a terméke, hogy véletlenül éppen olyannak születtünk, amilyennek, s éppen abba a kultúrába, családba kerültünk bele, amelyikbe.[88]
Elliot szerint Heidegger a fentiekhez képest az elidegenedés egy negyedik formáját is elkülönítette. Szerinte ugyanis mindenki elidegenedett, aki nem néz szembe azzal, hogy az emberi lét véges, s meg fogunk halni. A nem elidegenedett lét tehát egy

alapvető szorongással jellemezhető: szorongunk a nem-léttől, attól, hogy rövidre szabott létünk idejét nem jól használjuk fel. Ezt nevezi Heidegger autentikus létnek. A mai nyugati kultúrában élők többségét a vallásos hit jellemzi. A keresztény hagyomány szerint azonban a hivő léte nem fog megszűnni a halálakor, hanem csak létezésének a formája változik meg. A földi lét után következik az Isten társaságában töltött öröklét. Heidegger felfogása szerint természetesen ez a gondolkodás elidegenedett, hiszen tagadja a halált, s így Heidegger terminológiája szerint a mai nyugati ember elidegenedett a saját halálától, hiszen az nem létezik a számára.[89] Érdekes módon a buddhista tanítás ebből a szempontból hasonlít a heideggerihez. A buddhizmus is abból indul ki--noha más terminológiával--hogy a haláltól, szenvedéstől elidegenedett, azt tudomásul nem vevő élet nem "megvilágosodott" élet.

Az elidegenedés valamennyi fenti formája a pszichológiai jóllét érzésének a csökkenésével jár, s ma az emberek a pszichológiai jóllét csökkenésekor különböző segítő foglalkozású szakembereket keresnek fel. Ki-ki ízlése, meggyőződése, beállítottsága szerint pszichiátert, pszichológust, életmód-tanácsadót, természetgyógyászt, stb. S tanácsban nincs hiány.

Ha a szenvedő, elidegenedett ember pszichiáterhez fordul, ő --függetlenül a lelki szenvedés okától--annak tüneteit igyekszik megszüntetni. Pszichiátriai szempontból a lelki szenvedés rossz, a lelki jóllét jó. Elliot azonban azt a kérdést teszi fel: tágabb nézőpontból vizsgálva a lelki szenvedés az egyetlen dolog, ami fontos?[90]

Már John Stuart Mill is elkülönített alacsonyabb rendű és magasabb rendű örömöket (kvalitatív hedonista volt), s úgy vélte, hogy kevés, magasabb rendű örömmel rendelkezni kívánatosabb állapot, mint sok alacsonyabb rendű örömmel. Megfogalmazása szerint: "Jobb elégedetlen embernek lenni, mint elégedett disznónak; jobb elégedetlen Szókratésznek lenni, mint elégedett ostobának.[91] Mill szerint minél okosabb és műveltebb egy ember, annál több dologban lelhet kielégülést, de ugyanakkor annál több dolog okozhat szenvedést a számára. Eme felfogás szerint tehát a pszichológiai jóllét nem minden: az értelmes élet nem csak pszichológiai jóllétből áll, s a relatív pszichológiai jóllét mögött sokszor a mill-i értelemben vett sekélyesebb öröm húzódik meg. Tágabb nézőpontból tehát az elidegenedettség pszichológiailag kínzó állapota összeférhet egy bölcs, autentikus élettel, s így a pszichológiai szenvedés megszüntetése--furcsa módon--elvehet valamit ennek a létnek a tisztánlátásból és pátoszából.

Ahogyan Elliott írja: a pszichiátria a szenvedés kontextusa iránt semleges kell legyen: a lelki szenvedést--kontextustól függetlenül--csökkentenie kell. Camus Sziszüfosza a pszichiátertől Prozacot kellene kapjon, s ekkor kicsit boldogabban tologatná fel a sziklákat.[92] Meg lenne oldva ezzel Sziszüfosz helyzete? Ha a rabszolgaság korában lett volna Prozac, s pszichiáter, a boldogtalan rabszolgának is joga lett volna Prozacra. Megoldódott volna Prozaccal a rabszolga problémája?[93] Az emberi léthelyzet, vagy a konkrét társadalmi, egyéni lét problémáit a pszichiátria sokszor nem tudja megoldani, legfeljebb csak medikalizálni, pszichiatrizálni tudja, vagyis a saját terminológiájára fordítja le. S éppen az a probléma itt, hogy komplex társadalmi, filozófiai problémákra relatíve egyszerű megoldásokat próbál találni, melyek azonban nem alkalmasak a lét nagy metafizikai kérdéseinek a megválaszolására.[94]

Kramer úgy fogalmaz: annak ellenére, hogy az elidegenedésnek vannak pszichiátriai vonatkozásai, hiszen az ember pszichológiai jólléte romlását is jelenti, mégis, az elidegenedést alapvetően pszichiátriai problémának tartani olyan, mint a szentáldozást a diétás előírások közé sorolni: kategóriahiba. Az elidegenedés ugyanis sok esetben az egyén helyénvaló válasza lehet bizonyos körülményekre, s ilyenkor morálisan értékes lehet.[95]

A depresszió adekvát hangulati válasz a hierarchiában való lecsúszásra, vagy olyan hangulati állapot, mely szemben áll a „minden ember boldogságra született" elvével?

A depresszió kapcsán egy másik probléma is előfordul. Emberben a mai biológiai pszichiátria szerint a szerotonin szint csökkenése a depresszió egyik feltételezett oka, s a modern SSRI-k, a depresszió 1980-as évek végén forgalomba került gyógyszerei éppen a szerotonin szintet emelik. Állatkísérletes adatok azonban azt mutatják, hogy a hierarchikus csoportokban élő állatok (pl. majmok) szerotonin szintje a hierarchiában elfoglalt helyük függvénye. A hierarchiában lejjebb kerülő állat szerotonin szintje csökken („depressziósabb lesz"), a hierarchiában (esetleg kutatói segítséggel) magasabbra kerülő állat szerotonin szintje emelkedik. Az állat „hangulata" tehát adekvátan tükrözi a hierarchiában elfoglalt helyzetét.[96] A modern evolúciós pszichiátria egyik depresszió-elmélete is azt mondja, hogy az emberi depresszió sem más, mint akaratlan „megadási reakció". Ez emberi ekvivalense lenne az állatok megadási reakciójának. Ezt megfigyelhetjük akkor, amikor például két küzdő kutya közül a vesztésre álló hanyatt fekszik, s sebezhető hasát és torkát „kínálja fel" ellenfelének, amely azonban ezt nem tudja kihasználni, mert evolúciósan egy áttörhetetlen gátlás lép fel. Ez az akaratlan reakció tehát a vesztes állatnak is előnyös, mert kimenti őt egy egyébként reménytelen helyzetből. A rangsorban lejjebb csúszik ugyan, de életben marad. Hasonló lenne tehát ehhez az emberi depresszió, mely tehát eszerint nem lenne más, mint akaratlan reakció egy vesztes helyzetben a célok feladására, s így a reménytelen helyzetből további veszteségek nélkül való kimenekülésre.
Érdekes módon ezt kezdetleges formában már Arisztotelész észrevette, amikor azt mondta, hogy egy alattunk álló sértő viselkedése dühöt, egy fölöttünk álló sértő viselkedése viszont szomorúságot eredményez. [97]
Ezen magyarázatok azonban egy fontos kérdést vetnek fel. Ha a depresszió egyik oka a hierarchiában való lecsúszás, s az arra való adekvát reakció, akkor ez ma azért tűnik mégis betegségnek, mert ma alapvető ember jognak tartjuk azt, hogy mindenki, társadalmi helyzetétől függetlenül boldog lehessen, s teljes életet élhessen. Az evolúció valószínűleg nem így „tervezte" az élőlényeket. Az evolúció „terve" szerint a hierarchia-harcok vesztesei szenvednek, s ez motiváció is a hierarchiában való felfelé jutásra, ha pedig az lehetetlen, az így kialakuló depresszív hangulat segít abban, hogy a szenvedő ne folytasson értelmetlen küzdelmet a hierarchiában való feljebb jutás érdekében. Evolúciós szempontból ez logikus, ugyanakkor az emberi jogokról, az igazságosságról alkotott felfogásunkkal nem esik egybe. Így a depressziók ezen formáját—mely tehát evolúciósan a rossz helyzetre adott természetes reakció—patologizáljuk, s mivel az emberi társadalmak hierarchiáját nem tudjuk megszüntetni--a hierarchia pedig mindig veszteseket is jelent-- ezért az így létrejött veszteségélményt akarjuk neutralizálni gyógyszerekkel,

a szerotonin szint mesterséges emelésével. Ezáltal az illető hangulata—helyzetéhez viszonyítva-- inadekvátan emelkedett lesz, erkölcsi felfogásunknak azonban ez a megoldás jobban megfelel. Így az antidepresszánsok egyfajta igazságtalanság elleni szenvedés-csillapítóként funkcionálnak ilyenkor. Az is világos, hogy igazságérzetünk változása növelheti a depresszió szintjét. Ha igazságosnak tartjuk a társadalmi hierarchiát, akkor könnyebben elfogadjuk azt, mintha igazságtalannak. Az egalitariánusabb felfogások elterjedése így növelheti a depressziók gyakoriságát, hiszen ilyen kiindulásból a társadalmi hierarchiából fakadó egyenlőtlenségek igazságtalanabbnak tűnnek, s ez fokozhatja a velük szembeni elégedetlenséget. Ez magyarázat lehet arra, hogy a vélemények változása változtathat a depresszió gyakoriságán.

A depresszió példája azonban még egy fontos jelenséget megvilágít. Nagyon sok lelki szenvedést az emberek életmódja, s az abból következő élethelyzetek hoznak létre. A szenvedés, lehangoltság ezen helyzetre adott természetes reakciónak tekinthető, de ha az élethelyzetet nem lehet megváltoztatni, akkor a tüneteket depressziónak tekintve és arra hatékony gyógyszert adva, az illető szenvedése csökken. Hasonlóan jó, vagy esetleg jobb megoldás lenne az illető életmódjának a jelentős megváltoztatása, ez azonban sokszor lehetetlen vagy a kulturális normák nem engedik meg. Ilyen módon a betegséget a körülmények, a normák is okozzák, melyeket, ha konstansnak, megváltoztathatatlannak tekintünk, s egyben azt is normának tekintjük, hogy az illető rossz körülmények között is jó hangulatban legyen, akkor rossz hangulatát—noha az adekvátan tükrözi relatíve rossz körülményeit, s a társadalmi hierarchiában elfoglalt hátrányos helyzetét-- mégis betegségnek fogjuk tartani, s gyógyszert adunk rá. Ez segít, de azon az áron, hogy stigmatizálja az illetőt, s az igazságnak csak a felét mondja ki. Nem beszél arról, hogy rossz hangulatát a körülmények okozzák, s hangulata a körülményekre adott adekvát reakció.

Mindezek a példák azt mutatják, hogy a DSM-ben levő betegségdefiníció rossz alkalmazása konkrét esetekben a diagnosztikai rendszert abba az irányba torzítja el, hogy sok nem-patológiás jelenséget patológiásnak nyilvánít, s ezáltal a diagnosztikai rendszert sok esetben a szociális kontroll eszközeként használja fel.[98]

Szexuális funkciózavarok

Kérdőíves vizsgálatokban gyakran bizonyos szexuális funkciózavar tüneteinek a fennállására kérdeznek rá (pl. a szexuális érdeklődés csökkenése, erekciós zavar férfiaknál illetve a szexuális készenlét zavara nőknél, orgazmuszavarok, stb.) Ebben az esetben azonban sok olyan ember is szexuális funkciózavarban szenvedőnek fog tűnni, aki egyszerűen egy régi, szexuálisan már nem stimuláló kapcsolatban él. Ezt az emberek nem is tekintik általában betegségnek, s nem is fordulnak vele orvoshoz, hiszen természetesnek tartják, hogy egy régi kapcsolat szexuálisan már nem olyan stimuláló, mint egy új. Egy kérdőíves felmérés azonban őket szexuális funkciózavarban szenvedőnek fogja tartani, s kezelést igénylő esetnek fogja számítani. A kérdés azonban, hogy mi ilyenkor a kezelés? Ha az illető egy új, izgalmasabb párkapcsolatban ismét szexuálisan stimuláltnak érezné magát, de a régiben nem, akkor az illető orvosilag nem mondható betegnek. Mivel azonban ilyenkor az új kapcsolatra való bíztatás egy monogám, de legalábbis a szexuális

partnerek hűségét preferáló társadalomban erkölcsileg általában nem elfogadható, ezért gyakori a szexuális stimulánsok, pl. Viagra felírása. [99] Látni kell azonban, hogy itt a szexuális funkciózavart két egymásnak ellentmondó norma egyszerre történő érvényesítése hozza létre. Ha elfogadnánk az élethossziglani monogám házasságot normának, de ugyanakkor nem tennénk ehhez hozzá a mai kor azon meggyőződését, hogy még idősebb korban is joga van mindenkinek örömnyújtó szexuális életre, akkor a szexuális vágy és öröm csökkenése egy régi kapcsolatban nem tűnne pszichiátriai zavarnak. Ha az ellenkező utat járnánk be, s hangsúlyoznánk a szexuálisan aktív élet időskorig való folytatásának szükségességét, de nem tekintenénk többé a monogám házasságot vagy legalábbis a szexuális hűséget normának, vagyis a régi kapcsolatát már szexuálisan nem stimulálónak érző ember szabadon kereshetne új, stimulálóbb kapcsolatokat, akkor sok esetben szintén nem jönne létre szexuális diszfunkció. Szexuális diszfunkció az esetek egy jelentős részében csak akkor keletkezik, ha a két normát egyszerre tartjuk érvényesnek: a monogám házasság (vagy kapcsolat) szükségességét, s ugyanakkor a szexuális érdeklődés tartós, változatlan fennmaradását. Mivel a kettő együtt sokszor nem teljesül, patologizálódnak a kettős normának megfelelni nem tudók. Látható itt azonban, hogy a „zavart" voltaképpen a kettős norma hozza létre, s nem a betegség, mert fajunk valószínűleg nem az élethossziglan tartó monogám kapcsolatra illetve szexuális hűségre „van tervezve" evolúciós szempontból, s így az e normának megfelelni nem tudás nem betegség, nem diszfunkció. Igazi szexuális diszfunkcióban szenvedőnek csak az tartható, aki semmilyen lehetséges kapcsolatban nem lenne képes szexuális funkcionálásra, ez azonban sokkal ritkább.

Mindig kezelendők-e a kellemetlen élmények?

A depresszióhoz hasonlóan más állapotoknál is felmerül a kérdés: mindig kezelendők az általa kiváltott tünetek? Nem világos, hogy minden kellemetlen élmény, állapot „kezelése", kialakulásának a megakadályozása etikailag elfogadható-e? Például mai vizsgálatok szerint a poszttraumás stressz zavar (PTSD) visszatérő kellemetlen emlékeit az váltja ki, hogy a traumatikus esemény átélésekor az izgalmi állapot miatt felszabaduló adrenalin segít az átélt emléknyom tartóssá válásában, konszolidálásában. Mivel az adrenalin hatását csökkenteni lehet béta-blokkolókkal, például propranololllal, felmerült, hogy az átélt traumatikus esemény után azonnal propranololt adva meg lehet előzni a PTSD kialakulását. Kérdés azonban, hogy ez helyes-e? Feltétlenül jó-e, ha a rossz emlékeinket kitöröljük az emlékezetünkből? Nem természetes az átélt negatív eseményre emlékezni, s ez nem motivál bennünket arra, hogy megakadályozzuk, hogy hasonló események még egyszer bekövetkezzenek? Santayana híres mondása ötlik fel ennek kapcsán. Aki nem ismeri a történelmet, arra ítéltetik, hogy megismételje azt! Ilyen értelemben egyfajta erkölcsi kötelesség is, hogy emlékezzünk a bennünket vagy másokat ért negatív eseményekre, mind egyéni, mind társadalmi szinten. Kötelességünk például emlékezni a Holocaustra. Az emléknyomok megszilárdulását megakadályozó gyógyszer ezért egyben a morális felháborodást, a moralitást eltompító gyógyszer is lenne, ezért az USA Elnöki Bioetikai Tanácsadó Bizottsága az ilyen célú gyógyszerhasználatot etikailag problematikusnak ítélte.[100]

Ugyanakkor ez az érvelés természetesen nem vezethet oda, hogy betegektől megtagadjuk az állapotukban hatásos, szenvedéseiket mérséklő gyógyszert.

A pszichiatrizálás szakaszai és folyamata

A pszichiátriai betegségfogalom kiterjesztésének folyamata

A XX. században, a pszichiátriai betegség határainak a kitolásával természetesen a betegek száma is folyamatosan nőtt. A XIX. században a pszichiátria illetékességi körébe főképpen a pszichotikus betegek tartoztak, a XX. század elején ez kiegészült a neurotikus betegekkel, a XX. század második felében pedig számos olyan tünetet is pszichiátriai betegségnek kezdtek tekinteni, melyeket korábban nem tekintettek volna annak.[101] Ez már--Shorter szerint --a pszichiátriai birodalom-építés s a piac meghódításának a kora. A pszichiáter és a pszichoterapeuta betegségek mellett vagy helyett egyre gyakrabban az egyszerű boldogtalanságot kezeli.
Shorter idézi Robert Wallersteint, a pszichiátria egyik kiemelkedő, s nagy tapasztalatú alakját, aki így ír[102]:

"Sokmindent abból, amit intenzív egyéni pszichoterápiával kezelünk-- az élet menetével kapcsolatos komoly elégedetlenség, nehézségek a társas kapcsolatokban vagy a munkahelyi alkalmazkodásban...gátoltság az iskolában ill. a munkában, stb.--a biztosító társaságok nem tekintenek olyan igazi betegségeknek, melyek kezelésének a költségeit nekik kellene téríteniük. Végül is az, ha egy hallgató képtelennek érzi magát arra, hogy befejezze doktori értekezését összehasonlító nyelvészetből..aligha tekinthető olyan kóros állapotnak, melynek kezelését egy biztosítótársaságnak térítenie kellene."

Természetesen--ahogyan Wallerstein hangsúlyozza--a doktori értekezését befejezni képtelen hallgató frusztrált és kiábrándult, s mindenképpen segítségre szorul, problémája azonban pszichiátriai értelemben nem tekinthető betegségnek.[103]
Egy vizsgálat szerint például a pszichiátriai betegséggel rendelkezőknek csak 21%-a fordult panaszával terapeutához, ezzel szemben a pszichoterapeutához fordulók 42%-a nem szenvedett mentális zavarban.[104]

A modern pszichiátria mint a kraepelini és a freudi hagyomány összeolvasztása

Érdekes módon a pszichiatrizálás két—látszólag ellentétes trend—elemeinek az összeolvasztásából keletkezett. A modern pszichiátria kezdete kétségtelenül Emil Kraepelin klasszifikációs rendszere, mely csak a pszichózisokat tekintette pszichiátriai zavarnak, a két nagy pszichózist, az affektív pszichózisokat és a dementia praecoxot (ma szkizofrénia) viszont szigorúan elkülönítette egymástól. A

Kraepelin alkotta rendszer a maga pontos határaival, a betegségek prognózisának a figyelembevételével, s a pszichiátriai zavarokat alapvetően az agy betegségeinek tartó felfogásával tekinthető a modern biológiai pszichiátria egyik előfutárának. Mindkét nagy mai pszichiátriai diagnosztikai rendszer (a DSM-IV és a BNO-10) a kraepelini nosológia leszármazottjának tekinthető.[105]
A mai pszichiátria másik nagy gyökere a freudi pszichoanalízis, mely viszont hagyományosan nem látta fontosnak az egyes pszichiátriai betegségentitások határainak a szigorú kijelölését, mert úgy tartotta, hogy a mentális egészség és betegség határai elmosódnak. A pszichoanalízis mindig hangsúlyozta a mindennapi „egészséges" és a neurotikus viselkedés közötti kapcsolatot, előszeretettel mutatott rá az egészségesnek tűnő viselkedés mögött fellelhető, sőt a normál fejlődés részét is képező patológiás pszichés mechanizmusokra. Horwitz kifejezésével élve Freud „normalizálta" a patológiát, amennyiben feltételezte, hogy a normális viselkedés ugyanazokból a gyökerekből táplálkozik, mint a patológiás viselkedés. Az emberiség kimagasló tudományos és művészi teljesítményei mögött hasonló gyökerek állnak, mint a legalantasabbnak tűnő tettek mögött. A nagy tudós és a szexuálisan perverz között eme felfogás szerint sokszor csak annyi a különbség, hogy ugyanazt a szexuális ösztönkésztetést eltérő módon fojtják el. [106] A normális és a patológiás közötti határ fellazításával a hagyományos pszichoanalízis a mindennapi életproblémák egész sorát tekinthette betegségnek s részesíthette az ilyen „betegeket" „kezelésben". Az analitikus tradíció szerint továbbá a pszichiátriai zavarok tünetei azért sem lényegesek, mert sokféle alakot ölthetnek, s a döntő a tünetek mögött álló pszichodinamika és a tünet pszichés kiváltó oka, s nem a tünet maga. Eme érvelés szerint, ha a pszichiáter pusztán a tüneteket kezelné, a mögötte levő pszichés okokat azonban nem, ezzel nem segítene a betegen, mert az egyszerűen csak „tünetet váltana", ugyanaz a betegség más tünetekben nyilvánulna meg. A freudi pszichoanalízis hatására a mindennapi élet számos normálisnak tűnő jelensége patologizálódott, tudattalan, elfojtott pszichés konfliktusok megjelenési formájának számított, s az analitikus kezelés tárgya lett.
A DSM-III megjelenése 1980-ban látszólag forradalmi szakítást jelentett az akkorra már egyre inkább elutasított klasszikus analitikus felfogással. Visszanyúlva a klasszifikáció kraepelini alapjaihoz a tünetek alapján történő szigorú klasszifikációt vezetett be (a DSM-III megalkotói magukat neo-kraepeliánusoknak tartották), elutasítva azt az analitikus véleményt, hogy a tünetek nem fontosak. Ugyanakkor a DSM-III szakítása a retorikailag elutasított analitikus hagyománnyal csak látszólagos, mert elfogadta patológiásnak mindazokat az állapotokat, melyeket a korabeli—nagyrészt analitikus tradícióban képződött--amerikai pszichiáterek ténylegesen kezeltek. Az analitikus tradícióban képződött amerikai pszichiáterek pedig számos mindennapi életproblémát is kezeltek (pl. konfliktusok házastársakkal, gyereknevelési, munkahelyi problémák stb.) Így a DSM-III szellemében ezeket a mindennapi életproblémákat át kellett fogalmazni új diagnosztikus entitásokká, hogy továbbra is betegségnek legyenek tarthatók és kezelhetők legyenek. A DSM-III tehát csak a biológiai pszichiátria szellemében újraforgalmazta, különálló diagnosztikus entitásokká „változtatta" azokat a jelenségeket, melyeket korábban a dinamikus pszichiátria patologizált.[107] Így a modern pszichiátriai klasszifikáció nagy ellentmondása, hogy noha úgy véli, hogy túllépett az analitikusan megalapozott klasszifikáción, valójában csak annak formáját

változtatta meg, nagy hangsúlyt helyezve az analitikusok által lényegtelennek tartott tünetekre, de elfogadta az analitikus tradíció lazán, homályosan és rendkívül tágan értelmezett pszichiátriai betegségfelfogását. Az ellentmondás tehát az, hogy a modern (nagyrészt biológiai) pszichiátria, noha elutasítja a pszichoanalitikus elméleteket, mégis elfogadja az ezen elutasított elméletből fakadó betegségdefiníciókat. [108]

A dinamikus pszichiátria háttérbe szorulásának és a biológiai pszichiátria dominánssá válásának okai.

Az uralkodó orvosi paradigma megváltozása

A dinamikus pszichiátria az 1960-as évektől kezdődően fokozatosan visszaszorult korábbi uralkodó pozíciójából, s egyre inkább a biológiai pszichiátria paradigmája lett a domináns a pszichiátrián belül. A biológiai pszichiátria győzelmét mintegy hivatalossá tette a DSM-III megjelenése 1980-ban, mely szakítva a korábbi dinamikus elvekkel szigorú tünettani, etiológiától független diagnosztikus rendszert vezetett be. Ennek tökéletesítése a DSM újabb és újabb kiadásai révén jelenleg is tart, a jellege azonban azóta sem változott. A dinamikus pszichiátria ezen trónfosztását az magyarázza, hogy az orvostudományban radikálisan megváltozott a tudományosan helyes módszerrel kapcsolatos felfogás. Míg a XX. század elején az egyedi esetek ismertetése, és az ezekből történő általánosítás a szomatikus medicinában is teljesen elfogadott módszer volt, addig az 1960-as évek közepére ez idejétmúltnak, megbízhatatlannak, tudománytalannak kezdett számítani. Az esetismertetések helyét átvették a sok ezres mintán végzett, placebokontrollált, kettős vak módszerrel történő randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatások, amelyekben szigorú matematikai statisztikai módszerekkel bizonyítják az egyik beavatkozás, eljárás, gyógyszer fölényét a másikkal szemben. A dinamikus pszichiátria ezzel szemben továbbra is a régi, az egyes esetek elemzésén alapuló módszert követte. Ezzel egyre kevésbé számítottak az ily módon levont következtetések tudományosan elfogadhatóaknak. Míg tehát a dinamikus pszichiátria jól beleillet a XX. század eleje szomatikus medicinájának a paradigmájába, addig egyre kevésbé illet bele a XX. század második felének megváltozott tudományos paradigmájába. A tudományos hitelességhez a szomatikus medicinában meghonosodott új paradigmát kellett volna átvennie, erre azonban csak a biológiai pszichiátria volt képes, a dinamikus hagyományokon álló nem, így utóbbi tudományosan egyre inkább diszkreditálódott.[109]

A tudományosság kritériumainak változása

A dinamikus pszichiátria elvei diszkreditálódásának másik oka a tudományossággal kapcsolatos újfajta episztemológiai követelmény volt. Karl Popper tudományfilozófiájának megfelelően egyre inkább elfogadott lett, hogy csak az az állítás számít tudományosnak, mely falszifikálható, vagyis elvben cáfolható. Amit

elvben sem lehet megcáfolni, az tudománytalan, mert igazsága tapasztalatilag nem ellenőrizhető. A falszifikálhatóság kritériumának azonban a pszichoanalízis nem tett eleget, hiszen állításai nem cáfolhatók. Horwitz példáját idézve: hogyan lehet bizonyítani, hogy valakinek nincsen Oedipusz komplexusa? Ha az analitikus azt állítja róla, hogy van, s ő ezt tagadja, akkor a standard analitikus interpretáció ezt ellenállásnak értelmezi, s az Oedipusz komplexus bizonyítékának tartja. [110] Ezzel a technikával tehát, ha valaki bevallja Oedipusz komplexusát, ez bizonyíték annak létezésére, de ha tagadja azt, ez is bizonyíték lenne a létezésére az ellenállás feltételezésével. Így bármit lehet a betegről állítani, s az akár elfogadja azt, akár nem, igaznak fog bizonyulni. Az ilyen analitikus interpretációk tehát nem cáfolhatók, nem falszifikálhatók, de ezáltal Karl Popper tudományelmélete értelmében nem is tudományos állítások!
Mind az orvostudomány uralkodó paradigmájának a megváltozása, mind tudományelméleti megfontolások alapján tehát egyre kevésbé tűnt tudományosan védhetőnek a dinamikus pszichiátria módszere, s ez vezetett háttérbe szorulásához, s az új, a „korszellemmel" sokkal inkább összhangban levő biológiai pszichiátria dominánssá válásához. Ha a pszichiátria továbbra is igényt akart tartani arra, hogy az orvostudományhoz tartozik, annak elveit elfogadja, s annak egyik ága, akkor követnie kellett a szomatikus medicinában lezajlott metodológiai változásokat, el kellett fogadnia annak módszereit. Erre pedig a biológiai pszichiátria volt képes.[111]

Járulékos hatások

Néhány járulékos társadalmi-pszichológiai oka is volt azonban a biológiai pszichiátria dominánssá válásának. A 1960-as évek baloldali, aktivista, a társadalmi reformok talaján álló politikájának a kifulladása után konzervatívabb, a társadalmi reformok lehetőségében inkább kételkedő politikai légkör alakult ki az USA-ban. Ez kedvezett annak a megközelítésnek, mely az egyén viselkedését inkább az agyára ható biológiai eszközökkel, mint társadalmi reformokkal tartotta befolyásolhatónak.[112]
Luhrmann orvosi antropológiai kutatásai egy másik szempontra is felhívják a figyelmet. A 60-as évek nyugati diákmozgalmai, s a drogokkal való széleskörű kísérletezés sok későbbi vezető pszichiáter számára revelatív élmény volt. A drogokkal kísérletező egyetemista ugyanis első kézből tapasztalhatta meg, milyen döntő hatása van a különböző kemikáliáknak, drogoknak az agyra, s ezen keresztül a tudatállapotra. Aki maga is megtapasztalta ezt, az sokkal jobban el tudja fogadni, hogy tudati jelenségeit nem csak vagy nem elsősorban gyerekkori élményei, elfojtásai határozzák meg, hanem agyának aktuális biokémiai folyamatai. Luhrmann kutatásai szerint sok—a dinamikus pszichiátriából kiábrándult-- biológiai pszichiáter számolt be arról, milyen döntő hatása volt a drogok kipróbálásának későbbi meggyőződése kialakításában. Így a 60-as évek drogokkal kapcsolatos történései fontos, bár alábecsült mozgatói a későbbi biológiai pszichiátriai fordulatnak.[113]
A dinamikus pszichiátriától való elfordulás másik fontos--bár járulékos—hajtóereje a pszichiátriai betegmozgalmak megerősödése az USA-ban. Az egyik ilyen nagyhatalmú szervezet a NAMI (National Alliance for the Mentally Ill). Ez a szervezet főleg szkizofrén betegek szüleiből, hozzátartozóiból áll, akik rendkívül sértőnek érezték a dinamikus pszichiátria egyes képviselőinek azon állítását, miszerint a szkizofréniát bizonyos szülői nevelési stílus, bizonyos családstruktúra, s más

koragyerekkori szülői hatás váltja ki. Jó ismert a „skizofrenogén anya” koncepciója, mely az anya kommunikációs-nevelési stílusa eredményének tulajdonította a szkizofréniát. A skizofrén betegek szülei ezt a koncepciót stigmatizálónak érezték, s a NAMI-n keresztül teljes súllyal amellett álltak ki, hogy a skizofrénia az agy biokémiai-strukturális zavara, vagyis agyi betegség, s nem nevelési stílus eredménye.[114]

A pszichiatrizálás okai.

A pszichiatrizálás tendenciájának magyarázatára számos hipotézis született. Ezek közül néhány a pszichiátria és a gyógyszergyárak anyagi érdekeltségét hangsúlyozza ebben a folyamatban, míg mások a medikalizálás általánosabb jelensége részjelenségének gondolják a pszichiatrizálást.

A pszichiátriai birodalomépítés.

Általánosan is igaz, hogy azzal, hogy a medikalizáció hétköznapi emberekből betegeket farag, egyben új piacokat teremt diagnosztikus tesztekre, gyógyszerekre, diétákra, önsegítő könyvekre, speciális klinikákra, tanfolyamokra, tanácsadásokra és rendszeres orvosi ellenőrzésre. Így a medikalizáció mögött nyilvánvaló gazdasági okok és érdekek is állnak.[115]
A pszichiátereknek—legalábbis az USA-ban, ahol a DSM-et megalkotják--nyilvánvaló anyagi érdekük Shorter szerint a mindennapi életproblémák pszichiatrizálása, hiszen így klienseik számát, s így piaci részesedésüket növelhetik. A különböző pszichológiai tanácsadók és terapeuták között ugyanis egyre élesedő harc folyik a kliensekért. Ebben a versenyben az egyes problémák pszichiatrizálása monopolhelyzetet biztosít az orvosoknak, s így ez anyagi érdekükben áll.[116] Betegséget ugyanis csak orvos kezelhet. Shorter szerint a fenti történések leírására a “pszichiátriai birodalomépítés” kifejezés illik a leginkább. Ha ugyanis a fenti sajátosságok betegségek, és ezért azokat csak orvos kezelheti, akkor így nő a pszichiáterek piaci részesedése, kiszorítva így az ilyen típusú problémákkal régebben foglakozókat ill. a mai versenytársakat a piacról. (pl. pszichológusokat, szociális munkásokat, pedagógusokat, különböző tanácsadókat, természetgyógyászokat, stb.)[117] A DSM erre különösen alkalmas eszköznek bizonyult. Megalkotása után ugyanis már senki nem emlékszik az azt létrehozó politikai harcokra, lobbizásokra és manőverezésekre. A DSM—elfogadása után—szilárd tudományos igazságnak tünteti fel azt, ami elfogadása előtt vitatott, megkérdőjelezett volt. S a DSM a maga orvosi terminológiájával biztosítja a pszichiátria dominanciáját a pszichológia és más, a mentális problémákkal foglalkozó szakterületek felett.[118]
Ez a jelenség korántsem példa nélküli a pszichiátria történetében. A freudi pszichoanalízis elterjedésekor például felmerült a kérdés, hogy kik szerezhetnek pszichoanalitikus képzettséget, illetve kik részesülhetnek ilyen kiképzésben. Noha semmilyen különleges ok nem volt arra, hogy a nem-orvosokat kizárják az ilyen

képzésből, s maga Freud is elfogadhatónak tartotta a laikus (nem orvos) pszichoanalitikus által végzett analízist, mégis, az Amerikai Pszichoanalitikus Társaság ragaszkodott hozzá, hogy csak orvos végzettségű egyén részesülhessen analitikus kiképzésben. Később tovább szigorítottak a követelményeken, s csak pszichiáter szakorvos számára engedélyezték az analitikus kiképzést.[119] Ma egy ilyen megszorítás elméletileg teljesen indokolatlannak tűnik, hiszen a pszichoanalízisben semmi olyan speciális ismeretanyag nincs, amit csak orvosi alapképzettséggel lehetne megszerezni. Így utólag világosan látszik, hogy eme korlátozás mögött az orvosi szakma monopóliumra törekvése állt: a pszichoanalízis jól jövedelmező magánpraxis lehetőségét kínálta, s az amerikai orvosok--a kliensekért folytatott versenyben--nem akartak osztozni a haszonban a nem orvos analitikusokkal. Az USA-ban csak 1991-ben szűnt meg ez a monopólium, ettől kezdve nem-orvosok is kaphattak teljes analitikus kiképzést az USA-ban.[120] A pszichoterápia egyéb ágaiban is jól látható ez a trend. Az USA-ban a pszichoanalízisen kívül a pszichoterápia egyéb formáit is sokáig csak orvosok végezték. A pszichológusok 1951-ben "törtek be" a nem-analitikus pszichoterápia "piacára", Carl Rogers „Kliensközpontú terápia” című művének a megjelenésével.[121] Az ezen elvek alapján pszichoterápiát végezni kezdő pszichológusokat szinte azonnal heves támadások érték a pszichiáterek részéről: azzal vádolták őket, hogy orvosi tevékenységet folytatnak orvosi diploma nélkül.[122] A Rochesteri Egyetem Pszichiátria Tanszéke megpróbálta Rogers Tanácsadó Központjának működését megszüntetni. Rogersnek ezért innen a Chicagói Egyetemre kellett mennie, de az itt kialakított Tanácsadó Központját is csak kitartó társadalmi kampány mentette meg a bezárástól, melyet az ottani Pszichiátriai Tanszék követelt. 1990-re az USA-ban a pszichoterápiát végző pszichológusok és szociális munkások együttes száma meghaladta a pszichiáterekét, s ezáltal a pszichoterápia az USA-ban alapvetően egy nem orvosi tevékenységgé vált.[123] Ez azonban egy lassú folyamat eredménye volt. Az 1960-as évek közepén az USA-ban pl. már pszichológusok is végeztek pszichoterápiát, de ekkor még csak pszichiáter által végzett pszichoterápiát finanszírozott a biztosító. 1972-ben a Medicaid kezdte téríteni a pszichológus által végzett pszichoterápiát is, s az USA-ban csak 1974-ben fogadták el, hogy klinikai pszichológus ugyanúgy—ellenőrzés nélkül, önállóan—végezhet pszichoterápiát, mint a pszichiáter. Ezután következtek a szociális munkások, mint pszichoterapeuták, s ezzel megszűnt a pszichoterápia végzésének korábban pszichiáterek által birtokolt monopóliuma.[124] A verseny--más területeken-- azonban ma is tovább zajlik. 1995-ben például az Amerikai Pszichiátriai Társaság intenzíven lobbizott a kongresszusban azért, hogy ne engedjék a pszichológusoknak azt, hogy betegeiknek--a megfelelő tanfolyam elvégzése után--gyógyszert írhassanak fel.[125] A verseny azonban egyre élesebb lesz, versenytársak egyre nagyobb számban vannak, s a hagyományos segítő foglalkozásokon túl újak is létrejönnek. Az USA-ban például az életproblémák kezelésére egyre népszerűbb az un. filozófiai tanácsadás. A filozófiai tanácsadás a mindennapi életproblémákat a filozófiatörténet nagy alakjainak ill. nagy filozófiai rendszereinek tanításait felhasználva segít megoldani. Abból indul ki, hogy a Platón által használt filozófiai dialógus módszere hatékony eszköz a boldogsággal, a szakmai előmenetellel, az erkölcsi dilemmákkal, az élet értelmével, céljával kapcsolatos problémák megválaszolására. A tanácsadást un. praktizáló filozófusok végzik, akiket az Amerikai Praktizáló

Filozófusok Egyesülete képez ki ill. ad tanúsítványt a végzettségről. A praktizáló filozófusok nemcsak egyéneknek, hanem csoportoknak ill. szervezeteknek is végeznek tanácsadást. A filozófiai praktizálás alapelveit tárgyaló könyv[126] nemzetközi bestseller lett az ön-segítő könyvek kategóriájában, 16 nyelvre tervezik lefordítását, s szerzőjét meghívták előadást tartani 2001 januárjában Davosba a Világgazdasági Fórumra.[127]

Mindez szinte természetes, ha figyelembe vesszük, hogy a modern pszichiátriában és pszichoterápiában a 60-as, 70-es években egy kognitív fordulat zajlott le. Eszerint a korábban primer affektív zavarnak tartott depresszióról kiderült, hogy sok esetben inkább egy primer gondolkodási zavar, s a depresszió ehhez képest csak másodlagos: az irracionális gondolkodás eredménye. Ugyanez nemcsak a depresszió, hanem sok más, korábban neurotikusnak nevezett zavar esetén is nyilvánvaló lett (szorongásos betegségek, fóbiák, stb.) Ha viszont az ilyen zavarokkal jelentkezők alapvető problémája a helytelen gondolkodás, akkor ennek korrigálása legalább annyira pedagógiai, filozófiai, mint pszichiátriai feladat. Hagyományosan a helyes gondolkodás elveivel sokkal inkább a filozófia, mint a pszichiátria foglalkozott. Így szinte a kognitív forradalom természetes következménye, hogy a helytelen gondolkodást korrigálni akaró filozófiai alapképzettségű terapeuták is megjelentek a versenytársak között.

Összefoglalva tehát a pszichiatrizálás egyik oka Shorter szerint a pszichiátria ebben való érdekeltsége lehet: egy nem-kívánatos állapot betegséggé minősítésével csak orvos lesz jogosult annak kezelésére, s így kiszoríthatók az ugyanezen páciensekért versengő nem-orvos versenytársak.

A gyógyszergyárak anyagi érdekeltsége.

A betegségárusítás fogalma

Ma elfogadott etikai elv, hogy gyógyszert csak betegség kezelésére lehet rendelni, egészséges, de kedvezőtlennek, előnytelennek tartott állapot megváltoztatására nem. Így a gyógyszergyárak, s általánosabban fogalmazva az orvosi-gyógyszeripari komplexum abban érdekelt, hogy minél több--gyógyszerrel befolyásolhatónak tűnő--állapot betegségnek minősüljön. Így ma a betegség fogalma átalakulóban van. Régebben egy bizonyított biológiai elváltozást tartottak csak betegségnek, később betegségnek kezdett számítani minden, ami az egyén jóllétét csökkenteni látszott. Ma a gyakorlatban betegségnek számít szinte minden, melyre a társadalombiztosítás által finanszírozott gyógyszeres kezelés létezik.[128]

Így azt is mondhatjuk, hogy az orvosi kezelés nemcsak gyógyítja a betegségeket, hanem bizonyos értelemben maga hozzá létre azokat. Mihelyt ugyanis egy nemkívánatos állapot orvosi eszközökkel befolyásolhatónak tűnik, az átfogalmazódik orvosi problémává. Ez a pszichiátriában különösen látványos, ahol a gyógyszerek eladása előtt el kell fogadtatni, hogy a gyógyszer által befolyásolt állapot patológiás. Csak egyetlen példát idézve a kínálkozó számos példa közül: a szociális fóbia (szociális szorongásos zavar) még az 1980-as években is olyan ritkának számított, hogy a DSM-III-ben (1980) nem is szerepelt. Mikor kiderült, hogy az állapot befolyásolható a modern antidepresszánsokkal, kezdték betegségvoltát

hangsúlyozni, bekerült a DSM-III-R-be (1987), mára pedig az USA harmadik leggyakoribb pszichiátriai betegségeként emlegetik, ami a lakosság 13%-át érinti.[129]
Vannak, akik betegség-árusításnak nevezik azt az üzleti „fogást", melynek során egészséges emberekkel elhitetik, hogy betegek, az enyhe betegségben szenvedőkkel pedig azt, hogy súlyos betegek.[130] A betegség-árusítás a medikalizáció szélsőséges formája, melynek célja „előkészíteni" a piacot egy új gyógyszer befogadására azzal, hogy felkeltik iránta a még nem létező igényt. Ehhez először is fel kell hívni a figyelmet a gyógyszer által kezelendő probléma létezésére, majd azt betegséggé kell minősíteni. Ezt követően meg kell állapítani , hogy az illető betegség elterjedt, nagyon sok szenvedést okoz, és kezelhető, ugyanakkor a szakemberek a felismerését elhanyagolják és ezért nem is kezelik. Látszólag tehát egy betegséggel kapcsolatos tudatosság, problémaérzékenység növeléséről van szó, a betegek „felvilágosításáról", valójában azonban a piac előkészítéséről, az illető gyógyszer iránti igény felkeltéséről.[131] Mindez nagyon jövedelmező, hiszen így—a betegségfogalom kiszélesítésével-- a mindennapi problémák széles skálája nevezhető betegségnek. Részvénytársaságok által létrehozott betegségekről is beszélhetnénk ilyenkor.[132]

A betegségárusítás módszerei

A folyamat során szorosan együttműködnek a gyógyszergyárak, a szakorvosok és bizonyos betegszervezetek, akik a média segítségével győzik meg a többséget az új betegség létezéséről, annak aluldiagnosztizáltságáról és alulkezeltségéről. A gyógyszercégek által szponzorált „független szakértők" bizonyítják, hogy a kérdéses probléma betegség, fogyasztói csoportok jelentkeznek, mint a betegség „áldozatai", s a média tudósít az új gyógyszer jótékony hatásáról az adott „betegség" esetén. A stratégia lényege: mindennapi problémákat betegségnek minősíteni, enyhe tüneteket súlyosaknak feltüntetni, egy betegségre való fokozott kockázatot már betegségnek tartani, s így a betegség gyakoriságát eltúlozni a piac maximalizálása érdekében.[133] Az ipar sokszor indirekt módszereket is igénybe vesz egy adott gyógyszer fogyasztásának a növeléséhez. Például olyan folyóiratcikkek tucatjainak a megjelenését szponzorálja, melyek nem a kérdéses gyógyszert vizsgálják, hanem azt a betegséget, melynek kezeléséhez az adott gyógyszer felhasználható.[134]
A gyógyszeripar--az érdekeit szolgáló patologizálás elérésére--nagyon hatékony mechanizmussal rendelkezik. Jól kidolgozott eljárást alkalmaz arra, hogy az üzleti érdekeit szolgáló információkat, ismereteket megszerezze és azokat a klinikusokhoz és a betegekhez illetve a potenciális betegekhez eljuttassa. Ez ölthet etikailag problematikus formákat is. Például a Kanadai Orvosi Társaság az orvosi titoktartás megsértésének tekintette azt a gyakorlatot, melyben gyógyszertárak eladták az orvosok receptírási adatait az az iránt érdeklődő gyógyszergyáraknak. A gyógyszergyárak az így szerzett adatokat hatékonyan fel tudták használni az orvosok receptírási szokásainak befolyásolására, saját marketingmunkájuk célzottabbá tételére.[135] A gyógyszergyárak által szponzorált konszenzus-konferenciák, s ezek eredményeinek publikálása, szakmai szimpóziumok szponzorálása, szakmai folyóiratok tematikus szupplementumainak finanszírozása, bizonyos kezelésekért lobbizó betegszervezetek anyagi támogatása, s egyéb

technikák bizonyítottan hatékonyak a klinikusok s a szélesebb értelemben vett közvélemény hozzáállásának az átformálásában.[136] Ez tetten érthető azon is, hogyan beszélnek a laikusok ill. a közvélemény bizonyos pszichiátriai betegségekről. Amikor például a pszichiátriát a dinamikus pszichiátria elvei uralták, akkor ez észlelhető volt a laikus nyelvhasználatban is. Akkoriban—noha sokszor hibásan használva a fogalmakat-- szinte mindenki a tudattalanról, az Oedipusz komplexusról, elfojtásról, kisebbrendűségi komplexusról, stb. beszélt. Ma, a biológiai pszichiátria nyelvhasználata szivárgott át a laikus gondolkodásba. Ma--szintén sokszor hibásan és leegyszerűsítve--arról beszélnek, hogy az agyban bizonyos aminokból kevés van vagy túl sok, s ez okozza az egyes betegségeket.[137]

A betegségárusítás néhány példája

A jelenség illusztrálására számos nem-pszichiátriai és pszichiátriai példa hozható, bizonyítva, hogy a medikalizáció a testi és lelki problémák széles skálájára kiterjedő jelenség. Robert A. Wilson, New York-i nőgyógyász hirdette meg először menopauzában levő nőknél a hormonpótló kezelést (Hormon Replacement Therapy=HRT) az 1960-as években. Ezzel medikalizálta a menopauzát, azt állítva, hogy az nem egy normális állapot, hanem egy hormonhiányból fakadó betegség, melyet a hiányzó hormon (oestrogén) pótlásával kezelni kell. Noha kezdettől fogva ismert volt, hogy ez bizonyos rákok kockázatát növelheti, ezt akkor figyelmen kívül hagyták. Wilson 1966-os könyvében (Feminism forever) a menopauzában levő nőket női eunuchoknak, kasztráltaknak nevezte, így is aláhúzva beteg voltukat. A gyógyszeripar a hormonpótló kezelést lelkesen támogatta, hangoztatva annak előnyeit és alábecsülve hátrányait. Ma már tudjuk, hogy menopauzában levő nők hormonpótló kezelése jelentősen megnöveli az emlőrák kockázatát, ezért káros. A menopauza medikalizálása tehát nem állt az így kezelt nők érdekében, hanem inkább gyógyszeripari érdekeket szolgált.[138] Ma a medicinára jellemző, hogy—részben üzleti érdekektől vezérelve is—az egymást követő szakmai irányelvek egyre csökkentik azt a küszöböt, melyet a beavatkozáshoz szükségesnek tartanak. Így egyre szélesebb indikációval egyre intenzívebb gyógyszeres kezelést írnak elő. Ma például hipertóniánál az az elv, hogy minél lejjebb visszük a vérnyomást, annál jobb lesz a prognózis. Ez azonban a normotenzív tartomány közelében még bizonyításra vár. Hasonlóképpen ma már a vérnyomás normál tartományának felső részét prehipertenziónak nevezik, noha nincs rá bizonyíték, hogy a prehipertenzió gyógyszeres kezelése előnyös.[139] További példák is sorolhatók. A férfiak kopaszodása jó példa egy nem orvosi probléma orvosivá és kezelendővé minősítésének az esetére, az irritábilis colon syndroma az enyhe betegségnek a ténylegesnél súlyosabbnak való feltüntetésére. A sokat idézett pszichiátriai példa a 90-es évek „divatja”, a szociális szorongás és fóbia, mely a minden korban létező szégyenlősséget, félénkséget minősíti át betegséggé.[140]

A betegszervezetek és egyéb érdekcsoportok törekvése a destigmatizációra

A medikalizációban a betegszervezetek illetve a betegek is érdekeltek. A komoly pszichiátriai betegség súlyosan stigmatizáló hatású, s nemcsak a betegre, hanem hozzátartozóira, családjára is. A hétköznapi életproblémák betegséggé (pl. depresszióvá) minősítésével úgy tűnik, mintha a pszichiátriai betegségek nagyon gyakoriak lennének, voltaképpen majdnem mindenkit érintenének közvetlenül vagy közvetve, a hozzátartozókon keresztül. Ha viszont egy jelenség általánosan elterjedt, akkor stigmatizáló hatása csökken. Így a betegszervezetek joggal érzik úgy, hogy ha a szomorúság éppúgy pszichiátriai betegség, mint a szkizofrénia, szomorú pedig bárki lehet, akkor a szkizofrénia sem annyira stigmatizáló. [141]
Az is megfigyelhető, hogy ha a pszichiátriai zavart szervi eredetűnek fogják fel, mint az agy betegségét, akkor ez a zavar stigmatizáltságát csökkenti. Sok—korábban erkölcstelenségnek, nevelési hibának tartott—állapot stigmatizáltsága csökkent azzal, hogy ezeket betegségnek kezdték tartani.
Az alkoholizmus vagy kábítószer-fogyasztás stigmatizáltsága például csökkent, mióta ezek orvosi problémának vagyis betegségnek is számítanak, noha a közgondolkodás, a politika, és a törvényhozás sem fogadta el még teljesen, hogy ezek az állapotok betegségek, s sok nyoma megvan még a korábbi álláspontnak, mely a fenti állapotokat morális szempontból ítéli meg, s egyszerűen erkölcsi gyengeségnek tekinti.[142]
Érdekes módon sajátos törvényszerűség figyelhető meg a társadalom által elítélt viselkedések „elfogadtatásának" folyamatában. Az első szakasz, amikor az adott állapotot (pl. homoszexualitás) a társadalom egyszerűen bűnnek tekinti. Ehhez képest fejlődés a probléma medikalizálása, amikor bűn helyett már betegségről beszélnek, s így a büntetés helyett a kezelés lesz a problémára való elfogadott reagálás. A harmadik stádium azonban az, amikor kezdik hirdetni, hogy az adott—elutasított-- állapot sem nem bűn, sem nem betegség, hanem az emberi viselkedés egy normális variációja. A homoszexualitás—mint láttuk—végigment mindhárom stádiumon, de számos más állapot hasonló utat jár be. Például a nemi identitás zavarban szenvedőknek tekintett transzszexuálisok korábban elfogadták azt, hogy ők betegségben szenvednek, mert így inkább elérhették, hogy a nemet megváltoztató műtétben részesülhessenek. Mára azonban egyre gyakoribb, hogy az ilyen csoportok azt hangsúlyozzák, hogy állapotuk—a homoszexualitáshoz hasonlóan—nem betegség, hanem az emberi szexualitás normál variációja.[143]

A pszichiatrizálás mint társadalmi problémák egészségügyben való kezelésének a legitimálása

A pszichiatrizálásnak azonban—a pszichiátriai és gyógyszeripari érdekeken túl—egyéb okai is vannak. A mai pszichiátria ugyanis a szokásos életproblémák kapcsán nagyon hasonló helyzetbe kerül, mint az egészségügy általában a nem egészségügyi természetű problémákkal való találkozáskor. Nem ritka manapság, hogy valakinek idős korában csak támogatásra, gondozásra lenne szüksége, orvosi kezelésre azonban nem. Mégis, gondozásra alkalmas szociális intézmények, vagy őt

ápolni hajlandó hozzátartozók híján ezen idősek gondozását sokszor aktív kórházi osztályok végzik, hiszen ezek találkoznak a problémával, melyet nem tudnak "továbbadni". Így végül is az egészségügyben csapódik le sok olyan társadalmi probléma, mely alapvetően nem egészségügyi természetű. Az egészségügyi intézményrendszerre jellemző ethosz, mely szerint szenvedő embert nem szabad magára hagyni, nem szabad ellátatlanul az "utcára" tenni az egészségügyet a legkülönbözőbb megoldatlan társadalmi problémák kényszerű megoldójává teszi. Hasonló a helyzet a pszichiátria területén is. Az életproblémáival küszködő, magára maradt ember sokszor nem tud segítséget kérni mástól, mint az egészségügytől, mert ma nincsenek a társadalomban olyan intézmények, melyek az ilyen emberekkel hivatásszerűen foglakoznának. Az egyházak--melyek hagyományosan ilyenkor segítséget nyújtottak--a szekularizáció következtében ma kevesebb embernek képesek ilyenkor támaszt nyújtani, mint régebben. Ezért a tendencia itt is az, hogy a modern társadalom egyetlen--a bajbajutott embert intézményesen segítő--intézményrendszerébe kerül az, aki bármilyen okból lelkileg szenved, az egészségügybe. Az egészségügyhöz azonban csak orvosi problémákkal fordulhat legitim módon. A biztosító is csak az ilyen problémák kezelését téríti meg az egészségügyi intézménynek. Így nagy a nyomás, hogy ezek a korábban életproblémáknak számító kérdések ma a pszichiátria nyelvén fogalmazódjanak meg. Mindezt segíti, hogy a patológia határai nagyon elmosódóak. Mikor lesz a szomorúságból depresszió? Mikor lesz az excentrikusságból skizofrénia? A határok ezeknél a problémáknál a gyakorlatban soha nem élesek, s a mai tendencia az, hogy egyre több és több ilyen állapotot betegségnek tekintenek.[144]
A pszichiátriai intézménybe került „beteg"—noha „betegsége" sokszor inkább életprobléma és izoláltság—kiszakítva régebbi, őt megterhelő környezetéből, felmentve a napi megélhetésért folytatott kilátástalan küzdelem alól, s a betegtársakban, egészségügyi személyzetben olyan átmeneti és együtt érző közösséget lelve, amilyen az otthoni életében nem vette körül, valóban javulhat. Az egészségügyi intézmény ily módon tehát valódi, noha nemspecifikus segítséget is jelent sokszor, csak nem mindig derül ki világosan, mi volt a beteg igazi problémája, s mi volt javulásának a tényleges oka.[145]

Az összes társadalmi probléma kommunikációval való megoldhatóságának mítosza

A medikalizáció egyik mélyebb oka a modern demokratikus társadalmak ama gyakori, de téves feltételezése, hogy minden emberi nézeteltérés puszta félreértés eredménye, mely hatékonyabb kommunikációval megoldható. E feltételezés szerint tehát minden emberi konfliktus az összes résztvevő fél számára megnyugtató módon megoldható. Ebből kiindulva azután nehezen értelmezhető, ha kiderül, hogy az egyet nem értés oka nem a másik álláspontjának meg nem értése volt, hanem igazi egyet nem értés, mely megmarad a másik álláspontjának tökéletes megismerése és megértés után is. Ilyenkor nagy a kísértés—ha a konfliktust okozó vélemény, nézet jelentős kisebbségben van—hogy azt pszichiátriai betegséggé minősítsék, ami által látszólag biztosítható a konfliktus tökéletes, mindenki számára kielégítő megoldása. Ha ugyanis az egyet nem értő, sajátos álláspontot képviselő személy beteg, akkor neki is érdeke, hogy abból kigyógyuljon, vagyis egyet nem értését feladja. Ezáltal a medikalizálás és pszichiatrizálás egyik funkciója a társadalmi normákkal egyet nem

értőket, az azokhoz nem alkalmazódókat úgy normakövető viselkedésre rászorítani, hogy az ne elnyomásnak, hanem érdekükben álló kezelésnek tűnjön fel. Nietzchétől Foucaultig számos gondolkodó mutatott rá a demokráciákban fellelhető ezen „normalizálási" törekvésekre, vagyis amikor az egyéni érdek egy demokratikus társadalomban elnyomásra kerül a közösség érdeke kedvéért, ugyanakkor mindez az egyén érdekében állónak van feltüntetve. [146]
Ez nemcsak a tágabb társadalom szintjén, hanem annak mikroközösségei, például a család szintjén is megvalósulhat. Egy család normái elleni lázadó, az abból menekülni akaró serdülő, s a statust quot fenntartani akaró szülők közötti küzdelem végződhet például a pszichiátriai intézményrendszer bevonásával. Ilyenkor a szülők, hogy ne kelljen a felelősség rájuk eső részét elvállalniuk azért a helyzetért, ami létrejött, a lázadó serdülőt tekintik betegnek, s a pszichiátria segítségét kérik annak megoldására. A beteggé minősítés (medikalizálás) a szülők által történik ilyenkor, ők a pszichiátriától csak annak hivatalossá tételét várják el, mellyel egyben kényszerintézkedések is igénybevehetők az elromlott kapcsolat „normalizálására" [147]

A medikalizáció mint a társadalmi status quo fenntartásának eszköze

Magunk is medikalizálnánk a pszichiatrizálás problémáját, ha ezért a pszichiátriát tennénk felelőssé. Valójában a medikalizáció a társadalom értékrendjéből következő trend, melyet a pszichiátria csak követ, de nem az hozza létre. Az első döntést a társadalom, a laikusok hozzák meg egy viselkedés vagy élménymód betegséggé minősítéséről, s a társadalom a pszichiátriától várja ennek megerősítését. A pszichiátria sok esetben csak klasszifikálja a társadalom által már betegnek minősített állapotot, de annak betegséggé minősítése nem a pszichiátriából indul ki. Jó példa erre a homoszexualitás, melynek társadalmi megítélésének a megváltozása megváltoztatta annak pszichiátriai megítélését is: 1973-ban, egy szavazás eredményeként betegségből normális, bár alternatív életstílust kifejező állapottá változott. Mindez nem a tudományos kutatás létrehozta kényszerítő bizonyítékok hatására történt meg, hanem a társadalmi attitűd megváltozása miatt.[148] Ennek fontos tanulsága, hogy a társadalom igyekszik beleszorítani a pszichiátriát abba a szerepbe, hogy az segítsen fenntartani a társadalom értékeit, a társadalom által jóváhagyott szerepeket, hatalmi viszonyokat. A pszichiátria—s alapvetően a medicina-- fontos feladata ezen értékek explicitté tétele, s ilyen értelemben egy érték alapú fordulat végrehajtása: Fulford kifejezésével élve a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás analógiájára egy Értékeken Alapuló Orvoslás fogalmi apparátusának a megteremtése jelentené—mint láttuk--az értékek tisztázásához szükséges fordulatot. [149]

A pszichiátria alapellentmondása

A pszichiátria alapvetően a betegek kezelésére és érdekeik védelmére szolgáló intézményrendszer. Ugyanakkor a társadalom megpróbálja beszorítani a pszichiátriát bizonyos (és sokszor ellentmondásos) társadalmi értékek védelmezőjének a szerepébe. A társadalom hajlamos az uralkodó társadalmi normákkal egyet nem értő embereket, akik ezt viselkedésükkel, gondolkodásukkal ki is fejezik, a „beteg" szerepébe beszorítani, s megváltoztatásukra a pszichiátria

intézményrendszerét igénybe venni. Így a társadalom implicit nyomást gyakorol a pszichiátriára, hogy az az egyének viselkedésének, gondolkodásának, érzéseinek orvosi eszközökkel történő társadalmi kontrollját valósítsa meg a társadalom értékeinek és a társadalmi szerepek védelme érdekében. Ez a modern pszichiátria alapvető ellentmondása, s minél értéktudatosabb a pszichiátriai gyakorlat, annál inkább tud ellenállni a fenti társadalmi nyomásnak, s annál jobban képes segíteni a szenvedő embereknek.[150]
A pszichiátriára gyakorolt társadalmi nyomás számos példáját láthattuk az előző fejezetekben, amikor a pszichiátriát felhasználták a társadalmi kontroll eszközeként. Mint láttuk, ez nem a pszichiátria története, hanem a pszichiátria elfajulásának története, de a pszichiátria ilyen célokra való felhasználásának a veszélye mindig kísért. A mai demokratikus társadalmakban a pszichiátria felhasználásának a kísérlete a társadalmi kontroll eszközeként sokkal kevésbé látványos. A társadalom értékrendjével való egyet nem értés ritkán történik nyíltan, elméleti vita formájában. A mindennapokban ez inkább bizonyos szerepektől, elvárásoktól való eltérés formájában valósul meg. Ha valaki nem fogadja el a munkahelyen rá osztott szerepet, eltér a társadalom által elvárt viselkedéstől a házasságban, a családban, a nemi szerepeiben, az könnyen minősülhet betegnek ma is, s a társadalom intoleráns reakciója ilyenkor valódi pszichés dekompenzálódást is kiválthat. Az ekkor sorra kerülő kezelés—bármilyen jó szándékú, s adott esetben az érdekében álló is--mégis tartalmazhatja a társadalmi kontroll elemeit, ha a kezelés célja az, hogy elfogadtassa vele a viselkedése által korábban elutasított „játékszabályokat”. [151] Ma például számos feminista kutatás a nők magasabb depressziós megbetegedési arányát a nők elnyomottságával, szűkebb lehetőségeivel, a társadalmi hierarchiában elfoglalt rosszabb helyzetével magyarázza. Ezen kutatások konklúziója az, hogy a nők azért depressziósabbak, mert elnyomottabbak, hátrányosabb helyzetűek, kilátástalanság- és reménytelenség érzésük sokszor csak adekvát leképezése kiszolgáltatottabb helyzetüknek. [152]
Azáltal, hogy a pszichiátriai diagnózis betegségnek minősít bizonyos viselkedési formákkal, értékrenddel való egyet nem értést, mégha ez nem is explicit módon, hanem szabályszegéssel, hangulattal, stb. fejeződik is ki, voltaképpen semlegesíti a tiltakozást, s a társadalmi problémából egyéni, marginális problémát farag. [153]

A pszichiátriai problémák társadalmi okai.

A társadalmi igazságtalanság, a hátrányos megkülönböztetés, az előítéletek pszichológiai hatásai

Caplan szerint számos, ma pszichiátriainak tartott probléma voltaképpen társadalmi probléma: az előítéletek, a szegénység, az erőszak következményei.[154]
Mivel azonban az egyént könnyebb megváltoztatni, mint a társadalmat, ezért sokszor személyes pszichoterápiával kezelik azt, amit a társadalom megreformálásával kellene megoldani. Egyszerűbb Prozacot felírni egy rossz házasságban élő, munkában agyongyötört asszonynak, mint azt mondani neki: hagyja ott gyötrőjét, s keressen jobban fizető munkát.[155] Ma a társadalom--a tőle szenvedők beteggé minősítésével--saját áldozatait vádolja betegséggel, s így kibújik a felelősség alól: a beteggé minősítéssel valójában a szenvedőt teszi felelőssé, az ő szervezetét, agyi, biokémiai vagy pszichológiai mechanizmusait okolja problémáiért, s ezáltal felmenti a társadalmat a felelősség alól.[156]

A pszichiátriai zavarra jellemző ön-elnyomás sokszor a társadalmi hozzáállás interiorizálása

A pszichiátriai zavarok sokszor egyfajta ön-elnyomást jelentenek. A beteg vádolja magát, negatív önképe van, s rossz helyzetéhez, szenvedéseihez saját viselkedése, döntései esetleg jelentősen hozzájárulnak. Részben ez is az oka az enyhébb pszichiátriai betegekkel szemben gyakran tapasztalható ellenszenvnek. A beteg „önsorsrontó" viselkedése, s a társadalomnak az egyént bizonyos kedvezőtlen szerepekbe beleszorító működése között azonban kapcsolat van. Sok esetben a beteg egyszerűen interiorizálja, elfogadja azt a bánásmódot, melyet a társadalom részéről saját magával kapcsolatban tapasztal. A kizárólag a beteget, az áldozatot vádoló nézőpont nem látja azt az összefüggést, hogy egy egyén sokszor csak elfogadja, saját magával szemben is érvényesíti azt a viszonyulást, melyet a társadalom vagy a szűkebb közösség vele szemben érvényesít. Kicsit leegyszerűsítetten úgy is fogalmazhatnánk, hogy az egyén saját maga is hozzájárul az őt korlátozó ketrec felépítéséhez, melyet alapvetően azonban a társadalom életviszonyai építenek fel a számára. Így az egyént elnyomó társadalom, s a saját magát elnyomó egyén között kapcsolat van. Ha ennek az ön-elnyomásnak csak az egyéni vonatkozásait vizsgáljuk, nem vesszük azonban észre, hogy ez csak leképeződése, elfogadása a társadalom által kiosztott szerepeknek, akkor kizárólag az egyént vádoljuk a társadalom hibáiért is.[157]

A pszichiátriai problémák depszichiatrizálása, demedikalizálása.

A demedikalizáció fogalma

A demedikalizálás nem azt jelenti, hogy nem használjuk fel a modern medicina nyújtotta lehetőségeket az emberi szenvedés mérséklésére, s nem jelentheti e szenvedés biológiai komponenseinek a tagadását sem. A demedikalizáció alapvetően inkább annak kritikus vizsgálatát jelenti, hogy a tudomány teremtette

lehetőségek (gyógyszerek, terápiás eljárások) végül is mindig a betegek érdekét szolgálják-e, továbbá annak világos elhatárolását, hogy amit így kezelnek, az betegség-e vagy pusztán nem-kívánatos de egészséges tulajdonság illetve valamilyen külső stresszre adott normális reakció? A medicinának utóbbi kezelése ill. megváltoztatása is legitim célja lehet (gondoljunk például a plasztikai sebészetre), de csak akkor, ha világosan kimondásra kerül: egészséges állapot megváltoztatásához használjuk fel.[158]

A depatologizáló megközelítés fontossága

A mai társadalomban--mint láttuk--a tendencia a patologizálás, a pszichiatrizálás: a legkülönbözőbb jelenségeket a pszichopatológia terminusaival leírni. Ez zajlik "nagyban", a közgondolkodás szintjén, s zajlik "kicsiben", a pszichiátriában, melynek jó példája a DSM újabb és újabb kiadásainak számban egyre szaporodó diagnosztikus entitásai. A pszichiátria és a pszichoterápia eddigi történetében viszonylag nagyobb hangsúlyt kapott a patológiás elmeműködés vizsgálata, mint az egészséges elmeműködésé. Ennek következtében ma is nagyobb bűnnek számít a pszichoterápiában nem észrevenni a patológiás működést, mint egy egészséges működést patológiásnak tekinteni.[159] Hagyományosan tehát túlságosan nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy megértsék, miért és hogyan funkcionál egy személy rosszul, s ebből indirekt módon próbáltak visszakövetkeztetni arra, milyen a jó funkcionálás, s az hogyan valósul meg. Túl nagy hangsúlyt kapott a patológia, s túl keveset az egészséges működés közvetlen vizsgálata.[160] Mindez együtt járt azzal, hogy az egyén pszichológiai bajaiért legtöbbször őt magát tették felelőssé, s ritkán a környezetét. Ez voltaképpen az áldozat vádolásának jól ismert mechanizmusa, hiszen valójában nagyon sok pszichológiai problémáért az ellenséges környezet, a "beteget" körülvevő szűkebb vagy tágabb közösség előítéletei, diszkriminációja a felelős. A patologizálás, s az áldozat vádolása pedig soha nem veszélytelen, hiszen a patológiásnak minősített személy stigmatizálódhat, mely szekunder módon--környezete reakciója eredményeképpen--valóban patologizálhatja őt. A patológiásnak tartott személy továbbá azonosulhat patológiájával, a diagnózist követően új identitást alakíthat ki magának, azonosíthatja magát diagnózisával.[161] A patologizálás nemcsak a stigmatizációval árt annak, akit egy pszichiátriai diagnózissal látnak el, hanem eltereli a figyelmet a probléma megoldásának hatékonyabb formái felől. Caplan szerint sok pszichoterápiás intézetben például nem engedik meg, hogy családoknak jobb állást, szociális segélyt, s egyéb hatékony és gyors segítséget adjanak, hanem inkább pszichiátriai diagnózisokkal látják el a klienseket, s hosszú pszichoterápiában részesítik őket, mely esetükben sokszor egyszerű időpocsékolás.[162] Részben ilyen tapasztalatok hatására érzik sokan úgy, hogy a pszichiátriai kezelés nem segített, hanem inkább ártott nekik, s ők a pszichiátria túlélőinek nevezik magukat.[163] A patologizálás stigmatizálja a betegnek tartott személyt, valamilyen formában őt tartja baja okának, s ezzel felmenti a körülményeket, melyek pedig valójában a problémákat sokszor előidézték. Így ez indirekt, akaratlan igazolása lehet a környezet ellenségességének, kirekesztő, üldöző, intoleráns magatartásának.[164] Fontos ezért, hogy ilyen esetben fogalmazzuk meg a probléma igazi természetét. Vagyis ne engedjünk a pszichiatrizálás

csábításának, s mondjuk ki, ha a probléma alapvetően társadalmi, politikai, erkölcsi, stb. természetű, s az emiatt szenvedő egyén csak ennek szenvedő alanya, de nem okozója. Ez a felvilágosítás, normalizálás, depatologizálás annál is inkább fontos, mert egy pszichiáterhez, pszichoterapeutához forduló ember ritkán látja át annyira a helyzetét, hogy meg tudná mondani, miért érzi rosszul magát. Sok esetben felvilágosítást kér a terapeutától, azt akarja tudni, hogy vele van-e baj, ő beteg-e, vagy problémái inkább az őt körülvevő élethelyzetre adott természetes, egészséges reakcióknak tekinthetők. Így a normalizálás ilyenkor megnyugtathatja az illetőt, s erőt adhat problémái megoldásához, de mindenképpen elejét veheti egy diagnosztikus kategóriával való identifikálódási folyamatnak.[165] Kérdéses esetben az is fontos, hogy a beteg tudomást szerezhessen arról, ha esetleg állapota betegség voltát illetően viták folynak, vagyis tudomást szerezhessen a medikalizáció problémájáról.

A beteg remoralizálása

Minden demedikalizálás fontos része a beteg remoralizálása, vagyis annak tudatosítása, hogy noha segítségre szorul, mert egyedül nem tudta megoldani a problémáit, a helyzet megjavításáért a felelősség alapvetően mégis az övé, melyben segítséget kaphat, de a felelősséget tőle más nem vállalhatja át. Ez egyben a beteg méltóságérzésének a visszaadását is jelenti, hiszen a felelősség elismerésével többé nem tehetetlen bábja egy agyában zajló biokémiai folyamatnak, hanem cselekvő lény, akinek döntései befolyásolják, hogyan fog alakulni az élete. Ennek tudatosítása a demedikalizálás fontos feladata.[166]
Ez a megközelítés még valódi pszichiátriai zavaroknál is fontos. Ott is hangsúlyozni kell, hogy a beteg továbbra is felelős életének fontos döntéseiért, autonómiáját ugyan betegsége csökkentette, de általában nem szüntette meg. A beteget felelős személyként kezelni, s nem pusztán agyi biokémiai folyamatai hordozójaként tekinteni fontos eleme a pszichiátriai beteg emberi méltósága elismerésének, dehumanizálódása megszüntetésének.

A diagnózis cselekvésorientáló hatása

A diagnózisnak mindig van egy cselekvésorientáló, pragmatikus szerepe: arra hívja fel a figyelmet, mit kell megváltoztatni ahhoz, hogy a probléma megoldódjon. Ha egy környezetével konfliktusba kerülő, abban magát rosszul érző egyént patológiásnak tartunk, ez egyben azt jelenti, hogy a beavatkozás célpontja is az egyén kell legyen: őt tekintjük alapvetően a probléma okának, s ezért őt akarjuk megváltoztatni. Ha azonban a problémát társadalmi eredetűnek gondoljuk, akkor a beavatkozás támadáspontjaként is a társadalmat jelöljük meg. Mivel a társadalom, a közösség megváltoztatására a pszichiáter nem képes, a szenvedő betegen azonban valahogyan mégis segítenie kell, ezért nagy ilyenkor a kísértés, hogy a problémákért valamilyen módon mégis a panaszokkal jelentkező egyént tegyük felelőssé (az ő szervezetét, az ő pszichológiai alkalmazkodóképességét, stb.), vagyis őt tartsuk

betegnek. Ez érthető reakció a valamit tenni akaró, a beavatkozás lehetőségét mérlegelő pszichiáter szemszögéből, de a valóságban ez a megközelítés ahhoz a viccbeli emberhez hasonlít, aki a sötétben elvesztette gyűrűjét, s egy utcai lámpa fénykörében keresi azt. Arra a kérdésre, hogy miért itt keresi, ha nem itt ejtette le, azt válaszolja: azért, mert itt van világos.
Noha elméletben széles körben elfogadott a pszichiátriai zavarok biopszichoszociális eredetének és gyógyításának a tana, a gyakorlatban a megközelítés az orvosi modellen alapul, mely önmagában elégtelen, s kimaradnak a pszichoszociális megközelítés különböző formái.[167] A pszichológiai problémák jelentős részét—mint láttuk-- társadalmi eredetű stresszorok okozzák: részben a szenvedő személy társas környezetének problémái a családban, a munkahelyen, vagy az iskolában, részben az anyagi természetű problémák.[168] A probléma megoldása is ezért sok esetben a munkahely, iskola viszonyaira kellene koncentráljon, illetve az anyagi problémák megoldása kellene előtérben álljon. Egyik sem alapvetően pszichiátriai probléma, hanem sokkal inkább jogi, politikai stb. eszközök alkalmasak ezen problémák megoldására.

A társadalmi eredetű problémák megoldása leghatékonyabban társadalmi módszerekkel történhet

Mint láttuk, az, hogy az egyes pszichiátriai zavarok keletkezésében mekkora szerepet játszanak a biológiai, s mekkorát a pszichológiai és a szociális tényezők, azért is fontos, mert egyben a terápia támadáspontját is meghatározza. Míg az alapvetően biológiai eredetű pszichiátriai zavarok esetén valószínűsíthető, hogy a terápia is alapvetően biológiai kell legyen, addig a szociális eredetű zavarok esetén a terápia is jobban kell koncentráljon a probléma szociális okainak a befolyásolására. A szociológiában Durkheim az öngyilkosságról szóló klasszikus munkája volt az első, mely meggyőzően bizonyította be, hogy egy társadalmi csoport öngyilkossági gyakorisága alapvetően a csoport tagjai társadalmi integráltságának, társas kapcsolatai sűrűségének és intenzitásának a függvénye. Vagyis a társas kapcsolatok (pl. házasság, gyerekek) védő hatást gyakorolnak az egyénre, míg a magány, a társas kapcsolatok hiánya növeli az öngyilkosság valószínűségét. Durkheimnek az öngyilkosságra vonatkozó megállapításait azóta a kutatások sok más, korábban neurotikusnak nevezett mentális zavar vonatkozásában is megerősítették (pl. depresszió, szorongásos zavarok, kábítószer-fogyasztás, alkoholabúzus, stb.) Ezen vizsgálatok fontos tanulsága tehát, hogy számos pszichiátriainak tekintett zavar esetén nem elsősorban az illető agyi biokémiai sajátosságaitól, pszichológiai jellemzőitől, hanem társas kapcsolatai mennyiségétől és intenzitásától függ a zavar kifejlődése vagy annak elmaradása, s az agyi-biokémiai-pszichológiai változások legfeljebb csak a társas kapcsolatok jellemzőinek lenyomatai, következményei, de nem annak okozói.[169] Ezt az is bizonyítja, hogy a nem-pszichotikus pszichiátria zavarok incidenciája és prevalenciája egy-két generáció alatt lényegesen módosult (általában nőtt), míg biológiailag egy-két generáció alatt nem történhetett alapvető változás az emberek biológiai felépítésében. A pszichiátriai zavarok prevalenciájának ilyen rövid idő alatt történő meredek emelkedése tehát elsősorban társadalmi változásokkal magyarázható.[170]

Ha tehát számos pszichiátriainak tekintett probléma alapvetően társadalmi eredetű, mintegy az egyén reakciója bizonyos társadalmi körülményekre, akkor ez felveti a kérdést, milyen mértékben tekinthetők ezek a zavarok pszichiátriaiknak, s mennyiben tekinthetők a tünetek sokszor inkább a társas kapcsolatokat nélkülöző, izoláltan élő emberek ilyen körülményekre adott természetes (bár nemkívánatos) reakciójának. Mivel ezek a problémák alapvetően társadalmi természetűek, a megoldásoknak is alapvetően társadalmi jellegűeknek kell lenniük. A modern biológiai pszichiátria, mely majdnem minden hasonló esetben gyógyszeres kezelésben gondolkodik, nem ezt az utat követi.
Összességében tehát az egyenlőtlen emberi kapcsolatok, a kiszolgáltatottság, a kontrollnélküliség állapota számos pszichiátriainak tekintet zavar okozója, s ezt legtöbbször társadalmi folyamatok hozzák létre, s nem a szenvedő egyén pszichológiai jellemzői vagy agyi-biokémiai folyamatai.[171] A szimmetrikusabb kapcsolatok, s az élet alapvető kérdéseivel kapcsolatos kontroll érzése pedig a pszichológiai jóllét növelésével is jár. Ugyanakkor nemcsak az egyenlőség-egyenlőtlenség, hanem annak igazságosságáról alkotott vélemény is meghatározza, hogy az azt átélők számára mennyire okoz pszichológiai szenvedést. Ennek megítélése természetesen mindig a társadalmi értékrend függvénye, a viszonyok igazságtalanságának megélése azonban a pszichológiai jóllét csökkenésével jár.[172] Ezért a pszichiátriainak tekintett zavarok megelőzésének leghatékonyabb módja a társadalmi igazságtalanságok és a kiszolgáltatottság csökkentése, a hátrányos diszkrimináció kiküszöbölése, s az egyén kontrollérzésének az erősítése. Ezek alapvetően társadalmi-politikai eszközökkel elérhető célok, s az orvostudomány ill. a pszichiátria hatókörén kívül esnek.

Összegzés

A medikalizáció, mely komplex társadalmi problémákat azok orvosi aspektusaira redukál, azokat alapvetően orvosi problémának tartja és orvosi eszközökkel véli megoldhatóaknak, napjaink tendenciája és a pszichiátriában is érvényesül.
Az utóbbi évtizedekben számos életprobléma és deviancia medikalizálódott illetve pszichiatrizálódott. Ennek mechanizmusa a betegségfogalom kitágítása. Pszichiátriai zavarról—a DSM saját definíciója szerint is--csak akkor beszélhetünk, ha a beteg tünetei valamilyen káros pszichológiai diszfunkció talaján alakulnak ki, s a szervezet (agy) kóros működéséből erednek. A környezeti stresszre adott elvárható reakció a DSM-definíció szerint sem számít pszichiátriai zavarnak. Ezzel szemben a DSM—a konkrét pszichiátriai zavarok leírásánál—sok esetben nem tesz különbséget a valódi pszichiátriai betegséget jelző tünetek, s az ezekhez hasonló, de a környezeti stresszre adott normális pszichológiai reakció között. Azzal, hogy pl. a szorongást, a tartós szomorúságot, a reménytelenség érzését s számos más pszichológiai jelenséget már eleve tünetnek nevez, s ezáltal ezek hátterében implicite mindig betegséget tételez fel, voltaképpen medikalizál. Hiszen szorongás, tartós szomorúság az egyén életének eseményeire adott normális válaszreakcióként is kialakulhat. A DSM tehát a környezeti stresszre adott normális reakciókat is betegségnek tartja. Ez eltér a DSM saját betegségdefiníciójától, s a gyakorlatban segít az életproblémák medikalizálásában. A medikalizáció révén a betegek száma

látszólag meredeken nő, s a feltételezés ilyenkor az, hogy ezen beteg embereknek orvosi kezelésre van szükségük, melyet azonban csak töredékük kap meg.
A medikalizáció látszólag előnyös, hiszen az egyén esetleges deviáns viselkedéséért nem őt, hanem agyi folyamatait tartja felelősnek, így büntetés helyett kezelést jelent.
A medikalizáció révén az egyén számos életproblémájában orvosi-pszichológiai segítséget kaphat, s így nem marad azokkal egyedül. Ugyanakkor a medikalizáció jelentős hátrányokkal is jár, melyek révén az egyén hátrányosabb helyzetbe kerülhet, mint amilyenben eredetileg volt. A pszichiátriai betegség feltételezése ugyanis stigmatizáló. Azáltal, hogy az egyén problémáit diszfunkcionális agyi folyamatainak tulajdonítja, „érvényteleníti" a beteg szubjektív panaszait, azokat bizonyos értelemben jogosulatlannak, betegségéből eredőnek tekinti. Ez a gyakorlatban a környezet felmentését, az annak megváltoztatására irányuló kezdeményezések leszerelését, és a beteg gyógyszeres kezelését jelenti. Ez végső soron a „beteget" passzivitásra készteti, s segít eredeti problémájának fenntartásában. A medikalizáció egyben legitimálja a társadalmi igazságtalanságokat is, hiszen az azok eredményeként pszichológiai tünetekkel reagáló embereket tekinti betegnek s nem a társadalom működését megváltoztatandónak.
A medikalizáció egyik lehetséges alternatívája a kozmetikai pszichofarmakológia lenne, vagyis annak nyílt felvállalása, hogy normális, de szubjektíve kellemetlen pszichés reakciókat is képesek és hajlandók vagyunk gyógyszerrel megszüntetni, illetve egészséges, de nemkívánatos pszichés állapotokat gyógyszerrel készek vagyunk kívánatosabbá változtatni az Aldous Huxley által megálmodott *szoma* modern ekvivalenseinek a segítségével. Mivel nagy az ellenállás a pszichofarmakológia ilyen célú felhasználásával szemben, ezért ma a medikalizáció a gyakorlatban érvényesülő alternatíva: az egészséges, de nemkívánatos--valamilyen szempontból hátrányos--pszichológiai állapotot, sajátosságot, reakciót betegséggé minősíteni és kezelni.
A pszichiatrizálás számos példáját tapasztalhatjuk a mindennapi életben. A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) kétségtelenül létező, valóságos pszichiátriai zavar. Ugyanakkor DSM-beli tág megfogalmazása és eme tág kritériumok „laza" használata lehetőséget nyújt arra, hogy a túlságosan kompetitív iskolai, társadalmi környezethez alkalmazkodni nem tudó, a túl kevés szülői illetve tanári figyelmet kapó gyereket betegnek minősítsék és gyógyszerrel kezeljék. Ily módon egy társadalmi problémából egyéni-orvosi problémát faragnak, a diszfunkcionális iskolarendszer vagy diszfunkcionális család helyett a gyerek agyműködését tekinthetik diszfunkcionálisnak. A depresszió, mely ugyancsak létező, valóságos pszichiátriai zavar, szintén tág lehetőséget nyújt a medikalizációra. A depresszió incidenciájának utóbbi 40 év alatti 2000-szeres növekedése nem is magyarázható mással, mint a diagnosztikus kritériumok kiszélesítésével. Amit régen elidegenedésnek, a környezettel való tartós elégedetlenségnek, vagy a körülmények miatti tartós boldogtalanságnak neveztek, azt ma általában depressziónak tartják és gyógyszeresen kezelik. A medikalizációra számos más példa is kínálkozik, a mai trend az, hogy minden emberi életprobléma vagy környezeti stressz kapcsán keletkező negatív reakciót illetve nemkívánatos élményt agyi diszfunkció eredményének tartanak, s betegségként vagy zavarként neveznek meg.

A medikalizáció egyes szakaszai jól követhetők a pszichiátria történetében. A XIX. században még csak a pszichózisokat tartották a pszichiátria illetékességi körébe tartozónak, a XX. század elejétől kezdve a freudi pszichoanalízis térnyerésével a neurózisokat is, a XX. század második felétől kezdve pedig voltaképpen minden életproblémával pszichológushoz, pszichiáterhez lehet fordulni, hiszen nincs olyan életprobléma, melynek ne lenne pszichológiai vetülete. A freudi pszichoanalízis tette meg először a döntő lépést a mindennapi életproblémák medikalizálásának irányába azzal, hogy számos ilyen problémát pszichológiai zavarként kezelt. Noha a modern biológiai pszichiátria a DSM-III megfogalmazásával 1980-ban retorikailag szakított a pszichoanalitikus hagyománnyal, s igyekezett a pszichiátriát annak kraepelini gyökereihez visszavezetni, pontos kritériumokat adva meg az egye pszichiátriai zavarok diagnosztizálásához, valójában a pszichoanalízissel való szakítás csak látszólagos volt. Mivel a DSM-III elfogadta pszichiátriai zavarnak mindazokat az állapotokat, melyeket a korabeli—nagyrész analitikus szellemben kiképződött—amerikai pszichiáterek kezeltek, ezért a modern biológiai pszichiátriai klasszifikáció alapját az általa elutasított pszichoanalitikus elmélet képezi, hiszen elfogadta annak laza betegség-meghatározását és az ezek alapján kezelt állapotokat betegség-entitásokként.

A pszichiatrizálás mai trendje számos okkal magyarázható. Az egyik ok gazdasági: éles verseny folyik—főleg az USA-ban—a különböző életproblémákkal küzdők segítésére szakosodottak piacán, s ezen problémák betegséggé minősítésével csak orvos lesz jogosult ezeket kezelni. Így a medikalizálás segíthet a piac monopolizálásában és a nem-orvos versenytársak kiszorításában. Ez a stratégia korábban még a pszichológusokat is kiszorította erről a piacról az USA-ban, de ma új és új versenytársak jelennek meg, így a verseny egyre élesebb.

A gazdasági okok közé tartozik a gyógyszergyárak üzleti érdeke. Gyógyszereket csak betegségre szabad adni, így ha egy állapot gyógyszerrel befolyásolhatónak tűnik, erős érdekeltség keletkezik, hogy azt betegséggé nyilvánítsák. Ehhez azonban először fel kell kelteni az illető gyógyszerre az igényt. A betegségárusításnak nevezett folyamat során győzik meg a lakosságot, a laikusokat arról, hogy egy normális, ám nemkívánatos állapot betegség, vagy egy enyhe betegség valójában súlyosabb, mint amilyennek tartják, s minderre hatásos kezelés létezik. A gyógyszerfelíráshoz az orvoson keresztül vezet az út, vagyis őket is meg kell győzni az új betegségek betegségvoltáról. Ez nagyrészt az ipar által szponzorált folyamatos orvosi továbbképzés segítségével, az ipar által szponzorált tudományos konferenciákkal, folyóiratokkal, az ipar által szponzorált, s annak érdekét figyelembevevő kutatásokkal, az ipar számára kedvező nézeteket hangoztató szakemberek támogatásával és számos más—a profit-orientált kutatás tárgyalása során majd részletesen elemzett-- mechanizmussal valósul meg.

Ugyanakkor a medikalizálás fontos oka az is, hogy számos társadalmi probléma egyéni pszichológiai szenvedésben csapódik le, mely nem számít betegségnek ugyan, az ezekkel való foglalkozásnak azonban ma nincs más intézményes fóruma, mint az egészségügy. Az ily módon problémáival magára maradó ember csak az egészségügytől kaphat intézményes segítséget, ezt azonban csak akkor kaphatja meg, ha állapotát betegségnek minősítik. Így ez komoly ösztönzés mind az ő, mind az egészségügy részéről arra, hogy állapotát betegségnek tartsák.

A medikalizálás, pszichiatrizálás mindenütt tapasztalhat tendenciájával szemben szükség van a demedikalizálásra, a depatologizálásra és a depszichiatrizálásra. Ez remoralizálja a „beteget", s egyben a társadalom számára is tudatosítja, hogy társadalmi problémák orvosivá redukálása pusztán azért, mert azoknak pszichológiai vetületük is van, azok nem hatékony megoldását jelenti. A társadalmi problémák alapvetően társadalmi (politikai, jogi) eszközökkel oldhatók meg, s a demedikalizáció fontos feladata ennek tudatosítása.

---

[1] Peter Conrad: Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology 1992; 18: 213-232; 211. Cit: Ann Garry: Medicine and Medicalization: A Response to Purdy. Bioethics, Vol. 15. No. 3. 2001. (p. 264)

[2] Peter Conrad: On the Medicalization of Deviance and Social Control. In: Critical Psychiatry, ed. David Ingleby (New York: Pantheon, 1980), 102-19. Cit: Richard Stivers (2004): Shades of Loneliness. Pathologies of a Technological Society. New York—Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. (p. 3)

[3] John Z. Sadler: Diagnosis/Antidiagnosis In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 172)

[4] John Z. Sadler: Diagnosis/Antidiagnosis In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 173)

[5] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis kiadó. (p. 177)

[6] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 289)

[7] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 15.)

[8] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 37.)

[9] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 73.)

[10] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 73.)

[11] Laura Lee Hall (2002): What Patients and Families Look for in Psychiatric Diagnosis In: John. Z. Sadler (ed.)(2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. (p. 213)

[12] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 15.)

[13] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 23.)

[14] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 201.)

[15] Ray Moynihan—Iona Heath—David Henry: Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, 2002;324:886-891 (13 April)

[16] Laura Purdy: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. In: Bioethics, Vol. 15. No. 5. 2001. (p. 249)

[17] Kathryn Morgan (1998): Contested Bodies, Contested Knowledges: Women, Health, and the Politics of Medicalization. Agency, Autonomy, and Politics in Women' Health. Susan Sherwin (ed.). Philadelphia. Temple University Press; and Marcel Verweij. Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. Bioethics 1999; 13: 89-113. Cit: Laura Purdy: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. In: Bioethics, Vol. 15. No. 5. 2001. (p. 250)

[18] Ann Garry: Medicine and Medicalization: A Response to Purdy. Bioethics, Vol. 15. No. 3. 2001. (p. 264)

[19] Laura Purdy: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. In: Bioethics, Vol. 15. No. 5. 2001. (p. 251)

[20] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 13)

[21] Gerald Klerman (1972): Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism. *Hastings Center Report* 2:1-3. Cit: Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.)

(2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 43)
[22] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 13)
[23] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 15)
[24] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 17)
[25] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 17)
[26] Aldous Huxley (1932): Szép új világ. (Fordította: Szentmihályi Szabó Péter, 1982) Kozmosz könyvek, 1982. (p. 49)
[27] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 290)
[28] Rom Harré: Positioning and the Discursive Construction of Categories. In: Psychopathology 2005;38:185-188 (p. 187)
[29] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 12)
[30] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 53-55)
[31] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 12)
[32] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsys of Psychiatry. (Eighth ed.) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1193)
[33] Michael Gelder--Dennis Gath--Richard Mayou (1991): Oxford Textbook of Psychiatry (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 657)
[34] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsys of Psychiatry. (Eighth ed.) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1193)
[35] Michael Gelder--Dennis Gath--Richard Mayou (1991): Oxford Textbook of Psychiatry (Second edition) Oxford: Oxford University Press (p. 657)
[36] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. (Pszichopatológia) Budapest: Osiris. (p. 591)
[37] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 13)
[38] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 205)
[39] Duncan Double: The Limits of Psychiatry. British Medical Journal, 2002, 324:900-904. (13 April).
[40] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 211)
[41] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 213)
[42] Fred A. Baughman Jr.: Regarding the Preschool ADHD Treatment. (Letter) Science, Vol 291 26 January, 2001. (p. 595)
[43] Fred A. Baughman Jr.: Regarding the Preschool ADHD Treatment. (Letter) Science, Vol 291 26 January, 2001. (p. 595)
[44] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 215)
[45] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 13)
[46] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 13)
[47] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 14)
[48] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)
[49] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)

[50] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 15)
[51] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 16)
[52] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 16)
[53] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 16)
[54] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 16)
[55] Lawrence H. Diller: The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report* 26, no. 2 (1996):12-18. (p. 17)
[56] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)
[57] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)
[58] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)
[59] Donald Kennedy: Just Treat, or Enhance. (Editorial) Science, 2 April, 2004. (Vol. 304. No. 5667)
[60] Daniel A. Waschbusch—William E. Pelham: Using Stimulants in Children with ADHD. (Letter to the Editor.) Science, 26 November, 2004. (p. 1473)
[61] Peter R. Breggin: Questioning the Treatment for ADHD. (Letter) Science, Vol 291. 26 January, 2001. (p. 595)
[62] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 42-45)
[63] Grant Gillett (1999): The Mind and Its Discontents. An essay in discursive psychiatry. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 210)
[64] Eliot Marshall: Planned Ritalin Trial for Tots Heads Into Uncharted Waters. Science, vol. 290., 17 November, 2000 (p. 1280)
[65] Christian Perring: Development: Disorders of Childhood and Youth. In:Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 149)
[66] Eliot Marshall: Planned Ritalin Trial for Tots Heads Into Uncharted Waters. Science, vol. 290., 17 November, 2000 (p. 1281)
[67] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 290)
[68] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 291)
[69] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 19)
[70] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 19)
[71] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 20)
[72] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 20)
[73] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 20)
[74] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 20)
[75] Arthur Kleinman: Culture and Depression. The New England Journal of Medicine, Vol. 351. No. 10. September 2, 2004. (p. 951-953) (p. 952)
[76] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John. Z. Sadler (ed.)(2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. (p. 160)
[77] Theodore Dalrymple: The Frivolity of Evil. City Journal, Autumn, 2004.

[78] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 8)
[79] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 8)
[80] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 8)
[81] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 15)
[82] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 8)
[83] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 8)
[84] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 9)
[85] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 9)
[86] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 9)
[87] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 9)
[88] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 10)
[89] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 10)
[90] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 11)
[91] John Stuart Mill (1980): Haszonelvűség. Magyar Helikon. (p. 246)
[92] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 11)
[93] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 11)
[94] Carl Elliott: Pursued by Happiness and Beaten Senseless: Prozac and the American Dream. Hastings Center Report 30, no. 2 (2000):7-12. (p. 11)
[95] Peter D. Kramer: The Valorization of Sadness: Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):13-18. (p. 14)
[96] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 178.)
[97] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 241.) (16. lábjegyezet)
[98] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 163.)
[99] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 93.)
[100] Greg Miller: Learning to Forget. Science, 2 April, 2004. Vol. 304. No. 5667. (p. 34-36) (p. 36.)
[101] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 291)
[102] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 292)
[103] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 292)
[104] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 294-295)
[105] Assen Jablensky: Categories, Dimensions and Prototypes: Critical Issues for Psychiatric Classification. In: Psychopathology 2005;38:201-205 (p. 202)

[106] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 41)
[107] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 79)
[108] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 2.)
[109] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 58)
[110] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 60)
[111] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 61)
[112] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 76)
[113] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf. (p. 173)
[114] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 77)
[115] Denise Grady: Sure, We've Got a Pill for That. New York Times. February 14, 1999: 1, 5. Cit: Laura Purdy: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. In: Bioethics, Vol. 15. No. 5. 2001. (p. 249)
[116] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 289)
[117] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 291)
[118] Carol Berkenkotter—Doris J. Ravotas (2002): Psychotherapists as Authors: Microlevel Analysis of Therapists' Written Reports. In: John. Z. Sadler (ed.)(2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. (p. 253)
[119] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 146)
[120] Kevin V. Kelly (1995): Psychoanalysis and Dynamic Therapies. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics (Revised edition). New York—London—Toronto: Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International (p. 2137)
[121] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 293)
[122] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 294)
[123] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 294)
[124] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf. (p. 225)
[125] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 295)
[126] Lou Marinoff (1999): Plato not Prozac--Applying Philosophy to Everyday Problems. (Harper Collins, New York)
[127] Christian Perring, 2000, Philosophy of Psychiatry Newsgroup
[128] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 22)
[129] Carl Elliott: Mental Illness and Its Limits In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 429)
[130] Lynn Payer (1992): Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. London: John Wiley & Sons. Cit: Berghammer Rita (2002): Bioetikai vita a BMJ 2002 áprilisi számának 883-891. és 908-924. oldalain. Recenzió. (Kézirat)
[131] Ray Moynihan—Iona Heath—David Henry: Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, 2002;324:886-891 (13 April)
[132] Ray Moynihan—Iona Heath—David Henry: Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, 2002;324:886-891 (13 April)

[133] Ray Moynihan—Iona Heath—David Henry: Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, 2002;324:886-891 (13 April)
[134] Harold Alan Pincus: Psychiatric diagnosis, drug development, and ethics. (Accurate assessment and proper prescription) (Editorial) British Medical Journal USA Vol. 3. 30 September, 2003. (p. 468.)
[135] Wayne Kondro: Sale of Canadian doctors' drug data goes to court. The Lancet, Vol. 362, No. 9387, September 13, 2003. (p. 884)
[136] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 20)
[137] David Healy: Good Science or Good Business? *Hastings Center Report* 30, no. 2 (2000):19-22. (p. 21)
[138] Mike Fitzpatrick: Doctoring the risk society. The Lancet Vol. 362, No. 9385, August 30, 2003. (p. 752)
[139] Jan A Staessen—Giuseppe Bianchi: Registration of trials and protocols. Commentary. The Lancet, Vol. 362. No. 9389. September 27, 2003. (p. 1009-1010) (p. 1010)
[140] Ray Moynihan—Iona Heath—David Henry: Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal, 2002;324:886-891 (13 April)
[141] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 100)
[142] Carl Elliott: Mental Illness and Its Limits In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 430)
[143] Carl Elliott: Mental Illness and Its Limits In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 431)
[144] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 292)
[145] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 42.)
[146] John Z. Sadler (2002): Values in Developing Psychiatric Classifications: A Proposal for the DSM-V. In: John. Z. Sadler (ed.)(2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. (p. 313-314)
[147]Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 91.)
[148] Gary Greenberg: Right Answers, Wrong Reasons: Revisiting the Deletion of Homosexuality From the DSM. In: Review of General Psychology, 1997, Vol. 1. No. 3. (pp. 256-270)
[149] K. W. M. (Bill) Fulford (2004): Facts/Values. Ten Principles of Values-Based Medicine. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (pp. 205-234)
[150] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 218.)
[151] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 224.)
[152] Jennifer Hansen: Affectivity. Depression and Mania. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 48)
[153] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 226.)
[154] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 279)
[155] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 279)
[156] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 280)
[157] Marilyn Nissim-Sabat: Race and Culture. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 245)
[158] Laura Purdy: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. In: Bioethics, Vol. 15. No. 5. 2001. (p. 257)
[159] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 61)

[160] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 61)
[161] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 63)
[162] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 280)
[163] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 281)
[164] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 63)
[165] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading—Massachusetts: Addison—Wesley Publishing Company (p. 65)
[166] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 55.)
[167] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia:Routledge. (p. 39.)
[168] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 160)
[169] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 161)
[170] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 166-167)
[171] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 177)
[172] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 179)

5. fejezet.—A medikalizáció és a DSM

A DSM-IV (1994) megalkotásával kapcsolatos politikai vita: pszichiátriakritika a 90-es években

A DSM elleni vádak

A DSM-ben felsorolt zavarok száma egyre nő, mert a DSM medikalizál

A DSM ma talán a legelterjedtebb, legjobban kidolgozott klasszifikációs rendszer a nemzetközi pszichiátriában. 1952-es első kiadása óta rendszeresen átdolgozzák, bővítik, hogy a klasszifikáció megfeleljen a legújabb kutatási eredményeknek. Ennek ellenére, szinte megalkotása óta a viták kereszttüzében áll.
Az ellene felhozott egyik vád, hogy a DSM-ek által felsorolt zavarok száma elfogadhatatlan mértékben növekszik. A DSM-I 1952-ben még csak 106 diagnosztikus kategóriát ismert, a DSM-II 1968-ban már 182 féle zavart. A DSM-III 1980-ban már 265-öt. A DSM-III-R 1987-ben 292 pszichiátriai zavart sorol fel, s végül az 1994-es DSM-IV 300 betegségentitást különböztet meg, noha azokat a "zavar" szóval jelöli.[1] A betegségek számának ez a drámai növekedése (mely kizárólag a betegségfogalom kitágításának, s nem új vizsgálóeljárások bevezetésének az eredménye) a DSM kritikusai szerint szinte példa nélkül áll a medicina történetében. Más orvosi diszciplínában is előfordul, hogy új betegségentitásokat írnak le, de ez legtöbbször új vizsgálóeljárások bevezetése eredményeként jön létre. A pszichiátriában azonban 42 év alatt úgy nőtt a betegségek száma majdnem a háromszorosára, hogy kitágították a betegségfogalom határait. Viselkedési- vagy személyiségjellemzők, élmény- és gondolkodásmódok egész sorát betegségnek kezdtek tekinteni, melyeket korábban legfeljebb csak egyéni életproblémának vagy nemkívánatos jellemvonásnak tartottak volna.

A DSM a nyugati kultúra értékrendjét tükrözi, etnocentrikus

A DSM elleni másik vád annak nyugati kultúra szerinti etnocentrizmusa. Számos általa leírt és elismert zavar (pl. anorexia nervosa) a világ más részein majdnem ismeretlen, ugyanakkor sok, másutt előforduló zavarról említést sem tesz. Ahogyan egy kritikus megjegyezte: ha a DSM-et Indiában állították volna össze, akkor az jelentős teret szentelt volna a démonokkal való megszállottság tünetcsoportjának.[2] Hogyan lehet azonban egy klasszifikáció tudományosan érvényes—szól a kritika—ha érvényessége csak egy adott kultúrához kötött?

A DSM inkább politikai mint tudományos dokumentum

A harmadik kritika a DSM-mel szemben az, hogy egyes kiadásainak, revízióinak története azt bizonyítja, hogy nem annyira tudományos szempontok döntenek a DSM végleges felépítésében, hanem az erőviszonyok. Politikai egyeztetések, hatalmi

játszmák, hosszas tárgyalások és belharcok döntik el, hogy mi kerüljön bele és mi maradjon ki belőle.[3]
A DSM egyes változatainak egymást követő módosításai a kritikusok szerint elegendő bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy a politika olyan nagy szerepet játszik a DSM kategóriák megalkotásánál, hogy annak tudományossága ezáltal komolyan megkérdőjeleződik.
A politikai befolyásoltság gyanúja akkor fogalmazódott meg először, amikor a homoszexualitást törölték a pszichiátriai betegségek listájáról. Az 1968-as DSM-II még tartalmazta a homoszexualitást a szexuális devianciák között, az 1980-as DSM-III viszont már nem, illetve csak az ego-dystoniás homoszexualitás formájában. A homoszexualitást a betegségek sorából az Amerikai Pszichiátriai Társaság javasolta törölni, s ezt a javaslatot 1973-ben a társaság tagjai között tartott referendum megerősítette.[4]
Sokan azonban úgy érezték, hogy a homoszexualitás törlése a DSM-ből politikai lépés volt. Hiszen erre a lépésre nem a homoszexualitással kapcsolatos új kutatási eredmények vezettek, hanem az ezzel kapcsolatos értékrend megváltozása.[5] Ez az értékrend mára olyan radikálisan megváltozott, hogy megvan az esélye, hogy ne a homoszexualitást, hanem inkább a homofóbiát minősítsük betegséggé![6] A homoszexualitás politikai indíttatású törlését sokan mintegy jelzésnek vették arra, hogy a DSM kategóriáit a politikai nyomásgyakorlás eszközeivel befolyásolni lehet. 1971 után az USA-ban a Vietnámból hazatért veterán katonák egyre erősebb érdekcsoportot jelentettek. Úgy érezték, hogy a társadalomba való visszailleszkedésük nagyon nehéz, s ennek oka alapvetően pszichiátriai: a háborúban elszenvedett trauma pszichológiai hatásai. Érvelésük szerint a háborús trauma következménye az a pszichés tompultság és elidegenedettség-érzés, az a bűntudat és düh, melyről sok vietnami veterán beszámolt.[7] Az akkor még ellenkező pszichiáterekkel szemben a veteránok elérték, hogy 1980-ban, a DSM-III-ba bekerült a poszttraumás stressz zavar kategória.[8]
A homoszexuálisok és a vietnami veteránok sikerén felbuzdulva a feministák is igyekeztek befolyásolni a DSM kategóriarendszerét . Az 1987-es DSM-III-R ugyanis további tanulmányozásra tartalmazott egy diagnosztikus kategóriát, melyet a feministák sérelmesnek találtak: az “önsorsrontó személyiségzavart” (self-defeating personality disorder). Ezt a kategóriát hosszas csatározások eredményeként azután az 1994-es DSM-IV-ből kihagyták.[9]
Mindebből a DSM kritikusai azt a tanulságot vélték levonhatónak, hogy számos--a szexuális irányultsággal, a stresszel, a személyiségzavarral kapcsolatos--pszichiátriai kategória patologizálható és depatologizálható attól függően, hogy éppen melyik érdekcsoport bizonyul erősebbnek a DSM megfogalmazását, módosítását övező politikai küzdelemben.[10] Ennek oka pedig alapvetően az, hogy a kutatási eredmények általában nem elegendőek a legtöbb kérdés pontos eldöntéséhez. Ilyenkor előtérbe kerül tehát az adott bizonytalanság eldöntésének politikai módszere. Érdekcsoportok alakulnak, s a vitában részt vesznek kutatók, klinikusok, kórházak, gyógyszergyárak. Végül az ezen érdekcsoportok közötti küzdelem eredményeként kialakult kompromisszum fog belekerülni a DSM-be, mint „pártatlan”, „objektív” betegségentitás. [11]

Paula J. Caplan beszámolója a DSM-III-R majd a DSM-IV előkészítő munkálatairól.

A DSM átpolitizálódását jól dokumentálja a kanadai pszichológus, Paula J. Caplan beszámolója arról, hogyan zajlott a vita 1985-től kezdve az előkészítés alatt álló DSM-III-R (1987), majd a DSM-IV (1994) három, újonnan bevezetni tervezett diagnosztikus kategóriájáról: a mazochista személyiségzavarról, a premenstruális diszfóriás zavarról, és a parafíliás nemi erőszak zavarról (Paraphilic Rapism). Paula Caplan --meghívott szakértőként--részt vett az előkészítő bizottság munkájában. Mivel azonban úgy érezte, hogy mindhárom kategória nagy lehetőséget jelent a nőkkel szemben érvényesülő hátrányos megkülönböztetés fokozására, harcot indított e diagnosztikus kategóriák elismerése és bevezetése ellen. A három kategóriából végül is kettőt nem vezettek be, de az új betegségentitások körüli küzdelem során Caplan olyan tapasztalatokat szerzett, melyek megerősítették azt a meggyőződését, hogy a DSM-kategóriák politikai pressziók és hatalmi harcok eredményeként alakulnak ki és kerülnek bevezetésre, s nem a tudományos bizonyítékok jelentik a döntő szót a kategóriák elfogadásakor vagy elutasításakor.

Az Önsorsrontó személyiségzavar.

A legtöbb vihart kavart új, tervezett diagnosztikus kategória a mazochista személyiségzavar volt, melyet később Önsorsrontó személyiségzavarra módosítottak. (Self-Defeating Personality Disorder) (SDPD)
Ennek DSM -beli tervezett kritériumai a következők lettek volna[12]:

A. Az önsorsrontó viselkedés pervazív (átfogó) mintája, mely kora felnőttkorban kezdődik és sokféle vonatkozásban megmutatkozik. A személy gyakran elkerül vagy elront élvezetes élményeket, olyan helyzetekbe vagy kapcsolatokba vonódik be, amelyekben szenvedni fog, s megakadályoz másokat abban, hogy segítsenek neki, az alábbi lehetőségek közül legalább ötben:

1. Olyan embereket vagy helyzeteket választ, melyek kiábránduláshoz, kudarchoz, vagy rossz bánásmódhoz vezetnek, még akkor is, ha jobb lehetőségek nyilvánvalóan rendelkezésre állnak.

2. Elutasítja vagy lehetetlenné teszi mások kísérleteit, hogy segítsenek neki.

3. Pozitív személyes eseményekre (pl. új teljesítményre) depresszióval, bűntudattal reagál, vagy olyan viselkedéssel, mely fájdalomhoz vezet. (pl. balesethez)

4. Dühös vagy elutasító reakciót provokál ki másokból, majd megbántva, megtámadva, megalázva érzi magát. (pl. a házastársát nyilvánosan kigúnyolja dühös visszavágást provokálva ki, majd emiatt megsemmisülve érzi magát.)

5. Kerüli az örömöket vagy vonakodik elismerni, hogy jól érzi magát (annak ellenére, hogy megfelelő szociális készségekkel rendelkezik és képes örömet érezni)

6. Nem végez el feladatokat, melyek döntőek lennének személyes céljai eléréséhez, noha képességei alapján képes lenne erre. Pl. diáktársainak segít megírni dolgozatukat, de képtelen megírni a magáét.

7. Nem érdeklik, vagy elutasítja azokat az embereket, akik következetesen jól bánnak vele, pl. nem vonzzák a vele törődő szexuális partnerek.

8. Rendkívül önfeláldozóan viselkedik, melyet nem kíván az, akinek az érdekében történik.

B. Az A.-ban felsorolt viselkedésformák nem kizárólag fizikai, szexuális vagy pszichológiai bántalmazásra való reakcióként vagy ilyen bántalmazástól való félelem következtében jönnek létre.

C. Az A.-ban felsorolt viselkedésformák nem csak depresszió alatt fordulnak elő.

Sokan kezdettől fogva ellenezték eme új személyiségzavar bevezetését a DSM-be, mert úgy ítélték meg, hogy ez alkalmas lenne az áldozatok vádolására. Rossz helyzetű embereket, (főleg nőket) eme diagnosztikus kategóriával meg lehetne vádolni azzal, hogy voltaképpen ők a hibásak abban, hogy mások áldozatai lettek, ők hozták a bajt a saját fejükre azzal, hogy valójában szenvedni akarnak, sőt, élvezik a szenvedést.[13]
A kritikusok kimutatták, hogy az SDPD-nél felsorolt tünetek tipikusan fennállnak az erőszak, bántalmazás áldozatainál.[14] Így ahelyett, hogy ezek az áldozatok megkapnák azt a segítséget, amit igényelnek, ez a diagnosztikus kategória pszichológiailag őket tenné felelőssé saját helyzetükért. Még jobban látszik ez, ha az SDPD-t összevetjük a másik bevezetni szándékozott kategóriával, a parafíliás nemi erőszak zavarral, melyet olyan férfiak kaptak volna, akik más megerőszakolásáról fantáziálnak, ettől intenzív szexuális vágyuk támad, s ez a zavar legalább 6 hónapon keresztül fennáll. Caplan szerint a két kategória együttes elismerése oda vezetett volna, hogy a nemi erőszakot elkövető férfiakat jogilag felmenthették volna bűncselekményük alól, hiszen a DSM által elismert betegség késztette volna őket arra, hogy nemi erőszakot kövessenek el, míg a nemi erőszakot elszenvedő nőket sok esetben az SDPD kategóriájába lehetett volna sorolni, s pszichológiai értelemben felelősnek lehetett volna tartani azért az erőszakért, melyet elszenvedtek. Ily módon a két diagnosztikus kategória együttes bevezetése azt eredményezhette volna, hogy nemi erőszak esetén az elkövető férfiak helyett pszichológiailag az azt elszenvedő nőket lehetett volna vádolni, feltételezve, hogy voltaképpen ők okozták megerőszakolásukat azzal, hogy másokat arra késztettek, hogy szenvedést okozzanak nekik.[15]
Mivel úgy érezték, hogy az SDPD diagnózisa a nők polgári jogait sértené, ezért a Feminista Terápia Intézete perrel fenyegette meg az Amerikai Pszichiátriai Társaságot, ha a három új diagnosztikus kategória bekerül a DSM-be.[16]

Caplan szerint az SDPD--ha lehántjuk róla a tudományos zsargont--voltaképpen az önbecsülés hiányát jelenti. Szerinte teljesen indokolatlan az a feltételezés, hogy emberek élvezik, ha szenvednek, illetve azért hozzák magukat fájdalmas helyzetekbe, mert keresik a szenvedést.[17] Hiszen azért is viselkedhet valaki önfeladó módon, mert fél a büntetéstől, az elutasítástól, vagy így akar másoktól szeretetet, megbecsülést vagy legalább sajnálatot kicsikarni.[18]
Ráadásul a mai társadalom általában arra szocializálja a nőket, hogy önfeláldozók legyenek (a feministák maguk között az SDPD-t „jó feleség" szindrómának nevezték). Így az SDPD kategória voltaképpen a hagyományos nőies viselkedést nyilvánította volna patológiásnak úgy, hogy közben a hagyományos férfias viselkedést (az érzelmek kifejezésének a nehézségét) a DSM nem tekinti annak.[19]
Az SDPD-vel szembeni fő kifogás tehát az volt, hogy ez a diagnosztikus kategória patologizálja a fizikai vagy lelki erőszak áldozatait, a visszaélésre adott normális reakciójukat betegségnek bélyegezve.[20] Caplan szerint az SDPD nem betegség, hanem az erőszakos, férfi-dominálta viselkedésre adott normális női reakció.[21]
Kirk és Kutchins más oldalról kritizálták az SDPD kategóriáját. Szerintük ez a „zavar" egyszerűen patologizálja azokat, akik nem felelnek meg a XX. század második fele kapitalista ideáljának, vagyis nem képesek önérdeküket maximálisan követni és érvényesíteni, nem képesek másokat saját céljaik érdekében felhasználni, hanem ehelyett mások érdekeit a sajátjuk elé helyezik.[22]
A Caplan féle kritika és nagyon erős politikai lobbizás hatására végül is sem az SDPD, sem a parafíliás nemi erőszak zavar, s a premenstruális diszfóriás zavar sem került be a DSM-III-R-be, csak annak függelékébe, mint további kutatást igénylő kategóriák.[23]
Mindez indirekt módon természetesen azt bizonyította, ami Caplan eredeti állítása is volt: azt, hogy a DSM-be való bekerülés vagy az abból való kimaradás alapvetően politikai küzdelmek során dől el, az ezzel kapcsolatos döntés pedig nem pusztán tudományos, hanem politikai döntés is. Ezt követően újabb politikai küzdelem kezdődött, hogy ezek a kategóriák bekerülhessenek a DSM-IV-be, végül azonban--Caplan szerint a nyilvánosságtól való félelmében--a DSM előkészítő bizottsága elállt attól, hogy az SDPD-t és a parafíliás nemi erőszak zavart felvegye a DSM-IV-be.[24]

Az Önámító hatalmaskodó személyiségzavar

Caplan úgy érezte, hogy a DSM túlságosan férficentrikus, hiszen jobban patologizálja a nőket, mint a férfiakat. A hagyományos női szocializáció hatására kifejlődött tulajdonságokat SDPD-nek nevezi, vagy bizonyos viselkedésbeli jellemzőkért a női hormonokat tartja felelősnek (pl. premenstruális diszfóriás zavar). Ugyanakkor nincsenek benne férfiakra vonatkoztatható hasonló kategóriák. Nincs például "Macsó személyiségzavar", "John Wayne szindróma", vagy "Tesztoszteron-alapú agresszió"[25], noha a férfiak jóval agresszívabbak mint a nők, s ez részben hormonális hatásoknak is betudható. Ennek a jelenségnek az ellensúlyozására Paula Caplan és a feminista szociológus, Margit Eichler munkahipotézisként megalkották egy csak férfiakra jellemző diagnosztikus kategória tervezetét. Az új diagnosztikus kategória neve (Önámító Hatalmaskodó Személyiségzavar) (Delusional Dominating Personality Disorder) (DDPD) volt. Ennek ajánlott DSM kritériumai a következők lettek volna.[26]

Önámító Hatalmaskodó Személyiségzavar
(Tervezet)

Az ebben a zavarban szenvedőkre legalább 6(?) jellemző az alábbi 14 kritérium közül (vegyük figyelembe, hogy az ilyen személyek majdnem mindig szenvednek legalább egyben az alábbi tévhiedelmek közül)

1. Értelmes emberi kapcsolatok létesítésére és fenntartására való képtelenség
2. Képtelenség bizonyos érzései felismerésére és kifejezésére (ezt tipikusan kíséri más emberek érzéseinek pontos felismerésére való képtelenség)
3. Közeli és bizalmas társak, barátok igényeire és érzéseire való megfelelő és együtt érző reagálásra való képtelenség (mely gyakran mások jelzéseinek a félreértelmezéséhez vezet)
4. Tendencia arra, hogy megbeszélés helyett a hatalmat, a hallgatást, a visszahúzódást és/vagy az elkerülést használja interperszonális konfliktusok vagy nehézségek megoldásának az eszközeként
5. Nemi-specifikus kontrollhely felvétele (az a hit, hogy a vele történő rossz dolgokért mindig nők a felelősek, míg a jó dolgok a saját képességeinek, teljesítményének vagy erőfeszítéseinek az eredményei)
6. Fokozott igény arra, hogy a saját, általában a férfiak, vagy mindkettő fontosságát és teljesítményét felnagyítsa. Ez gyakran társul a közeli női partner, általában a nők vagy mindkettő fontossága lebecsülésének a szükségletével
7. Az alább következő tévhiedelmek bármelyikének a jelenléte:
(a) a személyes feljogosítottság tévhite
    (i) bármely nő szolgálataira, akivel személyes kapcsolatba kerül,
    (ii) bármely nő vagy férfi szolgálataira általában,
    (iii) a fentiek közül mindkettőre;
(b) az a tévhit, hogy a nők szeretnek szenvedni és szeretik, ha irányítják őket;
(c) az a tévhit, hogy a fizikai erő az interperszonális problémák megoldásának a legjobb módja;
(d) az a tévhit, hogy a szexuális és az agresszív késztetések nem kontrollálhatóak
    (i) saját magában
    (ii) általában a férfiakban
    (iii) a fentiek közül mindkettőben;
(e) az a tévhit, hogy a pornográfia és az erotika azonosak;
(f) az a tévhit, hogy a nők uralják a világ gazdagságának és hatalmának nagy részét, míg a világ által végzett összmunkából csak keveset végeznek;
(g) az a tévhit, hogy a jelenleg létező hatalmi és gazdasági egyenlőtlenségek a "legalkalmasabb él túl" elvének a következményei, s ezért nagyobb társadalmi és gazdasági előnyök juttatása a már úgyis privilegizált helyzetben levőknek megérdemelt. (Megjegyzés: Több ilyen tévhit fennállása egy és ugyanazon személynél gyakori, s ez egy jelentősen eltorzult hiedelemrendszert eredményez.)

8. Kifejezett tendencia arra, hogy működési területeket és viselkedési formákat szigorúan a nem alapján kategorizáljanak, pl. az a hit, hogy a házimunka női munka.
9. Kifejezett tendencia arra, hogy nemtől függő kettős mércét alkalmazzanak helyzetek vagy viselkedések értelmezésére vagy értékelésére (pl. az a férfi, aki néha megcsinálja a reggelit, rendkívüli mértékben jónak számít, viszont az a nő, aki néha nem csinálja meg a reggelit, fogyatékosnak számít.)
10. Az a szükséglet, hogy társadalmi fontosságát azzal bizonyítsa, hogy olyan nők társaságában mutatkozik, akik az alábbi három kritérium közül bármelyikkel rendelkeznek:
(a) hagyományosan fizikailag vonzók;
(b) fiatalabbak, mint a férfi;
(c) alacsonyabbak, mint a férfi;
(d) kisebb súlyúak, mint a férfi;
(e) a társadalmi-gazdasági hierarchiában alacsonyabban állónak tűnnek, mint a férfi;
(f) alávetőbbek, mint a férfi
11. A szexualitáshoz való viszonyulás torzult formája, mely az alábbi módok valamelyike vagy mindegyike formájában mutatkozik meg:
(a) fokozott igény arra, hogy hízelegjenek neki szexuális teljesítménye vagy nemi szervének mérete miatt;
(b) infantilis hajlam arra, hogy a nagy női melleket a nő szexuális vonzerejével azonosítsák
12. Tendencia arra, hogy rendkívüli mértékben fenyegetve érezze magát, ha egy nő nem titkolja intelligenciáját
13. Arra való képtelenség, hogy örömét lelje abban, hogy másokért tesz valamit.
14. Érzelmileg kontrollálatlan ellenállás a nemi egyenlőség elérését célzó reform-erőfeszítésekkel szemben; figyelem: az a tendencia, hogy valaki magát “felvilágosult férfinak” tartja nem bizonyítja és nem is cáfolja azt, hogy a beteg ebbe a diagnosztikus kategóriába tartozik. Azok a betegek, akikre ráillik ez a leírás, nem sorolandók a kényszeres zavarba tartozók közé, mert a kényszeres zavar a személyiségnek és a funkcionálásnak csak egy meghatározott részét érinti, míg ez a zavar átfogó, pervazív, az egész személyiség maladaptív szerveződése.

Ezt a—karikatúrának és kritikának szánt-- kategóriát is benyújtották az illetékes DSM bizottságnak megfontolás céljából, amely természetesen nem reagált rá. Arra akarták ezzel felhívni a DSM előkészítő bizottság figyelmét, hogy milyen könnyű mindennapi, jól ismert jelenségeket is patologizálni, ha megvan hozzá egyfajta közös értékrend (mely ebben az esetben a feminista értékrendet jelentette.) Ilyen módszerrel tetszés szerinti számú betegségentitás hozható létre a DSM-ben, hiszen a nemkívánatos emberi viselkedések száma szinte végtelen. Kirk és Kutchins vetik fel, hogy ilyen módon be lehetne vezetni a DSM-be például az „Excesszív gyorshajtás zavar”-t, a megengedett sebességet rendszeresen nagymértékben túllépőkkel szemben.[27] Caplan számos eljárásbeli problémát is látott a bizottság munkájában. Ezek közül az egyik az volt, hogy a bizottság szótöbbséggel döntött diagnosztikus kategóriáknak a DSM-be való felvételéről vagy kihagyásáról, hasonlóan ahhoz, ahogyan egy turistacsoport dönti el, hogy este görög vagy francia vendéglőben vacsorázzon-e? Ez a módszer a politikai döntéshozatal módszere, de

nem alkalmas tudományos viták eldöntésére, hiszen a tudományos igazság nem szótöbbség kérdése.

A DSM-mel kapcsolatos viták jelentősége

Az, hogy a DSM elsősorban politikai vagy tudományos dokumentum-e, azért lényeges, mert ma ez a nemzetközi pszichiátria egyik legfontosabb standardja arról, hogy mi tekinthető normálisnak, s mi patológiásnak. Ma a DSM alapján döntik el, hogy pszichiátriailag ki egészséges és ki beteg. Ha tehát igaz az a vád, hogy a DSM legalább annyira politikai csatározások terméke, mint tudományos megfontolásoké, akkor ez egyben erősítené azt a régi--már az antipszichiáterek által is hangoztatott--vádat, miszerint a pszichiátriai diagnózisok áltudományos címkék a társadalom uralkodó értékrendje számára kényelmetlen emberek stigmatizálására és diszkreditálására. Paula Caplan állítása az volt, hogy a DSM-IV-ben tudományosan megalapozott igazságként szerepelnek olyan diagnosztikus kritériumok, melyek valójában egyszerűen egyéni elfogultságokon, előítéleteken alapulnak, s nem tudományos tényeken.[28]
Állítása szerint--s itt visszaköszönnek az antipszichiátria több évtizeddel korábbi állításai-- nagyon sok abból, amit ma pszichiátriai betegségnek neveznek, s ami diagnosztikus entitásként megjelenik a DSM-IV-ben is, voltaképpen nem egyéb mint személyes életprobléma, s nem betegség.[29]

A DSM-mel kapcsolatos metodológiai kritikák

Caplan szerint a DSM -mel kapcsolatos tudományos vizsgálatok legtöbbje az egyes diagnosztikus kategóriák pontozók közötti (inter-rater) kereszt-reliabilitását vizsgálta, vagyis azt, hogy különböző vizsgálók ugyanazt a személyt ugyanabba a diagnosztikus kategóriába sorolják-e be. A reliabilitás azonban még semmit nem mond a diagnosztikus kategóriák validitásáról, [30] vagyis arról, hogy az adott entitás valóban betegség-e? Tetszés szerinti számú diagnosztikus kategóriát lehet alkotni, s pontos kritériumok megadásával biztosítani lehet azok megállapításának reliabilitását. Lehetne például alkotni egy olyan kategóriát a tudományos kutatók számára, hogy a „citációs index kényszeres vizsgálata". Meg lehetne adni ennek pontos kritériumait, s ezáltal a reliabilitást biztosítani. Mindez azonban még semmit nem mondana e kategória validitásáról, vagyis arról, hogy létezik-e ilyen mentális zavar?[31] További probléma, hogy a DSM kategóriák reliabilitását igazoló kísérletek, cikkek nagy részét sohasem publikálták, így nem lehet ellenőrizni, hogy megbízhatóak-e ezek a kategóriák, vagy sem. A kevés publikált vizsgálat pedig azt bizonyítja, hogy az értékelők inter-rater reliabilitása csak a nagy DSM kategóriák esetén megfelelő, az alkategóriákra nem. Ez azonban keveset bizonyít, hiszen egy kábítószerest egy alkoholistától egy laikus is el tud különíteni.[32] Ami fontos lenne, az az, hogy mekkora az inter-rater megbízhatósága például a generalizált szorongásos zavar és az atípusos szorongásos zavar elkülönítésének.[33]

Caplan a DSM diagnosztikus rendszerét ahhoz hasonlítja, mint mikor valaki az éjszakai égbolton megtanulja, hogy melyik konstellációt nevezik Nagymedvének, melyiket Göncölszekérnek. Ezt meg lehet tanulni, de nem mindenki látja bele azt, amit kellene, mert ezek a nevek nem valóságos, hanem csak képzelt összefüggésekre vonatkoznak.[34]
Caplan 3 DSM kategória esetén megvizsgálta, hogy vannak-e empirikus bizonyító vizsgálatok arra, hogy a kategóriákon belül felsorolt kritériumok tipikusak-e a kérdéses zavarra, s arra, hogy hány kritériumnak kell teljesülnie ahhoz, hogy a zavar fennállása kimondható legyen. A három vizsgált kategória: az autisztikus zavar, az oppozíciós zavar, és a kényszeres zavar volt. Caplan azt találta, hogy egyik kategória esetén sem voltak empirikus bizonyítékok arra, hogy miért éppen annyi kritériumnak kell teljesülnie, mint amennyit a DSM előír. Vagyis--legalábbis eme kategóriák vonatkozásában-- a diagnózis kimondásához szükséges kritériumok számának a meghatározása a DSM-ben önkényesnek tűnt.[35]
Caplan számos egyéb önkényességet is felró a DSM-nek. Például a DSM szerint már major depresszív epizódról van szó, ha a súlyos depressziós tünetek egy szeretett személy halálát követően 2 hónapon túl is fennállnak. De nem önkényes ez? Valójában--mondja Caplan--akkor kellene aggódnunk, ha valakinek egy szeretett személy elvesztését követően 2 hónapon belül elmúlna a depressziója.[36]
Hasonlóképpen, a DSM-IV szerint, ha valaki egy nagy stresszhez való alkalmazkodáshoz 6 hónapnál többet igényel, az már alkalmazkodási zavarban szenved. Ha tehát--mondja Caplan--valaki válását csak egy év alatt tudja megemészteni, az patologizálva van. Mindez Caplan szerint csak arra jó, hogy stigmatizáljon embereket.[37]

A pszichiátriai betegség, mint társadalmi igazságtalanságok pszichiatrizálása.

Caplan szerint egy ember személyes életproblémáit sokszor nagyrészt kedvezőtlen körülményei okozzák. Előfordul, hogy egyszerűen rosszul bántak vele neme, kora, társadalmi helyzete, megjelenése, nemi irányultsága, mentális vagy fizikai állapota miatt, ezért boldogtalansága, problémái nem annyira belőle magából erednek, hanem környezetének vele szemben tanúsított ellenséges hozzáállásából. Ha ilyenkor mégis egy DSM szerinti diagnosztikus kategóriába sorolják, akkor ezzel egyrészt stigmatizálják őt, másrészt azt a látszatot keltik, mintha problémáinak alapvetően ő lenne az oka, mintha azok belőle következnének és nem a környezetéből. Vagyis ami történik ilyenkor, az az áldozat vádolása, s a környezet felmentése.[38]
Az ilyenkor működő mechanizmus az, hogy rosszul bánnak emberekkel, majd azok eme rossz bánásmódra adott érthető reakcióit abnormálisnak nevezik, s az illetőt a pszichiátria illetve a pszichoterápia illetékességi körébe utalják. Nagyon sok pszichológiainak tartott probléma oka a rossz társadalmi, anyagi helyzet, a nem megfelelő munkakörülmények, a nagy munkahelyi stressz, stb. Ilyenkor sokféle betegségcímkével látják el az ezek miatt szenvedőt.[39] Ez a társadalmi problémák elpszichologizálása, mely--túl azon, hogy az egyént tartja felelősnek azért, amiért egy tágabb közösség a felelős-- nem is hatékony megoldás: ilyen esetekben a társadalmi-politikai akciók, a jobb törvények, a diszkrimináció tiltása hatékonyabb megoldást jelentenek, s humánusabbak is, mert nem stigmatizálnak.[40]

Általában is, a kategorikus, patologizáló kijelentések Caplan szerint nagyon sok pszichológiai iatrogéniát okoznak. Az ilyen jellegű megfogalmazások például, hogy a "túlféltő anyák tönkreteszik a gyerekeiket" hamisak, hiszen rengeteg példa van, amikor túlféltő anya mellett is egészséges gyerekek nőnek fel. A pszichológiai népszerűsítő irodalomban szereplő sok hasonló kijelentés csak arra jó, hogy az ilyen családban felnövő embert patologizálja: elhitesse vele, hogy ő érzelmileg sérült, mert ilyen anya nevelte fel. Jobb lenne ehelyett azt hangsúlyozni, hogy bár nem ideális, ha valakit túlságosan féltenek, s ez lehet bizonyos későbbi problémák oka, de senkinek a nevelődése sem tökéletes, a szülők többsége nem tökéletes szülő, csak Bruno Bettelheim kifejezésével élve elég jó szülő, s a nem tökéletes szülő mellett keletkező érzelmi problémák még nem jelentenek sérülést. Ez ismét a jó pszichoterápia depatologizáló funkciója a gyakran előforduló patologizálással szemben.[41]

Caplan szerint a pszichiátriai diagnózisok a társadalmi igazságtalanságokból, bizonyos egyénekkel szembeni diszkriminatív bánásmódból következő egyéni szenvedéseket az egyénnek magának tudják be, és nem az igazságtalan körülményeknek és a diszkriminációnak. Így társadalmi, morális, jogi problémákat pszichologizálnak, a betegségokozó körülményeket felmentik, s mindezek áldozatát tüntetik fel a problémák igazi okaként. Ily módon a szenvedő egyént patologizálva és stigmatizálva őt tekintik felelősnek a helyzetéért, s így csak súlyosbítják annak problémáját, ahelyett, hogy megoldanák.

Caplan ezzel kapcsolatban tipikusnak érzi Freud eljárását az Oedipus/Elektra komplexus leírásával kapcsolatban. Caplan szerint, mikor Freud először találkozott olyan fiatal lányokkal, asszonyokkal, akik gyermekkori szexuális traumákról, visszaélésekről számoltak be, akkor kezdetben ugyan hitelt adott ezeknek a beszámolóknak, később azonban megváltoztatta véleményét, s azt állította, hogy ezek a szexuális visszaélések csak betegei fantáziáiban fordultak elő, vagyis ezek a nők nem áldozatai voltak szexuális visszaéléseknek, hanem inkább csak kívánták, hogy ilyen visszaélés áldozatai legyenek.[42] Így jött létre a híres freudi doktrína az Oedipus komplexusról, mely a freudi elmélet egyik sarokkövévé vált. Ma már tudjuk, milyen gyakori a gyermekkori szexuális visszaélés, ez ma sokkal kevésbé tabu, mint 100 évvel ezelőtt, Freud korában, s ezért valószínűsíthető, hogy Freud betegeinek egy részénél valóban megtörtént az, amit Freud csak vágyfantáziának tekintett. Látni kell azonban--mondja Caplan--hogy Freud nem felfedezte, hogy páciensei mentálisan betegek, hanem inkább elhatározta, hogy betegnek fogja az ilyen panaszokkal hozzá forduló nőket tekinteni. Tehetett volna másképpen is: dönthetett volna úgy, hogy páciensei egy részét nem megcímkézi, nem hisztériásoknak, neurotikusoknak tekinti őket, hanem egy gyermekkorukban ellenük elkövetett bűncselekmény áldozatainak. Ekkor a hangsúly nem eme asszonyok patológiájára helyeződött volna, hanem a velük visszaélők, az őket megrontók erkölcstelenségére és önzésére.[43] Tehát nem úgy kellett volna reagálni Freud részéről eme nők panaszaira, hogy őket tartja felelősnek problémáikért, hanem úgy, ahogyan sok helyen ma reagálnak ilyenkor: elismerik, hogy az ilyen panaszokkal jelentkezőkkel valami szörnyű történt, s az illető éppen abban a fázisban van, amikor megpróbálja feldolgozni a traumát. Ez sokkal egészségesebb, normalizálóbb megközelítés, mint a freudi volt, mely azt állította, hogy az illető nő beteg, s amit mond, az nem is igaz.[44]

Caplan végkövetkeztetései

Caplan idézi Vaillantot, aki szerint a DSM-III nagy része sejtések, ízlések és előítéletek alapján összeállított munka, s csak kis része alapul a tényeken és az igazságon.[45]
Caplan a DSM előkészítő bizottságaiban szerzett tapasztalatai alapján azt a következtetést szűrte le, hogy a DSM kidolgozásánál kevés volt a tudományosság. Azt, hogy mi kerüljön bele a DSM-be és mi maradjon ki belőle, alapvetően az egyes bizottságok vezetőinek nem-tudományos alapokon nyugvó személyes döntései határozták meg.[46]
A DSM kategóriák a tudományosság mázával vannak ugyan bevonva, alapvetően azonban az azt összeállító körülbelül ezer pszichiáter (nagyrészt fehér, amerikai férfi) előítéleteinek a termékei.[47] Ezt a véleményt egyébként ma Caplanon kívül mások is képviselik, s ezért egyre többen állítják, hogy a DSM megalkotásába a jövőben sokkal jobban be kellene vonni a betegeket és azok hozzátartozóit is, hogy az általuk képviselt értékrend is megjelenhessen a klasszifikációs rendszerben.[48]
Caplan szerint mindez azért problematikus, mert a DSM világszerte használt dokumentum arra, hogy eldöntsék, ki normális, s ki nem az, pszichiátriailag ki egészséges és ki beteg. Így a DSM-ben testet öltött előítéletek és ízlések a tudományos igazság rangjára emelkednek, s alkalmasak rá, hogy a tudomány értékmentes objektivitásának a látszatával stigmatizáljanak embereket, akiknek egyszerűen csak más az ízlésük, előítéleteik, gondolkodásuk, értékrendjük, mint a DSM-et összeállító szakembereknek. Mások is rámutattak, hogy mivel a DSM-et az Amerikai Pszichiátriai Társaság alkotta meg, ilyen formán némiképp ennek a társaságnak az érdekeit képviseli: növeli politikai befolyását, társadalmi hatását és gazdasági hatalmát. Ezt tükrözi például már a szóhasználat is. A DSM mentális zavar helyett pszichiátriai zavarokról beszél, s ezáltal automatikusan az orvosok illetékességi körébe utalja ezeket a zavarokat,[49] míg ha mentális problémákról beszélne, akkor sok más szakember is kompetensnek érezhetné magát ezen problémák megoldásában.
Mindez Caplan szerint azért is veszélyes tendencia, mert a pszichiátriai diagnózisok elvonják a figyelmet arról, hogy a társadalmi--politikai környezet milyen nagymértékben oka az emberek életproblémáinak, szenvedéseinek. Így a diagnózis mintegy “lebeszél” a társadalmi cselekvésről, hiszen azt mondja: az egyén a beteg és nem a társadalom.[50]

A DSM értékmentességével, klasszifikációjával, medikalizáló jellegével kapcsolatos elméleti vita

A DSM-mel kapcsolatos vita azonban nemcsak politikai, hanem elméleti szinten is zajlik, ahol—természetesen kevésbé éles formában—de nagyon hasonló kritikák fogalmazódnak meg vele szemben. Ezek a viták több területen zajlanak. Vizsgálják egyrészt, hogy a DSM-ben megjelenő kategóriák mennyire az új tudományos kutatás

eredményeként alakultak ki, s mennyire jelentik a régi, pszichodinamikus betegségfogalom puszta átvételét és felosztását. Vizsgálják továbbá, hogy a mentális zavarnak a DSM által adott definíciója mennyire ateoretikus és mennyire értékterhelt, s azt, hogy a gyakorlatban, a konkrét diagnosztikus kategóriáknál mennyire tér el a DSM saját betegségdefiníciójától.

A DSM-III mint a dinamikus pszichiátria betegségentitásainak kodifikálása: a diagnosztikus pszichiátria kialakulása

A pszichiátriát az USA-ban az 50-es és a 60-as, s kisebb mértékben még a 70-es években is alapvetően a freudi pszichoanalízisből sarjadó különböző dinamikus magyarázatok uralták. 1980-ban, a DSM-III megalkotásával ezt a szemléletet hirtelen és radikálisan váltotta fel az új irányzat, melyet Horwitz diagnosztikus pszichiátriának nevez. Az új, diagnosztikus pszichiátria szakított a korábbi pszichodinamikus magyarázatokkal, megtartotta viszont azokat a betegségkategóriákat, melyek a korábbi, dinamikus pszichiátria idejében alakultak ki. A dinamikus talajon álló pszichiátriára alapvetően az volt jellemző, hogy a mentális egészség és a betegség közötti határt nem tekintette élesnek. Úgy vélte, hogy a mindennapi, szokásos lelki jelenségek mögött is állhatnak patológiás folyamatok, s alapvetően nem is a konkrét tünetek a fontosak, hanem annak a pszichodinamikának a megértése, mely a tünetek hátterében áll. A dinamikus pszichiátria nem is tulajdonított túl nagy jelentőséget annak, hogy magukat a tüneteket kategorizálja és kezelje, hiszen egy tünet megszüntetése nem szünteti meg az alapját képező okot. Álláspontja szerint pusztán a tünet megszüntetésével a beteg nem fog meggyógyulni, legfeljebb csak „tünetet vált", betegsége azonban megmarad. Ebből kiindulva tehát a dinamikus pszichiátria—nem tekintve élesnek a mentális egészség és betegség határát—nagyon sokféle tünetet és zavart kezelt. A DSM-III elutasította ugyan a dinamikus pszichiátria magyarázatait, ugyanakkor elfogadta, hogy az újfajta, diagnosztikus pszichiátriának is foglalkoznia kell mindazokkal a problémákkal, melyekkel a pszichoanalitikusok korábban foglalkoztak. Így a DSM-III nemcsak szakítást jelent a korábbi dinamikus pszichiátriával, hanem bizonyos mértékben annak szerves folytatását is képezi. A dinamikus pszichiátria idején elfogadottá vált, s az analitikus-klinikusok által kezelt betegségentitásokat egyszerűen kategorizálta és felosztotta pontos diagnosztikus entitásokká.[51] Horwitz ebben látja a modern pszichiátriai klasszifikáció „ősbűnét", vagyis abban, hogy míg radikálisan elutasította ugyan a pszichoanalitikus elméletet, kritikátlanul mégis elfogadta az abból következő betegségfogalmat.

A DSM-mel kapcsolatos általános kritikák

A DSM kategóriáinak pszeudoprecizitása

Egészében véve a legtöbb DSM kategóriára jellemző egyfajta kényszeres pszeudoprecizitás. Általában pontosan meghatározott számú tünetnek pontosan meghatározott ideig kell fennállnia ahhoz, hogy egy zavar diagnózisát kimondhassuk. Ez azt a látszatot kelti, mintha a zavar fennállásának nagyon pontos kritériumai lennének, a valóságban azonban az adott zavart leíró empirikus

vizsgálatok nem adnak alapot ilyen fokú pontosságra, ezért ezek a kritériumok sok esetben önkényesek.[52]
A diagnózisnak ez a látszatra nagy pontossága egyben mintegy azt is sugallja, hogy ezt követően a terápia is ilyen célzott, nagy pontosságú lesz. Ez természetesen távolról sem igaz.[53]
A DSM túlságosan nagy precizitásra törekvése egyben azt a látszatot is kelti, mintha az emberi pszichével foglalkozó tudományokban ugyanolyan pontosság lenne lehetséges, mint a fizikában. A XIX. századi német filozófus, Wilhelm Windelband különített el nomotetikus és idiografikus tudományokat. A nomotetikus tudományok célja általános törvények feltárása (ilyen pl. a fizika), az idiografikus tudományoké ezzel szemben egyedi események pontos megismerése (ilyen pl. a történelem) A DSM túlságosan nomotetikus tudománynak tekinti a pszichiátriát, holott az egyedi betegek egyedi élettörténetei olyan mértékben átszínezik a pszichiátriai zavarokat, hogy a pszichiátria valószínűleg jobban hasonlít a történelemhez mint a fizikához, sokkal inkább idiografikus, mint nomotetikus tudomány.[54]
Ez a korábban már említett problémát veti fel, melyet a XIX. században már Wilhelm Dilthey megfogalmazott: a természettudományok módszerével szemben—melyek ok-okozati törvények segítségével írják le a világot--a szellemtudományok módszere az értelmezés, a hermeneutika. A Windelband és Dilthey felvetetette megkülönböztetés kezdetleges formában már Arisztotelésznél megjelent, aki elkülönítette az elméleti tudást, mely az általános törvényeket ismeri meg a gyakorlati tudástól, mely az általános törvényeket egyedi esetekre képes alkalmazni. Az arisztotelészi elméleti-gyakorlati tudás megkülönböztetést, s a windelbandi-diltheyi idiografikus illetve hermeneutikai megkülönböztetést azután a XX. században Hans-Georg Gadamer foglalta egybe, majd Paul Ricoeur integrálta a narratíva olyan egységes elméletévé, mely a pszichiátria számára jelentős lehet.[55] A World Psychiatric Association egy munkacsoportja javaslatot is tett a pszichiátriai diagnózis idiografikus komponensének a megadására, s kidolgozta ennek egy lehetséges modelljét. [56]

A DSM s ezáltal a mentális zavarok orvosi modelljének hegemón szerepével kapcsolatos kritikák.

Mára a DSM a nemzetközi pszichiátriában hegemón szerepre tett szert. Ez részben azzal függ össze, hogy a BNO-n kívül jelenleg ez az egyetlen átfogó osztályozása a pszichiátriai zavaroknak.[57] Még azokban az országokban is, melyekben a BNO a hivatalosan használt diagnosztikus rendszer, általában szívesebben használják a DSM-et. A DSM pártolói ezt értékeivel, erényeivel magyarázzák: azzal, hogy jobb és átfogóbb, mint bármely más mai pszichiátriai osztályozási rendszer, hogy kiterjedt kutatásokra támaszkodtak megalkotásánál, hogy a kategóriáknak nagy a reliabilitása, stb. [58]
A kritikusok szerint azonban—mint láttuk—a DSM a mai hegemón helyzetét nem tudományos erényeivel érte el, hanem azzal, hogy a világ talán legnagyobb befolyással rendelkező pszichiátriai szervezetének, az Amerikai Pszichiátriai Társaságnak a hivatalos klasszifikációs rendszere. Egyszóval a politika és a

hatalom juttatta a DSM-et a mai kitüntetett helyzetébe. Ez annál is inkább fontos, mert a kritikusok szerint a DSM létrehozásában távolról sem csak tudományos szempontok játszottak szerepet, hanem szakmai és céh-érdekek, továbbá szervezeti-gyakorlati szempontok is (például, hogy kompatibilis legyen a BNO-val.) [59]

A DSM hegemón szerepe eszerint tehát azért veszélyes, mert nem tudományos okokból jött létre, s a pszichiátria jelenlegi tudományos alapjai még annyira bizonytalanok, hogy nem szabadna egyéb megközelítéseket kizárni. Hagyni kellene, hogy a különböző elméleti és klasszifikációs megközelítések szabadon versenyezhessenek egymással. A DSM mai hegemón szerepe azzal a veszéllyel jár, hogy túl korán lezárja a vitákat, túl korán „megmerevíti" az elfogadható és az elfogadhatatlan megközelítések közötti határt, s így végső soron akadályozhatja a pszichiátria további fejlődését.[60] A DSM kategóriarendszerétől eltérő kutatásokat ugyanis esetleg tudománytalannak fogják tartani, azokat kevésbé fogják támogatni, s így az eltérő megközelítések a jövőben ki sem fejlődhetnek. A DSM—hegemón helyzete miatt--ma döntő mértékben befolyásolja nemcsak a diagnózist, de az esetek leírásának a módját, a mentális problémák azonosítását és megfogalmazását, a klinikai nyelvhasználatot is. Ez pedig azért probléma, mert a DSM alapvetően a pszichiátriai zavarok orvosi modelljét képviseli, s így marginalizálja ezen zavarok pszichológiai és társadalmi megközelítéseit, illetve az ilyen irányultságú szakembereket. [61] A DSM voltaképpen ma arra kötelezi a terapeutákat, hogy egy olyan nomotetikus nomenklatúrát használjanak, mely más felfogások szerint idegen a mentális zavarok egy jelentős részének természetétől, melyek alapvetően idiografikus jellegűek, s interperszonális természetűek.[62] Így egy orvosi ethoszt erőltet rá a mentális zavarokkal foglakozókra, s ez nemkívánatos módon homogenizálja ezt a szakterületet. [63] A DSM egy olyan szakmai konszenzus látszatát kelti, mely alapvetően nem létezik. A pszichiátriának—mai fejlettségi szintjén—sokkal nyitottabbnak kellene lennie a legkülönbözőbb megközelítésekre. A DSM képviselte monizmus helyett tehát ma még egy pszichiátriai pluralizmusra lenne szükség, legalábbis addig, míg egy tudományosan szilárdabb talajon álló klasszifikációs rendszer kialakulhat.[64]

A DSM medikalizáló jellege: a DSM eltérése saját betegségdefiníciójától.

A DSM—helyesen--azt állítja, hogy a mentális zavar valamilyen pszichológiai diszfunkció, s nem pusztán egy elvárható vagy kulturálisan elfogadott válasz egy bizonyos eseményre, továbbá nem puszta deviancia illetve az egyén és a társadalom közti konfliktus eredménye.
A DSM akkor tér el a fenti helyes definíciótól, amikor egy konkrét zavar kritériumainak meghatározásakor megelégszik bizonyos tünetek meglétének megkövetelésével, de nem vizsgálja, hogy a tünet elvárható reakció-e valamilyen környezeti hatásra (s akkor nem is tünet, s így nem is jelent betegséget), vagy környezeti hatás nélkül is fennáll, s ekkor már tünet és betegséget jelent. Vagyis a DSM komoly problémája, hogy tünetekről beszél, a tünet szó pedig azt sugallja, hogy annak hátterében betegség áll. Ez azonban sok esetben nem igaz. A lelki

szenvedés, a szomorúság, a reménytelenség-érzése, a szorongás s számos más jelenség nemcsak betegség eredményeként jöhet létre, hiszen mindegyik lehet normális reakció is valamilyen környezeti hatásra. Egy ember lehet szomorú, mert elveszítette a munkáját, érezheti helyzetét reménytelennek, mert az valóban kilátástalan, egyszóval lelki szenvedése lehet indokolt, megfelelő reakció az őt ért eseményekre. A DSM azzal, hogy tünetekről beszél, azt feltételezi tehát, hogy mindig betegség áll e jelenségek hátterében, noha sokszor erre semmilyen bizonyíték nincs.[65]
Egy tünetként leírt jelenség fennállása tehát önmagában soha nem elegendő egy pszichiátriai zavar megállapításához. Mindig vizsgálni kell, hogy az nem a környezet hatására jött-e létre, s nem az arra adott elvárható, arányos reakció-e? Aki például olyan szegény, hogy nem tudja már a számláit sem kifizetni, szakképzetlen munkanélküliként pedig esélye is kevés arra, hogy ebből a helyzetből valaha is kivergődjön, az hasonló tüneteket fog mutatni, mint a „minden különösebb ok" nélkül lehangolt, s így okkal major depresszív zavarban szenvedőnek tekinthető ember. Azonban csak az utóbbi tekinthető betegnek, az előbbi—a tünetnek tűnő pszichés válasz fennállása ellenére—normál reakciót mutat egy kedvezőtlen külső hatásra. A DSM legkomolyabb hiányossága, hogy ezt a különbségtételt csak elméletben teszi meg, a pszichiátriai zavar definiálásánál, a konkrét zavarok meghatározásánál azonban nem alkalmazza.[66]
A valóságban nagyon sok—a DSM-ben tünetként leírt—jelenség sokszor csak normális reakciónak tekinthető kedvezőtlen társadalmi hatásokra, vagy egyszerűen csak deviáns viselkedés, amikor az illető nem akar betartani bizonyos társadalmi szabályokat, melyre egyébként képes lenne. A DSM fő hibája tehát, hogy szinte minden szokatlan pszichés jelenséget eleve tünetnek, minden devianciát mentális zavar jelének tekint, még abban az esetben is, ha a „tünet" puszta reakció kedvezőtlen társadalmi hatásokra, vagy ha a deviáns viselkedés a szabályok szándékos be nem tartásának és nem betartásukra való képtelenségnek a következménye. Így a DSM alapján történő vizsgálatok jelentősen túlbecsülik a pszichiátriai zavarok előfordulási gyakoriságát, incidenciáját és prevalenciáját. [67]
Lássunk néhány példát!

A gyerekkori tanulási zavarok.

A gyerekkori tanulási zavaroknál (olvasási, számolási, írásbeli kifejezési zavar) a DSM-IV a diagnózis kimondásához csak azt követeli meg, hogy a vizsgált gyermek teljesítménye (pl. olvasásban, számolásban) lényegesen alatta maradjon a kor és az intelligencia alapján elvárhatónak. A gyerek teljesítménye azonban nemcsak zavar, vagyis agyi diszfunkció következtében maradhat jelentősen el kortársaihoz képest, hanem az érdeklődés vagy a gyakorlás hiánya miatt is. Vagyis például egy olvasásban való jelentős elmaradás a kortársakhoz és az intelligencia alapján elvárhatóhoz képest még nem árulja el, hogy az az agyi diszfunkció következtében áll-e fenn, vagy külső okokból, pl. az elegendő gyakorlás hiányában. [68]

A gyerekkori szeparációs szorongás.

Ennek DSM-IV szerinti definíciója „Fejlődésileg inadekvát és túlzott mértékű szorongás..”[69] meglétét követeli meg akkor, ha a gyermek elválik azoktól, akikhez kötődik. Mit jelent azonban, hogy egy elválás kapcsán fellépő szorongás túlzott mértékű? Erre nincsen iránymutatás a DSM-ben, ez nyilvánvalóan a körülményektől is függ, ezekkel kapcsolatban azonban nincsenek kidolgozott standardok. Például ha az USA-ban egy gyerek apja önkéntesként elmegy az iraki háborúba, akkor a gyermek kifejlődő szorongása ésszerűtlen? Ha más gyerek, akinek apja ugyanabba a háborúba ment, nem szorong, de a kérdéses gyerek jobban előrelátja az apjára váró veszélyeket, például azt, hogy apja akár meg is halhat ott, s ezért szorong, akkor ez patológiás? Ez a szorongás a DSM szerint már túlzott mértékűnek fog számítani, mikor a valóságban ez a gyermek részéről csak normális reakció lehet arra, hogy szülőjét a háborúban akár el is veszítheti.[70] A „tünet” önmagában—kontextusa nélkül—semmit nem mond arról, hogy normális reakció-e, s akkor egyáltalán nem is tünet, vagy diszfunkció eredménye-e? Csak utóbbi esetben tekinthető ugyanis valóban tünetnek.

Pszichoaktív szer ártalmas használata (abúzus).

A DSM-IV definíciója szerint a zavar fennállásának kimondásához szükség van az alábbiak közül legalább egy kritérium fennállására egy 12 hónapos időszak alatt[71]:

…(2) Visszatérő szerhasználat olyan helyzetekben, amikor az fizikailag veszélyes (pl. szer hatása történő autó- vagy gépvezetés).

(3) A szer használatával kapcsolatos ismételt jogi problémák (pl. letartóztatások a szerrel kapcsolatos viselkedések miatt).

(4) Folyamatos szerhasználat tartós vagy visszatérő szociális vagy interperszonális problémák ellenére, amelyeket a szer hatása okozott vagy súlyosbított (pl. vitatkozás a házastárssal az intoxikáció következményeiről, tettlegesség)….

Így—ahogyan Wakefield megjegyzi—a DSM ebbe a kategóriába sorolja például azt a serdülőt, akinél az alábbi három jellemző közül bármelyik fennáll[72]:

Egy 12 hónapos időszak alatt többször

- az esti bulikról hazatérőben alkohol hatása alatt vezet autót
- a fiatallal rendszeresen veszekszenek a szülei annak alkoholhasználata miatt
- ismételten összetűzésbe kerül a rendőrséggel ittas vezetés miatt

Természetesen, ha valaki alkoholosan vezet autót, ez rossz döntés a részéről, sőt felelőtlenség. Azonban miért betegség? Sokféle egyéb oka lehet a mentális zavaron kívül annak, hogy egy fiatal alkohol hatása alatt vezet haza az esti bulikról: a

kortárscsoport nyomása, a többieknek való megfelelni vágyás, vagy az, hogy ezt látta saját szüleitől, s ezt természetesnek tartja. Az is probléma ezekkel a kritériumokkal, hogy külső tényezőktől teszi függővé a szerabúzus fennállását: a szülők tűrőképességétől (ti. hogy veszekszenek-e a gyerekükkel annak alkoholfogyasztása miatt) vagy a rendőri ellenőrzés szigorúságától. Egy szülő így azzal, hogy intoleráns gyermeke alkoholfogyasztása iránt, s másoknál hajlamosabb veszekedni vele, a veszekedés puszta tényével „meg tudja betegíteni" a gyerekét, hiszen ezzel az ki fogja elégíteni a szerabúzus DSM-beli kritériumát. A valóságban természetesen a szülői veszekedés tényétől a gyermek nem lesz betegebb, a szülő veszekedése a gyerek mentális zavara nélkül is előfordulhat.
Hasonlóképpen, a szokásosnál buzgóbb rendőrség is „beteggé" teheti így az alkohol hatása alatt volánhoz ülőt, hiszen az a rendőri „lefülelés" tényével kielégíti a DSM kritériumát a szerabúzusra.[73] Mindez ellentétben áll a DSM saját definíciójával, mely szerint „Sem a deviáns viselkedés, pl. politikai, vallási vagy szexuális téren, sem pedig az olyan konfliktusok, melyek elsődlegesen az egyén és a társadalom között állnak fenn, nem tekinthetők mentális zavarnak, kivéve, ha a deviancia vagy konfliktus az egyén diszfunkciójának egy tünete."

A gyermekkori viselkedési zavar.

Ennek egyik DSM-IV kritériuma:

„…(14) a szülői vagy szülői jellegű otthonban élve, éjszaka elrohan otthonról (legalább kétszer, vagy egyszer, de hosszú ideig nem tér vissza)…"[74]

Ez a kritérium nem szól arról, hogy a gyermeknek van-e indoka otthonról elrohanni. Mintha abból indulna ki, hogy csak jó otthonok vannak, s az onnan elrohanó gyerekek betegek. Mintha nem venne tudomást arról, hogy olyan szörnyű körülményeket biztosító otthonok is vannak, ahol a gyermek legegészségesebb reakciója lehet az elszökés. Ez a kritérium kicsit a drapetománia diagnózisára hasonlít, mely a rabszolga elrohanását gazdájától tekintette feltétlenül patológiásnak.[75] A drapetománia abból indult ki, hogy a rabszolgának az ura házában a helye, a drapetománia ezért patológiás. Ma könnyen látjuk eme definíció rasszista alapjait. A gyermekkori viselkedési zavar fenti kritériumánál kevésbé látjuk saját korunk előítéletét, mely szerint a gyermeknek otthon a helye, s bármilyen rosszul is bánnak vele szülei, elszökése otthonról patológiás. A mindennapi életben persze tudjuk, hogy nagyon rossz otthonok is vannak, s az innen való elszökés nem patológiás, hanem a legtermészetesebb védekező reakció a gyermek részéről. A DSM mégis implicite egy családdal kapcsolatos idilli felfogást látszik magáévá tenni, ahol az otthonok jók, s az onnan elszökő gyerekek inadekvátan viselkednek, ezért patológiásak.
A gyermekkori viselkedési zavar egyéb DSM kritériumai is szinte kizárólag a „tünetekre" koncentrálnak, s nem vizsgálják, miért jönnek azok létre. Az agresszíven viselkedő, rongáló, a szabályokat súlyosan megsértő gyerek lehet, hogy a kortárscsoport nyomására, lehet, hogy a rossz otthoni környezet eredményeként, vagy egy sajátos szubkultúra hatására viselkedik így, s ezért nem feltétlenül kell az

ilyen viselkedés mögött mentális zavart feltételezni. A DSM kritériumai szerint Tom Sawyer vagy Huckleberry Finn is viselkedési zavarban szenvedőknek lennének diagnosztizálhatók![76].

Major depresszív zavar.

Ennek DSM-IV szerinti definíciója sem különíti el megfelelően az élet negatív történései hatására normális reakcióként kialakuló tartós szomorúságot, boldogtalanságot a szervezet diszfunkcióját jelző valódi depressziótól. [77] Mintha abból indulna ki, hogy aki tartósan szomorú, az beteg, s mintha nem fogadná el, hogy lehetnek olyan élethelyzetek, melyek indokolják az egyén tartós szomorúságát. Ma—mint láttuk—boldogtalanság helyett a köznyelv is inkább depresszióról beszél, A boldogtalan és a depressziós ember között a fő különbség az, hogy míg a depressziós szomorúságának oka benne magában van, agyi diszfunkciójában, addig a boldogtalan ember boldogtalanságának oka körülményeiben keresendő. Mintha ma nem fogadnánk el, hogy lehetnek olyan életkörülmények, melyek között az egyén normális reakciója lehet a boldogtalanság. Olyankor is depresszióról szólni, amikor valójában csak boldogtalanságról van szó, egyben azt is jelenti, hogy ilyenkor akaratlanul is felmentjük az illető környezetét, mely boldogtalanságát okozza, s őt magát, agyi folyamatait tartjuk baja okának. A környezet megváltoztatása helyett őt magát akarjuk megváltoztatni, rossz helyzetét még azzal is tetézzük, hogy nem-morális értelemben mégis őt (a szervezetét) tartjuk felelősnek helyzetéért.

A gyermekkori szelektív mutizmus.

Ennek diagnózisa kimondható—egyéb feltételek fennállása mellett-- ha a gyermek következetesen nem hajlandó beszélni olyan helyzetekben, mikor erre elvárás van, noha erre képes lenne, mert beszéli az adott, nyelvet, nem dadog, stb.[78] Ez a kritérium is megelégszik a „tünet" jelenlétével, s nem vizsgálja, nincs-e valamilyen érthető oka annak, hogy a gyermek nem hajlandó beszélni. Például, ha egy gyereket az osztálytársai strébernek neveztek, s megfenyegették, hogy megverik, ha még egyszer ki meri nyitni a száját az órán, ki fogja elégíteni a szelektív mutizmus ismérvét.[79]

A gyermekkori oppozíciós zavar.

Ez a kategória a legalább 6 hónapig fennálló, engedetlen, dacos viselkedés kritériumait sorolja fel, melyekből, ha legalább 4 jelen van, a diagnózis kimondható. A kritériumok közt szerepel:

„..(2) gyakori vitatkozás felnőttekkel
(3) gyakran aktívan szembeszegül a felnőttek elvárásaival vagy normáival
(6) gyakran érzékeny és sértődékeny
(7) gyakran dühös és megsértett.."[80]

Bár az ismérvek között szerepel, hogy az egyes kritériumokat csak akkor szabad figyelembe venni, ha az gyakrabban fordul elő az illetőnél, mint más hasonló korú egyénnél, az viszont nem szerepel, hogy milyen a gyermek környezete. A vitatkozás, az ellenszegülés, a sértődöttség a gyermek érthető reakciója is lehet egy durva környezetre, s ilyenkor a szülői rossz bánásmódért a gyermeket „büntetik" úgy, hogy pszichiátriai diagnózissal látják el.[81] Ez egyben a szülő indirekt felmentését is jelenti.

A gyermek és serdülőkorban diagnosztizált zavarok osztályozásának általános kritikája

Ezen zavarok osztályozásakor alapvető probléma, hogy ma elfogadott elv, hogy a gyerekkori érzelmi és viselkedési zavarok nem érthetők meg a gyermek családi kapcsolatai nélkül. Ezek a zavarok tehát alapvetően kapcsolati zavarokból származnak, vagyis ilyen esetben egy nagyobb rendszer (pl. a család) zavaráról van szó, s nem magának a gyermeknek a primer zavaráról, noha az ő viselkedése jelzi tünetként a zavart.[82] Azzal, hogy a DSM ezeket a zavarokat mint a gyermek, a serdülő pszichiátriai zavarát írja le, s nem mint a család, a szülő, az iskola zavarát, bizonyos mértékig szintén az áldozat „vádolásának" hibájába esik.

Az önkitöltős kérdőíveket, becslőskálákat használó epidemiológiai vizsgálatok medikalizáló hatása

A DSM tünetközpontú diagnosztikai rendszerének medikalizáló hatása legnagyobb mértékben az önkitöltős kérdőíveket és becslőskálákat alkalmazó epidemiológiai vizsgálatokban érvényesül. Mint láttuk, maga a DSM—legalábbis elméletben--elkülöníti, hogy egy tünet pusztán elvárható reakciónak tekinthető-e valamilyen külső hatásra (s ekkor nem betegség), vagy az agy illetve pszichológiai működés diszfunkciójából ered, s ekkor betegség. Ezt a különbségtételt a szokásos klinikai gyakorlat ideális esetben meg is teszi. Ha valakit például elbocsátottak a munkahelyéről azzal, hogy nem alkalmas munkája betöltésére, akkor az illető joggal érzi magát szomorúnak, nyomottnak, joggal fél a jövőtől, érezheti úgy, hogy kudarcot vallott, hogy mindennel elégedetlen, hibáztathatja magát, érezheti úgy, hogy csalódott magában, stb. Ezek a tünetek—tudva, hogy az illető éppen most veszítette el a munkáját, s éppen most szembesítették munkájára való alkalmatlanságával—normális reakciónak tekinthetők egy ilyen pszichológiailag mindenkit nagyon megterhelő eseményre. Ha az illetőt ilyen állapotában egy pszichiáter vizsgálná, valószínűleg a kontextust ismerve nem is tekintené betegnek. A legtöbb ilyen ember azonban nem is kerül pszichológushoz illetve pszichiáterhez, hiszen a laikus is úgy gondolja, hogy a szomorúság ilyenkor normális reakció egy szomorú élethelyzetre. A kérdőíves vizsgálatok azonban jelentősen különböznek a mindennapi klinikai praxistól. Ezek a vizsgálatok igyekeznek reprezentatívak lenni, vagyis olyan mintát választani, mely hűen leképezi a lakosság összetételét kor, nem, társadalmi helyzet s számos egyéb paraméter szerint. Ilyen mintába tehát—szemben a mindennapi klinikai gyakorlattal—nemcsak olyan emberek kerülnek bele, akik úgy érzik, hogy olyan komoly panaszaik vannak, melyekkel orvoshoz kell fordulniuk. Ezért, ha a fenti munkáját elvesztett és arra alkalmatlannak nyilvánított ember—aki panaszával

egyébként nem fordulna orvoshoz-- bekerül egy nagy epidemiológiai vizsgálatba, melyben kitöltetik vele például a depressziós tünetek fennállását vizsgáló, széles körben elfogadott és használt Beck-kérdőívet, akkor annak számos kérdésére olyan választ fog adni, melynek alapján ő enyhe vagy közepes depresszióban szenvedőnek fog tűnni. A Beck-kérdőív ugyanis nem vizsgálja, hogy az illető szomorúsága indokolt-e, adekvát reakciónak tekinthető-e egy élethelyzetre, vagy környezeti hatásra, hanem depressziósnak fog tekinteni mindenkit, akinél a felsorolt tünetek megfelelő számban jelen vannak, függetlenül attól, hogy a vizsgált személy nyomott hangulata élethelyzetéből következő-e (s ekkor nem tekinthető pszichiátriai zavarnak) vagy abból nem következik (s ekkor pszichiátriai zavarnak tekinthető.) Ami a Beck-kérdőívre igaz, az sok más pszichológiai és pszichiátriai önkitöltős kérdőívre illetve becslőskálára is az. Lehet mérni, hogy valakinél fennálltak-e az elmúlt héten például szexuális zavarokra utaló tünetek, túlzott mértékű alkoholfogyasztás, jelentős szorongás, stb. anélkül, hogy vizsgálnánk, nem az illető elmúlt heti élethelyzetéből következtek-e ezek? Lehetett valakinek az elmúlt héten szexuális funkciózavara, mert pl. egy másik partnerrel próbálkozott, ihatott valaki szokatlanul sok alkoholt, mert éppen egy lakodalmon vett részt, szokatlanul szoronghatott, mert elveszítette a hitelkártyáját, stb. Mindezek nem derülnek ki egy kérdőíves vizsgálatból, csak az, hogy bizonyos tünetek fennálltak-e. [83]

A tünetek kontextusát—a klinikai gyakorlattal szemben-- a kérdőívek sohasem tudják mérni. A kérdőíves vizsgálatok ezért —mivel csak bizonyos „tünetek” fennállását vizsgálják, azok indokoltságát azonban nem—jelentősen túlbecsülik a betegek számát, mert az egyén bármely életproblémájából fakadó pszichológiai reakcióját tünetnek, s így betegség jelének tekintik. Az ilyen kérdőívek alapján készült epidemiológiai vizsgálatok így azt a látszatot keltik, hogy nagy számú beteg ember van a társadalomban, akiknek a betegségéről nem tudunk és akiket ezért nem is kezelünk. A valóság ezzel szemben az, hogy ezek a kérdőívek inkább azt mérik, hogy mennyi problémát élnek át az emberek egy adott időben, mely problémák nagy része társadalmi, magánéleti stb. jellegű, s a „tünet” csak ezek átélése, pszichológiai lecsapódása, de nem pszichiátriai értelemben vett betegség. [84] Mindez természetesen nem kérdőjelezi meg ezen vizsgálatok létjogosultságát. Az általuk kimutatott problémák valódi problémák, valódi emberi szenvedést jeleznek, s jó mérői a társadalmi problémák egyéni, pszichológiai hatásainak. Félreértés csak akkor keletkezik, ha az így kapott eredmények medikalizált interpretációt kapnak, mert ekkor maguk is részeivé válnak a medikalizációt elősegítő folyamatoknak.

Mennyire értékmentes a DSM kritériumrendszere?

A DSM első két kiadása (1952 és 1968) még pszichodinamikus orientációjú volt. A pszichiátriai diagnózisok ateoretikus, s minél kevésbé értékterhelt megfogalmazásának kísérlete a DSM III (1980) s ennek revideálásai: a (DSM III-R (1987), s a DSM-IV (1994). Ezek a revíziók már a pszichiátria értékmentességét tagadó kritikák ismeretében születtek.

A DSM-IV keletkezése óta eltelt évek vitái azonban rámutattak, hogy a DSM távolról sem értékmentes, apolitikus, tisztán tudományos osztályozása a mentális zavaroknak. Mint láttuk, az értékek szerepe a szomatikus betegségek definíciójánál

sem elhanyagolható, ezért az értékek jelenléte bármely klasszifikációs rendszerben elkerülhetetlennek tekinthető. Az értékek jelenléte a DSM-ben tehát önmagában még nem tekinthető problematikusnak. A probléma inkább az, hogy a mentális zavarok osztályozásába sokkal könnyebben szivárognak be egyszerű politikai, kulturális, szakmai, egyéni s egyéb előítéletek, mint a szomatikus zavarok osztályozásába, s ezek kimutatása egy objektívabb, tudományosabb kritériumrendszer kialakításához elengedhetetlen. [85]

Az értékek szerepe a Személyiségzavarok DSM IV-szerinti kritériumaiban.

A DSM III (1980) vezette be a személyiségzavarok fogalmát. A definíció szerint a személyiségzavar

„A. Az élmény és a viselkedés olyan tartós mintája, amely **jelentősen eltér** a személyes kultúra **elvárásaitól**. Ez a minta az alábbi területek közül kettőben (vagy többen) nyilvánul meg:

(1) kognitív funkciók (azaz önmaga, mások és a külső események észlelésének és értelmezésének módja)
(2) affektivitás (azaz az érzelmi válasz mértéke, intenzitása, labilitása és **megfelelő módja**)……

B. A tartós minta rugalmatlan és a személyes és szociális helyzeteket széles körben áthatja…."[86]

A definícióban vastag betűvel jelöltem azokat az értékelő elemeket, melyek nem tudományosan objektív fogalmak, hanem a klinikus--szubjektív értékrenden alapuló--megítélését követelik meg. Ezek az ítéletek azonban egyénenként, társadalmi csoportonként változnak, s ezért könnyen vitathatók. Ha például egy orvostanhallgató fiatalember egy orvosi egyetemen fülében karikával jelenik meg, akkor ez jelentősen eltér a személyes kultúra elvárásaitól? S mi számít itt a személyes kultúrának? A fiatalember környezete, vagy az orvosi egyetem oktatói kara? Esetleg a betegek, akiket megbotránkoztathat ez a külső?
A normál klinikai gyakorlatban a klinikusnak természetesen figyelembe kell vennie kliense társadalmi helyzetét, azt a szubkultúrát, amiben az él. De honnan ismerné ezt a klinikus, ha nincs róla közvetlen tapasztalata? Nagy itt a tere a nemi, etnikai, kulturális előítéletek érvényesülésének.[87] A DSM-ben felsorolt legtöbb zavar határai a valóságban elmosódnak, s annak megállapítása, hogy valami megfelelő viselkedés-e, csak a társadalom azzal kapcsolatos elvárásainak és az adott szituáció pontos ismeretében megállapítható. A gyanakvás mikor válik például paranoiává? Más a határ az 50-es évek Magyarországán, mint ma, s más egy titkos ügynöknél, mint egy átlagpolgárnál. De honnan tudhatja egy klinikus, hogy mekkora egy titkos ügynöknél a megfelelő mértékű gyanakvás? Ennyire szakmára lebontva aligha készültek vizsgálatok, s így ennek megállapítása „érzés", intuíció kérdése, s mindig tartalmazza a társadalom s az adott klinikus szubjektív véleményét.

Ez annál is inkább így van, mert a modern társadalmak multikulturálisak: sokféle mikrokultúra és szubkultúra létezik egymás mellett, még egy családnak, vagy egy baráti társaságnak is meglehet a maga mikrokultúrája. Így ezek megismerése lehetetlen a pszichiáter számára, pedig ezen mikrokultúra kritériumait kellene használnia annak meghatározására, hogy az egyén viselkedése jelentősen eltér-e saját kultúrája elvárásaitól. Nagy ilyenkor természetesen a kísértés, hogy ne az illető saját kultúrájának az elvárásait vegyük figyelembe, melyet nem is ismerünk, hanem a domináns kultúra elvárásait. Ebben az esetben azonban személyiségzavarban szenvedőnek fogjuk diagnosztizálni azt, aki egyszerűen nem ért egyet a domináns kultúrával, illetve nem ahhoz, hanem egy más mikrokultúrához tartozik.[88] Ez a non-konformisták stigmatizálását jelenti, s természetesen eltér a DSM saját kritériumától, mely hangsúlyozza, hogy „..sem a deviáns viselkedés, pl. politikai, vallási vagy szexuális téren, sem pedig az olyan konfliktusok, melyek elsődlegesen az egyén és a társadalom között állnak fenn, nem tekinthetők mentális zavarnak, kivéve, ha a deviancia vagy konfliktus az egyén diszfunkciójának egy tünete."
Nézzünk néhány konkrét személyiségzavart, hogy megvizsgálhassuk, miképpen színezik át annak kritériumrendszerét a szubjektív értékek.

A hisztrionikus személyiségzavar.

A DSM-IV a hisztriónikus személyiségzavar diagnosztizálásához szükséges kritériumok között említi a következőket:[89]

"..(3) gyorsan változó és felszínes érzelmeket mutat ki
..(5) túlzóan hangulatkeltő, részletekre nem figyelő beszédstílusa van
...(7) mások vagy a körülmények által könnyen befolyásolható.."

Nyilvánvaló, hogy a fenti kritériumok esetén nincsenek objektív standardok, s ezért, annak megítélése, hogy valakinek felszínesnek és gyorsan változónak tekintjük-e az érzelmeit vagy hogy valakinek túlzottan hangulatkeltőnek ítéljük-e a stílusát, a klinikus vagy az intézmény egyéni normáitól, preferenciáitól függ.

A kényszeres személyiségzavar

Ennek a kritériumai között a DSM-IV a következőket sorolja fel[90]:

"...(3) szélsőségesen odaadó a munka és a produktivitás iránt, kirekesztve a szabadidős elfoglaltságokat és baráti kapcsolatokat (és azt a pénzügyi szükség nem indokolja).."

Hogyan lehet megítélni, hogy valaki szélsőségesen odaadó-e a munka és a produktivitás iránt? Honnan lehet tudni, hogy mennyi munka iránti odaadás normális? Itt jól ismerten nagyok a kulturális különbségek is, s így az egyik kultúra már túl nagy munka iránti odaadást fog diagnosztizálni valakinél, aki a másik kultúrában még különösebben szorgalmasnak se számítana. Itt nyilvánvaló ismét, milyen nagy szerepet játszik a diagnózisban a klinikus saját értékrendje, mely így egy objektív, tudományosan igazolt etalon státuszát nyerheti el, s ismét tudományos,

objektív, pártatlan ítéletnek maszkírozhat egy egyszerű előítéletet vagy egy szubkultúra normarendszerét.

A szkizotip személyiségzavar

Ennek kritériumai között a DSM-IV. a következőket sorolja fel[91]:

„…(4) szokatlan gondolkodás és beszéd (pl. homályos, körülményes, metaforikus, túlbonyolított vagy sztereotip)
..(7) szokatlan, excentrikus sajátságos magatartás vagy megjelenés.."

Itt is kérdés, ki mit tekint excentrikusságnak, s ebben egy művészi hajlamokkal megáldott, az excentricitás iránt toleránsabb pszichiáter máshol húzza meg a határt, mint egy, az ilyesmi iránt kevésbé toleráns diagnoszta.[92] S mit jelent a homályos gondolkodás illetve beszéd? Ronald Laing említi például, hogy Kierkegaard *A szorongás fogalma* című művét egy kiváló bostoni pszichiáter 1944-ben az American Journal of Psychiatry-ban úgy recenzeálta, hogy a mű több részlete olyan homályos és érthetetlen, hogy azt bizonyítja, hogy írója pszichiátriai beteg, szkizoid személyiség. Ezzel szemben Laing teljesen érthetőnek találta ezt a művet, s úgy látta, hogy az az utóbbi 200 év talán legjelentősebb teológiai szövegei közé tartozik.[93]
Ugyancsak Ronald Laing említi egy kollégájának a megjegyzését, aki bentlakó pszichiáterként dolgozott 1963-65 között a New York-i Metropolitan Hospitalban, s ahol az osztály egyik orvosa a szkizofrénia diagnosztizálásakor egyik fontos kritériumnak tekintette, hogy ő ne értse, amit a beteg mond. Erre egy kollégája megjegyezte, hogy ő Hegel műveit is igen nehezen érti, s azt kérdezte az orvostól, hogy ennek alapján vajon Hegelt is szkizofrénnek diagnosztizálná-e? A pszichiáter igennel válaszolt.[94]

A szkizoid személyiségzavar

Ennek DSM-IV kritériumai között szerepel egyebek mellet például a következő:

„(6) közömbös mások dicsérete vagy kritikája iránt"[95]

Nem világos azonban, hogy ez miért negatívum. Egy magabiztos, autonóm személyiségre éppen az jellemző, hogy a környezetével szemben is önálló vélemény kialakítására képes.[96] Vannak olyan egészségdefiníciók, melyek éppen ezt a tulajdonságot tekintik a személyiség érettsége egyik legfontosabb jelének, vagyis az autonómiát, a környezet ítéleteitől való relatív függetlenséget. Elfogadható-e tehát egy személyiségzavar kritériumai között egy olyan jellemzőt felsorolni, mely más felfogás szerint éppen az érett, független, autonóm személyiség jellemzője?

Az antiszociális személyiségzavar

Az antiszociális személyiségzavarnál különösen élesen merül fel az a kérdés, hogy az ilyen viselkedés miért tekinthető zavarnak, s miért nem devianciának? A zavar

megjelölés arra utal, mintha itt az egyén a kóros állapota által determináltan cselekedne, mely kizárja a szabad választást és a felelősséget. Éppen ebben különbözik a zavar a devianciától, utóbbi esetben ugyanis az illető tudna a szabály szerint viselkedni, csak nem akar, míg zavarnál akarna megfelelően viselkedni, csak nem képes rá. Látni kell azonban, hogy annak meghatározása, hogy egy viselkedés melyik kategóriába tartozik, a zavar vagy a deviancia kategóriájába-e, sokszor nem a tapasztalatból származik, hanem döntés kérdése. Például az antiszociális személyiségzavar DSM-beli kritériumainál szerepel, hogy az illető képtelen a szociális normákhoz alkalmazkodni. Mit jelent azonban itt az, hogy képtelen? Képtelen valaki valamire, ha nagyon igyekszik valamit megcsinálni, de azt mégsem tudja. Például egy értelmi fogyatékos igyekszik megoldani egy bonyolult feladatot, de minden igyekezete ellenére kudarcot vall. Az antiszociális személyiségzavar esetén azonban a külső megfigyelő számára inkább úgy tűnik, hogy az illető ugyan tudna, de nem akar a normákhoz alkalmazkodni. Ekkor azonban nem zavarról, hanem devianciáról lenne szó. Az, hogy az antiszociális személyiségzavar esetén mégis zavarról beszélünk, azt jelenti, hogy feltételezzük, hogy az illető nem képes a normákhoz alkalmazkodni.[97] A mindennapi életben –s ez beszivárog a pszichiátriai klasszifikációs rendszerekbe is—tehát sokszor önkényes, hol húzzák meg az akaratlan, és a szándékos viselkedés határát. Ez függ a megítélő társadalom értékrendjétől, s előítéleteitől is. [98]

A morális megítélés fontossága személyiségzavarok esetén

Van, aki úgy fogalmaz, hogy számos személyiségzavar megállapítása ma inkább morális, mint orvosi ítéletnek tekinthető. Ez különösen a személyiségzavarok B-csoportjára jellemző (az antiszociális, a borderline, a hisztrionikus és a narcisztikus személyiségzavarra) melyek alapvetően nem egy fiziológiai normától, hanem egy társadalmi normától való eltérést jelentenek.[99] Ezeket a személyiségzavarokat alapvetően egyfajta morális deficit, mások érdekeinek a figyelembevételére való hajlandóság hiánya a jellemző. Ha egy antiszociális, narcisztikus vagy hisztrionikus személyiségzavarban szenvedő őszintén elhatározza, hogy ezentúl oda fog figyelni mások érdekeire és szempontjaira, akkor ez már önmagában a javulás jele, e nélkül azonban lehetetlen eme személyiségzavarok kezelése. Tehát ezen személyiségzavarok kezelése egyfajta „morális" kezelés: sikerességéhez szükséges a kezelendő morális elkötelezettsége, s erőfeszítése.[100] Noha elkötelezettség minden pszichoterápiához kell (egy fóbiától vagy egy depressziótól való megszabadulás is elkötelezettséget igényel), morális elkötelezettséget azonban csak a fenti személyiségzavarok igényelnek.[101] Ez egyben természetesen azt is jelenti, hogy ezen személyiségzavarok kezelése nem annyira orvosi, hanem morális terápia, a kezelendő személy autentikusabbá tétele, egyszóval sokkal inkább nevelés, mint gyógyítás.[102]

Az értékek szerepe a Paraphiliák meghatározásában

A szokásos heteroszexuális élettől való eltérést korábban szexuális perverzióknak vagy paraphiliáknak nevezték. A DSM-IV nem használja a pejoratív „perverzió" kifejezést, helyette paraphiliákról beszél, s nyolc specifikus paraphiliát különböztet

meg. Ezek: az exhibicionizmus, a fétisizmus, a frotteurismus, a pedofilia, a szexuális mazochizmus, a szexuális szadizmus, a transzvesztita fétisizmus és a voyeurizmus. Tartalmaz egy kilencedik kategóriát is, a máshova nem osztályozott paraphiliák kategóriáját.
Korábban a homoszexualitás is a paraphiliák közé tartozott, ez azonban a DSM-III-ban (1980) már nem szerepelt, csak—ahogy láttuk—annak ego dystoniás formája, vagyis amikor a homoszexuális személy elégedetlen szexuális irányultságával, szenved miatta, s annak megváltoztatását szeretné. A szexuális irányultságával elégedett személy ego-syntoniás homoszexualitása azonban ma már nem számít a DSM szerint betegségnek.
Felmerül azonban a kérdés: ha az ego-syntoniás homoszexualitás nem betegség, akkor miért tekinthetők továbbra is annak a paraphiliák azon egyéb—szintén ego-syntoniás formái, melyek másoknak nem okoznak kárt vagy szenvedést? Ezt implicite a DSM-IV is elismeri, amikor a legtöbb paraphilia diagnosztikus kritériumai között megemlíti, hogy annak „...klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, munkahelyi vagy más fontos funkciók romlását..” kell okoznia. Ebből tehát az következik, hogy csak a szenvedést okozó paraphiliák számítanak betegségnek, a szenvedést nem okozók, s a társadalmi funkcionálást nem rontók azonban nem.[103]
Természetesen—mint már említettük—a DSM-IV nem tárgyalja azt a problémát, hogy nem természetes-e, ha valaki szenved homoszexualitása vagy paraphiliája miatt egy olyan társadalomban, mely a paraphiliákat elutasítja, s az ilyen embereket sokszor üldözi? Mivel a DSM-IV betegségdefiníciójában szerepel, hogy az egyén és a társadalom közötti konfliktus okozta szenvedés önmagában még nem betegség, ezért a paraphiliákkal kapcsolatos szenvedésnek „endogénnek”, a személyből, a zavarból magából származónak kell lennie ahhoz, hogy az ego-dystoniásnak számítson. De egy--a paraphiliásokat elutasító-- társadalomban honnan lehet tudni, hogy a paraphiliás által átélt szenvedés endogén-e? A paraphiliások nagy részének szenvedése valószínűleg nem a paraphiliából önmagából, hanem a társadalmi elítélésből következik, s így ezért a DSM saját definíciója szerint ezek a paraphiliák nem számíthatnának patológiásnak.
Másrészt, a DSM-IV nem említi, hogy a másoknak szenvedést okozó paraphiliák (pedofilia, voyerizmus, frotteurizmus, exhibicionizmus) esetén éppen az ego-syntoniás formák jelentik a komolyabb patológiát az ego-dystoniásakhoz képest, hiszen ha valaki semmiféle szenvedést nem érez amiatt, hogy másoknak szenvedést okoz, az komolyabb patológia jele, mintha ő is szenved az általa másnak okozott szenvedés miatt.[104]
Összességében tehát nincsenek jó érvek arra, hogy miért szerepelnek a DSM-IV-ben a másoknak kárt nem okozó paraphiliák továbbra is a pszichiátriai zavarok között, mikor a homoszexualitás (mely legalább annyira szokatlan vagy eltérő a szokásos heteroszexuális élettől) nem szerepel. A válasz valószínűleg az, hogy a DSM-IV nem tudományos megfontolásokból, hanem sokkal inkább a szexuális szokások hagyományos—kulturálisan determinált-- erkölcsi alapú megítéléséből indult ki, s ezeket maszkírozza tudományos igazságoknak.[105] A problémát az is bonyolítja, hogy a nemi szerepek a fejlett országokban fellazulóban és átalakulóban vannak, ezért ma nincsen ideológiamentes, általánosan elfogadott leírása az egészséges női illetve férfi viselkedésnek. Elfogadott norma híján tehát nem tudjuk, hogy mihez képest számít egy szerep deviánsnak? Ezen kérdések

megválaszolása pedig alapvető lenne annak eldöntésében, hogy pl. létezik-e premenstruális diszfóriás zavar, nemi identitás zavar vagy a BNO-10-ben leírt túlzott szexuális vágy zavara (nymphomania és satyriasis)?[106]

A hipoaktív szexuális vágy zavar.

A DSM-IV ismeri a hipoaktív szexuális vágy zavar diagnosztikus kategóriát, melyet-egyebek mellett-a szexuális aktivitásra való vágy és a szexuális fantáziák hiánya vagy deficitje jellemez.[107] Ennek a megítélése a DSM szerint a klinikus feladata. Hogyan lehetne azonban itt objektíven dönteni? Nem fog függeni a klinikus döntése saját normáitól, attól, mit gondol normálisnak a beteg korában és társadalmi helyzetében? Egy cölibátusban élő pap esetén ezek a normák mások, mint egy prostituált esetén, de honnan fogja tudni a klinikus megítélni, mi a norma az egyik ill. a másik esetben? Mindez nagyon sok szubjektivitást tesz lehetővé.

Az értékek szerepe a DSM-ben a valószínűségek értékelésében, s a kockázatvállalás ésszerűségének megítélésében

A DSM szerint a specifikus fóbia túlzott, ésszerűtlen félelem egy tárgytól vagy helyezettől.[108] Honnan tudható azonban, hogy egy félelem túlzott ill. ésszerűtlen-e? Például honnan tudható, hogy a repülőgépen való utazástól való félelem túlzott-e?[109] Hiszen a repülőgépek néha lezuhannak. Függ a katasztrófa statisztikai valószínűségétől az, hogy a félelem ésszerűtlen-e? Az, hogy pl. egy repülőgép-katasztrófa valószínűsége 1: 1000000, a tőle való félelmet ésszerűtlenné teszi? S ha annyira ésszerűtlen, hogy valaki egy 1:1000000 valószínűséggel bekövetkező katasztrófától fél, hogy azt már pszichiátriai zavarnak, repülési fóbiának lehet nevezni, akkor miért nem ésszerűtlen ötös lottón játszani és ötös találatban reménykedni, melynek jóval kisebb a valószínűsége, mint egy repülőgép-katasztrófának: 1:44000000. Paradox módon a lottójáték különböző formáin világszerte százmilliók játszanak, s ezt ma nem tekintik betegségnek. Ha a repülési fóbia betegség, akkor a lottón való játszás, s az ötös találatban való reménykedés miért nem az? Ha egy kis valószínűségű tragikus esemény bekövetkezésétől való félelem betegség, akkor egy ennél sokkal kisebb valószínűségű szerencse bekövetkezésében való reménykedés miért nem az? Persze mondhatjuk, hogy a repülési fóbia erősen korlátozhatja egy ember életét, s ezért patológiás, míg a lottózás, ha nem viszik túlzásba, nem szűkíti be egy ember életét, s ezért nem kóros. (Itt most természetesen a túlzásba nem vitt lottózásról beszélünk, hiszen ha valaki pénze nagy részét lottóra költi, akkor már kimeríti a kóros játékszenvedély DSM-IV kategóriáját.)[110]
Nem lehetséges azonban, hogy a lottó ötösben való titkos reménykedés túlságosan passzívvá teszi az illetőt az egyéb pénzszerzési lehetőségek kiaknázását illetően? Esetleg nem keresi elég intenzíven a kínálkozó üzleti lehetőségeket, nem foglalkozik a pénzszerzés egyéb módozataival, mert abban reménykedik, hogy egyszer majd nyer? A lottónyereményben való reménykedés tehát éppúgy lehet diszfunkcionális, mint a repüléstől való félelem, s ezt mégsem tekintik patológiásnak,

noha itt egy sokkal kisebb valószínűségi esemény bekövetkeztében bízik valaki, mint amilyen valószínűségű katasztrófa bekövetkezésétől a repülési fóbiás tart. Mindez azt mutatja, hogy az, hogy mekkora valószínűségű esemény bekövetkezésétől való félelem ésszerűtlen, meglehetősen önkényes.

Egyéb DSM kategóriák

Számos egyéb DSM kategória még nagyobb szubjektivitásra ad lehetőséget. Az "Egyéb, klinikai figyelmet igénylő állapotok" között sorol fel pl. a DSM-IV ilyen kategóriákat: szülő gyermek kapcsolati probléma (nemtörődömség, túlféltés, érzelmi mellőzés, stb.), partnerkapcsolati probléma, testvérkapcsolati probléma[111], a kezeléssel való együttműködés hiánya[112], foglalkozási probléma[113], vallási és spirituális probléma, életciklus probléma.[114] Ezekkel a kategóriákkal szemben ugyanazok a kifogások hozhatók fel, mint amelyekről az eddigiekben már szó volt. Hol van a túlféltés határa? Mit jelent a kezeléssel való együtt nem működés? Ezen kategóriák határai szükségszerűen elmosódóak, s a szubjektív megítélésnek, a klinikus saját normáinak túl nagy a szerepe a meghatározásukban.
S a fenti kategóriák láttán természetesen az a kérdés is felmerül, hogy miért nem tartoznak a pszichiátriai zavarok közé az említetteknél sokkal komolyabb patológiát sugalló viselkedések? Miért nem tekintjük pl. betegnek a sorozatgyilkost, a terroristát? Egyáltalán, hogyan lehet elkülöníteni a patológiából származó bűnözést a nem-patológiából származótól? Miért nem lehet minden súlyos bűncselekményt elkövetőt patológiásnak tekinteni?[115] A kérdések természetesen csak azt mutatják, hogy nehéz elméletileg határt szabni a medikalizációnak, ha a társadalmi normáktól való eltérést tesszük meg a pszichiátriai zavar fő diagnosztikus kritériumának.

Ellenérvek a kritikákkal szemben.

A DSM kategóriarendszereinek önkényességét bíráló megjegyzések természetesen jogosak, némiképp azonban igazságtalanok. Hiszen nem szabad elfelejteni, hogy minden kategorizálás szükségszerűen önkényes és a kategorizálás céljai által meghatározottan szubjektív. Az, hogy pl. a nagykorúság törvényes határa a betöltött 18. év, némiképp önkényes, hiszen 1 nappal a 18. születésnapja előtt valaki nem rendelkezik választójoggal, 1 nappal később pedig igen. Mi változik annyira ez alatt az egy nap alatt—kérdezhetnénk--mely indokolja, egy ilyen lényeges jog, mint a szavazáshoz való jog korlátozását illetve megadását? Hasonlóan önkényes határok a szomatikus medicinában is vannak, például némiképp önkényes, hogy a normális laboratóriumi értékek, vérnyomásértékek, testmagasság értékek stb. határait hol húzzuk meg. Abból azonban, hogy pl. nem tudjuk pontosan megmondani, hol húzódik a törpenövés vagy az óriásnövés határa, nem következik, hogy ezek a jelenségek nem léteznek, vagy hogy az óriás és a törpenövés meghatározása *teljesen* önkényes.

A másik megjegyzés a klasszifikáció módjára vonatkozik. Minden klasszifikáció hasznossága ugyanis céljától függ. Ha például valaki könyvek szállításával foglalkozik, célszerű a könyveket nagyság szerint osztályoznia, hiszen hasonló nagyságú könyvek együtt szállítása könnyebb. Egy könyvtárban vagy egy könyvesboltban azonban a könyvek nagyság szerint elhelyezése célszerűtlen lenne, itt elfogadottabb a szerző vagy a téma szerinti osztályozás, hiszen így az olvasók könnyebben megtalálják az őket érdeklő könyveket. [116] Nincsen tehát objektíve jó osztályozás, csak a céljának megfelelő és nem megfelelő osztályozás van. A DSM-ben alkalmazott osztályozás célja pedig hármas volt: a kutatók és a klinikusok közötti kommunikáció elősegítése, olyan osztályozás kialakítása, mely segít a kezelési terv meghatározásában, s lehetővé teszi az egyes kezelési formák hatékonyságának az összehasonlítását. [117] Ezekhez a célokhoz kell mérni az osztályozás hasznosságát.
Mindebből tehát az következik, hogy a DSM egy olyan osztályozás gyermekbetegségeitől szenved, mely tárgyát még nem ismeri elég alaposan, s kicsit „tapogatódzik" az ismeretlen területen.

A DSM klasszifikációs rendszer javításának lehetőségei.

A klasszifikáció javítása a tudományos kutatás által feltárt új tények és a fenomenológiai elemzés segítségével

Ma úgy tűnik, hogy a DSM-IV, s általában a jelenlegi pszichiátriai diagnosztikai rendszer jelentős módosításra szorul, mert betegségentitásai kevéssé validak. Például a valóságban a depresszió és a szorongás ritkán különül el, a kettő jelentős átfedést mutat, akinek az egyik van, az a másikban is szenved, s ezért a kettő nem két külön betegségentitás, mint ahogyan a DSM állítja. Ezzel szemben például az obszesszív-kompulzív zavar, mely a DSM-ben a szorongásos zavarok között szerepel, genetikai vizsgálatok alapján valószínűleg nem szorongásos zavar.[118] Természetesen nem minden kategória egyformán támadható. A DSM pánikroham leírása, vagy a mánia leírása valószínűleg érvényes marad, mert valódi entitásokat jelöl, ezzel szemben a személyiségzavar csoportra a káosz jellemző, s sokak szerint az egész személyiségzavar tengelyt újra kellene gondolni.[119]Valószínű az is, hogy ugyanazon tünet (klinikai fenotipus) mögött többféle genetikai ok állhat, s ezáltal más-más lesz a zavar lefolyása, s elvben másnak kell lennie a kezelésnek is.[120]
A jelenlegi klasszifikáció komoly hiányossága—mint már említettük—hogy a reliabilitás érdekében feláldozta a validitást. Az egyes zavarokat jellemző tüneteket ugyanis az alapján választották ki, hogy milyen könnyen megfigyelhetők, milyen egyértelműen definiálhatók, s nem az alapján, hogy mennyire tartoznak egy zavar lényegéhez. Így a pszichiátriai zavarok lényegét jellemző belső élmények fenomenológiai leírása héttérbe szorult,[121] s az ezt nélkülöző diagnózis veszít árnyaltságából. Például a major depresszív zavar mai diagnózisa a depressziót mint egységes entitást kezeli, sőt, a más pszichiátriai zavarokban (pl. szkizofrénia) fellépő depressziót is minőségileg ugyanolyannak tekinti, mint az elsődleges depressziót. Eszerint tehát a különböző depresszív állapotok között csak kvantitatív különbségek lennének, a hangulat minősége azonban minden depresszióban

azonos lenne.[122] A DSM-IV például a depresszió tünetei között „levert hangulatról", „szomorúság vagy üresség" érzéséről beszél, mintegy azt sugallva hogy a depressziós szomorúság és a „normál", hétköznapi szomorúság között nincs minőségi különbség, a különbség legfeljebb annak intenzitásában vagy tartósságában tapasztalható. Ez azonban ellentétben áll a klinikai tapasztalattal, s a korábbi DSM-III definícióval is, mely depresszióban a szomorúság sajátos minőségéről beszélt, a melankólia érzéséről, mely eltér a normál szomorúságtól.[123] A melankóliás—csak depresszióra jellemző—szomorúság, a „normál" szomorúságtól eltérően ok nélkülinek tűnik a beteg számára, mintegy kívülről rákényszerítettnek, egyfajta tompultságnak, zsibbadtságnak, mindent áthatónak, mely lerázhatatlan, akarattal befolyásolhatatlan, s ugyanakkor énidegen. A beteg inkább lenne szomorú, de elmondása szerint a melankóliás szomorúság fő jellemzője, hogy inkább közömbösség, minden érzés—a beteg számára riasztó-- hiánya. [124]
A melankóliás szomorúságot a betegek mint egyfajta erőtlenséget, testi gyengeséget írják le, melyben hiányzik az életerő, az élmények intenzitása, s melyben mintegy bezárva érzik magukat saját magukba. [125] Összefoglalva tehát a melankóliás szomorúság alapvetően más minőségű, mint a hétköznapi szomorúság, ez inkább mindenféle hangulat énidegen hiánya, s nem levert hangulat. Míg a hétköznapi szomorúságban egy ember továbbra is saját magának érzi magát, addig a melankóliás szomorúság furcsa, énidegen érzés, amiben az illető úgy érzi, hogy nem tud saját maga lenni, egyfajta melankóliás deperszonalizáció.[126]
Látható, hogy a depresszió fenti –fenomenológiai természetű—leírása sokkal gazdagabb, mint a hagyományos, mert sokkal inkább a beteg szubjektív élményére koncentrál, mely a zavar lényegét alkotja, s nem pusztán a külső szemlélő által is könnyen megfigyelhető tünetekre. Ilyen fenomenológiai megközelítésű diagnosztikus entitásoknak sokkal nagyobb lenne a validitásuk, mint a jelenlegi kategóriáknak, s közelítenének a betegségentitások ideál-típusokként való leírásához.

A pszichiátriai betegségentitások ideál-típusokként való megközelítésének előnyei a DSM kategoriális betegségdefiníciója helyett

A Max Weber által bevezetett fogalom úgy ír le egy jelenséget, hogy leírja annak „tökéletes" példáját, legjellemzőbb megtestesülését, melynek a jelenség konkrét előfordulásai csak többé-kevésbé felelnek meg.[127] A tapasztalt pszichiáterek ma is így diagnosztizálnak: a gyakorlatban nem nézik, hogy pl. egy pánikbeteg a DSM-ben szereplő hány kritériumnak tesz eleget, ez inkább a gyakorlatlanokra, kezdőkre jellemző. A gyakorlott szakember fejében megvan a pánikbetegség „ideáltípusa" s természetesen tudatában van annak, hogy ez a betegség az egyes betegeknél sokféle egyéni formában jelenhet meg, bizonyos jellemző tünetek hiányozhatnak, illetve más, a betegségre általában nem jellemző tünetek viszont megjelenhetnek. [128]
Az ideáltipikus betegségleírás figyelembe vehetné azt a tényt, hogy ugyanazon betegségben szenvedők tünetei hasonlíthatnak egymásra még akkor is, ha egyetlen tünetük sem közös.[129]

Az ideáltipikus betegségleírás egyben korlátot szabhatna a DSM-ben szereplő kategóriák száma növekedésének is. Erre a komorbiditás pszichiátriai fogalma különösen lehetőséget nyújt. A pszichiátriában ugyanis ritka a valódi komorbiditás, amikor két pszichiátriai zavar egyszerre úgy áll fenn egy betegnél, hogy a hátterükben álló két patológiás folyamat egymástól teljesen független. A pszichiátriában inkább az a jellemző, hogy a komorbiditás mesterséges, a diagnosztikus rendszer sajátosságai miatt jön létre, mely egy ideáltipikus definícióval elkerülhető lenne. Például a DSM-IV-ben a Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok csoportjában az osztályozás 10 kategóriát különít el az alapján, hogy milyen szerrel kapcsolatos a zavar. Ha például egy betegnél három különböző szerrel kapcsolatban áll fenn függés, akkor három diagnózist fog kapni (pl. szervesoldószerrel kapcsolatos dependencia, opiátokkal kapcsolatos dependencia és alkoholdependencia). Ha a DSM ezt a stratégiát a specifikus fóbiáknál is alkalmazná, vagyis külön zavarnak tekintené pl. a galamboktól való fóbiát a kígyóktól való fóbiától, akkor a diagnosztikus kategóriák száma egy csapásra több százzal növekedne, hiszen a gyakorlatban a betegek szinte végtelen számú tárgytól, állattól vagy helyzettől lehetnek fóbiások. [130] A valóságban természetesen a pszichoaktív szerrel kapcsolatos dependencia hasonlóan egységes, mint a specifikus fóbia, s ezt egy ideáltipikus definíció jobban tükrözné, mely ugyanakkor elismerhetné minden pszichiátriai zavar dimenzionális jellemzőit.[131]
A DSM kategoriális betegségkritériumai ugyanis túlságosan kevéssé tükrözik azt a tényt, hogy nincsen éles határ a mentális egészség és betegség között. Vagyis valószínűleg nem az az igazi kérdés, hogy valaki mentálisan egészséges-e vagy beteg, hanem inkább az: mennyire egészséges illetve mennyire beteg? A kategóriarendszer kategoriális definícióját tehát fel kell váltania egy dimenzionális betegségdefiníciónak, s az új klasszifikációs rendszernek integrálnia kell majd a modern idegtudományi kutatásokat és a genetikát is.[132]Eszerint tehát a pszichés egészség és betegség közötti határ szükségszerűen elmosódó, s a kategoriális definíció húzta éles határ ezért szükségképpen mindig önkényes. A pszichiátriai zavar legjobb modellje egyben a legrégebben ismert zavar: az értelmi fogyatékosság. A jelenség objektíve létezik, pontos határának meghúzása azonban önkényes, (ma I.Q. 70 alatt beszélünk megegyezés szerint értelmi fogyatékosságról) s társadalomról társadalomra változhat, hiszen egy hagyományos falusi életforma egészen más követelményeket állít egy ember elé, mint egy modern nagyvárosi miliő. Az értelmi képesség eloszlása dimenzionális, s a normális intelligencia fokozatosan megy át értelmi fogyatékosságba.[133] Mindez más pszichiátriai zavarokra is igaznak tűnik. Például a klasszikus pszichiátria középpontjában álló szkizofréniára is jellemző, hogy „spektrum-betegség”: a rá való genetikai hajlam lehet több vagy kevesebb a poligénes meghatározottság miatt, s ez fenotipikusan bizonyos szkizoid jellemzők megjelenésének mértékében nyilvánul meg. [134]

A kultúra strukturáló hatása és a DSM kategóriák.

Az orvostudományban használni szokták az ex juvantibus diagnózist. Ha egy betegséget nem tudunk diagnosztizálni, de az egy ismert betegségre ható

gyógyszertől meggyógyul, akkor ebből következtethetünk arra, hogy az illető a kérdéses betegségben szenvedett. Például egy antibiotikus kezelésre gyógyuló láz esetén feltételezhetjük, hogy valamilyen fertőzés állt a háttérben, s az okozta a lázat. Ezt a logikát követve úgy tűnik, hogy a DSM-ben leírt zavarok egy jelentős része nem képvisel külön betegségentitást. Nyilvánvalóan elkülönülnek a pszichotikus zavarok, melyek antipszichotikumokkal kezelhetők, s melyek így a pszichózis specifikus gyógyszereinek tekinthetők. Ebből ex juvantibus az is következik, hogy a pszichózisok valóban egy külön betegségentitást képviselnek, közös biokémiai mechanizmusokkal. Ezzel szemben a modern SSRI típusú antidepresszánsok nemcsak depresszióra, hanem a legkülönbözőbb egyéb zavarokra hatnak: a rögeszmés-kényszeres betegségre, az evészavarokra, a szorongásos zavarokra, stb. egyaránt hatékonyak. Az, hogy különböző zavarokra ugyanazon gyógyszerek hatásosak, érv amellett, hogy az egyes zavarok esetleg nem is jelentenek külön betegségentitásokat, hanem az általános vulnerabilitás talaján bizonyos kóros agyi folyamatok—a környezet hatásai által befolyásoltan—más-más tünetekben nyilvánulnak meg, s ezek a szerek ezért hatásosak ezen sokféle zavar esetén.[135] Ezt Horwitz a kultúra strukturáló hatásának nevezi. Eszerint egyben az a feltételezés is téves, hogy az egyes pszichiátriai betegségek tünetei különböző kultúrákban ugyanazok. A kultúra strukturáló szerepe itt azt jelenti, hogy ugyanazok az agyi folyamatok más-más környezetben illetve kultúrában más-más tüneteket eredményeznek.[136] A depresszió például a mai nyugati kultúrában levertségben, alacsony önértékelésben nyilvánul meg, Kínában viszont inkább, mint fejfájás, fáradtság, bizonytalan testi panaszok formájában. [137] A kultúra strukturáló szerepét bizonyítja Horwitz szerint az is, hogy a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága egy adott földrajzi környezetben is az idővel jelentősen változik. Betegségek eltűnnek, s újak jelennek meg. A XIX. században gyakori hisztéria mára a fejlett világban szinte eltűnt, ezzel szemben pl. a még néhány évtizeddel ezelőtt is ritkának számító anorexia nervosa szinte járványos méreteket öltött. [138] Az is feltételezhető tehát, hogy ha a vulnerabilitás genetikailag is meghatározott, akkor a gének csak a vulnerabilitást „kódolják", de nem a kifejlődő mentális zavar pontos tüneteit. Így ami az egyik kultúrában egy nő részéről kényszeres takarításban fog megnyilvánulni, az egy másik kultúrában esetleg anorexia nervosában.[139] Ez még egy kultúrán belül is így van. Ma egyre többet beszélnek férfi-depresszióról, mely más tünetekben nyilvánul meg, mint a női. Míg a depressziós nőkre inkább a depresszió klasszikus tünetei jellemzőek (lehangoltság, reménytelenségérzés, stb.) addig a depressziós férfiakra inkább az agresszió, az ingerlékenység. A kultúra meghatározta nemi szerepek tehát más „formába öntik" (Horwitz szavaival élve másképpen strukturálják) ugyanazt a betegséget. [140]

Ebből az is következne, hogy egy-egy gén vagy gének egy csoportja ritkán feleltethetők meg egy-egy betegségnek. Valószínűleg nem beszélhetünk pl. a hisztéria génjéről vagy a bulimiáéról, hanem egy genetikai talajon kialakuló általános vulnerabilitásról beszélhetünk csak, mely más-más körülmények között más-más tünetek formájában jelenik meg. Mindez azonban visszavezet a már tárgyalt problémához: ma a pszichiátriai zavarokat kizárólag a tüneteik alapján határozzuk meg, hiszen ma egyetlen pszichiátriai zavar fennállásnak sincsenek a beteg panaszaitól, viselkedésétől, élménymódjától független objektív tünetei. Ha azonban az egyes pszichiátriai zavarok kizárólag a tüneteik által definiáltak, akkor eltérő

tünetek esetén honnan tudhatjuk, hogy mégis ugyanarról a zavarról van szó? Ma ez a kérdés megoldatlan, s csak a különböző pszichiátriai zavarok mögött áll genetikai s egyéb mechanizmusok feltárásától várhatjuk e kérdés tisztázását.

A pszichiátriai zavarok nem-specifikus etiológiája következménye: az INUS feltétel.

A pszichiátriai zavarokra valószínűleg általában jellemző a nem-specifikus etiológia tana, mely széles körben elterjedt a társadalomtudományokban, a biológiában és az orvostudományban is. Eme nem-specifikus etiológia szerepének elemzésére dolgozta ki Mackie John Stuart Millnek az okok sokféleségére vonatkozó elemzése alapján az un. INUS (**=i**nsufficient but **n**ecessary part of an **u**nnecessary but **s**ufficient condition) feltételek fogalmát.[141] (magyarul SZNNE=**sz**ükséges, de **n**em-elégséges része egy **n**em-szükséges, de **e**légséges feltételnek.) Amikor tehát egy jelenségnek többféle oka lehet, akkor lehetséges, hogy pl. a kérdéses P jelenséget ABC okok együttesen éppúgy létrehozhatják, mint együttesen DEF, vagy IJK okok. Ebben az esetben viszont mind ABC, mind DEF mind IJK okokra együtt egyaránt elmondható, hogy elégségesek P jelenség létrehozásához. Mit mondjunk azonban pl. „A" okról? „A" okra érvényes az un. INUS feltétel. „A" szükséges de nem-elégséges része egy nem-szükséges, de elégséges oknak. Amit tehát a pszichiátriában egy zavar okának mondanak, az a nem-specifikus etiológia tanának megfelelően általában egy ilyen INUS-feltétel.[142]

Összegzés

A DSM újabb és újabb kiadásainak egyre szaporodó diagnosztikus entitásai, mely a pszichiátriai zavarok számát alig több mint 40 év alatt háromszorosára növelte, jó példája a medikalizáció jelenségének a pszichiátriában. A betegségek száma ugyanis nem azért nőtt meg, mert újabb vizsgálóeljárások új betegségek felismerését tették lehetővé, hanem azért, mert régóta ismert jelenségeket kezdtek egyre nagyobb számban betegségnek tartani. A DSM-III (1980) látszólag döntő fordulatot jelentett a pszichiátriában, mert szigorú diagnosztikus kritériumokat fogalmazott meg. Mivel ezek a kritériumok mindenki által megfigyelhető tüneteket vettek alapul, s tudatosan eltekintettek a tünetek etiológiájától, mert úgy vélték, hogy a korábbi— nagyrész analitikus talajon álló-- etiológiai magyarázatok spekulatívak, tényekkel nem alátámaszthatók, ezért a DSM-III látszólag szakítást jelentett az egyre inkább elutasított, tudományosan bizonytalan analitikus tradícióval, s a modern biológiai pszichiátriai kezdetét jelentette. Horwitz érvelése szerint azonban az analitikus tradícióval való ezen szakítás a tudományosság nevében csak látszólagos. Mivel a DSM-III elfogadta mindazokat a zavarokat betegségként, melyeket a korabeli analitikus pszichiáterek kezeltek, ezért voltaképpen a diagnosztikus folyamat reliabilitását szem előtt tartó újabb diagnosztikus rendszer semmivel sem lett nagyobb validitású, mint a korábbi volt. A diagnózis kritériumai pontosabbak lettek ugyan, de a diagnózis továbbra is az elutasított analitikus elméleten alapul, így betegségkategóriai nélkülözik a validitást, vagyis nem igazi pszichiátriai zavarokat jelölnek, s tág teret adnak a medikalizációnak.

A medikalizáció jól tetten érhető abban, ahogyan az egyes zavarok kritériumainak megfogalmazásakor a DSM eltér saját helyes betegségdefiníciójától is. E betegségdefiníció szerint ugyanis nem tekinthető pszichiátriai zavar tünetének a „.. pusztán elvárható és kulturálisan elfogadott válasz egy bizonyos eseményre..", nem tekinthető mentális zavarnak a politikai, szexuális, vallási s egyéb területen megjelenő deviáns viselkedés, továbbá nem tekinthetők mentális zavar jelének az olyan konfliktusok sem, melyek „…elsődlegesen az egyén és a társadalom között állnak fenn.."
A DSM azonban—a diagnosztikus kritériumok megfogalmazásakor—eltekint ettől a feltételtől, vagyis nem vizsgálja, hogy egy pszichés jelenség nem pusztán elvárható reakció-e egy stresszes környezeti hatásra, hanem valamennyi ilyen reakciót már eleve tünetnek tekint, azt sugallva ezzel, hogy ezek mögött feltétlenül pszichiátriai zavar, diszfunkció áll. Ily módon számos olyan mentális jelenséget, mely pusztán egy kedvezőtlen környezeti hatásra adott normális (bár az egyén számára kellemetlen) reakció mentális zavar tünetének tekint, s ezzel medikalizál. Ezt a hibát a DSM számos diagnosztikus kategória megfogalmazásánál elköveti.
Ez a hiba megjelenik a különböző—az epidemiológiai vizsgálatokban gyakran használt—önkitöltős pszichológiai becslőskálák alkalmazásánál is. Mivel ezek a kérdőívek bizonyos pszichés jelenségek (szexuális funkciózavar, nyomott hangulat, szorongás, ingerlékenység, stb.) az elmúlt rövid időszak (pl. az elmúlt két hét) alatti előfordulására kérdeznek rá, de nem vizsgálják, hogy ezek nem voltak-e indokolt, normális reakciók az azt átélő személy életében előforduló eseményekre, hanem minden ilyen jelenséget tünetnek, s így a patológia jelének tartanak, ezért medikalizálnak. Ezzel a pszichiátriai zavarok gyakoriságát a valóságosnál nagyobbnak tüntetik fel.
A DSM kritériumrendszerének komoly problémája az is, hogy bizonyos értékek megjelennek ugyan a kritériumok között, ezek azonban nem explicitek, s így tág tere van annak, hogy az ezeket alkalmazó klinikus a saját egyéni elfogultságai, saját kultúrájának értékei alapján értelmezze a diagnosztikus kritériumokat. Főleg a személyiségzavarok és a parafiliák értelmezésében van tág tere a klinikus egyéni értékei megjelenésének.
A DSM-mel kapcsolatban a medikalizáción kívül sok egyéb vád fogalmazódott meg. Bírálták a DSM etnocentrizmusát, vagyis azt, hogy diagnosztikus rendszere túlságosan a nyugati kultúra értékrendjén alapul, miközben univerzális, kultúrák feletti érvényességre tart igényt. Bírálták a DSM-et azért is, mert létrehozása sokkal inkább politikai alkukon, mint valódi tudományos konszenzuson alapult.
Komoly probléma a DSM kategóriák pszeudoprecizitása: ezek a kategóriák a diagnózis és a terápia nagy precizitását sugallják, ami valójában csak látszat. A DSM komoly problémája, hogy a mentális betegségek orvosi modelljén alapul, miközben ezen modell kizárólagos érvényessége elméletileg megkérdőjelezhető. Ezen orvosi modell hegemóniája azonban elnyomja az alternatív megközelítéseket, s olyan konszenzus látszatát kelti, mely valójában nem létezik. A DSM hegemón jellege továbbá elleplezi azt a tényt, hogy a DSM ilyen uralkodó helyzetbe nem tudományos erényeivel, hanem inkább politikai folyamatok révén került.
Mindezek a kritikák természetesen nem a DSM vagy valamilyen más ehhez hasonló klasszifikációs rendszer szükségességét kérdőjelezik meg, hanem a jelenlegi klasszifikációs rendszer értékelfogultságaira, medikalizáló jellegére mutatnak rá.

Ezek tudatosításával azonban a jelenlegi klasszifikáció is javítható, részben a tudományos kutatás által feltárt új tények, részben a tünetek fenomenológiai jellegű elemzése segítségével, mely az érzések mennyiségi eltérésein túl azok minőségét is figyelembe veszi. Fontos javítási lehetőség lehet a DSM kategóriák ideáltipikusként való felfogása, s azok dimenzionális jellegének elismerése a jelenlegi klasszifikáció kategoriális jellegével szemben. Komoly tökéletesítési lehetőség a legtöbb pszichiátriai zavar nem specifikus etiológiájából fakadó következmények elemzése. A klasszifikációt is érintő megfontolandó szempont, hogy a pszichiátriai zavarok konkrét megjelenési formáit a kultúra erősen befolyásolja. Ez a pszichiátriai zavarok biopszichoszociális etiológiája tanából következik is. A pszichiátriai zavarra való általános vulnerabilitás talaján a kultúra strukturáló hatása érvényesülhet: a vulnerábilis személyt körülvevő szűkebb környezet strukturáló, formáló hatást gyakorolhat tüneteire, s így a kultúrára, sőt annak mikrokörnyezetére jellemző szindrómákat hozhat létre, melynek tünetei esetleg csak arra a kultúrára, vagy csak arra a mikrokörnyezetre lehetnek jellemzőek, miközben a háttérben jóval általánosabb, kevésbé specifikus vulnerabilitás állhat. A pszichiátriai zavarok további kutatása során a kultúra strukturáló szerepének lehetősége sokkal kiterjedtebb figyelmet igényel, s ezt ma leginkább a szociális konstrukcionista elméletek hangsúlyozzák.

---

[1] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis kiadó. (p. 204)
[2] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (303)
[3] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.
[4] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (304)
[5] Daniel W. Shuman (2002): Softened Science in the Courtroom: Forensic Implications of a Value-Laden Classification. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 227.)
[6] Irwin Savodnik: Psychiatry's sick compulsion: turning weaknesses into disease. (Editorial) Los Angeles Times, January 1, 2006.
[7] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (304)
[8] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (304)
[9] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (305)
[10] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Brisbane--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (305)
[11] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 250)
[12] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 87-88)
[13] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 85)
[14] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 89)
[15] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 87)
[16] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 89)

[17] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 93)
[18] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 104)
[19] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 93)
[20] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 105)
[21] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 180)
[22] H. Kutchins—S.A. Kirk (1997): Making Us Crazy. New York: Free Press. (p. 136) Cit: Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 250)
[23] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 108)
[24] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 121)
[25] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 168)
[26] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 169-171)
[27] H. Kutchins—S.A. Kirk (1997): Making Us Crazy. New York: Free Press. (p. 136) Cit: Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition.) London—Philadelphia: Routledge. (p. 250)
[28] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. xvi)
[29] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. xviii)
[30] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 197)
[31] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 74.)
[32] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 199-200)
[33] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 200)
[34] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 204)
[35] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 214)
[36] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 216)
[37] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 216)
[38] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. xxi)
[39] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 72)
[40] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 74)
[41] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 75)
[42] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 38)
[43] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 38)

[44] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 38)
[45] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 185)
[46] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 185)
[47] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 186)
[48] Harold Alan Pincus—Laurie Mcqueen (2002): The Limits of an Evidence-Based Classification of Mental Disorders. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 23.)
[49] Thomas A. Widiger (2002): Values, Politics, and Science in the Construction of the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 33.)
[50] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company.(p. 238)
[51] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 17.)
[52] Harold Alan Pincus—Laurie Mcqueen (2002): The Limits of an Evidence-Based Classification of Mental Disorders. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 13.)
[53] James Phillips (2002): Technical Reason in the DSM-IV: An Unacknowledged Value. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 79.)
[54] James Phillips (2002): Technical Reason in the DSM-IV: An Unacknowledged Value. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 88.)
[55] James Philips: Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. In: Psychopathology 2005;38:180-184 (p. 183)
[56] IGDA Workgroup, WPA: IGDA. 8: Idiographic (personalised) diagnostic formulation. Br. J Psychiatry Suppl 2003;45:s55-s57 Cit: James Philips: Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. In: Psychopathology 2005;38:180-184 (p. 183)
[57] John Z. Sadler (2002): Values in Developing Psychiatric Classifications: A Proposal for the DSM-V. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 308.)
[58] Michael Alan Schwartz—Osborne P. Wiggins (2002): The Hegemony of the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 199.)
[59] John Z. Sadler (2002): Values in Developing Psychiatric Classifications: A Proposal for the DSM-V. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 301.)
[60] Michael Alan Schwartz—Osborne P. Wiggins (2002): The Hegemony of the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 201.)
[61] John Z. Sadler (2002): Values in Developing Psychiatric Classifications: A Proposal for the DSM-V. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 316.)
[62] Carol Berkenkotter—Doris J. Ravotas (2002): Psychotherapists as Authors: Microlevel Analysis of Therapists' Written Reports. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 268.)
[63] John Z. Sadler (2002): Values in Developing Psychiatric Classifications: A Proposal for the DSM-V. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 315.)
[64] Michael Alan Schwartz—Osborne P. Wiggins (2002): The Hegemony of the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 209.)

[65] Jennifer H. Radden (2002): Implications of an Embrace: The DSMs, Happiness, and Capability. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 168.)
[66] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 37.)
[67] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 37.)
[68] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 157.)
[69] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 64)
[70] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 158.)
[71] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. Zsebkönyv. Budapest: Animula könyvkiadó, 1997. (p. 94)
[72] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 159.)
[73] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 160.)
[74] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 57)
[75] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 155.)
[76] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 162.)
[77] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 160.)
[78] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 65-66)
[79] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 161.)
[80] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 58)
[81] Jerome C. Wakefield (2002): Values and the Validity of Diagnostic Criteria: Disvalued versus Disordered Conditions of Childhood and Adolescence. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 162.)
[82] Christian Perring: Development. Disorders of Childhood and Youth. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p.155)
[83] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 91.)
[84] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 105.)

[85] Thomas A. Widiger (2002): Values, Politics, and Science in the Construction of the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 25.)
[86] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 237)
[87] Lee Anna Clark (2002): Evaluation and Devaluation in Personality Assessment. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 142.)
[88] Lee Anna Clark (2002): Evaluation and Devaluation in Personality Assessment. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 143.)
[89] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 242)
[90] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 245)
[91] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 239-240)
[92] Atwood D. Gaines: Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Macmillan Library Reference. London—Mexico City: Simon & Schuster and Prentice Hall International. (p. 1753)
[93] Ronald David Laing (1990): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja) Budapest: Európa könyvkiadó. (p. 29)
[94] Ronald David Laing (1990): Bölcsek, balgák, bolondok. (Egy pszichiáter útja) Budapest: Európa könyvkiadó. (p. 33)
[95] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 239)
[96] Lee Anna Clark (2002): Evaluation and Devaluation in Personality Assessment. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 144.)
[97] Jennifer H. Radden (2002): Implications of an Embrace: The DSMs, Happiness, and Capability. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 179.)
[98] Christian Perring (2002): Why criteria of Involuntary Action are Value Laden. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 193.)
[99] Louis C. Charland: Character. Moral Treatment and the Personality Disorders. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 64)
[100] Louis C. Charland: Character. Moral Treatment and the Personality Disorders. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 71)
[101] Louis C. Charland: Character. Moral Treatment and the Personality Disorders. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 72)
[102]Louis C. Charland: Character. Moral Treatment and the Personality Disorders. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 74)
[103] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 55)
[104] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 55)
[105] Alan G. Soble: Desire. Paraphilia and Distress in DSM-IV In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 54)
[106] John Z. Sadler: Bug-eyed and breathless: emerging crises involving values. In: World Psychiatry Vol. 4, No. 2. June 2005 (p. 87)
[107] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 199)
[108] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 171)
[109] Paula J. Caplan (1995): They Say You're Crazy. Reading--Massachusetts: Addison--Wesley Publishing Company. (p. 77)
[110] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 233)
[111] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 253)
[112] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 255)

[113] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 259)
[114] A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. (Zsebkönyv) Budapest: Animula, 1997. (p. 260)
[115] John Z. Sadler: Bug-eyed and breathless: emerging crises involving values. In: World Psychiatry Vol. 4, No. 2. June 2005 (p. 87)
[116] George J. Agich (2002): Implications of a Pragmatic Theory of Disease for the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 102-103.)
[117] George J. Agich (2002): Implications of a Pragmatic Theory of Disease for the DSMs. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 112-113.)
[118] Laura Helmuth: In Sickness or in Health. (Brain Disease Special Section.) Science, 31 October, 2003. Vol. 302. No. 5646. (p. 808.)
[119] Laura Helmuth: In Sickness or in Health. (Brain Disease Special Section.) Science, 31 October, 2003. Vol. 302. No. 5646. (p. 809.)
[120] Irving I. Gottesman (2002): Defining Genetically Informed Phenotypes for the DSM-V. In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 292.)
[121] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 204)
[122] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 206)
[123] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 206)
[124] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 207)
[125] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 207)
[126] Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 208)
[127] Assen Jablensky: Categories, Dimensions and Prototypes: Critical Issues for Psychiatric Classification In: Psychopathology 2005;38:201-205 (p. 203)
[128] James Philips: Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. In: Psychopathology 2005;38:180-184 (p. 182)
[129]Alfred Kraus (2003): How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychitary? In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford-New York: Oxford University Press (p. 204)
[130] Michael B. First: Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challange of Diagnostic Comorbidity. In: Psychopathology 2005;38:206-210 (p. 207)
[131] Michael B. First: Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challange of Diagnostic Comorbidity. In: Psychopathology 2005;38:206-210 (p. 210)
[132] Laura Helmuth: In Sickness or in Health. (Brain Disease Special Section.) Science, 31 October, 2003. Vol. 302. No. 5646. (p. 808.)
[133] Thomas A. Widiger: A Dimensional Model of Psychopathology. In: Psychopathology 2005;38:211-214 (p. 213)

[134] Thomas A. Widiger: A Dimensional Model of Psychopathology. In: Psychopathology 2005;38:211-214 (p. 212)
[135] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 113.)
[136] Kenneth S. Kendler: Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. Am J Psychiatry 2005; 162:433-440. (p. 436)
[137] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 115-116.)
[138] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 124.)
[139] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 147.)
[140] Allan V. Horwitz (2002): Creating Mental Illness. Chicago—London: The University of Chicago Press. (p. 148.)
[141] Kenneth F. Schaffner (2002): Clinical and Etiological Psychiatric Diagnoses: Do Causes Count? In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 276.)
[142] Kenneth F. Schaffner (2002): Clinical and Etiological Psychiatric Diagnoses: Do Causes Count? In: John Z. Sadler (ed.) (2002): Descriptions and Prescriptions. Values, Mental Disorders, and the DSMs. Baltimore—London: The John Hopkins University Press. (p. 276.)

6. fejezet--Belátási képesség, döntéshozatali képesség, cselekvőképesség.

A cselekvőképesség megállapításának jelentősége a mindennapi életben

Az, hogy az egyént cselekvőképesnek tekintjük vagy sem döntő jelentőségű, hiszen ettől függ, hogy másnak mennyire kell tiszteletben tartania az illető önrendelkezési jogát, azt, hogy saját ügyeiben ő maga dönthet. Cselekvőképes személy rendelkezik ezzel a joggal, míg a cselekvőképesség korlátozottsága vagy hiánya--abban a vonatkozásban, melyben a korlátozottság vagy a hiány fennáll--megszünteti az illető jogát arra, hogy önálló döntéseket hozzon.
Ilyenkor a feltételezés az, hogy az illető nem képes saját érdekeit képviselni. Ezért a jog a parens patriae elve alapján nem tekinti érvényesnek az ilyen személy döntéseit. Ezzel az állam védi állampolgárai érdekeit akkor, ha azok koruk, illetve testi-szellemi állapotuk miatt erre nem képesek.[1]
A cselekvőképesség korlátozása vagy kizárása tehát az illető személy érdekében hozott, de paternalisztikus döntés. Ez némiképp mindig veszélyezteti az illető személy emberi méltóságát, mert a cselekvőképességétől megfosztott ember hasonló jogi helyzetbe kerül, mint a kiskorú gyermek.[2] Érdekeinek védelme érdekében gondnokság alá helyezik, ez azonban nem csak jogvédelmet jelent, hanem jelentős jogkorlátozást is.[3] A cselekvőképtelen személy gondnoka ugyanis dönthet arról, hogy a gondnokolt hol éljen (pl. pszichiátriai betegotthonban helyezheti el gondnokoltját), a gyámhatóság hozzájárulásával eladhatja annak ingatlanát, ellenőrizheti annak pénzügyeit, stb.[4]
Mivel a gondnokság alá helyezés mélyreható jogkorlátozással jár, ezért nagyon fontos elv, hogy nem kell mindenkit gondnokság alá helyezni, akinek belátási képessége sérült. Ha valakinek az életében nem merülnek fel olyan fontos döntések, melyek gondnokság alá helyezését szükségessé tennék, akkor a gondnokság alá helyezés felesleges.[5] Ez azért is helyes elv, mert a gondnokság alá helyezés--számos döntésből kizárva az egyént--a döntéshozatali képesség hiányának a fenntartása irányában hat. Ha valaki hosszú időn keresztül nem hozhat döntéseket, ez a képessége pusztán ettől a ténytől is tovább sérül. Így a gondnokság alá helyezés ellentétes hatású, mint a rehabilitáció: nem a belátási képesség visszanyeréséhez, hanem annak további csökkenéséhez vezet.[6]

A cselekvőképesség megállapításának jelentősége az orvosi gyakorlatban

A cselekvőképesség meglétének vagy hiányának a megállapítása különösen fontos az orvos számára, mert minden felnőtt, belátási képességgel rendelkező ember szabadon döntheti el, mi történjék vele orvosi kezelése során. Eldöntheti, hogy egyáltalán fordul-e orvoshoz, s ha igen, akkor a diagnosztikus és terápiás alternatívák közül melyek alkalmazását engedi meg, illetve melyeket utasít vissza. A

jog alapvetően a cselekvőképes személy számára engedi meg, hogy orvosi kezelésével kapcsolatban döntéseket hozzon. Az orvosi kezelésbe cselekvőképtelen személy által adott belegyezés nem számít érvényes beléegyezésnek sem jogilag sem etikailag, s ez fordítva is igaz: a cselekvőképtelen személy által adott visszautasítást sem fogadhatja el az orvos, hanem a kezeléssel kapcsolatos döntés pótlásáról kell gondoskodnia.[7] Általában a bíróság feladata megállapítani és kimondani, hogy az érintett személy cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes. Ugyanakkor jogilag is lehetőség van a cselekvőképtelenség bíróság nélküli, informális megállapítására, hiszen a magyar jog szerint gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelennek számít az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége tartósan vagy a jognyilatkozat megtételekor átmenetileg teljesen hiányzik.[8] Az orvosi gyakorlatban nagyon fontos a belátási képesség ilyen informális, konkrét, klinikai kontextustól függő, s a klinikus által történő megítélése, vagyis a betegnek az adott kezelés vonatkozásában fennálló döntéshozatali képességének a megállapítása.[9] Amit a kezelőorvosnak ilyenkor meg kell állapítania, az az, hogy betege rendelkezik-e az adott beavatkozás vonatkozásában döntéshozatali képességgel. A cselekvőképesség és a döntéshozatali képesség fogalma konkrét esetben eltérő jelentést is hordozhat. Lehet például, hogy valakit a bíróság cselekvőképtelennek nyilvánított (mert pl. anyagi ügyei viteléhez szükséges belátási képessége hiányzik), ugyanakkor képes lehet arra, hogy orvosi kezelésével kapcsolatban tájékozott döntést hozhasson, vagyis ebben a vonatkozásban rendelkezhet belátási képességgel. A cselekvőképesség elbírálása során a belátási képesség meglétét vagy hiányát pszichiáternek vagy igazságügyi-elmeorvos szakértőnek kell véleményeznie. Ezért a pszichiátriai etika szempontjából fontos, hogy milyen elvek alapján történik ez a véleményezés. A cselekvőképesség megállapítása azonban az általános orvosi gyakorlatban sem kisebb jelentőségű, mint a pszichiátriában. A legújabb vizsgálatok szerint a kórházban fekvő betegek kb. fele nem tekinthető belátási képességgel rendelkezőnek a kezelést érintő döntések tekintetében. Érdekes módon a belátási képesség csökkenése nem volt kapcsolatos a pszichiátriai diagnózisok számával, s a pszichiátriai tünetek súlyosságával. Ez azt jelenti, hogy az intellektust nem befolyásoló pszichiátriai betegségben szenvedő betegek csökkent belátási képességének a feltételezése a stigma eredménye.[10] A vizsgálatok szerint egy akut betegeket felvevő oktatókórházban a belátási képességgel nem rendelkező betegek 76%-ról a klinikusok, 77 %-ról pedig a hozzátartozók úgy gondolták, hogy rendelkeznek belátási képességgel. Eszerint tehát a belátási képesség hiányát az esetek egy részében sem a klinikusok, sem a hozzátartozók nem ismerik fel.[11] Mindez a fogalom és a kritériumok nagy gyakorlati jelentőségét bizonyítja.

A belátási képesség, döntéshozatali képesség fogalma.

Ezen fogalmak használatakor nagy nyelvi zavar uralkodik. A jog általában belátási képességről beszél, s a cselekvőképességnek az ügyek viteléhez szükséges szintű belátási képesség a feltétele. Fontos sajátosság, hogy a hazai jogrendszer a cselekvőképesség kimondásához szükséges belátási képességet nem egy adott

döntés kontextusában vizsgálja, hanem általánosabban, ügycsoportok vonatkozásában. Ezzel szemben az etikai szakirodalomban a belátási képesség kérdése mindig feladat-specifikusan merül fel. Minidig azt kell vizsgálni, hogy az illetőnek egy adott döntés meghozatalához elegendő-e a belátási képessége. Ezért az etikai szakirodalom fogalomhasználata szerint a cselekvőképességhez szükséges belátási képesség mindig egyfajta döntéshozatali képesség: a döntési helyzet előtt álló olyan szintű belátási képességét jelöli, mely lehetővé teszi számára, hogy önállóan döntéseket hozhasson saját ügyeiben, s ezen döntéseit mások tiszteletben tartsák.

Az etikai szakirodalomban szoktak a cselekvőképes döntés, vagy a belátási képességgel meghozott döntés mellett--ezekkel megegyező értelemben--kompetens döntésről, racionális döntésről, felelős döntésről, tudatos döntésről, megértésen alapuló döntésről beszélni.[12] Valamennyi kifejezés azt sugallja, hogy akkor lehet belátási képességgel rendelkező döntésről beszélni, ha az a megfigyelő számára megértésen alapulónak, felelősnek tűnik, vagyis olyannak, melyet tiszteletben kell tartani. Az angol nyelvű szakirodalom a fogalom leírására a kompetencia szót használja. A szó a latin “competens” szóból származik, melynek jelentése: megfelelni a célnak. “X” személy eszerint akkor kompetens “Y” dolgot megcsinálni, ha rendelkezik azzal a képességgel, hogy elvégezze “Y” feladatot, ha alkalmas annak elvégzésére. Aki egy adott feladat elvégzésére kompetens, arról fel lehet tételezni, hogy a feladatot jól fogja elvégezni.[13] Mi az alábbiakban a döntéshozatali képesség és a belátási képesség fogalmakat szinonimaként fogjuk használni. A belátási képesség megléte szükséges ahhoz, hogy egy adott vonatkozásban egy személyt cselekvőképesnek tekinthessünk, vagyis önrendelkezési jogát tiszteletben tartva döntését elfogadjuk, bármilyen legyen is az. Egy másik ember döntését még akkor is tiszteletben kell tartanunk, ha azzal nem értünk egyet, ha úgy gondoljuk, hogy butaságot csinál, s döntése nem szolgálja a saját érdekeit sem. Egy ember döntését saját érdekében csak akkor hagyhatjuk figyelmen kívül, illetve csak akkor bírálhatjuk felül, ha azt nem belátási képessége birtokában hozta. Ezért etikai szempontból nagyon fontos a belátási képesség meghatározásának és vizsgálatának kérdése.

A cselekvőképtelennek tekintés mint az orvosi paternalizmus új eszköze

May szerint nincs jelentős különbség aközött, ha egy beteg visszautasít egy sebész által javasolt műtétet, mely megakadályozná beleinek az elhalását, s aközött, ha ugyanez az ember visszautasít egy befektetési tanácsot, mely megakadályozná, hogy üzletileg csődbe jusson. A befektetési tanács visszautasítása az illető helyzetében őrültség, mégis joga van hozzá, s másoknak ezt a döntést tiszteletben kell tartani. Az emberek befektetési döntései sokszor ösztönösek, nem alaposan meggondoltak, sok bennük az irracionális kockáztatás, mégsem kérdőjelezzük meg, hogy egy személynek egy ilyen rossz döntéshez is joga van. Hasonlóképpen, e felfogás szerint a hasi műtét visszautasítása is lehet őrültség, mégis az illető autonóm döntését jelentheti, melyet tiszteletben kell tartani.[14]

A valóság ettől eltér, a gyakorlatban nem fordul elő, hogy egy személy rossz befektetési döntéseit ne engednék végbevinni, az viszont gyakran előfordul, hogy a

beteg ésszerűtlen döntését az orvos nem veszi figyelembe, hanem a beteget cselekvőképtelennek, inkompetensnek nyilvánítva helyettes döntéshozótól kéri és kapja meg a szükséges, sokszor életmentő kezelésbe való beleegyezést.
Van aki ezt úgy értelmezi, hogy itt a hagyományos orvosi paternalizmus jelent meg új formában. Tradicionálisan az orvos nem vette figyelembe a beteg orvosilag ésszerűtlen döntéseit, hanem a beteg érdekére hivatkozva felülbírálta azt. A XX. század 60-as éveitől kezdve azonban a közgondolkodás, az erkölcs és a jogfejlődés ezt egyre kevésbé fogadta el, s a beteg önrendelkezési jogára hivatkozva megkövetelte, hogy az orvos tartsa tiszteletben a cselekvőképes beteg önrendelkezési jogát. Eszerint tehát ma az orvosi paternalizmus a "hátsó ajtón" jön be: mivel a cselekvőképes betegnek önrendelkezési joga van, ma az orvos a számára ésszerűtlennek tűnő döntés esetén a beteg cselekvőképességét kérdőjelezi meg, és így éri el, hogy az történjen, amit az orvos akar.[15] Mivel ez valódi veszély, ezért különösen fontos a belátási képesség fogalmának alapos elemzése.

A belátási képesség un. "küszöb" standardja.

Az alábbiakban—Buchanan és Brock nyomán--amellett fogunk érvelni, hogy a cselekvőképességhez szükséges belátási képesség szintje döntés-specifikus, döntés-relatív: a döntés tétjétől és jellegétől függő. Röviden azonban meg kell említeni az alternatív felfogást, melyet a belátási képesség "küszöb-standardjának" is szoktak nevezni. Ez abból indul ki, hogy a belátási képesség nem döntés-specifikus, hanem globális fogalom. Eszerint egy ember akkor cselekvőképes, ha rendelkezik egy bizonyos minimális szintű belátási képességgel, s ez a szint független a meghozandó döntés fajtájától. Bármely döntés esetén elegendő ennek a minimálisan megkövetelt szintű belátási képességnek a jelenléte ahhoz, hogy cselekvőképes döntésről lehessen beszélni, függetlenül attól, hogy a döntésnek mekkora a tétje az illető személy számára, s függetlenül attól, hogy mennyire komplex információk megértése szükséges a döntés következményeinek a felméréséhez.[16] Aki a megkövetelt "küszöbnél" nagyobb belátási képességgel rendelkezik, az eszerint a standard szerint valamennyi döntése vonatkozásában cselekvőképesnek számít.
Az általunk vázolt felfogás--a belátási képesség globális standardjával szemben--annak változó, csúszó standardja mellett érvel. Eszerint az, hogy valaki rendelkezik-e belátási képességgel, nemcsak saját képességeitől függ, hanem annak a döntésnek az objektív követelményeitől is, melyet meg kell hoznia. A cselekvőképesség tehát az illető belátási képessége és a meghozandó döntés által megkövetelt képességek közötti viszony függvénye.[17] Akkor lehet csak cselekvőképesnek tekinteni az illetőt , ha rendelkezik a döntés által megkövetelt belátási lépességgel, melynek szintje döntésről döntésre különböző.
Meg lehet figyelni, hogy a jogfejlődés is a belátási képesség "küszöb-standardja" felől halad a változó, csúszó standard elfogadása felé. Régebben például kiskorúakat mindenféle döntésből kizártak, hiszen jogilag nem cselekvőképesek. A józan ész, s több kutatás is megkérdőjelezi ennek az álláspontnak a helyességét. Vizsgálatok szerint például 14 éves korú gyerekek orvosi beavatkozásba való

beleegyezés tekintetében ugyanolyan belátási képességgel rendelkezőnek bizonyultak, mint a 18 és a 21 évesek.[18] Ma egyre gyakoribb, hogy a jog is megköveteli kiskorúak esetén véleményük, döntéseik figyelembe vételét, ha az adott döntés vonatkozásban belátási képességük van. A 2001. évi XV. tv. szerint a kiskorú személyét és vagyonát érintő jognyilatkozat megtétele során a törvényes képviselő köteles figyelembe venni a kiskorú véleményét. Ez a kötelesség korlátozott cselekvőképességű kiskorú (alapesetben 14-18 éves kor között) mindig fennáll, cselekvőképtelen kiskorú esetén esetén (alapesetben 14 éves kor alatt) csak akkor, ha az már ítélőképessége birtokában van. (12/D. §)[19] Az idézett törvény hasonló elvet követ a cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett nagykorúak esetén is. Az ilyen személy gondnokának a gondnokolt kívánságait, kéréseit meg kell hallgatnia, és a döntések meghozatala előtt lehetőség szerint figyelembe kell vennie. (15/A. §)[20]
Hasonló elvet követ az az orvostudományi kutatásokról szóló rendelet, mely szerint ha a cselekvőképtelen személy ki kíván lépni a kutatásból, ezt a döntését maradéktalanul figyelembe kell venni, ha az a tájékoztatás megértésén és az információk értékelésének képességén alapul.[21] Mindezek tehát a belátási képesség változó standardjához való közeledést[22] és a korábban alkalmazott globális standardtól való eltérést jelentik.

A belátási képesség körülmény- és döntés-specifikussága.

A belátási képesség mindig beavatkozás-specifikus. A beteg mindig egy adott beavatkozás vonatkozásában tekinthető belátási képességgel rendelkezőnek vagy nem rendelkezőnek. Ritka, hogy valakinek általánosan, semmilyen vonatkozásban nincs döntéshozatali képessége. Legalább néhány orvosi döntésben így sokszor még a cselekvőképtelen beteg is részt tud venni, s ha erre képes, ennek figyelembevétele ma—mint láttuk-- jogilag is kötelező. Ezért a belátási képességet mindig esetről esetre meg kell vizsgálni. Ma egyre kevésbé elfogadható az a korábbi gyakorlat, hogy bizonyos pszichiátriai diagnózissal rendelkező betegeket pusztán a diagnózis miatt globálisan cselekvőképtelennek tekintettek, s mindenféle orvosi döntésből kizártak.[23] Ha egy szkizofrén beteg nem rendelkezik belátási képességgel például szkizofréniája kezelése vonatkozásában (mert hiányzik a betegségbelátása, vagyis nem fogadja el, hogy mentálisan beteg lenne, s ezért nem fogadja el, hogy kezelésre lenne szüksége), ebből még nem következik, hogy ugyanezen beteg diabetese kezelése vonatkozásában ne rendelkezne belátási képességgel.[24] Ezt az érvelést fogadta el egy angol bíróság híressé vált precedens értékű ítéletében (Re C), amikor egy krónikus paranoid szkizofréniában szenvedő beteg esetében, akinek a lábfején kialakult gangrénája miatt az orvosok a jobb lábát térd alatt amputálni akarták, a betegnek az amputációt elutasító döntését nem tekintette érvénytelennek. A bíró érvelése szerint a beteg—téveseszméje ellenére (azt gondolta magáról, hogy ő egy világhírű orvos)—megértette a tervezett beavatkozás jellegét, célját, várt hatását, s ezért ebben a vonatkozásban belátási képességgel rendelkezett, ezért visszautasíthatta a beavatkozást.[25]
A belátási képesség azonban nemcsak a döntési feladattól függ, hanem időben is változó és körülményektől is függő fogalom, melynek megállapítása ezért nem egy

egyszeri aktus, hanem folyamatosan zajló felmérése a beteg döntéshozatali képességének.[26] A beteg tehát nem általában rendelkezik vagy nem rendelkezik belátási képességgel, hanem egy adott orvosi beavatkozás vonatkozásában, egy adott időpontban és adott körülmények között rendelkezik belátási képességgel, míg egy másik beavatkozás vonatkozásában, vagy ugyanazon beavatkozást illetően, de egy másik időpontban vagy más körülmények között esetleg nem rendelkezik vele. A döntéshozatali képesség függ a döntési feladat objektív követelményeitől: attól, hogy milyen jellegű és mennyire komplex információkat kell megértenie a döntést hozó személynek ahhoz, hogy mérlegelni tudjon cselekvési alternatívák között. Minél bonyolultabb információk megértésére van szükség, annál összetettebb kognitív képességeket követel a döntés. Ezek megléte vagy hiánya egy adott személynél az idő függvénye is lehet. Egy személy lehet zavart egy bizonyos időpontban, míg zavartsága megszűnhet később, s így visszanyerheti azokat a kognitív képességeit, melyek az adott döntés meghozatalához szükségesek.
A döntéshozatali képesség--az alany kognitív képességein túl--függ azoktól a körülményektől is, melyben valakinek döntést kell hoznia. Mások viselkedése például olyan zavaró lehet a döntést hozó számára, olyan szorongást kelthet benne, mely alkalmatlanná teszi őt információk megértésére vagy alternatívák közötti mérlegelésre. A körülmények megváltoztatásával pedig az illető szorongása megszűnhet, s képessé válhat ugyanarra a döntésre. Így tehát lehetséges, hogy valaki egy új, számára ismeretlen, ijesztő környezetben és ismeretlen emberek között (pl. a kórházi sürgés-forgásban) nem rendelkezik döntéshozatali képességgel, míg ugyanez az ember otthon, nyugodt, számára biztonságot jelentő családi körben visszanyeri döntéshozatali képességét.[27]
A döntéshozatali képesség időben változó, és körülményektől függő jellege sokszor lehetővé teszi, hogy a szükséges döntést elhalasszuk arra az időpontra, amikor az illető visszanyeri döntéshozatali képességét, vagy az illetőt olyan körülmények közé helyezzük, melyben belátási képessége visszatér, s így a szükséges döntést már meg tudja hozni.

A döntéshozatali képesség megállapításának "minden vagy semmi" jellege.

A döntéshozatali képesség megállapításának az a célja, hogy eldöntsük: tiszteletben tartjuk-e a kérdéses személy döntését, vagy nem fogadjuk el azt, és helyettes döntéshozó alkalmazásával helyette döntünk. Így--noha csábító lenne azt gondolni, hogy a döntéshozatali képességnek fokozatai vannak, vagyis rendelkezhet valaki kisebb vagy nagyobb mértékben vele--valójában azonban a döntéshozatali képesség megállapítása egy adott döntés vonatkozásában mindig "minden vagy semmi" jellegű: vagy elfogadjuk a kérdéses személy döntését (s ekkor implicite belátási képességgel rendelkezőnek nyilvánítjuk) vagy nem fogadjuk azt el, s ekkor másnak kell döntenie helyette. Egy adott döntés vonatkozásában tehát a belátási képességnek nincsenek fokozatai: vagy rendelkezik valaki az adott döntés tekintetében belátási képességgel, vagy nem.[28]

Érdekeink védelme vagy önrendelkezési jogunk védelme

Egy személy döntései kapcsán kétféle érdek védelmének van kitüntetett jelentősége. Egyfelől fontos ilyenkor a személy objektív érdekeinek, jóllétének a védelme, vagyis az, hogy a döntés segítsen megvalósítani azt, ami az illető személy érdekében áll. A másik--az előbbivel egyenlő erősségű--érdek a személy önrendelkezési jogának a tiszteletben tartása: az, hogy ő maga dönthesse el, hogy mi történjék vele, hogy ő határozhasson élete fontos kérdéseiben. Ezt annyira fontosnak tartjuk, hogy még akkor is ragaszkodunk ahhoz, hogy saját ügyeinkben mi dönthessünk, amikor tudjuk, hogy döntésünk esetleg nem lesz a legjobb, amikor tudjuk, hogy más esetleg helyesebben tudna dönteni helyettünk. Mivel azonban döntéseinknél nemcsak annak eredménye a lényeges a számunkra, hanem az is, hogy azokat mi magunk hozhassuk meg, ezért önrendelkezési jogunknak akkor is értéket tulajdonítunk, amikor objektív érdekeink szempontjából az nem a maximális hasznot eredményezi. Egyéni érdekünk és önrendelkezési jogunk természetesen alapvetően nem állnak szemben egymással. Legtöbbször mi magunk ismerjük legjobban, mi szolgálja leginkább érdekünket, így önrendelkezési jogunk tiszteletben tartása egyben objektív érdekeink, jóllétünk előmozdítását is jelenti. Másfelől objektív érdekeink, jóllétünk része az is, hogy saját magunk hozhassunk döntéseket életünk fontos kérdéseiben. Jóllétünk, érdekeink és önrendelkezési jogunk tehát alapvetően nem egymással szemben álló fogalmak, hanem egymást átfedők, illetve egymást kiegészítők. Probléma azokban a ritka esetekben merül fel, amikor nem vagyunk képesek saját érdekeink védelmére, amikor úgy tűnik, hogy önrendelkezési jogunk gyakorlása objektív érdekeinket sértené, illetve amikor érdekeinket másvalaki csak önrendelkezési jogunk korlátozásával tudja képviselni. Itt egy nagyon fontos különbségtételre is szükség van. Objektív érdekeink ugyanis erősen függnek szubjektív értékrendünktől. Objektív érdekeink tehát nem azok, amelyeket mások az érdekünkben állónak tartanak, hanem azok, amik saját szubjektív értékrendünk objektíve hatékony megvalósítását teszik lehetővé. Jóllétünk tehát nem azonos azzal, amit mások érdekünkben állónak gondolnak, hanem azzal azonos, ami a saját értékrendünk szerinti értékek megvalósítását hatékonyan lehetővé teszi. Nem feltétlenül igaz azonban, hogy mi látjuk a legjobban, hogy saját céljainkat milyen módon tudjuk a legjobban megvalósítani. Előfordulhat tehát, hogy saját hosszú távú céljaink, vagy boldogságunk megvalósításának módját illetően tévedésben vagyunk. Mások jobban láthatják, hogy az adott helyzetben hogyan kellene döntenünk, ha céljainkat, szubjektív értékeinket meg akarjuk valósítani.[29]

Jóllétünk, érdekeink saját értékrendünk segítségével történő meghatározása sem szünteti meg tehát a konfliktus lehetőségét. Létezhetnek olyan esetek, amikor önrendelkezési jogunk tiszteletben tartása általunk nem értékelt, nem kívánt következmények megvalósulásához vezet. Így előfordulhat, hogy a saját magunk által kívánatosnak, elérendőnek talált célok csak döntéseink korlátozásával s mások általi megváltoztatásával valósíthatók meg. Ezek azok az esetek, amikor a belátási képesség megítélésének a kérdése felmerül.

Látható tehát, hogy itt két érték versengéséről van szó, s a kettő közötti egyensúly megtalálása a feladat. Ha csak egy személy önrendelkezési jogát tartanánk tiszteletben, minden egyéb szempontot mellőzve, akkor ez némely esetben saját értékrendje szerint értelmezett érdekeinek súlyos sérelmét eredményezné. Ha ezzel

szemben minden esetben az illető érdekeinek, saját értékrendje alapján definiált jóllétének érvényesítésére törekednénk, akkor ez önrendelkezési jogát jelentősen korlátozná, hiszen minden ember hoz néha--saját értékrendje szempontjából is--irracionális döntést. A feladat a két érték közötti egyensúly megtalálása: mind az önrendelkezési jog, mind az illető érdekeinek a tiszteletben tartása, illetve képviselete. Ennek a célnak az elérését szolgálja a belátási képesség kritériumainak a helyes meghatározása.
E kritériumok megállapítása során kétféle hibát követhetünk el. Az egyik az, amikor nem védjük eléggé a döntést hozó személyt saját döntésének számára káros következményeitől, még akkor sem, amikor rossz döntése belátási képessége jelentős csökkenésének a következménye. Ezzel azonos nagyságú, de ellenkező hiba, amikor nem engedjük a kérdéses személy számára, hogy saját maga hozza meg a döntést, még akkor sem, amikor erre képes lenne. Minél magasabb szintű belátási képességet követelünk meg egy személytől egy döntés előtt, annál közelebb kerülünk a második típusú hibához: szükségtelenül másnak adunk át olyan döntéseket, melyeket ő maga is meg tudna hozni. Ezzel szemben minél alacsonyabb szintű belátási képességet követelünk meg egy döntéshez, annál gyakrabban követjük el az egyes típusú hibát: olyankor is engedjük dönteni az illetőt, amikor az érdekeit súlyosan veszélyezteti. Mivel az egyik hiba minimalizálása a másik típusú hibát maximalizálja, ezért fontos a helyes középút megtalálása, mely azonban a két érték (az önrendelkezési jog és az objektív érdek képviselete) közötti kompromisszumot képviseli.[30] Látható tehát, hogy a cselekvőképesség kimondásához szükséges belátási képesség szintjének a meghatározása értékektől függő, filozófiai fogalom, mely tudományosan nem határozható meg egyértelműen, hiszen meghatározása nem kizárólag tényektől függ, hanem attól, hogy a két --egyszerre teljesen nem megvalósítható--érték (az illető önrendelkezési joga illetve az illető jólléte) között milyen egyensúlyt tartunk optimálisnak.[31] A belátási képesség standardját tehát nem felfedezzük, hanem kiválasztjuk. [32] Értékrendünktől függően máshol és máshol húzhatjuk meg a határt a jóllét illetve az önrendelkezési jog közötti helyes egyensúly vonatkozásában. Ezt empirikus vizsgálatok is alátámasztják. Annak megítélésében például, hogy egy kórházban fekvő beteg rendelkezik-e belátási képességgel, a család, a klinikusok s az azt vizsgáló kutatók csak közepesen értettek egyet.[33]
A belátási képesség alább tárgyalandó standardjai jól példázzák, hogy a határ más-más helyen történő meghúzása mennyire más-más szintű belátási képességet követel meg a cselekvőképesség feltételeként.

A belátási képesség standardjai.

A belátási képesség minimális standardja: a bármilyen döntésre való képesség.

Eszerint egy személy belátási képességgel rendelkezik, ha ki tudja nyilvánítani, hogy az előtte álló alternatívák közül az egyiket előnyben részesíti a többivel szemben. Egyszóval belátási képességgel az rendelkezne, aki egyáltalán

választani, valamiféle döntést hozni lenne képes.[34] Ez a standard tehát nem vizsgálja az illető által meghozott döntés színvonalát, hanem bármilyen döntést elfogad cselekvőképes döntésnek. Csak abban az esetben nyilvánítja a kérdéses személyt cselekvőképtelennek, ha az sem verbálisan, sem a viselkedéséből kiolvasható un. ráutaló magatartással nem mutatja, hogy előnyben részesítené valamelyik alternatívát az előtte álló választási lehetőségek közül. Ezen standard szerint tehát cselekvőképtelen lenne például az eszméletlen beteg vagy a pszichiátriában a mutacizmusban, stuporban szenvedő beteg. [35]
Ez a standard tartja tiszteletben a beteg önrendelkezési jogát a lehető legnagyobb mértékben, de azon az áron, hogy a kérdéses személy jóllétét egyáltalán nem veszi figyelembe. Elfogad ugyanis bármiféle döntést belátási képességgel rendelkező döntésnek, s nem tesz különbséget belátási képességgel rendelkező, s azzal nem rendelkező döntés között. Így ezt a standardot--mint olyat, mely csak az egyén önrendelkezési jogát veszi figyelembe, jóllétét, érdekeit azonban egyáltalán nem--el kell utasítanunk.[36]

A belátási képesség "ésszerű eredmény" standardja.

Ez a standard az előbbinek szinte az ellentéte, mert abból indul ki, hogy az egyén belátási képességét csak az általa hozott döntés ésszerűsége alapján lehet megállapítani. Ha a döntés "racionális", "helyes", "felelős", akkor az illető rendelkezik belátási képességgel, ha azonban "ésszerűtlen", "helytelen", "felelőtlen", ha más, mint amit hasonló helyzetben levő racionális személyek választanának, akkor a személyt belátási képességgel nem rendelkezőnek kell nyilvánítanunk, s döntését nem szabad tiszteletben tartanunk.[37] Ezt a standardot javasolja Gert és Culver is, akik szerint meg kell vizsgálnunk, hogy amikor belátási képességről beszélünk, akkor mi az a feladat, amit megfelelő szinten kell tudnia elvégezni annak, akit belátási képességgel rendelkezőnek tekintünk. Az ő elemzésük szerint a belátási képesség nem más, mint képesség arra, hogy valaki általában racionális döntést tudjon hozni. [38] Ez egyben az illető céljainak a racionalitását is felméri. Előfordul ugyanis, hogy egy személy döntése racionális annyiban, hogy döntésével célját hatékonyan el tudná érni, viszont irracionális annyiban, hogy maga az elérendő cél irracionális. Ilyen lenne például egy depressziós beteg azon célja, hogy meg akar halni.
Az irracionalitás oldaláról megfogalmazva azt is mondhatnánk, hogy az a személy nem rendelkezik belátási képességgel, aki nem képes a véletlent meghaladó gyakorisággal jó döntéseket hozni.[39]
Gert és Culver definíciójának a problémája azonban, hogy a racionalitás fogalmának definiálása erősen értékrendfüggő. Az ugyanis, hogy egy egyén döntése ésszerű-e, csak értékrendjének figyelembevételével dönthető el. Egy döntés ésszerű, ha célracionális, ha a döntést hozó célját hatékonyan valósítja meg. Vagyis akkor ésszerű egy döntés, ha a döntést hozó azt éri el vele, amit szeretne, s amit szeretne az önmagában racionális. Hogyan dönthető azonban el, hogy egy cél

önmagában racionális-e? Például a mai eutanázia-mozgalom sok képviselője megkérdőjelezi, hogy mindig a depresszió jele-e, ha valaki meg akar halni, vagy ha egy depressziós ember meg akar halni, az mindig ésszerűtlennek tekinthető-e? Miért nem lehet a halálvágy racionális döntés egy kilátástalan élethelyzetben, például egy gyógyíthatatlan s súlyos szenvedést okozó betegség által motiváltan ? (Ilyen meggondolásból egy gyógyíthatatlan, mindenféle terápiára hosszú ideje rezisztens depressziós beteg öngyilkosság iránti vágya is racionálisnak lenne tekinthető.) Az ezzel kapcsolatos heves viták mutatják, hogy a racionalitás fogalma nem olyan problémamentes, hogy önmagában alkalmas lenne egy egyén belátási képességének a meghatározására, noha az irracionálisnak tűnő döntésnek óvatosságból mindig fel kell vetnie a cselekvőképtelenség gyanúját.
Mivel azonban az egyes emberek céljai különbözőek, így az ésszerű döntés kritériuma is más lesz különböző személyek esetén. Ez a standard tehát azért elfogadhatatlan, mert abból indul ki, hogy létezik az ésszerű döntésnek egy--az egyéni céloktól független --általános standardja , s így, ha valaki eme általános standardtól eltér, automatikusan ésszerűtlennek tekinthető. Valójában azonban--mint láttuk--nincs ilyen standard. Egy döntés csak az egyén alapvető, rá jellemző értékei, céljai függvényében lehet ésszerű vagy ésszerűtlen, ezért ez a standard túlságosan paternalisztikus, hiszen mások értékrendjét kényszeríti rá a döntést hozó személyre, nem engedi meg, hogy az döntése során saját céljait, saját értékeit kövesse, azokat akarja megvalósítani. A racionalitás standardja azért problematikus, mert Karlawski szavaival élve racionálisnak általában azt tekintjük, amit egy tulajdonnal rendelkező fehér ember tenne egy adott helyzetben. [40]
A gyakorlatban ezt a standardot mégis mind az orvosok, mind a bíróságok sokkal gyakrabban használják, mint ahogyan azt elismerik.[41] Kimondatlanul ezt a standardot használta az a hagyományos, a 60-as évekig nemzetközileg általánosan elterjedt jogi szabályozás is, mely a kötelező, a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai kezelés megengedését ahhoz a feltételhez kötötte, hogy a betegnek "gondozásra illetve kezelésre" van szüksége. Az e törvény mögött álló implicit érvelés ugyanis az, hogy ha a betegnek gondozásra illetve kezelésére lenne szüksége, de ő ezt nem kezdeményezi, sőt ebbe önként nem is egyezik bele, akkor döntése helytelen, tehát a beteg cselekvőképtelen, mely indokolja az akarata ellenére történő kezelést.[42]
Ez a standard azért tekinthető az előbbi ellenétének, mert míg az előbbi kizárólag a személy önrendelkezési jogát veszi figyelembe, ez kizárólag az egyén--mások által definiált--jóllétét tartja fontosnak. Így ez sem a két érték közötti helyes egyensúly megállapításának a standardja, hanem a egyik érték (az önrendelkezési jog) teljes figyelmen kívül hagyásáé és ezért elfogadhatatlan.[43]

A belátási képesség "ésszerű indokok" standardja.

Ez a standard akkor tekinti a beteg döntését cselekvőképesnek, ha az ésszerű indokok alapján történt, még ha esetleg az eredmény nem is mindig ésszerű. Azt vizsgálja tehát, hogy a döntés hátterében álló indokok nem szélsőségesen ésszerűtlenek-e, nem elmebetegség eredményeként jöttek-e létre, például téveseszmék vagy hallucinációk hatására. Például, ha valaki azért nem engedi, hogy vért vegyenek tőle, mert úgy gondolja, hogy vérét a kórházban rituális célokra

használnák fel, vagy azért nem vesz be gyógyszert, mert téveseszméi alapján úgy gondolja, hogy ezzel meg akarják őt mérgezni, akkor itt a beteg döntése nem ésszerű indokok alapján történt, hanem téveseszméi hatására, s így nem elfogadható, mint belátási képességgel rendelkező döntés.[44] Hasonlóképpen, ha egy paranoid szkizofréniában szenvedő beteg gyomorfekélye átfúródik, s azonnali életmentő hasi műtétre lenne szükség, ezt azonban ő elutasítja azzal, hogy hasüregében jótékony szellemek tanyáznak, melyek eddig is erejének forrásai voltak, hasüregének megnyitásakor azonban ezek a szellemek belőle el fognak távozni, s így ő elveszíti addigi erejét és meghal, akkor itt nem ésszerű indokok, hanem téveseszméje hatására utasította el a beavatkozást, s ezért itt belátási képessége hiányzónak tekinthető.[45]
Ez a standard is problematikus azonban, két okból. Egyrészt extrém esetektől eltekintve itt is nehéz objektíve megmondani, hogy melyik ok számít racionálisnak s melyik irracionálisnak. Másrészt, ha a döntés hátterében szélsőségesen ésszerűtlen indokot is találunk, nehéz megállapítani, hogy ez a beteg döntésében milyen súllyal játszott szerepet, s döntését mennyiben befolyásolták egyéb, ésszerű indokok is. Például a beteg nemcsak azért utasíthat vissza egy gyógyszeres kezelést, mert fél, hogy megmérgezik, hanem azért is, mert fél annak mellékhatásaitól. Az, hogy egy adott döntés esetén milyen mértékben játszott szerepet a beteg által vallott irracionális motívum, s milyen mértékben más, racionális motívumok, a gyakorlatban nehezen megállapítható. Mivel ez a standard is indokolatlan paternalizmusra csábít, (ésszerű indok az, amit az orvos annak tekint), ezért csak korlátozottan fogadható el.[46]

A döntéshozatali képesség folyamat standardja.

Ez a standard nem a döntéshozatali folyamat eredményéből, ésszerűségéből indul ki, s nem is a döntés hátterében álló indokok ésszerűségét méri fel, hanem magát a döntési folyamatot. Azt vizsgálja, hogy a döntés során mit és mennyire kell megérteni, milyen következtetési képességre van szükség, s a kérdéses személy rendelkezik-e ezekkel a megértési és következtetési képességekkel.[47] Ez a döntéshozatali képesség legjobb, leginkább elfogadható standardja.

A döntéshozatali képesség folyamat-standardjának "mozgó", változó jellege: a csúszó standard

A döntéshozatal képesség folyamat standardja elfogadásából az is következik, hogy a megkövetelt belátási képesség szükségszerűen a döntés tétjétől is függ. Minél kockázatosabb egy döntés, minél nagyobb veszélyek leselkednek a döntést hozó személyre akkor, ha döntését tiszteletben tartjuk, annál inkább meg kell követelnünk, hogy az illető a döntését csak a következmények pontos ismeretében, s azok alapos megértése után hozhassa meg. Másképpen megfogalmazva: minél kevesebb múlik egy döntésen, minél kisebb annak a következménye az illető jóllétére, annál alacsonyabb szintű belátási képességet is elegendőnek lehet tartani a döntés tiszteletben tartásához, vagyis annál erősebb szempont az adott

szituációban az illető önrendelkezési joga. Másfelől azonban, minél súlyosabbak a döntés következményei a döntést hozó számára, minél rosszabbul járna, ha döntését tiszteletben tartanák, annál magasabb szintű belátási képességet kell az illető személytől megkövetelni döntésének tiszteletben tartásához. A belátási képesség un. csúszó standardja szerint tehát csekély következményekkel járó döntések esetén csekély belátási képesség is elegendő a döntés tiszteletben tartásához, míg potenciálisan súlyos következményekkel járó döntések esetén csak magas szintű belátási képesség megléte esetén lehet a döntést tiszteletben tartani. Ez a magyarázata annak, hogy amikor egy beteg az orvos által javasolt életmentő beavatkozásba beleegyezik, nem szokták megkérdőjelezni a belátási képességét, míg ha ugyanezt a beavatkozást a beteg visszautasítja, akkor pszichiáternek is meg kell vizsgálnia, hogy a döntés a belátási képesség birtokában született-e? A belátási képesség tehát a döntés kockázatától függ, vagyis asszimetrikus jellegű.[48] Ez tehát élesen szembenáll a belátási képesség szimmetrikusságát hirdető elvvel, mely szerint ha kellő belátási képességünk van ahhoz, hogy egy javaslatot elfogadjunk, akkor arra is kellő belátási képességünk van, hogy azt elutasítsuk. Vagy mindkettőhöz rendelkezünk belátási képességgel, vagy egyikhez sem.[49]
A belátási képesség csúszó standardját mind a hétköznapi gondolkodásban mind a mindennapi orvosi gyakorlatban megtaláljuk. Ha egy szülő a 3 éves gyerekét a játszótérre viszi, esetleg megengedi neki, hogy eldöntse, hogy a zöld vagy a kék kabátját vegye-e föl, hiszen ennek a döntésnek csekély következménye van a gyerek jólléte szempontjából, így a gyerek kívánsága, önrendelkezési joga, az az érdeke hogy ő dönthessen a számára fontos kérdésekben, elsőbbséget élvezhet. Ha viszont a gyerek abban akarna dönteni, hogy a téli hideg ellenére egyáltalán felvegye-e a kabátját, ezt a döntést a szülő már nem engedné át a 3 éves gyereknek, hiszen itt a döntés tétje nagy, s a gyereknek nincs meg az ehhez szükséges belátási képessége. Ezért itt a gyerek azon érdeke, hogy egyedül döntsön, eltörpül jóllétének érdekével szemben, vagyis azzal szemben, hogy ne kapjon tüdőgyulladást.[50] Orvosi példát hozva, lehetséges, hogy egy súlyos dementiában szenvedő beteg már nem képes dönteni abban, hogy többféle lehetséges gyógyszeres kezelés lehetősége esetén nála melyiket alkalmazzák, abban azonban dönthet, hogy a beadás milyen formáját részesítené előnyben. (pl. orális, parenterális, stb.)[51]
Hasonló logikával, ha egy beteg beleegyezik pl. egy életmentő orvosi beavatkozásba, akkor itt viszonylag csekély szintű belátási képességet is el lehet fogadni, hiszen eme döntés tétje a beteg számára kicsi, valószínűleg jól jár a kezelés elfogadásával. Ha viszont ugyanez a beteg elutasítaná ugyanezt az életmentő beavatkozást, ennek tiszteletben tartásához--egyéb feltételek fennállása esetén is--a belátási képesség jóval magasabb szintjét kellene megkövetelnünk, hiszen nagyon “rosszul” jár a beteg a döntés elfogadásakor. A belátási képesség csúszó standardja alapján tehát más szintű megértési képességet kell megkövetelnünk egy orvosi kezelés elfogadásához, mint elutasításához. Ha egy betegnek elegendő belátási képessége van egy kezelés elfogadásához, nincs feltétlenül elegendő belátási képessége annak visszautasításához, és fordítva.[52] (Például egy kísérleti, komoly kockázatokkal rendelkező, viszonylag csekély haszonnal járó beavatkozásba való beleegyezéshez nagyobb fokú belátási képességet kell megkövetelnünk, mint eme eljárás visszautasításához.)

Mivel tehát a cselekvőképesség kimondásához szükséges belátási képesség szintje mindig az adott döntés következményeitől függ, ezért lehetetlen a kívánatos belátási képesség megállapításához általánosan érvényes standardot meghatározni.[53]

Általános alapelvként leszögezhető, hogy amikor a döntés tétje nagy, a lehető legnagyobb mértékű belátási képességet kell megkövetelni, hiszen ez garantálja, hogy az illető döntését a megértés valamilyen zavara vagy a következtetési képesség valamilyen hiányossága ne befolyásolja, vagyis a döntés az illető saját értékrendjét tükrözze, s annak következményei tudatában szülessen. Amikor ellenben a döntésnek csekély a kockázata vagy szinte egyáltalán nincs következménye az illető jóléte szempontjából, mert bármely választható alternatíva egyaránt jó, akkor--mivel az illető jóléte itt nem forog kockán--az illető önrendelkezési jogának kell elsőbbséget élveznie, s ezért kis belátási képesség is elegendő az önrendelkezési jog tiszteletben tartásához.
Így tehát a cselekvőképesség elismeréséhez szükséges belátási képesség attól függ, hogy a döntés az illető jóllétére milyen kockázatot jelent. A jóllét itt mindig az illető saját értékrendje szerinti jóllétét jelenti, vagyis azt, ő mit tekint jónak a maga számára, s nem azt, hogy mások mit tekintenének jónak az ő esetében. A cselekvőképesség korlátozását tehát az nem indokolhatja, hogy az illető mást tekint a maga számára értékesnek, mint a többi ember. A korlátozására csak az szolgálhat indokul, hogy az illető döntése az illető saját értékrendje által meghatározott jóllétét is veszélyeztetné, vagyis döntésével az illető valószínűleg nem azt érné el, amit szeretne, de ezt megértési, következtetési képessége korlátainál fogva nem képes belátni. E standard alkalmazásakor tehát, ha a beteg “rossz”, számára káros döntést hoz, akkor azt kell vizsgálnunk, hogy az illető döntése ésszerű-e, nem más emberek vagy esetleg a társadalom értékrendje szempontjából, hanem saját értékrendje, hosszú távú céljai fényében.[54]
Eme standard szerint tehát joga van valakinek “rossz” döntést hozni, de csak akkor, ha tisztában van azzal, mások miért tartják azt rossznak, s érti döntései következményeit. Csak abban az esetben hozhat “rossz” döntést valaki, ha döntésének következményeit illető minden fontosabb tényt ismer, s döntését irányító értékrendje saját személyiségéből fakad, stabil, konzisztens, s az nem betegség következménye.

Viták a belátási képesség csúszó standardjával kapcsolatban

A belátási képesség csúszó standardja abból indul ki, hogy a belátási képesség nem pusztán a vizsgált személy képességeitől, hanem a feladat jellegétől, a döntés kockázatától is függ. A belátási képesség tehát kockázat függő s ezért asszimetrikus. Ha a kockázat nagy, akkor a belátási képességet is szigorúbb standardok alapján kell megítélnünk (vagyis nagyobb fokú belátási képességet kell megkövetelnünk), míg ha a döntés kockázata csekély, akkor kisebb mértékű belátási képesség is elegendő.
Ez a felfogás azonban--a kritikusok szerint—összetéveszti azt, hogy valaki rendelkezik-e belátási képességgel egy döntés meghozatalához azzal, hogy képes lesz-e jó döntést hozni. A csúszó standard pártolói szerint a belátási képesség

egyben azt is jelenti, hogy valaki egy döntési helyzetben képes jó döntést hozni, jól dönteni abban az értelemben, hogy döntése célracionális: döntésével el fogja érni saját céljait. A döntésre való képesség és a jó döntésre való képesség ilyen módon nem különbözik egymástól.[55] A kritikusok szerint azonban a kettő nem ugyanaz. Belátási képességgel rendelkező ember is hozhat rossz döntést, s ettől még elismerjük a jogát, hogy ezt a döntést meghozhassa, vagyis elismerjük, hogy megvolt hozzá a belátási képessége.[56]

Egy döntés meghozatalához szükséges belátási képesség tehát nem azonos a jó döntésre való képességgel, mert ha azonos lenne vele, akkor minden lényeges döntésünket szakértőkre kellene bíznunk, hiszen jó döntést csak az tud hozni, aki egy adott területen szakértő. El kell különíteni tehát azt, hogy valaki alkalmas-e egy döntés meghozatalára, s azt, hogy képes-e jó döntést hozni.[57] Cale példája szerint tegyük fel, hogy egy szegény ember úgy akar javítani anyagi helyzetén, hogy összes pénzét felteszi rulettre egy kaszinóban, tudva, hogy nemcsak a meggazdagodásra kicsi az esélye, hanem arra is, hogy a játék végén egyáltalán a pénzénél maradjon. Mégis, ismerve az esélyeket, vállalja a kockázatot. Mondhatjuk-e azt, hogy ennek az embernek megvan a belátási képessége arra, hogy ne rulettezzen, de arra nincs, hogy ruletten kockáztassa az egész vagyonát? Ezt nem szoktuk mondani, noha nem tartjuk jó döntésnek, hogy valaki ekkora kockázatot vállal. S ez az oka, hogy—normál körülmények között-- nem is akadályozhatjuk meg a példában szereplő embert a fenti nem-bölcs (de belátási képességgel rendelkező) döntésének a végrehajtásában. Erre legfeljebb csak akkor lenne lehetőségünk, ha az illető játékszenvedélye pszichiátriailag kórosnak lenne tekinthető, mert ebben az esetben ez korlátozná belátási képességét annak *eldöntésében*, hogy játsszon-e vagy sem.[58] Cale szerint a belátási képesség kockázat-függő meghatározása voltaképpen a régi, jól ismert, s mára idejétmúlt orvosi paternalizmus álcázott formában való újramegjelenése. Hiszen segítségével meg lehet akadályozni, hogy a beteg rossz döntést hozzon, azáltal, hogy nagyon magasra emeljük a belátási képesség meglétéhez szükséges képességek szintjét. Cale konklúziója tehát az, hogy a belátási képességet gondosabban kell vizsgálni ugyan, ha a döntés tétje nagy, de nem szabad szigorúbb kritériumot használni megállapítása során, mert a belátási képesség egy döntésre való képességet jelent, s nem a jó döntés meghozatalának a képességét.[59]

Hasonló kritikát fogalmaz meg DeMarco is, aki szerint a belátási képesség csúszó standardja nem más, mint a paternalizmus „beemelése" a belátási képesség fogalmába.[60] Véleménye szerint a döntés kockázatának növekedésével nő ugyan a belátási képesség megléte bizonyításának a szükségessége, de nem kell, hogy szigorodjanak a belátási képesség meglétének kritériumai.[61]

A fenti kritikák azonban nem veszik figyelembe, hogy a csúszó standard alapján is megengedjük, hogy valaki rossz döntést hozzon, csak annak világos megértését követeljük meg, hogy a döntésnek mi lesz a következménye s azt mások miért tartják rossznak. Ezt lehet ugyan paternalizmusnak nevezni, de láttuk, hogy a belátási képesség meghatározásakor valóban figyelembe kell vennünk a beteg jóllétének az érdekét is. A mérlegeléskor azonban a másik érték, a beteg önrendelkezési joga is megjelenik, s a belátási képesség fogalmának a meghatározásakor—mint láttuk—a fenti két érték között kell „egyensúlyozni". Paternalizmusról akkor lenne szó, ha csak a beteg jóllétét vennénk ilyenkor figyelembe, önrendelkezési jogát egyáltalán

nem. Így a belátási képesség csúszó standardját a kritikák ellenére is elfogadhatónak s a gyakorlatban jól használhatónak kell tartanunk.

A belátási képesség összetevői

A belátási képesség, mint láttuk, döntés-specifikus és nem globális fogalom. Valaki nem általában, hanem mindig egy adott döntés vonatkozásában, adott időpontban és adott körülmények között rendelkezik vagy nem rendelkezik belátási képességgel. Így egy személy belátási képességének meghatározása annak eldöntését jelenti, hogy az illetőt egy bizonyos időpontban, bizonyos körülmények között egy bizonyos döntés meghozatalára képesnek tekintjük-e? [62]
A belátási képesség ilyen módon való meghatározásából látható, hogy ritka, hogy valakinek egyáltalán, semmilyen vonatkozásban nincs belátási képessége (ilyen pl. egy eszméletlen beteg). Még egy súlyosan dementálódott betegnek is lehet elegendő belátási képessége például annak eldöntésére, hogy a reggelire kapott kiflit egye meg előbb, vagy inkább a kávéja elfogyasztásával kezdje a reggelit. Legtöbbször a feladat és a körülmények döntik el, hogy valaki belátási képességgel rendelkezőnek tekinthető-e vagy sem.
A belátási képesség folyamat standardja alapján azt az egyént lehet belátási képességgel rendelkezőnek tekinteni, aki [63]

a.) képes megérteni a döntéshez szükséges információkat
b.) képes értékrendje és céljai alapján az egyes cselekvési alternatívák között mérlegelni, s szabad akarattal (külső vagy belső kényszer, pl. betegség által nem befolyásoltan) dönteni.
c.) képes döntései lehetséges következményeit világosan megérteni
d.) képes döntést hozni, s döntését az őt ellátókkal közölni

A döntéshez szükséges információk megértése

A döntéshez szükséges információk megértése bizonyos nyelvi képességek meglétét, bizonyos fogalmak ismeretét tételezi fel a döntést hozó személytől. Orvosi döntések esetén a belátási képességgel rendelkező személynek képesnek kell lennie minimálisan a következő információk megértésére[64]:

1.) Betegsége diagnózisa
2.) A különböző kezelési alternatívák nyújtotta prognózis, beleértve a betegség kezelés nélküli prognózisát.
3.) Az egyes terápiás alternatívák (beleértve a nem-kezelést, mint lehetséges alternatívát) előnyei, hátrányai, kockázatai, s ezek bekövetkezésének valószínűségei.
4) Annak megértése, hogy melyik alternatívát javasolja az orvos és miért?

A megértéshez az is hozzátartozik, hogy a betegnek meg kell értenie, hogy az adott információk rá is vonatkoznak, rá is érvényesek. Van aki ezt külön kritériumnak tekinti, de ez is a megértendő információk részének tekinthető. Például, ha valaki érti ugyan, hogy egy beavatkozás milyen kockázatokkal jár, de azt gondolja, hogy a kockázatok rá nem vonatkoznak, mert ő a Superman, akkor itt hiányzik annak megértése, hogy az információk rá is érvényesek, s így ekkor az illető belátási képessége hiányzik.[65]

A cselekvési alternatívák közötti mérlegelés képessége.

A mérlegelés nem pillanatszerű, hanem időben elhúzódó folyamat, ezért a megjegyző és megtartó emlékezet bizonyos szintje szükséges a zavartalanságához. A mérlegeléshez szükség van még arra, hogy a mérlegelő képes legyen az egyes cselekvési alternatívák következményeinek az összehasonlítására abból a szempontból, hogy melyik milyen mértékben járul hozzá saját érdekei illetve céljai megvalósításához. Szükséges továbbá a valószínűség fogalmával való bánni tudás, a valószínűségek figyelembevételének legalább elemi szintű képessége az egyes--más-más valószínűséggel bekövetkezhető-- alternatívák közötti mérlegelés során. [66]

Saját értékrend, cél megléte, s a szabad akarat alapján történő döntés.

Ahhoz, hogy valaki cselekvési (például terápiás) alternatívák között dönteni tudjon, az szükséges, hogy bizonyos következmények számára előnyösebbeknek vagy hátrányosabbaknak tűnjenek, mint mások.[67] Ehhez az szükséges, hogy a döntést hozónak stabil fogalma legyen arról, hogy mit tekint a maga számára jónak illetve rossznak, mely következményeket tekint a maga számára előnyösnek, s a különböző-- egyszerre nem megvalósítható--előnyök között milyen fontossági sorrendet állít fel. A stabil értékrend a feltétele annak, hogy valaki a döntését relatíve hosszabb időn keresztül fenn tudja tartani, s ne változtassa azokat időről-időre úgy, hogy egy kezelési tervet már annak megkezdésekor meghiusít döntése állandó megváltoztatásával.[68]
A szabad döntéshez szükséges szabad akarat megléte is szükséges a cselekvőképességhez. Eme szabad akarat definiálásával kapcsolatban sok vita folyt. Az illető akarata akkor szabad, ha döntése rá jellemző, autentikus, saját értékeiből következik, s nem betegségéből, vagy külső kényszerből. Az autentikus (szabad akaratból fakadó) döntés definiálásánál többféle megközelítés is van. Az egyik szerint szabad (autentikus) döntés az, amit valaki „hideg fejjel" hoz: ilyenkor valaki a benne „harcoló" ellentétes vágyak, motivációk egyikének sem foglya, mert mindegyiktől kellő távolságot tartva szabadon tud közöttük mérlegelni, s ennek alapján dönteni. [69] Ehhez némiképp hasonló Gerald Dworkin megközelítése, aki szerint az autonómia másodrendű képesség arra, hogy kritikusan viszonyuljunk elsőrendű vágyainkhoz, kívánságainkhoz, preferenciáinkhoz. Eszerint tehát autonóm ember az, aki képes rá, hogy kritikusan megvizsgálja saját vágyait és kívánságait, s

ezeket –értékei nevében-- képes legyen elfogadni vagy megpróbálni megváltoztatni.[70] Mindkét megközelítés tehát azt emeli ki, hogy a szabad (autentikus) döntés arra való képesség, hogy ne legyünk szenvedélyeink, vágyaink, kívánságaink rabságában, hanem képesek legyünk azokhoz—értékeink nevében—kritikusan viszonyulni. Ezt a kritikus viszonyulást, s a szabad akaratot korlátozhatják bizonyos pszichiátriai megbetegedések, pl. depresszió, szenvedélybetegség vagy fóbiák.[71]
Egy személy rá jellemző, hosszú távú, stabil értékrendjének megállapítása a gyakorlatban nem mindig könnyű, hiszen például krónikus depressziónál nehéz megállapítani, hogy az illető céljai mennyire "sajátjai", s mennyire régóta fennálló betegsége következményei. Ilyenkor tehát azt kellene megállapítanunk, hogy melyek az illető "igazi" céljai, s melyek a betegsége hatására létrejött, s így voltaképpen annak tüneteként is felfogható célok. Ráadásul itt még azzal a nehézséggel is szembe kell néznünk, hogy egy ember értékrendje nemcsak betegség hatására változhat meg, hanem személyiségének fejlődése, érése, szerzett élettapasztalatai, stb. hatására is. Így az illető "igazi" értékrendjének megállapítása némiképp mindig bizonytalan, s ezért ilyenkor rendkívül nagy a paternalizmus veszélye: az, hogy saját értékrendünket vagy a társadalom értékrendjét kényszerítjük rá az illetőre, pusztán azért, mert az ő értékrendjét ésszerűtlennek találjuk. Ennek elkerülésére tehát soha nem azt kell vizsgálnunk, hogy az illető értékei, céljai eltérnek-e a társadalométól, s ha igen, akkor elfogadhatóak-e, hanem azt: az illető értékei, vágyai, céljai jelentősen eltérnek-e saját korábbi, rá jellemző értékeitől, vágyaitól, céljaitól, s ez pszichiátriai betegségéből következik-e, vagy nem magyarázható-e inkább személyiségének érésével, nem következik-e élettapasztalataiból?

A belátási képesség nem-kognitív összetevői

A belátási képesség fenti, annak kognitív összetevőire koncentráló leírása azonban egyoldalú. Jól ismert jelenség, hogy érzelmi és motivációs tényezők is fontos alkotórészei a belátási képességnek. A remény és a jövőben való bizalom például segíthet olyan kockázatos döntéseket meghozni, amelynél ésszerű remény van a sikerre, így ez növeli a belátási képességet. A félelem, szorongás viszont elbizonytalaníthat, s ezzel alkalmatlanná tehet egyszerű döntések meghozatalára is, s ezért ezek a belátási képességet csökkentik.[72] A döntés képessége tehát nemcsak kognitív, hanem érzelmi tényezők függvénye is, ezért az extrém fokú szorongás, fóbiák, kényszerek jelentősen csökkenthetik a belátási képességet. Ha például valaki fóbiásan fél az injekciós tűtől és az injekciótól, s ennek látványa hatására elutasít el egy fontos műtétet, melybe korábban már beleegyezett, akkor itt fóbiája belátási képességét korlátozta.[73] 1997-ben angol bírósági döntés is született egy ilyen ügyben, amikor egy császármetszést igénylő asszony beleegyezett a császármetszésbe, mikor azonban betolták a műtőbe, s a műtéti premedikáció keretében injekciót akartak neki adni, akkor azt—az injekciós tűtől való fóbiás félelmében—visszautasította, többször is lehetetlenné téve így a műtétet, melybe korábban mindannyiszor beleegyezett. Az ügyben döntő bíró érvelése szerint, ha az asszony az injekciós tűtől való irracionális félelme miatt eleve visszautasította volna a műtétet, az irracionális lett volna, de nem szolgált volna alapul az asszony

belátási képessége hiányának a megállapításához, s döntése felülbírálatához. Ebben az esetben mégis felülbírálták a döntését, mivel a műtőn kívül beleegyezett a műtétbe, a műtőben azonban oly mértékben erőt vett rajta a tűt látva az attól való irracionális félelme, hogy az ebben a vonatkozásban cselekvőképtelenné tette. Így az asszonyt a tű látványa okozta félelem és pánik hozta belátási képességét megszüntető állapotba, s ez indokolta a műtéti premedikációt lehetetlenné tevő tiltakozása felülbírálását. [74] Látható tehát, hogy az ügyben döntő bíró is a fentebb említett dworkini megközelítésből indult ki, miszerint a belátási képesség képesség arra, hogy kritikusan viszonyuljunk saját vágyainkhoz, félelmeinkhez, preferenciáinkhoz, s értékeink fényében azokat képesek legyünk elfogadni vagy megpróbálni megváltoztatni. A példában szereplő asszony is képes volt erre a műtét előtt, amikor tűfóbiája ellenére is beleegyezett a műtétbe, mert ez felelt meg alapvető értékeinek. A műtőbe betolva, s a tű látványától megbénítva azonban elvesztette a saját félelmeihez való kritikus viszonyulás képességét, s ezáltal belátási képességét is. Ezt ismerte fel a bíró, amikor belátási képességgel nem rendelkezőnek nyilvánította, s fóbiája által befolyásolt döntése felülbírálatát lehetővé tette.

A belátási képesség korlátozottságának két fajtája.

A beteg belátási képességének a korlátozottsága a fenti feltételek vonatkozásában kétféle módón lehetséges[75]:
1) az illető bizonyos tények vonatkozásában téved, s tévedése nem eloszlatható. Például nem képes megérteni egy beavatkozás természetét, a lehetséges következmények valószínűségeit, vagy más tényeket, mert kognitív képességeinek korlátozottsága (pl. értelmi fogyatékosság, dementia, stb.) ezt lehetetlenné teszi a számára.
2) az illető nem a saját, rá jellemző és stabil értékrendje, céljai alapján dönt, vagyis hiányzik az ilyen döntéshez szükséges szabad akarat, mert ezt az értékrendet, vagy ezeket a célokat valamely betegség (pl. depresszió) ideiglenesen eltorzította, vagy a félelem, szorongás nem teszi lehetővé, hogy a helyesnek felismert célok elérése érdekében racionális döntést hozzon. Így például ennek hatására a súlyos depressziós nem vesz magához megfelelő mennyiségű ételt és italt, vagy nem akarja kezeltetni betegségét, mert életét értelmetlennek érzi és meg akar halni. Az ilyen beteg esetleg elveszti érdeklődését saját maga és mások iránt, nem törődik tovább egészségének, jóllétének helyreálltásával, s azon céljai megvalósításával, melyek korábban fontosak voltak a számára. Jó példa erre annak a 49 éves, egyébként ép értelmű, a kezelés lényegét jól megértő depressziós nőbetegnek az esete, akinek egy ECT kezelés (elekrokonvulzív terápia) kockázataival kapcsolatos felvilágosítás során elmondták, hogy 1:3000 az esélye annak, hogy az ECT kapcsán egy beteg meghal. “Remélem, én leszek az az egy” válaszolta a beteg.[76] Itt tehát a beteg--depresszió miatt--a kezelés kockázatát előnyként, remélt lehetőségként fogta fel, mely értékrendjének a depresszió miatti eltorzulásából eredt. A beteg félelme miatt is lehet cselekvőképtelen, pl. tudja, hogy műtétre van szüksége, s mégsem képes beleegyezni, mert fél az altatástól, noha úgy gondolja, hogy annak veszélyét ésszerű vállalnia.[77]

A belátási képesség megállapítása a gyakorlatban

A mindennapi életben ritkán vizsgálják meg esetről esetre egy ember feladat-specifikus döntéshozatali képességét, hanem annak globális meglétét tételezik fel. Abból indulnak ki, hogy nagykorú személy valamennyi döntése tekintetében rendelkezik döntéshozatali képességgel.
Az orvosi gyakorlatban is--hacsak az ellenkezőjére nincs bizonyíték--célszerű abból kiindulni, hogy az adott beteg rendelkezik globális belátási képességgel. Az ártatlanság vélelmének elvéhez hasonlóan célszerű tehát a belátási képesség vélelmezéséből kiindulni. Ez a vélelem összhangban van azzal az alapelvvel, hogy mások döntéseibe beavatkozni csak a legszükségesebb esetben és csak a lehető legkisebb mértékben szabad.[78]
A belátási képesség megállapításánál célszerű a fent vázolt "funkcionális" megközelítést alkalmazni. Ez a megközelítés arra koncentrál, hogy egy adott időpontban egy adott döntés vonatkozásában a kérdéses személy érti-e, hogy milyen döntést kellene hoznia, s annak milyenek lennének a következményei.[79] Eme funkcionális megközelítés előnye, hogy időről-időre változó, hullámzó belátási képességű beteg esetén a beteg döntéseibe való külső beavatkozás mértékét a lehetséges minimumra szorítja le. Figyelembe veszi, hogy még változó belátási képesség estén is lehetnek döntések, melyeket a beteg maga hozhat meg, mások beavatkozása nélkül, s még az ilyen beteg számára is maximálisan biztosítja meglevő belátási képességének tiszteletben tartását.[80] A belátási képesség funkcionális megközelítése lehetővé teszi, hogy ingadozó, időről-időre változó belátási képességű személyeket se zárjanak ki olyan döntések meghozatalából, melyekre képesek lennének.[81]
Ha valaki nem rendelkezik belátási képességgel, akkor minden lehetségest el kell követni, hogy eme hiányzó képességét helyreállítsák. Csak akkor lehet valakit belátási képességgel nem rendelkezőnek tekinteni, ha minden erre irányuló erőfeszítés ellenére sem lehet az illető belátási képességét az adott döntés vonatkozásában és az adott időpontban helyreállítani.[82] Még ebben az esetben is meg kell gondolni, nem lehet-e a kérdéses döntést esetleg későbbre halasztani, arra az időre, amikor az érintett személy nagy valószínűséggel visszanyeri ideiglenesen elvesztett belátási képességét.[83] Ez annál is inkább fontos, mert sok képességünk azáltal nyerhető vissza vagy tartható fent egy bizonyos szinten, ha azt használjuk, működtetjük. "Használd, vagy elveszíted!"--szól az angol mondás annak jelölésére, hogy ha valamely testi vagy szellemi képességünket hosszabb ideig nem használjuk, akkor az elsorvad. Ilyen a döntéshozatali képesség is. Akit huzamosabb időn keresztül megfosztanak a döntés lehetőségétől, az később elveszíti az ehhez szükséges képességeit.[84]

A belátási képesség megállapítása tesztek segítségével

Az orvosi gyakorlatban a belátási képesség vizsgálata általában informálisan történik. Az orvos--a beteg tájékoztatása során--felméri, mennyit ért meg a beteg abból, amit ő mondott vagy milyen mértékben érti őt félre, s a félreértéseket el lehet-

e oszlatni további magyarázatokkal. Vizsgálja továbbá, hogy a beteg kezelést elutasító döntése milyen indokok alapján történik, azok mennyire állnak összhangban a beteg korábbi személyiségével, értékrendjével, s a visszautasítás mennyire tekinthető a beteg autentikus döntésének s mennyire valamilyen betegség pszichés hatásának. A cselekvőképesség megkérdőjelezése a gyakorlatban általában akkor szokott felmerülni, amikor a beteg valamilyen fontos orvosi beavatkozást visszautasít. Ilyenkor legtöbbször pszichiáter konziliáriust hívnak, hogy ő mondja ki a belátási képesség hiányát vagy meglétét. Pszichiáter igénybevételét életmentő vagy életfenntartó beavatkozások visszautasítása esetén a hatályos magyar törvény is előírja.[85]

A pszichiáter--a szakma standardjai alapján--nemcsak globálisan értékeli a beteg belátási képességét, hanem különböző tesztek segítségével igyekszik kvantifikálni a belátási képesség csökkenésének mértékét.

Kétféle megközelítést lehet alkalmazni ebben az esetben: a negatív és a pozitív megközelítést. A negatív megközelítést alkalmazó tesztek azt vizsgálják, nem áll-e fenn a betegnél olyan patológiás pszichés állapot vagy működés, mely kizárja a megfelelő belátási képességet. A negatív megközelítés szerint akinél ilyen patológiás pszichés állapot nem áll fenn, az belátási képességgel rendelkezőnek tekintendő.

A pozitív megközelítés ezzel szemben közvetlenül azt vizsgálja, hogy a beteg rendelkezik-e azokkal a képességekkel, melyek a döntéshozatalhoz szükségesek.[86]

A negatív megközelítés komoly hiányossága a specificitás hiánya. Mivel csak a patológiás pszichológiai állapot jelenlétét mutatja ki, ezért implicit feltételezése, hogy minden pszichiátriai betegség kizárja a döntéshozatali képességet. Ez azonban nyilvánvalóan helytelen, így a gyakorlatban a pozitív megközelítést alkalmazó tesztmódszerek terjedtek el.[87]

A gyakorlatban talán leggyakrabban használt ilyen pszichiátriai teszt a mentális státus vizsgálatának miniskálája, a Mini-Mentál Teszt.[88] Ez kvantitatíve is méri, hogy az illető térben és időben tájékozott-e, vizsgálja a figyelmi funkciót, az emlékezetet, a számolás képességét, stb. A kognitív képességek gyors, durva felmérésére alkalmas.

Sok más tesztet is alkalmaznak, bár ezek nagy része Magyarországon nincs használatban. Ilyen pl. a Mental Competence Scale (MCS) mely 6 területen vizsgálja a pszichés működést: a tudat, az orientáció, a figyelem, az asszociációs képesség, a gondolkodás minősége, és az érzelem vonatkozásában. Mindegyik területen egy négyfokozatú skálán lehet felbecsülni a működést.[89]

Hasonló teszt a Decision-Making Capacity Assesment (DMCA), mely 3 hipotetikus, egyre összetettebb orvosi helyzetet exponál a betegnek, s ennek alapján strukturáltan vizsgálja a beteg döntéshozatali képességét.[90] Számos más teszt is létezik. (Ilyenek pl. az UTD (Understanding Treatment Disclosures), a POD (Perceptions of Disorder), a TRAT (Thinking Rationally About Treatment), a MacCAT-T (MacArthur Competence Assesment Tool-Treatment), a SICIATRI (Structured Interview for Competency Incompetency Assesment Testing and Ranking Inventory), a CQ (Competency Questionnaire), a MOC (Measure of Competency to Render Informed Treatment Decision), a MUD (Measuring Understanding of Disclosure), a DCCL (Disclosure Consent Check List), stb. [91]

Bár ezek a tesztek alkalmasak lehetnek a belátási képesség kezdeti, durva felbecsülésére, komoly korlátozottságokkal is rendelkeznek. Egyrészt társadalmilag hátrányos helyzetű, iskolázatlan embereknél álpozitív eredményeket produkálhatnak: alábecsülhetik a beteg kognitív képességeit, belátási képességgel nem rendelkezőnek mutatva őt akkor is, amikor pedig még rendelkezik azzal. Iskolázott, művelt betegeknél ugyanezen tesztek álnegatív eredményt adhatnak, belátási képességgel rendelkezőnek mutatva őt, mikor pedig már döntéshozatali képessége erősen károsodott, de a tesztet relatíve még jól meg tudja oldani, korábbi, megmaradt rutinjára támaszkodva.[92] A teszt-megközelítés további komoly hiányossága, hogy standardizált, tehát legjobb esetben is csak azt tudja vizsgálni, hogy a döntésekhez szükséges kognitív képességek egy szükséges minimumával rendelkezik-e a beteg, de nem tud feladat-specifikus mérést végezni, vagyis azt vizsgálni, hogy egy adott döntés igényelte kognitív képességekkel a beteg rendelkezik-e? Így csak durva szűrésre alkalmas, de az adott döntéshez szükséges kognitív képességek alapos elemzésére nem. Így itt semmi sem pótolhatja a kognitív képességek kevésbé formalizált és szigorúan nem is formalizálható felmérését.
A kognitív működést vizsgáló teszt-megközelítés további hiányossága, hogy csak a kognitív képességeket méri fel, de azt nem képes vizsgálni, hogy a beteg belátási képességét nem befolyásolja-e affektív betegség, szorongás, fóbiák, melyek nem a kognitív képességeit rontják, hanem céljait, értékeit torzítják el, vagy döntéshozatali képességét korlátozzák.[93] Nem ritka, hogy a belátási képességet nem a kognitív képességek hiányosságai, hanem más pszichológia tényezők (pl. depresszió, szorongás, tagadás, stb.) korlátozzák. Ezen tényezők markáns jelenléte lehetetlenné teheti, hogy a döntést hozó személy világosan megérthesse a döntéshez szükséges tényeket, vagy higgadtan mérlegelhessen cselekvési alternatívák között.[94]
A tesztek azonban felhívhatják a figyelmet arra, hogy a döntési folyamat mely pontjain szorul a beteg segítségre ahhoz, hogy döntéshozatali képességét visszanyerje. A “rossz” teszteredménynek tehát nem szabad automatikusan a betegnek a kezelését illető döntésből való kizárásához vezetnie, hanem azt kell megmutatnia, hogy a környezet részéről milyen támogatásra van szüksége ahhoz, hogy döntéshozatali képessége helyreálljon.[95] Csak akkor lehet a beteget döntéshozatali képességgel nem rendelkezőnek nyilvánítani, ha optimális támogató környezet biztosításával, s megfelelő segítséggel sem lehet döntéshozatali képességét helyreállítani.

A döntéshozatali képesség megállapításának formális és informális lehetőségei

Az orvosi gyakorlatban, ha a beteg viselkedése rendezett, beszéde érthető, emlékszik arra, amit mondtak neki, megfelelő módon öltözködik és viselkedik, s értelmesen kommunikál a környezetével, nem szokták megkérdőjelezni cselekvőképességét, vagyis nem szokták részleteiben vizsgálni, hogy milyen

mértékben és mélységben érti meg a betegségével és kezelésével kapcsolatos információkat.[96]
Az orvoslásban a leggyakoribb a döntéshozatali képesség megállapításának informális módja, amikor a kezelőorvos, vagy az egészségügyi személyzet állapítja meg, bírósági eljárás nélkül, hogy a beteg rendelkezik-e belátási képességgel. Bár a megnyugtató minden esetben a bírósági eljárás lenne, az orvosi gyakorlatban a belátási képesség informális elbírálása a legtöbb esetben elkerülhetetlen, s több érv szól amellett, hogy az egészségügyben nem mindig kell a máshol rutinszerűen alkalmazott bírósági procedúrát végigjárni a belátási képesség hiányának a megállapításához. Egyrészt egy fontos kezelést visszautasító beteg esetén általában nincs idő a bírósági eljárás lefolytatását kivárni, a beteg döntésének elfogadása pedig a beteg alapvető érdekeit sértheti. Másfelől az orvosnak legtöbbször nincs érdekkonfliktusa a beteggel: ha az elfogadja az orvos javaslatát, abból az orvosnak ritkán van haszna, ha pedig nem fogadja el, az az orvost ritkán hozza hátrányosabb helyzetbe. Ezzel szemben az egészségügyön kívüli területen ettől általában gyökeresen eltérő helyzet áll fenn. Amikor egy családtag kérdőjelezi meg például egy személy cselekvőképességét, mert úgy ítéli meg, hogy annak anyagi-pénzügyi döntései ésszerűtlenek, akkor ő nem pártatlan fél ebben a kérdésben, hiszen saját anyagi érdekei is károsodhatnak a családtag ésszerűtlen döntése esetén, Mivel tehát itt elfogulatlanságról nincs szó, ezért érthető, hogy nem orvosi kontextusban sokkal inkább ragaszkodni kell vita esetén a cselekvőképesség bírói megítéléséhez, mint egészségügyi vonatkozásokban.[97]

Belátási képesség és az orvosi kezelés visszautasítása

A gyakorlatban ritkán szokták megkérdőjelezni egy beteg belátási képességét addig, míg az beleegyezik az orvos által javasolt kezelésbe. Ez a gyakorlat a fentiek fényében nem ésszerűtlen, hiszen feltételezhető, hogy az orvos által javasolt beavatkozások általában a beteg érdekét szolgálják. A cselekvőképességhez megkövetelt belátási képesség csúszó standardja alapján pedig a beteg érdekében álló, a beteg jólétét biztosító döntések esetén csekély fokú belátási képességet is elegendőnek lehet tartanunk a beteg cselekvőképesnek minősítéséhez, s így önrendelkezési jogának tiszteletben tartásához. Látni kell azonban, hogy ha a beteg döntését pusztán azért fogadják el cselekvőképes személy döntéseként, mert az megegyezik a kezelőorvos javaslatával, akkor ez a beteg önrendelkezési jogát megsérti. A tájékozott beleegyezés elve ugyanis azt követeli, hogy a kezelőorvos javaslatát a beteg a saját értékrendje és céljai fényében vizsgálhassa meg, s csak akkor fogadja el, ha az értékrendjének, alapvető céljainak megfelel. Ha az orvosi javaslat és a beteg értékrendjének ez az "összemérése" nem történt meg, akkor a beteg beleegyezése nem belátási képessége alapján történt, így az nem is érvényes. Ilyenkor az orvosnak gondoskodnia kell arról, hogy ezt az "összemérést" a beteg helyett valaki más végezze el, vagyis helyettes döntéshozót kell találnia. Ha ilyen esetben pusztán a beteg belegyezése alapján cselekszik, akkor voltaképpen beleegyezése nélkül dönt, mert a beteg beleegyezése ilyenkor erkölcsileg és jogilag nem számít érvényes beleegyezésnek.[98]

Más a helyzet egy beteg érdekében álló kezelés visszautasítása esetén. Noha ez összefér a beteg belátási képességének meglétével, mégis, ha a beteg jólléte a döntés elfogadásakor komolyan veszélyeztetve lenne, akkor ez fel kell vesse a beteg belátási képessége alaposabb megvizsgálásának szükségességét. S mivel a tét itt nagy, ezért a belátási képesség magas szintjét kell megkövetelni ahhoz, hogy a beteget az adott döntés vonatkozásában cselekvőképesnek tarthassuk és számára hátrányos döntését tiszteletben tartsuk. A helyes reakció a kezelés visszautasításakor az, hogy az orvos próbálja meg megmagyarázni, miért tartja indokoltnak az elutasított beavatkozást. Vizsgálatok tanúsága szerint ugyanis a kezelést kezdetben elutasító betegek általában később beleegyeznek abba, ha megfelelő magyarázatot kapnak arra, hogy azt esetükben miért tartja mégis szükségesnek az orvos.[99]
Belátási képességgel nem rendelkezőnek csak akkor lehet nyilvánítani a beteget, ha az adott döntéshez megkövetelt belátási képességgel nem rendelkezik: ha nem érti döntései következményeit, vagy ha döntése nem saját, rá jellemző értékrendje alapján meghozottnak tekinthető.

Irányelvek egészségügyi intézményi számára a cselekvőképesség megállapításához.

Mivel abban az esetben, ha a beteg nem rendelkezik a szükséges belátási képességgel, másnak kell döntenie helyette, ezért nagy jelentőségű döntés, hogy egy beteg belátási képességét megtartottnak értékelik-e vagy sem egy egészségügyi intézményben. Célszerű ezért, ha minden egészségügyi intézmény írásos elveket dolgoz ki arra, hogyan történik náluk a belátási képesség informális megállapítása. Ezek során néhány szabály tiszteletben tartása kívánatosnak látszik:[100]
1. A beteg kezelőorvosa felelős a beteg belátási képességének megállapításáért és dokumentálásáért, s ilyenformán azért a döntésért, hogy a beteg kezelését érintő döntéseit figyelembe kell-e venni vagy sem.
2. A gyakorlatban--bizonyos nyilvánvaló kivételektől eltekintve (pl. kómás beteg, súlyos értelmi fogyatékosság, kisgyerek, stb.)--abból kell kiindulni, hogy a beteg rendelkezik belátási képességgel mindaddig, amíg az ellenkezője be nem bizonyosodik.
3. A belátási képesség megállapítása alapvetően a józan észt igénylő döntés, mely azt vizsgálja, hogy elegendő megértési és mérlegelési képességgel rendelkezik-e a beteg az előtte álló döntés meghozatalához. Alapvetően tehát ez nem jogi és nem is pszichiátriai kérdés, noha szükség lehet pszichiátriai konziliárius igénybevételére, ha pszichiátriai betegség gyanúja merül fel, s szükség lehet a bíróság igénybevételére is, ha a beteg belátási képességét illetően az orvosi team tagjai között, vagy a team és a beteg családja között nincs egyetértés. Az esetek nagy többségében azonban a kérdés bírói megítélésére nincs lehetőség.
4. A belátási képesség megfelelő szintű döntési képességet jelent és nem tökéletes racionalitást. Feltételezi azt, hogy a beteg képes megérteni az előtte álló főbb lehetőségeket, képes mérlegelni azok között annak alapján, hogy melyik milyen

következményekkel jár a számára, s képes kiválasztani a lehetőségek közül azt, mely számára--értékrendje alapján-- a legelőnyösebb.
5. A belátási képesség megléte vagy hiánya általában csak a beteggel való személyes beszélgetés során mérhető fel. Pszichológiai tesztek jól kiegészíthetik ezt, de soha nem helyettesíthetik.
6. A belátási képesség mindig döntés-specifikus: egy és ugyanazon beteg egy és ugyanazon időben rendelkezhet belátási képességgel "A" döntés meghozatalához, de esetleg nem rendelkezik belátási képességgel "B" döntés vonatkozásában. A döntéshez szükséges belátási képesség függ az ésszerű döntéshez szükséges megértendő információk komplexitásától, s a döntés tétjétől, vagyis attól, hogy a döntés eredményeként milyen károk érhetik a beteget s azok bekövetkezésének mekkora a valószínűsége. Minél komplexebb információkat kell megérteni a döntés előtt és minél nagyobb a döntés tétje, annál magasabb szintű belátási képesség szükséges a beteg részéről ahhoz, hogy a döntés vonatkozásában cselekvőképesnek tekinthessük őt.
7. A belátási képesség időben is változó. Egy adott döntés vonatkozásában is egy adott beteg az egyik időpontban rendelkezhet belátási képességgel, míg egy másik időpontban nem. Ebből az következik, hogy a kezelőorvosnak a beteg belátási képességét időről-időre újra fel kell mérnie. Másfelől, a kezelőorvosnak mindent meg kell tennie, hogy a beteg belátási képességét megfelelő gyógyszereléssel és a rendelkezésére álló egyéb technikákkal a lehetséges maximális szintre emelje. Mindig arra kell törekedni, hogy a beteg részt vehessen a kezelésével kapcsolatos döntésekben. Ezért, ha egy adott időpontban nem rendelkezik belátási képességgel, arra kell törekedni, hogy a kezelésével kapcsolatos fontos döntéseket--ha lehetséges--halasszák el arra az időre, amikor belátási képességét visszanyeri. Meg kell tehát várni, míg például eszméletre tér, kevésbé depressziós, kevésbé vannak fájdalmai. Enyhén dementálódott betegeknek is vannak "jó" és "rossz " napjaik. Ilyenkor célszerű a döntéssel kivárni a "jó" napot, mikor jobban részt tud venni a kezelését illető döntésekben.[101]

Belátási képesség és racionalitás

A belátási képesség megléte esetén alapvető elv, hogy a beteg döntésének nem kell ésszerűnek lennie, s a betegnek azt nem is kell megindokolnia ahhoz, hogy az jogilag és erkölcsileg elfogadható legyen.[102]
A döntéshozatali képesség tehát nem azt jelenti, hogy az illető feltétlenül a klinikus által is racionálisnak tekintett döntést fogja hozni. A mindennapi életben is a legtöbb ember sokszor hoz irracionális döntést élete fontos kérdéseiben, döntése irracionalitása azonban nem teszi őt abban a vonatkozásban jogilag ill. erkölcsileg belátási képességgel nem rendelkezővé. Egy döntéshozatali képességgel rendelkező embernek joga van akár ostoba döntéshez is. [103]
A belátási képességgel rendelkező döntés tehát nem azonos a racionális döntéssel. Noha egy irracionális döntés általában felveti a kérdést, hogy aki így döntött, nem belátási képessége hiánya miatt döntött-e így, s sok esetben az irracionális döntés mögött az illető cselekvőképtelensége áll, a kettő között mégsem szükségszerű a kapcsolat. Lehet egy döntés irracionális és mégis megfelelő belátási képességen

alapuló, s az ellenkezője is fennállhat: lehet egy döntés a konvencióknak megfelelő és racionálisnak tűnő, s a döntést hozó személy ennek ellenére nem rendelkezik belátási képességgel.

Belátási képesség és pszichiátriai betegség

A XIX. században az volt az uralkodó vélemény, hogy az elmebetegség megszünteti a személy belátási képességét, s így cselekvőképességét. Ez a felfogás sokszor még ma is kísért mind az elméletben, mind a joggyakorlatban.[104]
A pszichiátriai betegség ezzel szemben a mai felfogás szerint nem jár feltétlenül a belátási képesség csökkenésével és így akár korlátozott cselekvőképességgel sem. Célszerű tehát pszichiátriai betegek esetén is a belátási képesség meglétéből kiindulni, s minden esetben konkrétan--a kérdéses személy előtt álló döntési feladat vonatkozásában--eldönteni, hogy csökkent-e a beteg belátási képessége vagy sem. A kérdés ilyen esetben is az: akadályozza-e az adott pszichiátriai betegség azt, hogy az illető beteg információkat megértsen, azok alapján következtetéseket vonjon le, illetve befolyásolja-e úgy a betegség az értékrendjét, hogy ez korlátozza annak eldöntésében, hogy mely alternatívák kívánatosak a számára és melyek nem. A pszichiátriai betegek nem különböznek olyan radikálisan az egészséges emberektől, mint ahogyan azt általában feltételezik. Az elmebetegeknél is nagyon sokszor tapasztalható, hogy képesek racionális gondolkodásra és viselkedésre, míg az egészséges, “normális” emberek is nagyon sokszor rosszul ismerik a körülöttük levő valóságot, nem mindig gondolkodnak világosan, nem mindig figyelnek a részletekre, és nem mindig képesek fontos információkat feldolgozni illetve fontos társadalmi szerepeiknek megfelelni.[105]
Orvosi vonatkozásban pedig különösen igaz az az állítás, hogy a pszichiátriailag egészséges, de testileg beteg emberek belátási képessége sok esetben nem sokkal jobb, mint a pszichiátriai betegeké. Hiszen a kórházban fekvő szomatikus betegeknél is gyakran lehet tapasztalni, hogy a fájdalmak, a betegség okozta stressz, a szituáció okozta szorongás vagy depresszió hatására romlik információ-feldolgozó képességük, s ezzel a kompetens döntés meghozatalának képessége. Ezért semmiképpen sem állítható, hogy a szomatikus betegek kategorikusan magasabb szintű belátási képességgel rendelkeznének, mint a pszichiátriai betegek. Mindkét típusú betegség fennállása esetén a betegnek nehézsége lehet a komplex információk megértésével s a kezelését érintő döntések meghozatalával kapcsolatban. Mivel pedig szomatikus betegek esetén mindezek ellenére a belátási képesség meglétéből indulunk ki, ezért helyes ugyanezt a megközelítést alkalmazni a pszichiátriai betegekkel szemben is. Csak akkor tekinthetjük őket belátási képességgel nem rendelkezőknek, ha arra az adott döntés vonatkozásában világos bizonyíték van.[106] Még akaratuk ellenére pszichiátriai intézetbe utalt pszichiátriai betegeknél is abból kell kiindulni, hogy a beteg belátási képességének hiánya csak a kórházba való felvételt engedélyező döntésre terjed ki, a kórházban tervezett egyéb beavatkozásokra azonban nem. Tehát a vélelem itt is a kötelezően beutalt pszichiátriai beteg belátási képességének a megléte kell, hogy legyen.[107]
Még egy pszichotikus epizód alatt is az elmebeteg bizonyos időszakokban normális gondolkodásra és viselkedésre lehet képes.[108] Ha tehát egy pszichiátriai beteg

konkrét döntése vonatkozásában a döntés nem nyilvánvalóan téveseszméken vagy hallucinációkon alapul, nem nyilvánvalóan irracionális vagy lényegtelen indokok hatására lett meghozva, akkor őt a kérdéses vonatkozásban belátási képességgel rendelkezőnek kell tartanunk.[109]
Az akut pszichózisok ugyan általában a belátási képesség súlyos csökkenésével járnak, ez azonban csak egy átmeneti időszakot jelent, mely gyógyszerelés hatására, vagy a betegség ciklikus jellegéből fakadóan spontán módon egy bizonyos idő múlva megszűnik. Eme "feltisztult", időszakban pedig sokszor még tapasztalt szakember sem tudja eldönteni, hogy egészséges emberről van-e szó, vagy két pszichotikus epizód között levő elmebetegről.[110] Ezért, ha akut pszichózis fennállásakor valamilyen fontos döntésre van szükség, s ebben a beteg érdekei védelemre szorulnak, azt ilyenkor gondnokság alá helyezési eljárás nélkül is, ideiglenes gondnok kijelölésével meg lehet oldani. [111] A gondnokság alá helyezési eljárás ezért--pszichózisok esetében-- főleg krónikus pszichózisok esetén indokolt.[112]
Az epizódokban, schubokban zajló pszichózisok esetén (pl. szkizoaffektív pszichózisok, pszichosis maniaco-depressiva, bizonyos szkizofréniák) a betegség akut szakában a belátási képesség jelentős korlátozottsága vagy hiánya állhat ugyan fenn, az epizód lezajlását követően azonban visszaállhat a teljes belátási képesség, s az egyén ilyenkor produktív, belátási képessége teljes.[113] El kell különíteni tehát egy pszichiátria betegség akut szakaszában sokszor fennálló cselekvőképtelenséget attól, hogy a pszichiátriai beteg általában cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes-e? Sok ciklikus lefolyású pszichiátriai betegség létezik ugyanis, melyben az akut időszakban a belátási képesség lényegesen csökken s így az illető beteg belátási képessége korlátozott, az akut időszak lezajlása (1-2 hónap) után azonban az illető cselekvőképessége helyreáll. Ezért ilyen esetben még akkor sem szabad a beteg gondnokság alá helyezését elindítani, ha előre látható, hogy a betegség --ciklusos természete miatt--1-2-5 év múlva ki fog újulni.[114]
Ilyenkor különös jelentősége van a később tárgyalandó eszköznek, az illető előzetes akaratnyilvánításának, hiszen ilyen állapotában az egyén dönthet arról, ki és hogyan döntsön helyette akkor, ha elveszíti belátási képességét (pl. mániás) állapotba kerül.
A pszichiátriai betegség természetesen sok területen idézhet elő működésromlást, s így korlátozhatja vagy megszüntetheti az illető belátási képességét.
Egy mérgeztetéses téveseszmében szenvedő beteg pl. képzelheti azt, hogy a neki adott gyógyszerek mérgek, melyekkel életére törnek. Így ez a téveseszme lehetetlenné teszi, hogy megértse a gyógyszerelés előnyeivel kapcsolatos információkat.
A betegség az illető értékrendjét, életcélját is befolyásolhatja. Egy depressziós beteg például meg akar halni, mert elvesztette érdeklődését minden iránt, mely korábban célt és értelmet adott az életének. Egy üldöztetéses téveseszmében szenvedő beteg mindent képzeletbeli üldözőitől való elmenekülésének rendelhet alá, stb.[115]
Azonban nem szükségszerű, hogy egy pszichiátriai betegség akár csak csökkentse is egy adott döntés vonatkozásában a beteg belátási képességét. Egy perlekedési tébolyban szenvedő beteg például téveseszméje fennállása ellenére sincs

korlátozva abban, hogy megítélje egy--téveseszméjével kapcsolatban nem levő--orvosi kezelés előnyeit-hátrányait.

Belátási képesség depresszióban

A major depresszió súlyos, pszichotikus formája esetén a belátási képesség olyan mértékben csökkent, hogy ilyenkor a kezelés visszautasítása a beteg részéről nem fogadható el, mert nem számít cselekvőképes döntésnek.[116] Ilyenkor helyettes döntéshozónak kell döntenie a beteg helyett-
Azonban a major depresszió nem pszichotikus formája is csökkentheti a belátási képességet. Itt a már említett elvet érdemes alkalmazni, mely a beteg preferenciáinak koherenciáját vizsgálja: ha a beteg jelenlegi kezelési preferenciái összhangban vannak korábbi, még egészséges állapotában mutatott preferenciáival, akkor kezelése szempontjából belátási képességgel rendelkezőnek tekintendő. Ha jelenlegi preferenciái jelentősen eltérnek a korábbiaktól, s ez nem magyarázható meg körülményei megváltozásával, akkor preferenciái inkoherensek, s ez valószínűsíthetően betegsége következménye, ezért ekkor belátási képessége is csökkentnek tekinthető. Kétséges esetben érdemes a betegnél „próba-kezelést" végezni, s vizsgálni, ez változtat-e a preferenciáin. Ha igen, ez annak bizonyítéka, hogy nem volt cselekvőképes. Ha nem változtat, ez korábbi belátási képessége meglétének bizonyítéka, és a további nem-önkéntes kezelés folytatása elleni érvnek tekintendő.[117]

Belátási képesség anorexia nervosában

Az anorexia nervosa halálozása ma 15-18% körüli[118], annak ellenére, hogy az életveszélyesen lesoványodott betegek kényszertáplálása ma elfogadott gyakorlat. Ugyanakkor az anorexia nervosa jelenti a belátási képesség fogalmának egyik legnehezebb „tesztjét", mert az anorexiás beteg alapvetően eleget tesz a belátási képesség hagyományos kritériumainak, csak értékrendje irracionális. Az anorexiás beteg értékrendjében a soványság olyan kitüntetett helyet foglal el, hogy emiatt azt mondja: inkább meghal, semmint, hogy hízzon.[119]
Bár a szakirodalomban felvetődött a kérdés, hogy nem kellene-e az ilyen betegeket gyógyíthatatlannak tekinteni, döntésüket (azt, hogy elutasítják a táplálékot) tiszteletben tartani, s csak palliatív terápiában részesíteni őket, ez az álláspont heves kritikában részesült.[120] A kritikusok szerint ugyanis az anorexiás betegnek hiányzik a megfelelő belátási képessége a táplálás visszautasításához. Ez abban az értelemben természetesen igaz, hogy aki az éhhalál szélén áll, s mégsem mer enni az elhízástól való félelmében, az ebből a szempontból nem rendelkezik belátási képességgel. Ugyanakkor éppen az anorexiás betegek példája bizonyítja, hogy a belátási képesség mindig feladat-specifikus. Aki egy területen nem rendelkezik belátási-képességgel, az más területeken teljes belátási képességgel rendelkezhet. Az anorexiás betegek belátási képessége is ép az élet más területein, hiszen legtöbbjük felelős munkát végez, s ott jó döntéseket hoz. Belátási képességük hiánya csak a testképpel, és az elhízás veszélye nélkül szabadon elfogyasztható

táplálék mennyiségével kapcsolatos kérdések területén áll fenn. Így a táplálást—akut életveszély fennállása esetén, s a belátási képesség hiánya miatt--nem utasíthatják vissza, más életmentő terápiát azonban, mely anorexiájukkal nem áll kapcsolatban elvben már visszautasíthatnak. [121]
Azt, hogy az anorexiás beteget—ha közvetlen életveszélybe kerül—kényszertáplálásban részesítik, az indokolja, hogy az ilyen beteg táplálással kapcsolatos belátási képessége megkérdőjelezhető, s a táplálás biztosan megmenti az életét. Így a kiindulópont anorexiás betegnél—közvetlen életveszély esetén—a kényszertáplálás erkölcsi megengedhetősége kell legyen.[122]
Azonban még anorexiás betegeknél is felmerült az a kérdés, hogy ha egy ilyen beteg már több kényszertápláláson esett túl, a kórházból való elbocsátást követően azonban mindig újból és újból visszaesik, akkor miért nem olyan, mint bármely krónikus betegségben szenvedő ember, s ezért miért nem kérheti előre (pl. előzetes akaratnyilvánítás formájában) a további életmentő kezelések elutasítását arra hivatkozva, hogy betegsége gyógyíthatatlan, életminősége pedig a betegség miatt elfogadhatatlanul alacsony. [123]
Anorexiánál felmerül a kérdés: ha egy Jehova Tanúi beteg sok országban visszautasíthatja az életmentő transzfúziót, akkor egy anorexiás beteg miért nem utasíthatja vissza az életmentő mesterséges táplálást?[124] Erre persze válaszolható, hogy a Jehova Tanúi beteg a vallásszabadsághoz való jogát gyakorolja, amikor elutasítja az életmentő kezelést, az anorexiás betegnek azonban a testképe zavart, s az anorexiás testkép megőrzésének a vágya utasíttatja el vele a gyomorszondán keresztüli táplálást. Azonban, ha egy emlőrákos asszony visszautasítja az életmentő mastectomiát, mert úgy érzi, hogy emlője megléte olyan szervesen tartozik hozzá énképéhez és életminőségéhez, hogy inkább meghal, mintsem hogy beleegyezzen a csonkító műtétbe, akkor itt szintén egy testkép megőrzésének vágya hoz létre egy irracionális döntést. Hiszen itt a mastectomiát elutasító asszony számára fontosabb a testképe, mint az élete. Ennek ellenére, ilyen esetben soha nem kényszerítik a beteget a műtétre, noha döntése irracionálisnak tűnik. Akkor miért kényszeríthető az anorexiás mesterséges táplálásra?[125] Ez különösen akkor vetődik fel, amikor az anorexiás beteg már többször kényszertáplálásban részesült, s így életét megmentették, majd ismét és ismét visszakerült az eredeti állapotba, újból és újból visszautasítva a mesterséges táplálást.
Draper érvelése szerint ilyen esetben a mesterséges táplálás ismételt visszautasítását már el kellene fogadni belátási képességgel rendelkező döntésnek, s azt tiszteletben kellene tartani, a továbbiaknak csak palliatív terápiában részesítve az anorexiás beteget.[126] Az érvelés szerint az ilyen anorexiás beteg ugyan nem rendelkezik belátási képességgel az elfogyasztandó étel mennyisége vonatkozásában, azzal kapcsolatban azonban igen, hogy az a kezelés, mellyel élete megmenthető (az ismételt kényszertáplálás) milyen módon befolyásolja életminőségét. Ha az anorexiás beteg ezt az életminőséget elfogadhatatlanul alacsonynak ítéli, akkor érezheti úgy, hogy ez a kezelés nem áll érdekében. Itt ugyanis a beteg döntésének alapja nem az étkezéssel kapcsolatos kognitív torzítás, hanem életminősége egészének a megítélése, melyhez belátási képessége megvan, mert azt az anorexia nem befolyásolja. [127] Az ilyen beteg tehát nem a táplálást utasítja vissza, hanem azt az életet ítéli elfogadhatatlanul alacsony minőségűnek, melyet csak ismételt kényszertáplálásokkal lehet fenntartani.[128]

A cselekvőképesség hazai szabályozása és problémái.

Magyarországon-- az Európa Tanács 1999-ben elfogadott ajánlásait is figyelembe vevő--új szabályozás született 2001-ben a cselekvőképességgel és a gondnokság alá helyezéssel kapcsolatban.[129] Ez a törvény az 1959. évi Polgári Törvénykönyv megfelelő részeit módosította. A módosításra azért lett szükség, mert az 1959-es Polgári Törvénykönyv szabályozása elavult volt. A belátási képesség csökkenésének csak két formáját különböztette meg, a korlátozott cselekvőképességet és a cselekvőképtelenségét. Ez a szabályozás tehát nem vette figyelembe, hogy a belátási képesség függ a feladat, ügy jellegétől, amiben dönteni kell, s így nem egy minden ügykörre kiterjedő általános képesség, hanem olyan, mely egy bizonyos területeken kárt szenvedhet, más területeken pedig érintetlen maradhat.

A magyar szabályozás további problémája volt, hogy nem követelte meg a cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alá helyezettek rendszeres felülvizsgálatát. Így a bíróság döntése véglegesnek, a gyakorlatban élethossziglan tartónak számított.[130] Ez sok visszaélésre adott alkalmat, hiszen a hivatásos gondnoki rendszerben a hivatásos gondnokok jelentősen túlterheltek, s ezt igyekeznek csökkenteni. A gondnokoltakkal foglalkozó önkormányzatok, gyámügyi ügyintézők és maguk a hivatásos gondnokok is úgy tudtak leginkább megszabadulni a gondnokolt beteg ügyétől, ha a beteget elmeszociális otthonba utalták be. Ezek az otthonok általában az ország távoli részein, a határszéleken helyezkednek el, s így, ha pl. a beutalás a fővárosból történik, más gyámhivatal lesz illetékes a beteg ügyében, s ezért új hivatásos gondnokot jelölnek ki a számára, aki hozzá közelebb lakik. Így tehát nagyobb városokban minden ügyintézőnek érdeke volt a beteget elmeszociális otthonba helyeztetni, hiszen így meg lehetett szabadulni ügyétől.[131] Mivel az elmeszociális otthoni felvétel feltétele a cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezés volt, ezért a gyámhivatalnak érdekében állt ezt kérni, s ezért nagy számban helyeztek embereket cselekvőképességet kizáró gondnokság alá.[132] Az elmeszociális otthonokban uralkodó állapotokról készült a nagy vihart kavart un. Rosenthal jelentés, mely a magyar elmeszociális otthonokban uralkodó állapotokat olyan megreformálhatatlanul rosszaknak tartotta, hogy teljes megszüntetésükre tett javaslatot.[133] A régi szabályozás miatt az ide bekerült emberek, akiknek a cselekvőképességét nem kellett többé hivatalból felülvizsgálni, élethossziglan itt rekedtek, annál is inkább, mert bérlakásukat időközben eladták, s így számukra nem volt többé visszaút a társadalomba. Volt olyan eset, hogy egy huszonéves fiatalembert egyetlen komoly pszichiátriai gyógykezelés után gondnokság alá helyeztek, majd egy határszéli elmeszociális otthonba utaltak. Így lakását elvesztette, kapcsolatai megszűntek, s minden esélye megszűnt arra, hogy valaha is visszatérhessen a társadalomba és megfelelő minőségű életet élhessen.[134]
A mindennapi gyakorlatban a gondnoksági rendszer jogvédelem helyett kiszolgáltatottságot jelentett. A cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett gondokolt nem jutott hozzá pénzéhez, s így nem tudta kielégíteni legalapvetőbb szükségleteit sem. Sok egyéb visszaélés is történt.[135]

A 2001-es új jogi szabályozás előtt a hazai jogrendszer a “cselekvőképes” fogalmat személyekre használta. Az etikai szakirodalom ezzel szemben inkább belátási képességgel rendelkező döntésről beszél, aláhúzva ezzel, hogy a cselekvőképességhez szükséges belátási képesség nem a személy sajátossága, hanem annak a döntési feladatnak a jellegétől is függ, melyhez a belátási képességet viszonyítani kell. Így a belátási képesség viszonyfogalom: azt jelzi, hogy egy személy rendelkezik-e a belátási képesség azon szintjével, mely egy adott döntés felelős meghozatalához szükséges. A 2001-es hazai jogi szabályozás bizonyos mértékben követte ezt a felfogást, mert lehetővé tette a belátási képesség ügykörök szerinti megállapítását és így a cselekvőképesség részleges, csak bizonyos ügykörökre, döntésekre kiterjedő korlátozását. Ez azonban még mindig nem azonos a belátási képesség konkrét döntésekhez viszonyított megállapításával. Az új törvény is azonban lehetőséget ad arra, hogy a kezelőorvos informálisan, döntésről-döntésre megállapítsa, hogy a beteg cselekvőképes-e, hiszen leszögezi, hogy az is cselekvőképtelen--gondnokság alá helyezési eljárás nélkül is--akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik.[136] (Ez nem jelent változást a régi törvényhez képest, mert az ezt a kérdést ugyanígy szabályozta.)
Az új szabályozás több lényeges ponton módosította a cselekvőképesség hazai szabályozását és a gondnokság alá helyezés szabályait is.
Az új törvény szerint
“ Cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá a bíróság azt a nagykorú személyt helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége a pszichés állapota, szellemi fogyatkozása vagy szenvedélybetegsége miatt--általános jelleggel, illetve egyes ügycsoportok vonatkozásában--tartósan vagy időszakonként visszatérően nagy mértékben csökkent.”[137]
A fenti szabályozással tehát bevezetésre került a részleges korlátozott cselekvőképesség fogalma, s így jogilag is lehetségessé vált, hogy a bíróság megjelölje azokat az ügycsoportokat, melyben a kérdéses személy cselekvőképességét korlátozza. Így a többi ügycsoportban az illető cselekvőképes marad, s ez a szabályozás megfelel annak az elvnek, hogy mindenkit az érdekei védelméhez szükséges legkisebb mértékben szabad csak korlátozni.
Így pl. az a paranoid beteg, aki un. perlekedési tébolyban szenved, csak abban az egy ügyben korlátozott belátási képességű, hogy szükségtelenül és sorozatban pereket indít. Ebben az egyben kell korlátozni, nevezetesen, hogy ne indíthasson pert, minden másban teljes belátási képességgel rendelkezik.[138] Régen az ilyen beteget cselekvőképességét általánosan korlátozták, hiszen más jogi lehetőség nem volt. Ma lehetséges ilyenkor a cselekvőképesség részleges korlátozása.
“A cselekvőképességet kizáró gondnokság alá a bíróság azt a nagykorú személyt helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége--pszichés állapota vagy szellemi fogyatkozása miatt--tartósan teljes mértékben hiányzik.”[139]
“Gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelen az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képessége--tartósan vagy a jognyilatkozata megtételekor átmenetileg--teljesen hiányzik.”[140]
Az új szabályozás lehetőséget biztosít arra, hogy valaki még cselekvőképes állapotában, vagy akár gondnokság alá helyezését követően is megnevezhesse azt a személyt, akit gondnokául szeretne, ha belátási képessége kárt szenved, s így gondnokság alá helyezése szükségessé válik.[141]

Az új szabályozás kritikája

A gondnokság alá helyezéssel kapcsolatos problémák

Az új szabályozás meghatározza ugyan a gondnok feladatait, de túl általánosan. Nem szabja meg konkrétan, mi a gondnoktól minimálisan elvárható tevékenység, pl. milyen gyakran kell a gondnokolttal találkoznia, milyen módon kell a gondnokolt megkeresésére elérhetőnek lennie, stb. Ez azért nagy probléma, mert sok gondnok még rendszeres kapcsolatot sem tart gondokoltjával, így annak érdekeit, még ha akarná, sem tudja komolyan képviselni.[142] Gyakori tapasztalat, hogy a gondnok, ha szükséges, sem elérhető. Nemhogy aktívan nem keresi a kapcsolatot a gondnokoltjával, hanem megkeresésre is nehezen s csak hosszú idő alatt található meg. Így a gondokolt nem tud hozzájutni a pénzéhez, ha arra szüksége van, s a legszükségesebb használati tárgyak, ruházati cikkek beszerzése is nehézségekbe ütközik.[143]
További gond, hogy a hivatásos gondnok a gyámhivatal munkatársa, így a gondokolt és a gondnok közötti vitában a gyámhivatal a saját munkatársával, a hivatásos gondnokkal sokkal lojálisabb, mint a gondnokolttal.[144]
Sok probléma van a gondnokság alá helyezési eljárás során az alperes (a gondnokság alá helyezendő) érdekeinek a védelmével is. Ilyen esetben a törvény kötelezővé teszi ügygondnok kirendelését, éppen az alperes érdekeinek a védelmében. Azonban, ahol az alperest a gondokság alá helyezési eljárás során csak ügygondnok képviseli, ott érdekeinek a védelme csak formális, a gyakorlatban az esetek nagy részében olyan fokozatú gondnokság alá helyezik őt, amilyet a kereseti kérelemben kértek. Ilyenkor tehát egyetlen tárgyalás során, sokszor egy 15 perces elmeorvos-szakértői vélemény alapján dől el egy ember sorsa, melynek eredménye az érintett számára jogainak súlyos korlátozása.[145] Az új szabályozás sem fogalmazott meg a gondnokság alá helyezési eljárás során a gondnok személyére vonatkozó összeférhetetlenségi szabályokat, s a bíróság helyett továbbra is a gyámhatóság feladata maradt a gondnok személyének a kijelölése. Mindez azért problematikus, mert az új szabályozás ezen megoldásai átvették a régebbi szabályozás idevonatkozó rendelkezéseit. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a gondnokság alá helyezési eljárás során az abban résztvevő hatósági személyek érdekeltté válhatnak abban, hogy az érintettet kizáró gondnokság alá helyezzék, s elmeszociális otthonban helyezzék el.[146]

A cselekvőképességgel kapcsolatos problémák

További hiányosság, hogy noha az új törvény lehetővé teszi a cselekvőképességet korlátozó gondnokság esetén a részleges korlátozott cselekvőképesség megállapítását, vagyis azt, hogy a korlátozott cselekvőképesség csak bizonyos ügykörök vonatkozásában álljon fenn, s a többi területen az illető cselekvőképesnek számíthasson, ezt a megoldást cselekvőképtelenséget kizáró gondnokság alá helyezett személy esetén nem teszi lehetővé. Nem teszi tehát jogilag lehetővé azt, hogy a részleges korlátozott cselekvőképesség fogalmához hasonlóan a bíróság részleges cselekvőképtelenséget állapíthasson meg. Ez pedig lehetővé tenné, hogy a cselekvőképtelen személy bizonyos ügykörök vonatkozásban cselekvőképesnek vagy korlátozottan cselekvőképesnek számíthasson.[147] Ez azért probléma, mert--mint láttuk--ritka, hogy valakinek a belátási képessége minden döntés vonatkozásában teljesen hiányzik. A belátási képesség fogalmának döntés-specifikus jellegéből következően a belátási képesség romlása általában sohasem teljes, sohasem minden döntésre kiterjedő. Így ezzel az elvvel jobban összhangban állna egy ezt elismerő törvény, mely annak az alapelvnek is megfelelne, hogy egy jogi korlátozás csak akkor megfelelő, ha az csak a legszükségesebb mértékű.[148] Az is probléma, hogy a korlátozott cselekvőképesség megállapításánál továbbra is nyitva marad az a lehetőség, hogy arra általános jelleggel kerüljön sor, azon ügykörök kijelölése nélkül, melyben az illető belátási képessége korlátozott. Ez a gyakorlatban azért veszélyes, mert mint láttuk, nagyon ritka, hogy valaki minden döntés vonatkozásában korlátozott belátási képességgel rendelkezik. Ha viszont ennek megállapítására a törvény mégis lehetőséget ad, akkor fennáll a veszély, hogy az ilyen ügyekkel túlterhelt gyámhatóság illetve bíróságok nem fognak vizsgálódásba kezdeni, hogy a belátási képesség korlátozottsága milyen ügykörökre terjed ki, hanem a jóval kevesebb munkát, bizonyítást igénylő egyszerűbb megoldást választják: a cselekvőképességet általános jelleggel korlátozzák.[149]
További probléma, hogy míg az 1997-es egészségügyi törvény csak veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás fennállása esetén engedi meg a beteg akarata ellenére történő, kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelését, [150] addig a gondnoksággal kapcsolatos szabályozás ennél komolyabb jogkorlátozást tesz lehetővé. Lehetőséget ad ugyanis az alperes fekvőbeteg intézetben történő elhelyezésére elmeorvos-szakértői vizsgálat céljából, maximum 30 napos időtartamra, akkor, ha hosszabb idejű megfigyelésre van szükség, vagy az alperes nem jelent meg—ismételt idézés ellenére sem—a szakértői vizsgálaton.[151] Ez a szabályozás tehát nincs összhangban az egészségügyi törvénnyel, továbbá aránytalanul hosszú ideig ad lehetőséget nem veszélyeztető magatartású személyek akaratuk ellenére történő pszichiátriai intézeti megfigyelésére. Erre jóval kevesebb idő is elegendő lenne, s ez kisebb jogkorlátozást is jelentene.[152] Az átmeneti, megfigyelési célból végrehajtott intézeti elhelyezés a cselekvőképesség megállapítása céljából ráadásul azzal a veszéllyel is jár, hogy sok “álpozitív” eredményt produkál. Általános tapasztalat szerint ugyanis, ha valaki megszokott környezetéből kikerül s tartósabb intézeti tartózkodásra kényszerítik, elveszíti biztonságérzetét, s kevesebb belátási képességgel rendelkezőnek látszik, mint amilyennel megszokott környezetében rendelkezik.[153] A belátási képesség a környezettől is függ, a mesterséges, sok szempontból kényszerítő intézeti környezet belátási képességet csökkentő hatású, s ezt a belátási képesség megítélésénél mindenképpen figyelembe kell venni.

A hazai jogi szabályozás hiányossága, hogy jelenleg az ismertetett jogi mechanizmusok (előzetes akaratnyilvánítás, tartós meghatalmazott) csak a terminális állapotban levő betegekre, s csak életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasítására vonatkoznak. Így jogilag ma még nincs lehetőség a pszichiátriai betegek speciális helyzetére vonatkozó előzetes akaratnyilvánítás megfogalmazására, s tartós meghatalmazott megnevezésére.

Összegzés

A cselekvőképesség megállapítása a mindennapi pszichiátriai gyakorlatban jelentős, mert a pszichiátert gyakran kérik fel a beteg belátási képességének informális (nem bírósági eljárás keretében) történő megállapítására. Vannak, akik a belátási képesség küszöb standardja mellett érvelnek, vagyis azt állítják, hogy az nem döntés-specifikus, hanem globális fogalom. Mi ezt elutasítva a belátási képesség csúszó-változó standardja mellett érveltünk, hangsúlyozva, hogy a belátási képesség mindig feladat-specifikus.
Ez egyfelől azt jelenti, hogy minél komplexebb információk megértését és mérlegelését követeli meg egy döntés, annál magasabb szintű kognitív képességeket feltételez a döntést hozótól. Másfelől, minél nagyobb a döntési feladat tétje, vagyis minél rosszabbul járna a beteg, ha döntését elfogadnák, annál magasabb szintű belátási képességet kell megkövetelni. A cselekvőképesség azonban nemcsak a döntési helyzetben levő kognitív képességeinek a szintjétől függ, hanem a döntés körülményeitől, a döntést hozó hangulatától, szorongásának szintjétől is. A belátási képesség megléte azon is múlik, hogy a döntési helyzetben levő rendelkezik-e egy olyan fokú autonómiával, akaratának olyan fokú szabadságával, mely képessé teszi őt arra, hogy kritikusan viszonyuljon saját vágyaihoz, kívánságaihoz, preferenciáihoz és averzióihoz. A cselekvőképességet megalapozó autonómia tehát—Gerald Dworkin nyomán—másodrendű képesség arra, hogy kritikusan viszonyuljunk elsőrendű vágyainkhoz, s szabadságunkban álljon azokat elfogadni vagy megváltoztatásukat kívánni. A belátási képesség leglényegesebb összetevője tehát a saját vágyainkhoz való kritikus viszonyulás és az ennek alapján való döntés képessége, továbbá az így kialakított, ésszerűnek ítélt döntés alapján történő cselekvésre való képesség.
Mivel a belátási képesség feladat-specifikus, ezért tesztek önmagukban ritkán képesek megválaszolni azt, hogy az illető az adott konkrét feladat megkövetelte belátási képességgel rendelkezik-e. Ez csak a feladat igényelte képességek és a beteg aktuális belátási képessége összemérése alapján állapítható meg.
A belátási képesség azonban nem jelent feltétlenül racionális döntést, s a pszichiátriai zavar nem jelent automatikusan csökkent belátási képességet. A belátási képesség szintje továbbá időről-időre változó, a beteget körülvevő környezettől, s a körülményektől is függő lehet, s ezért nem kerülhető el a belátási képesség folyamatos, esetről-esetre történő megítélése.
Magyarországon a 2001. évi XV. törvény új, korszerű szabályokat vezetett be a cselekvőképesség megállapítása és a gondnokság alá helyezés vonatkozásában. Egyebek mellett lehetővé tette a részleges korlátozott cselekvőképesség megállapítását, vagyis a cselekvőképesség ügycsoportok szerint történő

megállapítását. Számos egyéb probléma mellett azonban a törvény továbbra sem jelenti a cselekvőképesség feladat-specifikus jellegének elismerését. Mivel azonban a törvény kimondja, hogy bírósági eljárás nélkül is cselekvőképtelen az, aki olyan állapotban van, hogy ügyei viteléhez szükséges belátási képességgel nem rendelkezik, ezért ez a gyakorlatban lehetővé teszi a cselekvőképesség döntés-specifikus megítélését, mely az orvosi gyakorlat szinte naponta előforduló problémája.

---

[1] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 347)
[2] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 347)
[3] Hídvéginé dr. Adorján Lívia (2001): A bíró szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 11)
[4] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (Kézirat) (p. 37)
[5] Hídvéginé dr. Adorján Lívia (2001): A bíró szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 11)
[6] Huszár Ilona--Kuncz Elemér (1998): Igazságügyi pszichiátria. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 274)
[7] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 201)
[8] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 17. § (1)
[9] Robert I. Simon (1992): Clinical Psychiatry and the Law. (Second edition) Washington, DC-London, England: American Psychiatric Press, Inc. (p. 126.)
[10] Jason H. T. Karlawsky: Competency in the age of assessment. The Lancet Vol. 364. No. 9443. October 16-22, 2004. (p. 1383-1384) (p. 1383.)
[11] Vanessa Raymont et.al.: Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross sectional study. Lancet 2004; 364:1421-27 (Table 4., p. 1424.)
[12] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 202)
[13] Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Patient decision making competence: Outlines of a conceptual analysis. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 127-138. (p. 128)
[14] May, T. (1998): Assessing Competency Without Judging Merit. J. Clin. Ethics. 9 (3), 247-257. Cit: Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Patient decision making competence: Outlines of a conceptual analysis. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 127-138. (p. 129)
[15] Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Patient decision making competence: Outlines of a conceptual analysis. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 127-138. (p. 131)
[16] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 59)
[17] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 60)
[18] L. Weithorn—S. Campbell (1982): The Competency of Children and Adolescents to Make Informed Treatment Decisions. *Child Development* 53:1589-98. Cit: Christian Perring: Development: Disorders of Childhood and Youth In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 151)

[19] Lenkovics Barnabás—Székely László (2001): A személyi jog vázlata. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó (p. 40)
[20] Lenkovics Barnabás—Székely László (2001): A személyi jog vázlata. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó (p. 45)
[21] 23/2002. (V.9) EüM rendelet Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról. 6.§ (3)
[22] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 61)
[23] D P J Osborn—K W M Fulford: Psychiatric research: what ethical concerns do LRECs encounter? A postal survey *J Med Ethics* 2003;**29**:55-56 (p. 55)
[24] C W Van Staden—C Krüger: Incapacity to give informed consent owing to mental disorder *J Med Ethics* 2003;**29**:41-43 (p. 43)
[25] J O A Tan—J R McMillan: The discrepancy between the legal definition of capacity and the British Medical Association's guidelines. *J Med Ethics* 2004;**30**:427-429. (p. 427)
[26] Robert I. Simon (1992): Clinical Psychiatry and the Law. (Second edition) Washington, DC-London, England: American Psychiatric Press, Inc. (p. 126.)
[27] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 20)
[28] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 27)
[29] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 34)
[30] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 41)
[31] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 41)
[32] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 47)
[33] Jason H. T. Karlawsky: Competency in the age of assessment. The Lancet Vol. 364. No. 9443. October 16-22, 2004. (p. 1383-1384) (p. 1383.)
[34] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 203)
[35] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 203)
[36] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 49)
[37] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 204)
[38] Charles M. Culver—Bernard Gert (2004): Competence. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 265)
[39] Mitchell Silver: Reflections on Determining Competency. Bioethics Vol. 16. No. 5. 2002 (p. 455-468) (p. 464)
[40] Jason H. T. Karlawsky: Competency in the age of assessment. The Lancet Vol. 364. No. 9443. October 16-22, 2004. (p. 1383-1384) (p. 1383.)
[41] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 204)
[42] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 204)
[43] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 49)

[44] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 205)
[45] C W Van Staden—C Krüger: Incapacity to give informed consent owing to mental disorder *J Med Ethics* 2003;**29**:41-43. (p. 43)
[46] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 205)
[47] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 51)
[48] Ian Wilks: Asymmetrical Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (p. 153-159) (p. 155)
[49] Mark R. Wicclair: The continuing debate over risk-related standards of competence. Bioethics Vol. 13. No. 2. 1999. (p. 149—153) (p. 150.)
[50] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 60)
[51] Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Is incompetence the exception or the rule? Editorial. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 125-126. (p. 125)
[52] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 52)
[53] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 52)
[54] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 56
[55] Ian Wilks: Asymmetrical Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (p. 153-159) (p. 157)
[56] Gita S. Cale: Risk-Related Standards of Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (131-148) (p. 139)
[57] Gita S. Cale: Risk-Related Standards of Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (131-148) (p. 144)
[58] Gita S. Cale: Risk-Related Standards of Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (131-148) (p. 146., 26. lábjegyzet.)
[59] Gita S. Cale: Risk-Related Standards of Competence. Bioethics Vol. 13 No. 2. 1999. (131-148) (p. 148.)
[60] Joseph P. DeMarco: Competence and Paternalism. Bioethics Vol. 16 No. 3. 2002. (pp. 231-245) (p. 231)
[61] Joseph P. DeMarco: Competence and Paternalism. Bioethics Vol. 16 No. 3. 2002. (pp. 231-245) (p. 232)
[62] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 18)
[63] Susan M. Wolf et. al. (1987): Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. (A Report by the Hastings Center. Bloomington and Indianapolis: Indiana Univeristy Press)
[64] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 23)
[65] Charles M. Culver—Bernard Gert (2004): Competence. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 260)
[66] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 25)
[67] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 57)
[68] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 25)
[69] Guy Widdershoven—Ron Berghmans: Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:92-97 (p. 93)
[70] G. Dworkin (1988): The theory and practice of autonomy. New York: Cambridge University Press. Cit: Guy Widdershoven—Ron Berghmans: Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. Journal of Medical Ethics 2001; **27**:92-97 (p. 93)

[71] Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Is incompetence the exception or the rule? Editorial. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 125-126. (p. 134)
[72] A Rudnick: Depression and competence to refuse psychiatric treatment. J Med Ethics 2002;**28**:151-155. (p. 152)
[73] J O A Tan—J R McMillan: The discrepancy between the legal definition of capacity and the British Medical Association's guidelines. *J Med Ethics* 2004;**30**:427-429. (p. 428)
[74] Re MB (1997) 8 Med L. R. 217. Cit. Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 126)
[75] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 56)
[76] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 206
[77] Charles M. Culver—Bernard Gert (2004): Competence. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford-New York: Oxford University Press. (p. 266)
[78] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 7)
[79] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 7)
[80] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 7)
[81] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 8)
[82] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 8)
[83] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 9)
[84] Makai Katalin (2001): A tervezet előkészítőjének szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 42)
[85] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (5)
[86] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 140)
[87] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 142)
[88] Nancy C Andreasen—Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina könyvkiadó. V. függelék (815-816. oldal)
[89] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 144)
[90] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 144)
[91] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 140)
[92] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 72)

[93] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 72)
[94] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 73)
[95] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 146)
[96] Loren H. Roth--Alan Meisel--Charles W. Lidz ((1982): Tests of Competency to Consent to Treatment. In: Rem B. Edwards (ed.) (1982): Psychiatry and Ethics. Buffalo: Prometheus Books. (p. 207)
[97] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 76)
[98] Sander P.K. Welie (2001): Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 139-151. (p. 148) (15. lábjegyzet)
[99] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 58)
[100] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 81-83)
[101] Jos V.M. Welie--Sander P.K. Welie (2001): Is incompetence the exception or the rule? Editorial. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 125-126. (p. 137) (13. lábjegyzet)
[102] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 4)
[103] Robert I. Simon (1992): Clinical Psychiatry and the Law. (Second edition) Washington, DC-London, England: American Psychiatric Press, Inc. (p. 127.)
[104] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 258)
[105] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 260)
[106] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 355)
[107] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 356)
[108] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 261)
[109] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 354)
[110] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 355)
[111] Huszár Ilona--Kuncz Elemér (1998): Igazságügyi pszichiátria. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 269)
[112] Huszár Ilona--Kuncz Elemér (1998): Igazságügyi pszichiátria. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 269)
[113] Huszár Ilona--Kuncz Elemér (1998): Igazságügyi pszichiátria. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 270)
[114] dr. Huszár Ilona (2001): Hozzászólás. In: In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 30)
[115] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 318-319)
[116] A Rudnick: Ethics and competence to refuse psychiatric treatment. J Med Ethics 2002;**28**:151-155. (p. 152)
[117] A Rudnick: Ethics and competence to refuse psychiatric treatment. J Med Ethics 2002;**28**:151-155. (p. 154

[118] Túry Ferenc—Szabó Pál (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 311)
[119] Jacinta Tan: The anorexia talking. The Lancet Vol. 362. No. 9391. October 11, 2003. (p. 1246)
[120] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 121)
[121] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 122)
[122] Heather Draper: Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: a reply to Simona Giordano. In: Bioethics Vol. 17. No. 3. 2003. (pp. 279-289) (p. 279)
[123] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 123)
[124] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 128)
[125] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 131)
[126] Heather Draper: Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. Bioethics Vol. 14. No. 2. 2000 (pp. 120-133) (p. 133)
[127] Simona Giordano: Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: a response to Heather Draper. In: Bioethics Vol. 17. No. 3. 2003. (pp. 261-278) (p. 275)
[128] Heather Draper: Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: a reply to Simona Giordano. In: Bioethics Vol. 17. No. 3. 2003. (pp. 279-289) (p. 285)
[129] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról.
[130] Fridli Judit (2001): Bevezetés. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 5)
[131] Dallos Judit (2001): A gyámügyi előadó szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 18)
[132] dr. Huszár Ilona (2001): Hozzászólás. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 59)
[133] Mental Disabilty Rights International (1997): Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. (p. 38)
[134] dr. Szabó Péter (2001): A pszichiáter szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 29)
[135] Huszár Ilona--Kuncz Elemér (1998): Igazságügyi pszichiátria. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 285)
[136] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 17. § (1)
[137] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 14. § (4)
[138] dr. Kuncz Elemér (2001): Hozzászólás. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 32)
[139] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 15. § (4)
[140] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 17. § (1)
[141] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 19/A. § (1)
[142] Dallos Judit (2001): A gyámügyi előadó szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 19)

[143] Gombos Gábor (2001): A pszichiátriai kezeltek szemével. Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 23)
[144] Dallos Judit (2001): A gyámügyi előadó szemével. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 19)
[145] Pelle Andrea (2001): Hozzászólás. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 33)
[146] Hack Péter (2001): Az országgyűlési képviselő szemével I. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 43)
[147] Csákabonyi Balázs (2001): Az országgyűlési képviselő szemével II. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 48)
[148] Csákabonyi Balázs (2001): Az országgyűlési képviselő szemével II. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 48)
[149] Milyen módosításokkal fogadta el a Parlament a cseekvőképesség és a gondnkság új szabályait? In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 70)
[150] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 199-200. §
[151] 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 310. § (2)
[152] Csákabonyi Balázs (2001): Az országgyűlési képviselő szemével II. In: Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 49)
[153] Csató Zsuzsa (2001): Hozzászólás. Fridli Judit (szerk.) (2001): Ki a Kompetens? A Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak reformja. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért. 2001. május (p. 64)

7. fejezet--Döntést helyettesítő mechanizmusok a pszichiátriában

A “legjobb érdek” standardja és a helyettesített döntés elve.

Ha valaki egy adott döntés meghozatalához nem rendelkezik kellő belátási képességgel, akkor másnak kell döntenie helyette. Ilyenkor vagy az illető “legjobb érdekét” kell figyelembe venni, vagy a “helyettesített döntés” elvét kell alkalmazni. A "legjobb érdek" meghatározása azonban értékrendfüggő, s ezért használata sokszor túlságosan paternalisztikus eredményhez vezet. Olyankor helyénvaló az alkalmazása, amikor a belátási képességgel nem rendelkező személy értékrendjét nem ismerjük, s így nem tudunk olyan döntést hozni helyette, mely az ő értékrendjét a lehető leginkább megvalósítja. Olyan esetek tartoznak ide, amikor a belátási képességgel nem rendelkező személy vagy korábban sem rendelkezett olyan fokú belátási képességgel, hogy valamiféle rá jellemző értékrend kialakulhatott volna (pl. súlyos értelmi fogyatékosság esetén), vagy ha ki is alakult ilyen értékrend, azt a döntés időpontjában már nem lehet megállapítani. Ilyenkor--jobb megoldás híján--megpróbáljuk saját értékrendünk illetve a társadalom értékrendje alapján megállapítani, mi tekinthető a kérdéses személy számára az adott helyzetben a leginkább érdekében álló döntésnek, s ezt a döntést hozzuk meg helyette. A "legjobb érdek" elve alapján hozott döntés elkerülhetetlen paternalizmusa miatt azonban helyesebb--ha lehetséges--a helyettesített döntés elvét alkalmazni. Helyettesített döntés esetén azt kell megvizsgálni, hogy ha a belátási képességgel nem rendelkező személy ismét belátási képességgel rendelkező állapotba kerülne, akkor értékrendje, céljai, személyisége, korábbi kívánságai alapján valószínűleg milyen döntést hozna. A helyettesített döntés során ezt kell megpróbálni rekonstruálni, s ezt a döntést kell meghozni a számára.
A döntés során arra kell törekedni, hogy általa növekedjék a kérdéses személy belátási képessége, továbbá azt az alternatívát kell választani a számára, mely az illető cselekvési szabadsága tekintetében a lehető legkevesebb korlátozást jelenti.[1] Mivel helyettesített döntésre az képes, aki a beteg értékrendjét megfelelően ismeri, ezért mára elterjedtté váltak azok a technikák, melyekkel biztosítható, hogy az hozhassa meg a helyettesített döntést, akit erre a beteg kijelöl, s a beteg--eme döntést segítendő--olyan dokumentumokat készíthet, melyek tartalmazzák a kezeléssel kapcsolatos preferenciáinak főbb irányelveit. Az ezt biztosító két legfontosabb módszer az előzetes akaratnyilvánítás intézménye és a tartós meghatalmazott kijelölésének a lehetősége.

Előzetes akaratnyilvánítás és tartós meghatalmazott a pszichiátriában.

Ma már alapvető elv, hogy krónikus betegség esetén a beteget meg kell tanítani a saját betegségével kapcsolatos alapvető ismeretekre. Ezzel növeljük a beteg „hatalmát” betegsége fölött, s nőnek ezzel kapcsolatos döntési lehetőségei, s

önrendelkezési joga. Az ilyen beteget nevezik ma autonóm betegnek, s vizsgálatok szerint az ilyen beteg sokkal jobban képes betegsége egyensúlyban tartására szomatikus, pszichés és szociális értelemben egyaránt.[2 3]
A beteg autonómiája növelésének fontos eszköze az előzetes akaratnyilvánítás jogintézménye is. Az előzetes akaratnyilvánítás az egészségügyben jól ismert eszköz annak biztosítására, hogy egy beteg autonómiája akkor is érvényesülhessen, amikor már kívánságairól, döntéseiről nincs megkérdezhető állapotban, mert cselekvőképtelen. A magyar egészségügyi törvény is ismeri ezt az eszközt, melyben valaki nyilatkozhat arról, hogy terminális állapotban életfenntartó vagy életmentő beavatkozások szükségessége esetén óhajtja-e ezeket igénybe venni, illetve milyen korlátozásokkal engedi meg ezek alkalmazását. Mindezt jól kiegészíti a tartós meghatalmazott intézménye. A tartós meghatalmazott az a személy, akit a beteg megnevezett abból a célból, hogy helyette egészségügyi ellátásával kapcsolatos döntéseket hozzon akkor, amikor ő nem lesz döntésképes állapotban. Mint láttuk, ezeket a lehetőségeket Magyarországon ma a törvény terminális betegek esetében biztosítja.
Az előzetes akaratnyilvánítás pszichiátriai formája azonban eltér ennek terminális betegség esetén alkalmazott formáitól. Utóbbiakban ugyanis a betegek előre elutasítanak bizonyos kezeléseket, pszichiátriai előzetes akaratnyilvánítás esetén azonban a beteg bizonyos kezelések nyújtására, bizonyos óvintézkedések foganatosítására hatalmazza fel orvosát (pl. akarata ellenére történő kórházba utalás, kezelés, stb.) Ezért a pszichiátriai előzetes akaratnyilvánítást Odüsszeusz-szerződésnek is nevezi a szakirodalom a homéroszi eposz történetével való analógia miatt. Mint ismeretes, az eposz szerint aki meghallja a szirének énekét, eszét vesztve a gyönyörűségtől a vízbe veti magát, kiúszik a szirénekhez a partra, ahol a biztos halál vár rá. Odüsszeusz meg akarta hallgatni a csodálatos éneket, de túl is akarta élni ezt az élményt, ezért megkérte társait arra, hogy mikor elhaladnak hajóval a szirének szigete mellett, tömjenek viaszt a fülükbe, hogy ők ne hallják az éneket, őt pedig kötözzék a hajóárbochoz, s akárhogy is kéri, ne engedjék szabadon. Az Odüsszeusz-szerződésben tehát valaki saját érdekében saját magát korlátozó hatalmat ad más kezébe, hogy így megmeneküljön saját--előreláthatóan ésszerűtlen-- döntésének káros hatásaitól.[4]

Odüsszeusz-szerződés krízis esetére

Gyakori, hogy egy beteg olyan pszichiátriai betegségben szenved, melyben hosszú, relatíve egészséges, kompenzált állapotok váltják egymást a dekompenzálódás szakaszaival. Főleg a szkizofrénia bizonyos formái és a bipoláris zavar (mániás-depressziós betegség) esetén fordul elő, hogy a beteg állapota --megfelelő gyógyszeres kezelés mellett-- gyorsan javul, s így ismét cselekvőképes állapotba kerül. Nem ritka azonban, hogy a beteg a gyógyszer szedését abbahagyja s ezért állapota ismét romlani kezd. Az állapot romlása folyamatosan zajlik, de esetleg csak hetek, hónapok alatt ér el olyan mértéket, amikor a beteg veszélyessé válik a maga vagy mások életére, testi épségére, mely sok országban a kötelező pszichiátriai kezelés előfeltétele. Ez a hozzátartozókat, kezelőorvosokat nehéz helyzetbe hozza, hiszen hónapokon keresztül folyamatosan romolhat a beteg állapota, akarata ellenére azonban mégsem lehet kezelésben részesíteni, mert

állapotromlása nem érte el a mások vagy a maga számára közvetlenül veszélyes mértéket. Egy szkizofrén betegnél például ez azt jelentheti, hogy olyan fokban romlik az állapota, hogy már nem képes magát megfelelően ellátni, egy mániás fázisban levő bipoláris beteg esetén pedig azt, hogy életét gyökeresen és visszafordíthatatlanul felborítja, munkáját otthagyja, megtakarított pénzét céltalanul elkölti, stb. Ezen betegségek még gyógyszeres kezelés mellett is sokszor hullámzó lefolyásúak, s általában előre látható mintát követnek. Így lehetőség van arra, hogy a beteg előre tervezzen: mi történjék vele abban az esetben, ha betegsége olyan szakaszba jut, melyben ő saját érdekeit már veszélyezteti, de még nem olyan mértékben veszélyes a maga vagy mások számára, hogy kötelező kezelésére sor kerülhessen.[5] Az előzetes akaratnyilvánítás mint jogi eszköz segítségével ez megoldható. Mivel az ilyen betegek--betegségük ciklikus jellegéből következően--már tapasztalatot szereztek arról, hogy mi történik velük, ha gyógyszereik szedését abbahagyva, vagy akár enélkül állapotuk romlani kezd, előre rendelkezhetnek arról, mi történjen velük ilyen esetben. Cselekvőképes állapotukban tehát dönthetnek arról, hogy állapotuk romlása esetén--amikor azonban még nem jelentenek közvetlen veszélyt a maguk vagy mások számára--ki és hogyan döntsön helyettük. [6] Így a beteg saját maga dönthet arról, hogy kötelező intézeti beutalására illetve kezelésére mikor és hogyan kerüljön sor. Ezek a kritériumok nem kell olyan szigorúak legyenek, mint a törvényben előírtak, viszont biztosíthatják, hogy a kötelező kezelés a beteg értékrendjének, előzetes akaratának megfelelően történjen.

Például a beteg—pszichiáterével megbeszélve--előre meghatározhatja, milyen viselkedés jelzi állapota rosszabbodását, s lehetővé teheti, hogy ezek jelentkezésekor akkor is akarata ellenére kórházba utalhassák és kezelésben részesítsék, ha a viselkedés másra vagy magára még nem olyan mértékben veszélyes, hogy jogi lehetőség lenne nem-önkéntes kezelésére.

Ez jobb megoldás, mint eleve olyan jogi szabályozást elfogadni, mely a magára illetve másra közvetlenül még nem veszélyes beteget is akarata ellenére kezelésben engedi részesíteni, mert egy ilyen szabályozással kapcsolatos visszaélés lehetősége sokkal nagyobb.[7]

Az előzetes akaratnyilvánítást jogilag is lehetővé tevő megoldás biztosítja, hogy a beteg cselekvőképes állapotában vallott értékei, céljai irányítsák a vele kapcsolatos döntéseket cselekvőképtelen állapotában is. Így ez a vele szembeni legkevésbé korlátozó, legkevésbé paternalisztikus beavatkozás, mely autonómiáját a lehetséges maximális mértékben tiszteletben tartja. Biztonsági okokból meg lehet követelni, hogy egy epizód múltbeli kezeléssel való együtt nem működés, s a kórházi felvételt szükségessé tevő hanyatlás legyen a feltétele annak, hogy valaki ilyen kötelező felvételre vonatkozó szerződést köthessen. Így biztosítható, hogy a beteg személyes tapasztalatból ismerje, milyen az a kezeléssel való együtt nem működés és az ennek következtében fellépő állapotromlás, amit a szerződéssel szeretne megakadályozni. Biztonsági megfontolásokból úgy is lehet szabályozni, hogy ilyen szerződést csak olyan pszichózisok esetén lehessen kötni, melyeknek jellegzetességük, hogy fázisokban ismétlődnek (p. bipoláris zavar, szkizofrénia).[8]

Az ilyen szerződések természetesen csak akkor kikényszeríthetők, ha a személy cselekvőképtelenné válik. Fontos azonban, hogy ilyenkor az illető cselekvőképtelenségének megállapítása az illető saját értékrendje alapján történik: ő

határozta meg előzetes akaratnyilvánításában, hogy mely állapotok azok, melyekben döntéseit nem szabad figyelembe venni, vagyis egy döntés esetén melyek cselekvőképtelenségének a kritériumai.[9]
Az is fontos, hogy egy-egy krízis lezajlása után az orvos és a beteg kiértékeljék, mennyiben volt hasznos a beteg Odüsszeusz-szerződése, s nem kell-e módosítani azt a szerzett tapasztalatok fényében.[10]
Hasonló célt szolgálhat a tartós meghatalmazott intézményének a pszichiátriai betegekre is való alkalmazásának bevezetése. Hagyományosan a tartós meghatalmazott intézménye terminális betegek esetén használatos, s jól kiegészíti az általuk készített élő végrendeletet. A tartós meghatalmazott értelmezheti az élő végrendeletben foglaltakat, ismerve a beteg értékrendjét, s bírva annak bizalmát. Egy fontos különbség azonban fennáll az életmentő vagy életfenntartó kezelések megszüntetése kapcsán döntést hozó tartós meghatalmazott és a pszichiátriai betegek esetén elismerendő tartós meghatalmazott között. Érthető módon az élő végrendelet törvények általában tartalmazzák azt a megkötést, hogy a tartós meghatalmazott döntését a cselekvőképtelen állapotban levő beteg felülbírálhatja. Eszerint tehát nem lehet életmentő kezeléstől megfosztani őt, ha ez ellen tiltakozik, még ha cselekvőképtelen is. Így életfenntartó kezelések estén ezek a törvények lehetővé teszik a terminális betegnek, hogy meggondolja magát, s az így megváltoztatott döntését--cselekvőképtelen állapota ellenére--tiszteletben tartsák.[11]
Érthető okokból pszichiátriai betegnél értelmetlen lenne olyan tartós meghatalmazottat megnevezni, akinek a döntését a beteg cselekvőképtelen állapotában megvétózhatná. Ezért pszichiátriai betegek esetén a tartós meghatalmazás szigorúbb formájára van szükség.
Mindez természetesen nem más, mint jogi eszközökkel való megvalósítása annak, amit a józan ész számos köznapi helyzetben diktál. Erős dohányos odaadhatja például a felségének a cigarettásdobozt azzal a kéréssel, hogy egy bizonyos idő előtt ne adjon neki cigarettát vagy egy bizonyos napi mennyiségnél többet ne engedjen neki elszívni. Ilyen szerződést az ember a telefontársasággal is köthet, például letilthatja, hogy saját telefonjáról költséges külföldi hívásokat kezdeményezhessen. Így a mindennapi életben is előfordul, hogy valaki úgy érzi: bizonyos helyzetekben nem lesz elegendő ítélőképessége vagy akaratereje a számára hasznos döntést meghozni vagy azt kivitelezni, s ezért--saját maga elleni védelemként, a jó döntés kikényszerítése céljából--hozhat ilyen érdekeit védő intézkedéseket. Nem különbözik ettől elvileg azon pszichiátriai beteg intézkedése, aki cselekvőképes állapotában előre látja, hogyan fog viselkedni, mikor cselekvőképtelen lesz, melyről már--a betegség ciklikus jellegéből kifolyólag -- tapasztalata is van, s ezen időszakokra óvintézkedéseket tesz, vagyis átruházza az akkor hozandó döntések jogát másra. A kötelező intézkedéseknek ezek--az egyén korábbi felhatalmazásán alapuló-- formái tekinthetők az etikailag legjobban védhetőeknek.[12]

Odüsszeusz-szerződés demencia esetére

A pszichiátriában az is gyakran fordul elő, hogy egy betegség első tüneteinek a jelentkezésekor a beteg még cselekvőképes állapotban van, azonban előre lehet

látni, hogy a betegség előrehaladtával szükségképpen cselekvőképtelen állapotba fog kerülni, amikor másnak kell majd döntenie helyette. Például az időskorban gyakori Alzheimer kór kezdeti szakaszában, amikor a dementálódás még minimális, a beteg előre dönthet arról, hogy betegsége súlyosbodásakor milyen körülmények között és milyen módon kezeljék.[13] Az előzetes akaratnyilvánításnak ez a pszichiátriai formája a beteg kívánságainak konkrétabb kifejezését teszi lehetővé, mint a terminális betegségek esetében használatos forma. Terminális betegség esetén ugyanis az előzetes akaratnyilvánítást készítő beteg nem tudja előre, hogy pontosan milyen komplikációk lépnek fel nála, milyen életmentő vagy életmeghosszabbító beavatkozások alkalmazásáról kell majd esetében dönteni. Ezzel szemben egy krónikus pszichiátriai betegség, pl. a már említett Alzheimer kór esetén viszonylag pontosan meg lehet mondani, hogy a beteg milyen állapotba fog kerülni, s ezért milyen kérdésekben kell majd dönteni helyette. A beteg tehát ezt figyelembe véve készítheti el előzetes akaratnyilvánítását, mely tehát ebben az esetben egy pontosan ismert betegségre konkretizált lesz.[14] Ehhez természetesen az szükséges, hogy a beteget időben tájékoztassák kezdődő dementiájának tényéről, annak prognózisáról, lefolyásának egyes szakaszairól. Ez a gyakorlatban sokszor nem történik meg. Egy vizsgálat szerint a megkérdezett betegek nagy része nem kapott semmiféle tájékoztatást demenciájáról.[15] Ugyanakkor egy másik vizsgálat során olyan megkérdezett betegek, akiknél a kezdődő demencia diagnózisának a lehetősége is felmerült , 90%-ban a diagnózis közlése mellett foglaltak állást.[16] Ebből az következik, hogy demencia gyanúja esetén is—ahogyan az rossz hírek közlése esetén általában is javasolt—meg kell kérdezni a beteget, mennyire akar kezelésébe bevonódni, illetve betegségéről tájékoztatást kapni, s aszerint kell eljárni. Semmiképpen sem fogadható el azonban az a gyakorlat, hogy míg szkizofrén betegeket 58%-ban, affektív zavarban szenvedőket kb. 90%-ban tájékoztatnak állapotukról, addig a dementiában szenvedőket rutinszerűen sokkal ritkábban tájékoztatják.[17]

Demencia és személyes identitás.

Mielőtt az előzetes akaratnyilvánítással kapcsolatos gyakorlati megfontolásokat megvizsgálnánk, röviden érintenünk kell egy nehéz filozófiai kérdést. Mennyiben tekinthető egy dementálódott beteg azonosnak egészséges önmagával? Ha ugyanis nem tekinthető korábbi önmagával azonosnak, hanem annyira különbözik tőle, mint korábbi önmaga egy másik személytől, akkor az előzetes akaratnyilvánítás érvényessége megkérdőjelezhető.[18] Ahogyan egy ember csak saját maga kezelésével kapcsolatban készíthet előzetes akaratnyilvánítást, de nem döntheti el, hogy egy másik embert hogyan kezeljenek, hogyan dönthetne valaki saját későbbi--dementálódott állapotában nyújtandó--kezeléséről, amikor dementálódott énje radikálisan más lesz, mint mostani, egészséges énje?
Az érvelés szerint a dementálódás folyamata során egy beteg személyisége teljesen átalakulhat. A demencia lépésről lépésre megfosztja a beteget személyiségének korábbi jellemzőitől. Kérdéses tehát, hogy a folyamat végén “keletkező” személy pszichológiai értelemben azonos-e azzal, aki a kezdetén volt? Nem mondhatjuk-e,

hogy a dementálódás folyamata során egy új személyiség jött létre, akinek már mások az érdekei, mint a folyamat elején az egészséges személynek?[19] Nem mondhatjuk-e azt, hogy eme új személyt jobban ismerik az őt most ellátók, mint korábbi önmaga, hiszen ő nem láthatta előre, milyenné fog alakulni személyisége. Nem mondhatjuk-e ezért, hogy az illetőnek egészséges állapotában készített előzetes akaratnyilvánítása nem vehette figyelembe, milyenné válik ő majd a dementálódási folyamat végén, milyenek lesznek későbbi állapotában az igényei, preferenciái? Nem mondhatjuk-e azt, hogy az előzetes akaratnyilvánítás annak a személynek az érdekeit tükrözi, aki azt készítette, de nem a dementálódás eredményeként létrejött új személyét, akinek már más az értékrendje, ezért a dementálódott személy kezelése során az előzetes akaratnyilvánítás előírásai csak korlátozottan vehetők figyelembe? [20] A személyes identitásról folytatott filozófiai viták során egyre inkább elfogadott lett az a vélemény, hogy a személyes identitás sem minden vagy semmi jellegű, hanem ennek is lehetnek fokozatai. Egy ember életének különböző időszakaiban az én eme „idő-szeletei" között van egy relatív folyamatosság, vagyis többé-kevésbé azonosak vagyunk önmagunkkal, de csak többé-kevésbé. A későbbi énben a korábbi én azonban nem mindig él tovább, ha a korábbi én olyan nagy mértékben megváltozott, hogy e mennyiségi változás már egy új minőséget jelent.[21] Ha a korábbi én és a későbbi én nagyon jelentősen különböznek egymástól, akkor a korábbi én által készített előzetes akaratnyilvánítás egyfajta „leigázási kísérlet" lenne a korábbi én részéről a későbbi én vonatkozásában, s nem világos, miért élveznének prioritást a korábbi én kívánságai a későbbi én kívánságaihoz képest.[22]

Nézzünk egy példát![23] Egy dementia diagnózisával rendelkező, de még a folyamat kezdetén lévő, s ezért cselekvőképes személy előzetes akaratnyilvánítást készít, melyben rögzíti, hogy ha már súlyosan dementálódott állapotban lesz, akkor életmentő beavatkozásokat ne alkalmazzanak nála, pl. tüdőgyulladás esetén ne kezeljék antibiotikumokkal. Rövid idő alatt az illető valóban súlyosan dementálódik s tüdőgyulladása lesz. Figyelembe szabad-e venni korábbi előzetes akaratnyilvánítását, ha súlyosan dementálódott állapota ellenére boldognak, elégedettnek látszik, s életét láthatólag szeretné folytatni, tüdőgyulladásából szeretne felépülni? Ebben az esetben a beteg előzetes akaratnyilvánítása szerint kell-e eljárni, vagy mostani, már súlyosan dementálódott állapotában kifejezett kívánságai szerint? A példa azt a szélsőséges esetet mutatja, amikor a demencia olyan alapvető személyiségváltozást eredményezett, hogy a demencia előtti, s a dementálódási folyamat végén levő személy voltaképpen két külön személynek tekinthető más-más értékrenddel és személyiséggel, s ezért az egyik kívánságai a másik kezelésére nem érvényesek. Ez az a ritka eset, amikor a demens személyt most ápolók, a hozzátartozók, családtagok jobban meg tudják ítélni, mi az illető érdeke, mint ahogyan az illető volt képes megítélni még egészséges állapotában, hogy mi lesz majd az érdeke. Ez azonban csak arra utal, hogy az előzetes akaratnyilvánítás figyelembe vétele során tekintettel kell lenni arra is, nem változtatta-e meg a betegség a kérdéses személy személyiségét olyan mértékben, hogy emiatt akaratnyilvánítása érvénytelennek tekinthető. Ezek azonban kivételes esetek, s nem változtatnak azon a tényen, hogy az esetek többségében az előzetes akaratnyilvánítás hasznos eszköz a később akaratnyilvánítási képességét elvesztő beteg kezelésére, s az abban foglalt kívánságokat és utasításokat tiszteletben kell

tartani. Mint láttuk azonban, ez soha nem lehet automatikus figyelembe vétel. Az orvosi judícium ilyen esetben sem kiküszöbölhető.[24]

A tartós meghatalmazottal kapcsolatos gyakorlati megfontolások.

A tartós meghatalmazott az a nagykorú személy, akit a nagykorú beteg írásban meghatalmaz, hogy helyette döntést hozzon orvosi beavatkozások, a jóllétét érintő kérdések, s anyagi ügyek vonatkozásában akkor, ha a beteg belátási képességét elveszíti.[25] [26] Tartós meghatalmazottat csak belátási képessége birtokában levő személy nevezhet meg. Egy személy egyszerre több tartós meghatalmazottat is megnevezhet, hiszen lehet, hogy életének különböző területein más-más személyeket lát a számára elfogadható döntéshozónak, illetve lehet, hogy az a kívánsága, hogy a számára hozott valamennyi döntést az általa megnevezett tartós meghatalmazottak közösen hozzák meg.[27] A tartós meghatalmazott mellett egy helyettes tartós meghatalmazottat is meg lehet nevezni, aki a tartós meghatalmazott döntéshozatali képességének elvesztése vagy halála esetén válhat tartós meghatalmazottá.[28]
A tartós meghatalmazott megnevezése a beteg személyes döntése. Akit a beteg tartós meghatalmazottjának megnevez, abban olyan mértékben megbízik, hogy döntéshozatali képessége elvesztése esetére élete nagy jelentőségű döntéseit is rábízza. Mivel a tartós meghatalmazottat a beteg választja ki, így ez kellő biztosíték arra, hogy az ő érdekeit megfelelően képviselő személyt fog megnevezni, ezért a tartós meghatalmazott döntéshozatali jogosultsága igen kiterjedt lehet. Ezzel szemben, ha a beteg nem nevezett meg tartós meghatalmazottat, s döntéshozatali képességét elveszíti, akkor a bíróságnak kell kineveznie számára helyettes döntéshozót. Mivel a bíróság már nem ismeri olyan alaposan az itt szóba jöhető személyeket, mint a beteg, ezért indokolt, hogy a bíróság által kijelölt helyettes döntéshozó döntéshozatali jogköre jobban ellenőrzött legyen, mint a beteg által kijelölt tartós meghatalmazotté.[29] A bíróság által kinevezett, egészségügyi döntésekben illetékes helyettes döntéshozó kinevezése például az Egyesült Királyságban 5 évre szól, s ezt a bíróság—ha szükséges—megújíthatja. [30]
A tartós meghatalmazott kötelessége, hogy gondoskodjon a beteg előzetes akaratnyilvánításában rögzített kívánságai tiszteletben tartásáról az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatban. Ha a beteg preferenciáit, kívánságait nem jelölte meg előzetes akaratnyilvánításában, akkor a tartós meghatalmazottnak úgy kell döntenie, hogy a döntés a beteg értékrendjét, preferenciáit tükrözze. Ha ez az adott helyzetre vonatkoztatva nem rekonstruálható, akkor a tartós meghatalmazottnak olyan döntést kell hoznia, mely meggyőződése szerint a leginkább képviseli annak érdekeit.[31]

A pszichiátriai előzetes akaratnyilvánítás néhány jellemzője

Sok országban általában előre elkészített formanyomtatvány áll rendelkezésre, melyet a betegnek ki kell töltenie, a kitöltés időpontját fel kell tüntetnie és két tanú jelenlétében alá kell írnia. A tanúk azt tanúsítják, hogy a beteg a dokumentumot nem kényszer hatására, hanem szabad akaratából töltötte ki és írta alá, továbbá tanúsítják, hogy a kitöltő láthatóan belátási képessége birtokában volt a dokumentum kitöltésekor. A pszichiátriai előzetes akaratnyilvánításban foglaltak akkor válnak az orvos számára előírássá, ha a bíróság vagy két orvos megállapítja, hogy a beteg a pszichiátriai kezelését illető döntései vonatkozásában nem rendelkezik belátási képességgel.[32]
A beteg a dokumentumban leírhatja, hogy melyek azok a pszichiátriai kezelési formák, melyeket szükség esetén elfogadna, s melyek azok, amelyekben nem szeretne részesülni. Általában a pszichiátriai kezelés három fő formájával kapcsolatban rögzítheti a beteg a dokumentumban a kívánságait: a pszichotrop szerekkel való gyógyszerelés, az ECT (elektrokonvulzív terápia) alkalmazása, és a pszichiátriai intézménybe való kötelező felvétel vonatkozásában.[33] A dokumentumban a beteg megnevezheti azt a személyt (a tartós meghatalmazottat), akiben megbízik, s akit meghatalmaz arra, hogy pszichiátriai kezelésével kapcsolatban helyette döntsön. A megnevezett személy aláírásával igazolja, hogy elfogadja, hogy tartós meghatalmazottként döntést hozzon a beteg helyett, ha az belátási képességét elveszíti. A tartós meghatalmazottnak a helyettesített döntés elvét kell követnie. A meghatalmazónak az előzetes akaratnyilvánításban rögzített kívánságait kell képviselnie, illetve, ha ez a dokumentumból nem olvasható ki egyértelműen, akkor a helyettesített döntés elvének megfelelően a meghatalmazó értékrendje, céljai, preferenciái ismeretében azt kell rekonstruálnia: hogyan döntene az adott helyzetben és a releváns információk birtokában az illető, ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét.
A kezelőorvos nem köteles azt a gyógyszert adni, amit a meghatalmazó a dokumentumban leírt, ha úgy gondolja, hogy az a betegnek nem megfelelő; a dokumentumban fel nem sorolt gyógyszert a betegnek viszont csak a tartós meghatalmazott kifejezett engedélyével adhat.[34] Ettől a kötöttségtől a kezelőorvos csak sürgős szükség esetén illetve a kezelés bíróság által történő elrendelése esetén mentesül, akkor is szigorú jogi korlátok között.[35]
A beteg által kitöltött dokumentum általában 3 évig érvényes, ezen idő elteltével a további érvényességhez meg kell újítani.[36] A megújításhoz azonban a betegnek belátási képességgel rendelkező állapotban kell lennie. Ha a beteg belátási képessége hiányzik, a dokumentumban foglalt kívánságait nem változtathatja meg.[37]
Általában két tanú aláírása szükséges a dokumentum jogi érvényességéhez. Nem szerepelhetnek tanúként a beteg tartós meghatalmazottja illetve annak helyettese (ha a beteg ilyet megnevezett), a beteg kezelőorvosa vagy annak rokona, a beteg esetmenedzsere, tanácsadója, magánpszichiátere, s annak az intézménynek a tulajdonosa illetve működtetője (illetve ezek rokonai) sem, ahol a beteget ápolják, gondozzák (pl. pszichiátriai betegek ápolási otthona, stb. esetén.) A tanúk aláírásukkal azt igazolják, hogy a dokumentumot aláíró cselekvőképes állapotban volt a dokumentum aláírásakor.[38] A beteg által megnevezett tartós meghatalmazottnak is aláírásával kell igazolnia, hogy elfogadta a beteg felkérését, s hajlandó helyette tartós meghatalmazottként döntéseket hozni. Nem lehet a beteg tartós meghatalmazottja a kezelőorvosa, illetve olyan egészségügyi ellátó, aki a

beteg kezelésében részt vesz. Nem lehet továbbá tartós meghatalmazott annak az intézménynek a tulajdonosa, működtetője, vagy alkalmazottja, amely a beteg ellátásában részt vesz, vagy amelyben a beteg lakik.[39]

Az előzetes akaratnyilvánítás néhány tartalmi eleme

A pszichiátriai előzetes akaratnyilvánítás--mint láttuk--általában három területen teszi lehetővé a beteg akaratának előzetes kifejezését: a pszichotrop kezelés, az elektrokonvulzív terápia (ECT) és a pszichiátriai intézménybe való felvétel vonatkozásában.
A pszichotrop gyógyszerelés vonatkozásában a beteg rögzítheti, hogy mely gyógyszerek alkalmazásába egyezik bele, illetve melyek alkalmazásához nem járul hozzá, s azokat a feltételeket is rögzítheti, mellyel a gyógyszerek alkalmazását megengedi.[40]
A beteg az ECT vonatkozásában is rögzítheti, hogy annak alkalmazásába beleegyezik-e, s ha igen, akkor milyen feltételek fennállása esetén s milyen megkötésekkel.[41]
A pszichiátriai intézménybe való felvétel tekintetében is rendelkezhet a beteg arról, hogy cselekvőképtelen állapotában felvehetik-e őt ilyen intézménybe, s ez milyen feltételek fennállása esetén történhet.[42] Nyilatkozhat arról, melyek azok a pszichiátriai intézmények, melyekben nem kíván kezelést kapni, illetve kik azok a szakemberek, akiktől nem kíván kezelésben részesülni.[43]
A beteg fenti kívánságai, preferenciái illetve tiltakozása megfelelő jogi háttér esetén (pl. az USA-ban) jogilag kikényszeríthetők. El kell ezért különíteni ettől az előzetes akaratnyilvánítás azon elemeit, melyek a beteg preferenciáit úgy rögzítik, hogy azok jogilag az orvosra ugyan nem kényszerítő erejűek, vagyis nem kötelessége azokat mindenképpen figyelembe venni, mégis, fontos segítséget jelenthetnek a számára a kezelési alternatívák mérlegelése során.

Az előzetes akaratnyilvánítás jogilag általában nem kikényszeríthető, de fontos elemei

Az előzetes akaratnyilvánítás ezen részében a beteg feltüntetheti azoknak a pszichiátriai szakembereknek a nevét, telefonszámát, akikben megbízik, s lehetőség szerint a jövőben is általuk szeretne kezelést kapni, illetve azon pszichiátriai intézmények nevét, címét, ahol kezelésben szeretne részesülni.
Egy előre megadott listából megjelölheti, hogy melyek voltak a múltban azok az eljárások, melyek pszichés krízis esetén a leginkább segítségére voltak (pl., hogy valaki megfogta a kezét, olvashatott, zenét hallgathatott, zuhanyozhatott, stb.)[44]
Megjelölheti azokat a kísérleteket is, melyek a múltban nem voltak sikeresek krízisállapota esetén a megnyugtatására. Kifejezetten megjelölheti, mi az, amit a pszichiátriai intézmény személyzete részéről nem szeretne.[45] (pl. nem kívánja, hogy megérintsék, illetve azt szeretné, ha megérintése előtt ehhez engedélyt kérnének, s elmagyaráznák megérintése szükségességének indokait, vagy azt szeretné, ha személyes terét fokozottan tiszteletben tartanák, stb.)[46] Az ilyen dokumentumok olyan formátumban készülnek, melyet a pszichológiai-pszichiátriai krízisre hajlamos

beteg állandóan magánál tarthat. Ezt az Egyesült Királyságban „krízis-kártyának” nevezik.[47]

Összegzés

A belátási képességgel nem rendelkező beteg helyett másnak kell döntenie a kezeléséről. Ez a döntés alapvetően kétféle módon történhet. Akkor, ha a beteg korábbi értékrendjét nem ismerjük, s az nem is ismerhető meg, a legjobb érdek standardja szerint kell döntenünk: azt a kezelési alternatívát kell választanunk a beteg számára, melyről feltételezzük, hogy leginkább az érdekében áll. Ilyenkor azonban—mivel nem ismerjük a beteg értékrendjét—a saját vagy a társadalom értékrendje alapján fogjuk eldönteni, mi áll a beteg érdekében, s nem a beteg saját értékrendje alapján. Ezért az ilyen döntés szükségszerűen paternalisztikus lesz, ezért ez az alternatíva—jobb lehetőség híján-- csak mint szükséges rossz választható. Sokkal megnyugtatóbb, ha a beteg számára a döntést a beteg értékrendje alapján hozhatjuk meg (ez a helyettesített döntés), ehhez azonban a beteg értékrendjét ismerni kell. Eme értékrend megismerhetőségét biztosítják az előzetes akaratnyilvánítás különböző mechanizmusai: a beteg által írt élő végrendelet és a tartós meghatalmazott intézménye. Ezek az intézmények Magyarországon főleg a terminális állapotú betegek kezelésével kapcsolatos orvosi döntéseket segítik, viszont nem alakultak ki a pszichiátriai betegek cselekvőképtelenné válásakor az orvos döntését segítő hasonló jogi mechanizmusok. Az előzetes akaratnyilvánítás pszichiátriában használt formája (Odüsszeusz szerződés) segítségével a cselekvőképes állapotban levő pszichiátriai beteg saját magát korlátozó hatalmat ad más kezébe, hogy így megmeneküljön saját majdani ésszerűtlen döntései hátrányos következményeitől. A beteg az Odüsszeusz szerződésben meghatározhatja, hogy állapota romlása esetén mikor lehet őt akarata ellenére kórházba szállítani, ott őt kezelésben részesíteni, s azt is, hogy a korlátozás mely formáit használhatják vele szemben, illetve a kezelések mely formáit engedi meg, illetve utasítja vissza. Megnevezheti azt a személyt is, aki mindezeket az utasításokat érvényesen értelmezheti. Az Odüsszeusz szerződés lehetővé teszi, hogy ezen kérdések eldöntésében ne általános, s így viszonylag rugalmatlan szabályok érvényesüljenek, hanem a beteg a saját konkrét esetére speciális szabályokat dolgozhat ki, melyek rugalmasabban tudják tekintetbe venni betegsége és helyzete specifikumait. Az Odüsszeusz szerződések jogi elismerése lehetővé tenné azt, hogy a beteg saját értékei kiterjedtebben érvényesülhessenek nem-önkéntes pszichiátriai kezelése feltételeinek és módjának meghatározása során. Az Odüsszeusz szerződés így iránymutatást ad a beteg hozzátartozóinak és kezelőorvosának arról, hogy a belátási képességgel nem rendelkező beteget milyen (a törvényesen megengedettnél kevésbé szigorú) feltételek fennállása esetén lehet akarata ellenére pszichiátriai intézménybe szállítani, ott milyen jellegű pszichotróp kezelésbe egyezik bele illetve mely kezeléseket utasít el, s iránymutatást tartalmaz az ECT alkalmazásának a feltételeiről is. Az Odüsszeusz szerződés—a beteg előzetes beleegyezésével—nagyobb szabadságot ad a beteget kezelő orvosnak,

illetve a beteg helyett döntő hozzátartozónak, mint amekkorát a törvény a beteg beleegyezése nélkül megengedne, de ezzel a nagyobb kezelési szabadsággal a beteg érdekében és az ő iránymutatása szerint lehet élni. Így az Odüsszeusz szerződés alkalmas arra, hogy ötvözze a hagyományos paternalizmus és a beteg önrendelkezési joga tiszteletben tartása elvének előnyös oldalait, azok hátrányos elemei nélkül. Fontos lenne ezért eme jogintézmény mielőbbi magyarországi bevezetése.

---

[1] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 9)
[2] J A Muir Gray: Self-management in chronic illness. The Lancet, Vol. 364. No. 9444 October 23-29, 2004. (p. 1467-68) (p. 1467)
[3] Stanton Newman et. al: Self-management interventions for chronic illness. The Lancet, Vol. 364. No. 9444 October 23-29, 2004. (p. 1523-37)
[4] Guy Widdershoven—Ron Berghmans: Advance directives in psychiatric care: a narrative approach Journal of Medical Ethics 2001; **27**:92-97 (p. 92)
[5] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 351)
[6] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 352)
[7] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 352)
[8] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 353)
[9] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 355)
[10] Guy Widdershoven—Ron Berghmans: Advance directives in psychiatric care: a narrative approach Journal of Medical Ethics 2001; **27**:92-97 (p. 95)
[11] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 356)
[12] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 357)
[13] Soren Holm (2001): Autonomy, authenticity, or best interest: Everyday decision-making and persons with dementia. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 153-159, 2001. (p. 156)
[14] J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 163)
[15] Marek Marzanski: Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. Journal of Medical Ethics 2000; **26**:108-113 (p. 109)
[16] E. L. Erde--E. C. Nadal--T. O. Scholl (1988): On Truth Telling and the Diagnosis of Alzheimer's Disease. *J. Fam. Prac.* 26, 401-406. Cit: J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 164)
[17] Marek Marzanski: Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. Journal of Medical Ethics 2000; **26**:108-113 (p. 111)
[18] David DeGrazia: Advance Directives, Dementia, and „The Someone Else Problem". In: Bioethics Vol. 13. No. 5. 1999 (p. 373-392) (p. 374)
[19] J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 165)
[20] J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 165)
[21] Jennifer Radden: Identity. Personal Identity, Characterization Identity, and Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.)(2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 135)

[22] Jennifer Radden: Identity. Personal Identity, Characterization Identity, and Mental Disorder In: Jennifer Radden (ed.)(2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford--New York: Oxford University Press. (p. 139)
[23] J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 166)
[24] J. Vollmann (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. Medicine, Health Care and Philosophy **4:** 161-167, 2001. (p. 166)
[25] Susan M. Wolf et. al. (1987): Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. (A Report by the Hastings Center. Bloomington and Indianapolis: Indiana Univeristy Press)
[26] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 14)
[27] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 15)
[28] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 15)
[29] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 16)
[30] Making Decisions: The Government's Proposals for Making Decisions on Behalf of Mentally Incapacitated Adults. (A Report issued in the light of responses to the consultation paper Who Decides?) London: The Stationary Office Limited (October, 1999) (p. 25)
[31] Patricia Backlar (1994): Notice to Persons Making a Declaration for Mental Health Treatment. State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 2)
[32] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 1)
[33] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 2)
[34] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 3)
[35] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 3)
[36] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 4)
[37] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 5)
[38] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 13)
[39] Patricia Backlar (1994): Can I Plan Now for the Mental Health Treatment I Would Want If I Were in Crisis? (A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment.) State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p. 14)
[40] Patricia Backlar (1994): Notice to Persons Making a Declaration for Mental Health Treatment. State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p.3)
[41] Patricia Backlar (1994): Notice to Persons Making a Declaration for Mental Health Treatment. State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p.4)
[42] Patricia Backlar (1994): Notice to Persons Making a Declaration for Mental Health Treatment. State of Oregon, Office of Mental Health Services. (p.4)

[43] Disabilty Advocates, Inc.: Planning for Your Mental and Physcial Health Care and Treatment. 5 Clinton Square 3rd FIlor, Albany, NY 12207. (p. 3)
[44] Disabilty Advocates, Inc.: Planning for Your Mental and Physcial Health Care and Treatment. 5 Clinton Square 3rd FIlor, Albany, NY 12207. (p. 4)
[45] Disabilty Advocates, Inc.: Planning for Your Mental and Physcial Health Care and Treatment. 5 Clinton Square 3rd FIlor, Albany, NY 12207. (p. 5)
[46] Disabilty Advocates, Inc.: Planning for Your Mental and Physcial Health Care and Treatment. 5 Clinton Square 3rd FIlor, Albany, NY 12207. (p. 6)
[47] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. London—Philadelphia: Routledge. (p. 264)

8. fejezet--A pszichiátriai kezelés visszautasítása

A beteg akarata ellenére történő pszichiátriai kezelés története

Nemzetközileg komoly változás zajlott le az utóbbi 40 évben a pszichiátriai beteg akarata ellenére történő kórházba utalásával és kezelésével kapcsolatban. Az 1950-es, 60-as években a legtöbb országban jogilag tágan húzták meg a nem-önkéntes intézeti kezelés feltételeit. Ezt általában akkor is elrendelhetőnek tekintették, ha úgy ítélték meg, hogy a beteg pszichiátriai kezelésre illetve gondozásra szorul, s nemcsak akkor, ha saját magára vagy másra nézve közvetlen veszélyt jelent. Ez a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés megengedhetőségének orvosi szükségleten alapuló modellje volt, mely szerint ilyen kezelésben lehet részesíteni mindenkit, aki arra rászorul, akinek arra orvosilag szüksége van. Egyben ez a modell engedi meg a legszélesebb indikációban a kényszer alkalmazását.[1] A nem-önkéntes intézeti beutalási eljárás is sokkal kevésbé volt szigorú, mint manapság. Általában elegendőnek tartották, ha két orvos (nem kellett pszichiáterek legyenek) tanúsította, hogy a betegnek pszichiátriai kezelésre van szüksége.
A változás a 70-es évek elején kezdődött, amikor a pszichiátriai intézetbe való nem-önkéntes beutaláshoz is azokat a szigorú eljárási feltételeket kezdték megkövetelni, melyek a büntetőjogban voltak használatosak az őrizetbe vétel illetve az előzetes letartóztatás esetén.[2] Az Emberi Jogok Európai Egyezménye szerint például bármely--szabadságától megfosztott személyt (s ide tartoznak a nem-önkéntesen a pszichiátriai intézménybe felvett betegek is)--rövid határidőn belül bíróság elé kell állítani, hogy az dönteni tudjon a szabadságkorlátozás törvényességéről.[3] Ezek a változások együtt jártak a nem-önkéntes beutalást lehetővé tevő kritériumok szigorításával is. A nem-önkéntes beutaláshoz nem volt többé elegendő pusztán az, hogy egy betegnek pszichiátriai kezelésre illetve ellátásra van szüksége; ekkortól kezdve már csak akkor tekintették a beteget nem-önkéntesen pszichiátriai intézménybe utalhatónak, ha önmagára vagy másra közvetlen veszélyt jelent.[4] Ez a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés megengedhetőségének un. veszélyességi modellje, mely az orvosi szükségleten alapuló modellnél sokkal szűkebb körben engedi meg a nem-önkéntes pszichiátriai kezelést. [5]
Több tényező idézte elő ezt a változást. Egyrészt a 60-as évek polgárjogi mozgalmai előtérbe helyezték a személyes szabadságjogokat. Ugyanezen időszak antipszichiátriai mozgalmai megkérdőjelezték a pszichiátriai diagnózisok objektivitását és értékmentességét. Számos adat utalt továbbá ara, hogy a pszichiátriai intézményekben nem mindig történik hatékony kezelés, s egyre jobban kezdték elfogadni a közösségi pszichiátriai megközelítést is. Úgy vélték, hogy a legtöbb pszichiátriai betegségben nem a kórházi kezelés az optimális megoldás, hanem a közösségi pszichiátria intézményrendszerében való elhelyezés.[6]
Érdekes módon a 80-as években ez a trend megfordulni látszott. A pszichiátriai betegek családjainak érdekvédelmi szervezetei kezdték követelni a nem-önkéntes intézeti kezelés elrendelése feltételeinek a szélesítését, hogy lehetséges legyen súlyos, de nem ön- vagy közveszélyes beteg családtagjuk kezelése. Úgy ítélték meg, hogy a nem-önkéntes kezelést lehetővé kellene tenni azokban az esetekben is, amikor kezelés hiányában a beteg komoly fizikai vagy mentális károsodást szenvedhet.[7] Vegyünk például egy krónikus skizofréniában szenvedő beteget, aki kompenzált állapotban volt mindaddig, míg szedte a gyógyszereit, de romlani

kezdett az állapota, mert gyógyszerei szedését abbahagyta! Miért kellene megvárni a családnak vagy a kezelőorvosnak--szólt az érvelés--míg egy ilyen beteg állapota olyan mértékben romlik, hogy az már életére közvetlen veszélyt jelent, s miért csak ekkor lehet elkezdeni a kezelését az önveszélyesség kritériumának megfelelően? Miért nem lehet tágabb kritériumot használni, s elkezdeni a nem-önkéntes kezelést már állapota lényeges romlása esetén is? Hasonlóképpen, egy bipoláris beteg mániás fázisának indulásakor miért kellene megvárni, míg a betegség az illető életét már közvetlenül veszélyezteti, s miért nem lehet előbb beavatkozni, megakadályozva így azt, hogy a beteg elherdálja vagyonát, tönkre tegye karrierjét, házasságát? Miért nem lehet ilyenkor a nem-önkéntes beavatkozáshoz az önveszélyességnél enyhébb kritériumot használni?[8] Valójában nincs olyan elvi ok, mely csak a saját vagy mások életének a veszélyeztetése esetén indokolná a nem-önkéntes kezelést. Ennél enyhébb indokot is elegendő elfogadni a nem-önkéntes kezelés feltételeként, pl. azt, hogy az illető betegsége kezeletlenül komoly fizikai vagy mentális károsodást, szenvedést okozhat.[9] Így a jelenlegi trend kétségtelenül a nem-önkéntes kezelés feltételeinek kis mértékű szélesítése irányába mutat. Magyarországon ennek a biztosítására hozták létre az un. kötelező kezelés intézményét. Ez azt jelenti, hogy az 1997. évi egészségügyi törvény szerint lehetőség van arra, hogy ha a pszichiátriai beteg azonnali sürgősségi gyógykezelése ugyan nem indokolt, mert közvetlen veszélyt viselkedése a maga vagy mások egészségére, életére nem jelent, állapota miatt azonban mégis kezelésre lenne szüksége, akkor egyedi bírói mérlegelés alapján erre kötelező kezelés formájában sor kerülhessen.[10] Ezt a lehetőséget ma a gyakorlatban ritkán használják, noha elterjedése indokolt lenne, mert sokkal "nyugodtabb", megbízhatóbb megítélését teszi lehetővé a beteg állapotának, mint a már kórházban levő beteg bírói felülvizsgálata.[11]

Nem-önkéntes intézeti elhelyezés versus nem-önkéntes kezelés

Pszichiátriai betegség kapcsán a két leggyakrabban felmerülő probléma az, hogy mikor lehet a beteget akarata ellenére pszichiátriai intézetbe szállítani és mikor lehet akarata ellenére gyógykezelésben részesíteni. Bár ez a két kérdés első pillanatra egynek tűnik, valójában--főleg az USA-ban--nagyon intenzív vita folyt arról, hogy a beteg akarata ellenére történő kórházba szállítása automatikusan azt jelenti-e, hogy a beszállított beteget egyben akarata ellenére kezelésben is lehet részesíteni? Vagy utóbbi külön megfontolást igényel?

Akik erre a kérdésre nemmel válaszolnak, úgy szoktak érvelni, hogy a pszichiátriai intézménybe utalás célja éppen a beteg gyógykezelése. Ha tehát egy beteget nem-önkéntes jelleggel pszichiátriai intézetbe szállítanak, de megengedik neki, hogy ott mégis visszautasítsa a gyógykezelést, akkor voltaképpen ezzel ezeket az intézményeket börtönné fokozzák le, az ott dolgozó egészségügyi személyzetet és az orvosokat pedig börtönőrökké.[12] Ez az érvelés egészen a 70-es évek végéig elfogadott volt az USA-ban, s akkoriban a nem-önkéntes jelleggel pszichiátriai intézetbe utaltakat rutinszerűen akaratuk ellenére pszichiátriai kezelésben részesítették.[13] Ezt a helyzetet két Legfelsőbb Bírósági döntés változtatta meg (a Rogers v. Okin 1979-ben és a Rennie v. Klein 1983-ban), s azóta a gyakorlatban is megkérdőjeleződött az a feltételezés, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai intézeti elhelyezés egyszersmind a pszichiátriai gyógykezelésre való kötelezést is jelenti.[14]

Mára az USA joggyakorlatában általánosan elfogadottá vált, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai intézeti elhelyezés nem fosztja meg a beteget a cselekvőképességétől, vagyis az ilyen beteg nem részesíthető automatikusan kezelésben akarata ellenére.[15] Joga van tehát a nem-önkéntesen beutalt pszichiátriai betegnek is visszautasítania például az antipszichotikus kezelést.[16] A bíróság érvelése szerint az ilyen beteg is képes lehet mérlegelni azt, hogy mik lesznek a következményei, ha visszautasítja a javasolt kezelést, vagyis a kezelése tekintetében cselekvőképes maradhat. Nincs tehát szükségszerű kapcsolat a pszichiátriai beteg hospitalizálásának szükségessége és az ilyen beteg döntésképessége, cselekvőképessége között.[17]

A nem-önkéntes pszichiátriai intézetbe utalás ugyanis alapvetően két indokkal történhet. Történhet egyrészt azért, mert a beteg közvetlen veszélyt jelent saját magára, de történhet azért is, mert másokra veszélyes. Amikor a beteg saját maga számára jelent veszélyt, akkor a nem-önkéntes intézeti beutalás az ő érdekében történő, paternalisztikus beavatkozás. Ilyenkor az illető--definíciószerűen--nem rendelkezik belátási képességgel, hiszen saját érdekeit képviselni nem képes, ezért a belátási képesség hiánya nemcsak arra vonatkozik, hogy a kórházba utaláshoz nem adhat beleegyezést, de arra is, hogy a felvételt követően közvetlenül tervezett kezelésbe sem tud belegyezést adni. Ezért saját maga számára közvetlen veszélyt jelentő beteg esetén a nem-önkéntes beutalás valóban egyben nem-önkéntes kezelést is jelent, legalábbis az akut krízis megoldását jelentő rövid ideig. Ezt követően azonban a beteg állapota változhat, belátási képessége vagy annak egy része visszatérhet, ezért a további kezeléseket illetően már rendelkezhet belátási képességgel, s ezért a kezelés visszautasításának a jogával is.[18]

Más a helyzet azonban akkor, ha a beteget azért utalják nem-önkéntes jelleggel pszichiátriai intézménybe, mert pszichés állapota miatt mások számára jelent közvetlen veszélyt. Ilyenkor ugyanis nem az ő érdekében történik a nem-önkéntes intézeti beutalás, hanem mások védelme érdekében. Ilyen esetben tehát nem feltétele a nem-önkéntes beutalásnak az, hogy az illetőnek hiányozzék a belátási képessége, s sok esetben ilyenkor a beteg teljes belátási képessége birtokában van. A nem-önkéntes beutalás feltétele ilyenkor pusztán az, hogy az illető--pszichiátriai betegsége következtében--közvetlen veszélyt jelent mások számára. Ez a helyzet bizonyos tekintetben hasonló azokhoz a fertőző betegekhez, akiket akaratuk ellenére karanténbe helyeznek, mert egészségi állapotuk miatt veszélyt jelentenek másokra illetve tágabban a közegészségre.[19] A karanténbe kerülő betegnél sem feltétele az illető nem-önkéntes elkülönítésének az, hogy hiányozzék a belátási képessége. Ha tehát a nem-önkéntes pszichiátriai beutalás indoka mások védelme, akkor ilyenkor a beteg teljes belátási képességgel, s ezáltal a kezelés visszautasításának a jogával is rendelkezhet.

A nem-önkéntes beutalás és a nem-önkéntes kezelés megkülönböztetésének fő indoka tehát az, hogy a két döntés más-más mentális képességeket igényel. A nem-önkéntesen beutalt betegnek például jó oka lehet a felajánlott kezelés elutasítására. Lehet például, hogy csak az egyik javasolt gyógyszer dózisával nem ért egyet, lehet, hogy a gyógyszer mellékhatásaitól fél, melyet a pszichiáter általában kevésbé tart jelentősnek, mint ő. Tehát a nem-önkéntesen beutalt beteg bizonyosfajta gyógyszert visszautasító döntése lehet racionális, a következmények pontos megértésén alapuló, s így cselekvőképes, s ezért elfogadandó.[20]

Felvetődik azonban a kérdés, hogy ha valaki más számára--pszichiátriai betegsége következtében--veszélyt jelent, s emiatt nem-önkéntes jelleggel pszichiátriai

intézménybe utalják, akkor mi a különbség a börtönbe kerülő, másokra veszélyes, de pszichiátriailag egészséges ember, s a pszichiátriai intézetbe kerülő, másokra veszélyes pszichiátriai beteg között? Az alapvető különbség az, hogy ha egy egészséges ember jelent veszélyt mások számára, akkor ezt a problémát a büntetőjog oldja meg a saját eszközeivel, s az igazságszolgáltatás intézményeivel. A modern büntetőjogban azonban nagyon fontos elv, hogy senkit nem lehet pusztán azért megbüntetni, ami feltételezhető róla, ami esetében valószínűsíthető. Nem lehet például valakit börtönbe zárni azzal az érveléssel, hogy az illető nagy valószínűséggel erőszakos bűncselekményt fog elkövetni, vagyis potenciálisan veszélyes másokra. Természetesen meg lehet akadályozni egy már elkezdett bűncselekményt, a büntetőjog azonban alapvetően nem preventív. Megbüntetni valakit csak a bűntett elkövetése után lehet. Ha a büntetőjog nem fogadná el ezt a logikát, akkor az elítélteket a büntetésük letöltése után sem engednék ki a börtönből, hiszen statisztikák szerint egy következő bűncselekmény elkövetésének legjobb előrejelzője az, hogy valaki a múltban követett-e már el bűncselekményt. Így tehát a büntetésüket letöltött és szabaduló elítéltek nagyobb valószínűséggel fognak ismét bűncselekményt elkövetni, mint az átlagpopuláció, ez azonban a mai büntetőjog szerint nem indok preventív fogvatartásukra.[21]
Ezzel szemben a pszichiátriában elfogadott a preventív beutalás elve, vagyis egy másokra potenciálisan veszélyes pszichiátriai beteg nem-önkéntes jelleggel beutalható pszichiátriai intézetbe még a tett elkövetése előtt, pusztán azért, mert valószínűsíthető, hogy eme preventív intézkedés nélkül mások életét egészségét, testi épségét veszélyeztetné.[22]
A büntetőjog tehát választási lehetőséget kínál fel minden egyes ember számára: "vagy tartózkodsz bizonyos tettek elkövetésétől vagy büntetésben részesülsz!" Ennek megismertetése után azonban az egyén szabad választására bízza, hogy elköveti-e a tiltott tettet vagy sem. Pszichiátriai beteg esetén azonban ez az elv nem alkalmazható, mert a kiindulópont esetükben az, hogy nem rendelkeznek a szabad választás képességével, nem áll szabadságukban, hogy a tiltott tettet ne kövessék el, mert pszichiátriai betegségük ebben a szabad választásban őket akadályozza. Mivel tehát bizonyos esetekben nem tehetik meg, hogy ne válasszák az erőszakos cselekmény elkövetését, mert betegségük miatt ez nem áll akaratlagos ellenőrzésük alatt, ezért nem is felelősek erőszakos tetteikért büntetőjogi vagy erkölcsi értelemben.[23] Az ilyen másokra veszélyes pszichiátriai betegek nem-önkéntes intézeti elhelyezése tehát egy preventív eszköz, hasonló ahhoz, mint amikor egy potenciálisan fertőző beteget karanténba helyeznek.[24]
Hangsúlyozni kell, hogy a másokra veszélyesség nem jellemző a pszichiátriai betegekre, vizsgálatok szerint a pszichiátriai betegek általában nem veszélyesebbek a többi emberre, mint az átlagpopuláció.[25]
A másokra való veszélyesség megítélése azonban a pszichiátriában nehéz, s jól ismerten pontatlan. Közismert, hogy a pszichiátriában jelentősen túlbecsülik a betegek másokra való veszélyességét, vagyis sok olyan betegről jelentik ki, hogy másokra veszélyes, akiről azután kiderül, hogy valójában nem az.[26] Így a másokra való veszélyesség megjóslásának nehézsége miatt sok beteg kerül nem-önkéntes jelleggel feleslegesen pszichiátriai intézetbe.
A mások védelme érdekében nem-önkéntesen beutalt pszichiátriai beteg tehát rendelkezhet belátási képességgel és ezért vissza is utasíthatja az intézeti kezelést, hiszen nem azért utalták őt kórházba, mert nem rendelkezik belátási képességgel, hanem azért, mert másokra veszélyes.[27] Ezek legtöbbször személyiségzavarban

szenvedő betegek. Az ilyen betegeknek tehát--noha nem-önkéntesen kerültek pszichiátriai intézménybe--fel kell ajánlani a lehetséges kezelést, de azt joguk van visszautasítani, hiszen megvan ehhez a belátási képességük. Közölni kell viszont velük, hogy ebben az esetben addig kell a pszichiátriai intézményben maradniuk, míg másokra való közvetlen veszélyességük fennáll.[28] Ez bizonyos esetekben nehéz választás elé állíthatja a beteget, hiszen esetleg csak az lesz a választási lehetősége, hogy beleegyezik-e a terápiába vagy élete végéig a pszichiátriai intézetben kell maradnia elkülönítve. Ez a kezelésbe való beleegyezés szabad és önkéntes jellegét ugyan megkérdőjelezi, mégis ez a választás indokoltnak tekinthető, hiszen jobb alternatíva nem kínálkozik.[29] Ez tehát a másokra veszélyes betegek preventív célú elkülönítését jelenti, egyfajta pszichiátriai karantént, ahová a beteg nem feltétlenül kezelés miatt kerül, hanem elsősorban mások védelme érdekében.[30]

Látni kell azonban, hogy a fentiek a másokra veszélyes és ezért nem-önkéntes jelleggel pszichiátriai intézetbe utalt betegeknek csak egy részére vonatkoznak. Ugyanis az ilyen módon beutalt betegek egy része nem rendelkezik belátási képességgel, s ebben az esetben a kezelés visszautasítása sem fogadható el érvényes visszautasításként.

Hazánkban az egészségügyi törvény nem tesz különbséget a nem-önkéntes intézeti beutalás és a nem-önkéntes kezelés között, azt sugallva ezzel, hogy a nem-önkéntes beutalás egyben nem-önkéntes kezelést is jelent.[31] A fentiek miatt ez nem elfogadható. 1999-ben Magyarországon járt a Kínzás és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetés Elleni Európai Bizottság (röviden Kínzásellenes Bizottság, CPT), mely meglátogatta a hazai pszichiátriai intézeteket is, és erről jelentést adott ki. Ebben a jelentésben--egyebek mellett--észrevételezte, hogy Magyarországon a nem-önkéntesen pszichiátriai intézetbe utaltak nem utasíthatnak vissza kezelést. A CPT álláspontja az volt, hogy ez nem elfogadható. Lehetővé kell tenni a nem-önkéntesen beutalt betegek számára is--ha kezelésük tekintetében döntéshozatali képességük megtartott--hogy kezelést, vagy bármely más orvosi beavatkozást visszautasíthassanak. Ettől az alapelvtől csak rendkívüli--s törvény által szabályozott--esetben lehet csak eltérni.[32] Hasonló elvet követ a Pszichiátriai Világszövetség (World Psychiatric Association) Hawaii Deklarációja, melynek 5. pontja szerint „Sem beavatkozás, sem kezelés nem végezhető a beteg akarata ellenére vagy arra való tekintet nélkül, kivéve ha a beteg—mentális betegsége miatt—nem képes megítélni, mi áll érdekében, s ha a kezelés nélkül a beteg vagy mások számára komoly károsodás veszélye áll fenn.”[33] Ez a szabály tehát csak pszichiátriai betegsége következtében cselekvőképtelen beteg nem-önkéntes kezelését engedi meg a saját vagy mások érdekében, cselekvőképes, de másokra veszélyes beteg kezelését nem, legfeljebb akarata ellenére történő preventív beutalását pszichiátriai intézménybe. Még szigorúbban fogalmaz a 2002-ben Magyarországon a VI. törvénnyel kihirdetett Egyezmény, az Európa Tanács Oviedói Egyezménye (Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról), melynek 7.cikkelye szerint „..a súlyos elmezavarban szenvedő személyt beleegyezése nélkül csak abban az esetben lehet olyan beavatkozásnak alávetni, amelynek célja e zavar kezelése, ha a kezelés hiánya az érintett egészségének súlyos károsodásával fenyeget.”[34] Az Egyezmény tehát a pszichiátria beteg nem-önkéntes kezelését csak saját érdekében teszi lehetővé, más emberek érdekében nem.[35] Úgy tűnik tehát, hogy az Egyezmény is a fent említett megkülönböztetést fogadja el: a másokra veszélyes pszichiátriai beteg akarata ellenére beutalható pszichiátriai intézetbe,

akarata ellenére kezelésben azonban csak akkor részesíthető, ha annak elmaradása számára súlyos egészségkárosodással fenyeget. Ennek hiányában—preventív célból—akarata ellenére is a pszichiátriai intézményben tartható, de akarata ellenére kezelésben nem részesíthető. Mivel az Oviedói Egyezmény Magyarországon—kihirdetése óta—jogilag kötelező, ezért Magyarországon is kötelező lenne elkülöníteni a beteg nem-önkéntes intézetbe utalásának és nem-önkéntes kezelésének a kérdését, annak ellenére, hogy erről a megkülönböztetésről az Egészségügyi Törvény nem tesz említést.

Nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a legkevésbé korlátozó alternatíva.

A nemzetközi etikai és jogi elvek szerint a beteg akarata ellenére történő intézeti elhelyezésére vagy pszichiátriai kezelésére csak akkor kerülhet sor, ha az a beteg kezelésének illetve gondozásának egyben a legkevésbé korlátozó alternatíváját jelenti. A magyar jogszabály--kissé másképpen fogalmazva--hasonló elvet deklarál, amikor megköveteli, hogy a beteg pszichiátriai gyógykezelése "a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel" történjen, illetve, hogy "korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására... csak feltétlenül indokolt esetben...kerüljön sor."[36]
A legkevésbé korlátozó alternatíva doktrínája abból a jogelvből fakad, hogy alkotmányos jogokat kormányzati-állami intézkedésekkel csak a szükséges legkisebb mértékben szabad korlátozni a legitim kormányzati-állami érdek elérése érdekében.[37]
Ez a doktrína a pszichiátriai betegekre alkalmazva azt jelenti, hogy nem szabad a beteget akarata ellenére pszichiátriai intézménybe utalni vagy pszichiátriai kezelésben részesíteni, ha az ily módon elérendő cél (a beteg illetve mások védelme) ugyanolyan jól megvalósítható a beteg jogainak ilyen fokú korlátozása nélkül is. A fenti elv kiterjesztéseként a pszichiátriai beteg korlátozása (elkülönítés, rögzítés, stb.) nem elfogadható, ha ugyanolyan hatékony más kezelési alternatíva is létezik, mely ezeket nem vagy kevésbé korlátozó módon használja.[38] A legkevésbé korlátozó alternatíva doktrínáját—azért, hogy azt a pszichotrop gyógyszerekkel való kezelésre is ki lehessen terjeszteni--sokan úgy módosítják, hogy az egyben azt is jelenti, hogy mindig az ugyanolyan hatékony legkevésbé intruzív (legkevésbé kényszerítő, a beteg szabad akaratát, ellenállásra való képességét a leginkább meghagyó) alternatívát kell választani.[39] Ez azért fontos követelmény, mert megakadályozza, hogy egyenlően hatékony terápiás alternatívák esetén azt válasszák, mely másoknak (pl. a családtagoknak vagy a kezelőszemélyzetnek) a legkényelmesebb, noha a beteg számára korlátozóbb illetve kényszerítőbb, intruzívabb.[40]

Nem-önkéntes ambuláns kezelés

Ezt a kezelési formát az USA-ban a 80-as években vezették be a pszichiátriai betegek nem-önkéntes kezelésének egy formájaként. Azóta létezik Ausztráliában, Új-Zélandban, s az Egyesült Királyságban is.[41] Általában az antipszichotikumokkal való nem-önkéntes ambuláns kezelést jelenti, melyet bíróság rendel el. Mindez összhangban van azzal az elvvel, hogy pszichiátriai betegek kezelésénél mindig a

lehető legkevésbé korlátozó alternatívát, kezelési formát kell választani.[42] A nem-önkéntes kezelés ezen formáját akkor lehet alkalmazni, amikor a beteg a kezelésével kapcsolatban nem együttműködő ugyan, de biztonságosan kezelhető ambulánsan is, anélkül, hogy ezzel mások vagy a maga számára veszélyt jelentene. Ez kevésbé korlátozó alternatíva a beteg számára, mint a nem-önkéntes intézeti kezelés.[43] Ilyen nem-önkéntes ambuláns kezelést általában cselekvőképtelen beteg esetén rendelheti el a bíróság.[44] A cselekvőképtelenség azonban a nem-önkéntes kezelés elrendelésének nem feltétele akkor, ha a beteg pszichés állapotánál fogva másra veszélyes. Ilyenkor--mások érdekében--cselekvőképes beteg esetén is elrendelhető a nem-önkéntes kezelés, ha veszélyességét pszichiátriai betegség okozta.[45]
Mivel a nem-önkéntes ambuláns kezelés kevésbé korlátozó alternatíva, mint a nem-önkéntes intézeti kezelés, ezért ennek elrendeléséhez kevésbé szigorú kritériumok is használhatók, mint a nem-önkéntes intézeti elhelyezés vagy kezelés kapcsán. Míg utóbbinál a saját magára vagy másokra való közvetlen veszélyesség a megkövetelt kritérium, addig nem-önkéntes ambuláns kezelésnél az ennél kevésbé szigorú, hagyományosabb kritériumot, például a “kezelést vagy gondozást igényel” kritériumát is szoktak alkalmazni.[46] Magyarországon a nem-önkéntes ambuláns kezelés, mint kezelési forma nem létezik. Ez azért problematikus, mert sérti a „legkevésbé korlátozó alternatíva” elvét, mely szerint mindig azt a nem-önkéntes kezelési formát kell alkalmazni, mely a beteg szabadságából csak a lehető legkevesebbet vesz el, vagyis mely csak a szükséges legkisebb mértékben sérti a beteg szabadságjogait. Ha egy országban nem létezik a nem-önkéntes ambuláns kezelés lehetősége, akkor ez azt jelenti, hogy az ezt igénylő betegek nem-önkéntes intézeti kezelésben fognak részesülni. Ez pedig a feltétlenül szükségesnél nagyobb szabadságkorlátozást jelent. A nem-önkéntes ambuláns kezelés jogi lehetőségének megteremtése ezért sürgető feladat Magyarországon.

Nem-önkéntes kezelés és kezelési forma

Ma egyre elterjedtebb az a felfogás, hogy a kezelésre kötelezhetőség függ a kezelés hatásmódjától, vagyis intruzivitásának mértékétől. Eme koncepció szerint az egyes pszichiátriai és pszichoterápiás kezelési formák jelentősen különböznek egymástól intruzivitásuk foka szerint. Annál intruzívabb egy kezelés, minél kevésbé igényli a beteg együttműködését, minél kevésbé képes a kezelés hatásának a beteg akaratlagosan ellenállni. Eme koncepció szerint tehát kevésbé intruzív kezelés esetén a kezelésre kötelezés inkább elfogadható, hiszen a beteg együttműködése nélkül--akarata ellenére--a kezelés úgysem érheti el a célját. Ezzel szemben az intruzív pszichiátriai kezelésre kötelezés erkölcsileg és jogilag nehezebben indokolható, mert az a beteg akarata ellenére is hatékony, s így--szélsőséges esetben--a beteg tehetetlen "bábbá" válhat a kezelőorvos kezében, mely erkölcsileg elfogadhatatlan. A XX. század számos antiutópiája (pl. Aldous Huxley: Szép, új világ, George Orwell: 1984, stb.) vetítette előre egy olyan világ rémképét, melyben különböző pszichotechnológiákkal az emberi elme működésének hatékony kontrollja valósítható meg, s az így „kezelt” személyek szinte programozott robotként viselkednek majd--programozóik szándékainak megfelelően--teljesen elveszítve korábbi egyéniségüket.[47]
Ma már külön tudományág, a neuroetika foglalkozik azzal, hogy a modern non-invazív technikák (pl. fMRI) segítségével mintegy „bele lehet pillantani” egy másik

ember fejébe, vizsgálni lehet például, milyen agyi aktivitás hogyan jelzi előre, hogy valaki előnyben részesít-e egy bizonyos terméket egy másikkal szemben.[48] Mindez komoly fenyegetés az ember magánszférájára is, s noha ezek a technikák ma még csak kezdeti stádiumban vannak, a ma létező hatékony technológiák birtokában célszerű ezek alkalmazhatóságát--intruzivitásuk függvényében--korlátozni, vagyis szigorú eljárási szabályok betartását megkövetelni a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk esetén.
A kezelési formák intruzivitásuk szerinti sorrendbe állítása azért is jelentős, mert a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés bizonyos formái alkotmányos alapjogokat is sérthetnek. Erre más alapjogok védelme érdekében ugyan szükség lehet, de ez csak akkor megengedhető, ha az alapjog korlátozása szükséges más alapjogok védelme érdekében, továbbá a korlátozás arányos az elérni kívánt céllal. A korlátozás tehát nem haladhatja meg a szükséges legkisebb mértéket.[49] Ebből az elvből fakad a pszichiátriai kezelések során a már említett "legkevésbé korlátozó alternatíva" követelménye. Eszerint, ha az alapjogok sérelmét jelentő kezelést alkalmazni kell más alapjogok védelme érdekében, akkor az arányosság fent említett követelménye szerint olyan kezelést kell választani, mely a célt a lehető legkevésbé korlátozó módon éri el. Ebből az következik, hogy egyformán hatékony kezelések esetén a lehető legkevésbé intruzív kezelést kell alkalmazni. A koncepciót Winick munkálta ki[50], s mivel a pszichiátriai kezelés visszautasíthatóságának ez a legkidolgozottabb mai elmélete, ezért érdemes részletesebben is elemezni.

A pszichiátriai kezelés intruzivitása

Az egyes kezelési formák--intruzivitásuk alapján--egy kontinuumot képviselnek: annál intruzívabb egy kezelés, minél kevésbé függ annak hatása a beteg együttműködésétől.
Intruzív az a kezelés, mely az ellenálló, együtt nem működő betegre is kifejti a hatását. Az intruzív kezelés tehát "ellenállhatatlan" a beteg számára, mert az akarata ellenére is hatásos. Van, aki az intruzivitás helyett a "kényszerítő" szót használja. Azért helyesebb mégis az intruzivitás kifejezés használata, mert a "kényszerítő" jelző a terápia alkalmazásának módját jelöli, az intruzivitás ezzel szemben azt, hogyan fejti ki a terápia a hatását. Az intruzivitás tehát magának a terápiának a jellemzője, míg a kényszer a terápia alkalmazásának módjára, körülményeire vonatkozik.[51] Úgy is fogalmazhatunk, hogy az intruzivitás a kezelési forma belső, biokémiai, fiziológiai szinten ható kényszerítő erejének a jellemzője, a "kényszerítő" szót pedig inkább a külső kényszer jelzésére szoktuk alkalmazni. A kettő szemben is állhat egymással. Például lehet kényszeríteni valakit egy nem intruzív terápiára (pl. pszichoterápiára), noha ilyenkor--éppen a terápia kis intruzivitása miatt--a terápiának esetleg semmilyen hatása nem lesz. Másfelől, lehet önkéntesen, kényszermentesen beleegyezni egy erősen intruzív terápiába (pl. pszichiátriai sebészeti beavatkozásba.)
Winick szerint az intruzivitás alapján a következő sorrendet lehet felállítani az egyes pszichiátriai terápiák vonatkozásában, ahol a listán előrehaladva egyre intruzívabbá válik a terápia[52]: 1) pszichoterápia; 2) viselkedésterápia; 3) pszichotrop gyógyszerekkel történő kezelés; 4) electroconvulzív terápia (ECT); 5) az agy elektromos stimulációja; 6) pszichiátriai sebészet.

Noha az intruzivitás a terápia jellemzője, annak foka mégis függhet a terápia alkalmazásának körülményeitől is. Például a viselkedésterápia akkor a legintruzívabb, ha intézeti körülmények között zajlik. Egy intruzív kezelés--mivel gyors hatású--csökkentheti az intézeti kezelés idejét, s mivel az intézeti körülmények kényszerítőbbek, mint az ambuláns kezelésé, így a kényszerrel szemben hathat. Fordítva is igaz: egy nem intruzív kezelés (pl. pszichoterápia) hosszabb ideig tart, s ha intézeti körülmények között zajlik, akkor ez hosszabb tartózkodást jelent egy relatíve korlátozóbb környezetben.[53] A kényszer és az intruzivitás tehát két különböző fogalmat jelölnek, s sokféle módon befolyásolhatják egymást.

Az egyes kezelési formák jellemzői intruzivitásuk szempontjából.

A pszichoterápia.

Noha a viselkedésterápia is a pszichoterápiák közé tartozik (ma általában kognitív- és viselkedésterápiáról szoktak beszélni), az intruzivitás szempontjából érdemes külön csoportba sorolni. Ezért a jelen tárgyalás során pszichoterápia alatt főleg a dinamikusan orientált (analitikus, mélylélektani) és a humanisztikus pszichoterápiás módszereket értjük. Azért fontos ez a megkülönböztetés, mert a fenti módon felfogott pszichoterápiák közös jellemzője az intruzivitás hiánya: általában nem lehet eredményes pszichoterápiát végezni a beteg együttműködése nélkül. A pszichoterápiához ugyanis a beteg részéről jelentős motiváció szükséges. A terápiás szerződésben megfogalmazásra is kerül, mit vár el a terapeuta a betegtől a terápiás folyamat sikere érdekében. Ezek az elvárások az egyes terápiás irányzatokban különböznek egymástól. A klasszikus pszichoanalízis követelménye például a kliens felé a szabad asszociáció: az, hogy a terápiás ülés alatt szabadon, "cenzúra" nélkül mondjon ki mindent, amit gondol. Az így felszínre került lelki tartalom értelmezése révén indulhat el a beteg változása. A személyközpontú terápia nem értelmezéssel dolgozik, hanem a kliens által közöltek érzelmi tartalmának a visszajelzésével, stb. A terápiás módszer tehát irányzatról irányzatra változik, mindegyikben közös azonban az önfeltárás követelménye: a pszichoterápiás folyamat fontos feltétele a beteg vagy a kliens részéről a személyes élményeiről való beszámolás.[54] A terapeuta erre reagál, s a kliens ennek révén kap visszajelzést, s képes változni.
Ebből az is következik, hogyha a beteg nem hajlandó az önfeltárásra, a terápiás folyamat el sem kezdődhet. Ezzel magyarázható tehát, hogy noha elméletileg elképzelhető, hogy valakit kényszerítenek pszichoterápiában való részvételre, a gyakorlatban azonban eredményes pszichoterápia a beteg együttműködése nélkül lehetetlen. A beteg ugyanis mindig könnyen "védekezhet" egy ilyen kényszer-pszichoterápia ellen: nem mondja ki például az eszébe jutó gondolatokat analitikus terápiában, vagy nem beszél élményeiről, érzéseiről egy személyközpontú pszichoterápia esetén, hanem csak olyasmiről, ami számára én-távoli, közömbös élmény. Ez természetesen azt jelentené, hogy a terápiának csak a külsődleges feltételei valósulnának meg, tényleges terápia nem zajlana.
Mivel tehát a beteg együttműködése nélkül pszichoterápia nem végezhető, így annak akarata ellenére pszichoterápiával nem valósítható meg személyiségének megváltoztatása, ezért a pszichoterápia nem tekinthető intruzív beavatkozásnak.[55]

A viselkedésterápia

Noha a viselkedésterápia is a pszichoterápiák közé tartozik, a többi pszichoterápiánál nagyobb fokú intruzivitása miatt érdemes külön csoportba sorolni. A viselkedésterápia abból indul ki, hogy mind az egészséges, mind a kóros viselkedés tanulás eredménye, s ezért a kóros viselkedés megváltoztatása vagy egy kívánatos viselkedési forma kialakítása a tanuláselmélet elvei segítségével történik: jutalmazással (pozitív megerősítés) illetve egy büntető inger eltávolításával (negatív megerősítés), vagy büntetéssel (averzív kondicionálás.) A viselkedésterápia fontos elve, hogy a tanulás törvényszerűségei a kliens beleegyezése, aktív közreműködése nélkül is érvényesülnek. Elvileg bele nem egyező, együtt nem működő klienseken is viselkedésváltozás érhető el a tanuláselmélet törvényszerűségeinek konzekvens alkalmazásával: ha egy viselkedés az egyén számára káros következményekkel jár (pl. büntetéssel), akkor annak megjelenési valószínűsége a jövőben csökkenni, míg ha egy viselkedés az egyén számára pozitív következményekkel jár (pl. jutalommal), akkor annak jövőbeli megjelenési valószínűsége nőni fog. Mivel tehát a viselkedésterápia hatékony kivitelezéséhez nem feltétlenül szükséges a kliens beleegyezése vagy együttműködése, ezért ez intruzívabb beavatkozás, mint a többi pszichoterápia, s ezért a visszaélések lehetősége itt sokkal nagyobb.
A viselkedésterápiák egyik formája például a "zsetonrendszer" ("token economy"), amelyben intézeti körülmények között betegeket megfosztanak bizonyos alapvető szükségleteik kielégítésének lehetőségétől, melyekhez csak akkor juthatnak hozzá, ha a terápiában megkívánt viselkedést tanúsítva zsetonokat szereznek, melyek azután beválthatók, s vele az addig hiányzó kedvezmények megszerezhetők. Már Skinner ezzel kapcsolatos állatkísérletei során nyilvánvaló lett, hogy a "zsetonrendszer" annál hatásosabb, minél nagyobb fokú a kezdeti depriváció. Ez embereknél is igaz. Ha például valakit alapvető szükségletei kielégítésének lehetőségétől fosztanak meg (pl. élelem, ivóvíz, alvási lehetőség) s ezeket csak a kívánt viselkedés tanúsításakor teszik számára elérhetővé, ez nyilván erősebben "motiváló" a számára, mintha csak pl. a televízió nézésének lehetőségétől fosztanák meg. A zsetonrendszer tehát csak nagyon mostoha "alapfeltételek" fennállása esetén igazán hatékony. Ekkor azonban intruzív terápiának minősül, melynek a kliens akarata ellenére történő alkalmazását a jogszabályok általában nem is engedik meg. Ugyanis ma a legtöbb országban törvényben határozzák meg azokat a minimális feltételeket és minimumkövetelményeket, melyek biztosítása egy egészségügyi intézményben szükséges az illető intézmény működésének az engedélyezéséhez. Ha a zsetonrendszer alkalmazása során a kiinduló alaphelyzet (melyen a kliens zsetonok szerzésével javíthat) nagyon mostoha körülményeket jelent, akkor ez jogilag általában elfogadhatatlan, mert ilyen mostoha feltételek fennállása esetén az intézmény működését nem engedélyezik, hiszen az intézményben fekvő betegeknek joguk van az ellátás megfelelő szintjére. Ezért jogilag általában nem lehetséges, hogy a beteg beleegyezése nélkül hatékony zsetonrendszert alakítsanak ki.[56]
A viselkedésterápiák közül az averzív kondicionálás módszerei a legintruzívabbak, s a visszaélés veszélye is itt a legnagyobb. Börtönben például fogvatartottak zavaró viselkedésének a befolyásolására az USA-ban használták azt az averzív technikát, hogy a nem megfelelő viselkedést követően az elítéltnek intravénásan akarata ellenére izombénító hatású izomrelaxánst adtak (szukcinilkolint), mely azonnali átmeneti mozgás- és légzésképtelenséget idézett elő. Noha lélegeztetőgép

segítségével biztosították a lélegeztetést, az így kialakuló halálfélelem, s a megfulladás érzése volt az averzív inger. Ezt az elítéltek mindegyike "rettenetes" élményként írta le.[57] Számos más visszaélés is előfordult az averzív kondicionálásnak a kliens akarata ellenére történő alkalmazása során. Alkalmaztak például hányást okozó apomorfint elítélteknél cigarettázás, káromkodás, hazudozás, engedély nélküli beszéd, s egyéb nemkívánatos viselkedés megváltoztatására. [58] Pedofil bűnelkövető ágyéki régiójára alkalmaztak fájdalmas elektromos áramütést, miközben ruhátlan gyermekek képét exponálták a számára.[59] Mindez azért visszaélés, mert noha általában terápiának nevezik ezeket a beavatkozásokat, valójában mégis inkább büntetésnek tekinthetők, s kimerítik a kínzás, illetve az embertelen, megalázó bánásmód illetve büntetés fogalmát. Ezt tiltja az USA Alkotmánya, s tiltja az Emberi Jogok Európai Egyezménye is.[60]
Egy kommentátor szerint a viselkedésterápiák nagyon intruzívak, mert megfelelő idő és energia ráfordításával elérhető, hogy egy viselkedésterápiás program eredményeként egy megrögzött bankrablónak "hányhatnéka" legyen, valahányszor meglát egy bankot, vagy egy fegyveres rabló pánikot éljen át, valahányszor meglát egy pisztolyt. Ilyen technikák legjobb hatásfokkal ugyan a "kliens" együttműködése esetén működnek, de hatásosan alkalmazhatók akarata ellenére is.[61]
Nem szabad azonban túlbecsülnünk a viselkedésterápia hatásosságát. Kétségtelen, hogy a kliens akarata ellenére is alkalmazhatók, s rövid távon markáns viselkedésváltozást eredményezhetnek, ez azonban általában csak addig az ideig tart, míg a kliens a kényszerítő körülmények között (pl. intézményben) van tartva. Mihelyt azonban a kliens elhagyhatja az intézetet, s a kényszer megszűnik, a kliens visszatérhet a régi viselkedéséhez. Bármennyire is alkalmazható tehát a viselkedésterápia a kliens akarata ellenére, az így létrejött viselkedésváltozás nem tartós, csak a kényszer fennállásának idejéig tart. Mivel tehát a viselkedésterápiák esetén is megvan a kliens lehetősége arra, hogy--legalábbis hosszú távon--"ellenálljon" a viselkedésterápia viselkedésváltoztató hatásának, így eme terápia intruzivitása csak korlátozott. Intruzívabb, mint a többi pszichoterápia, de kevésbé intruzív, mint a később tárgyalandó terápiák.[62]

A pszichotrop szerekkel való gyógyszerelés

Az 1950-es években a gyógyszeres kezelés megjelenése forradalmasította a pszichiátriát. Az antipszichotikumok, majd az antidepresszánsok bevezetése nemcsak hatékonyabbá tette a kezelést, hanem elindította a dezinstitucionalizálódás folyamatát is. A korábban évekig, évtizedekig a kórházakban ápolt pszichotikus betegek jelentős része rövid kórházi kezelés után kibocsátható lett, s fenntartó gyógyszerelés mellett alkalmassá vált a társadalomban való életre.[63]
Ma sokféle pszichotrop szerrel történik a betegek gyógyszerelése, s ez a pszichiátria új, ma egyre inkább dominánssá váló ágának, a biológiai pszichiátriának a kialakulásához vezetett. Mai ismereteink szerint a gyógyszerek befolyásolják a génexpressziót és a sejten belüli jelátvitel mechanizmusát.[64] Így gén- illetve sejt-szinten hatnak, s ilyen értelemben intruzív kezelési formáknak tekinthetők, hiszen nem szükséges a beteg együttműködése ahhoz, hogy hatásukat kifejtsék.
A pszichotrop gyógyszerelésnek a beteg akarata ellenére történő alkalmazását etikailag bonyolítja, hogy jelentős mellékhatásokkal rendelkeznek. Az antipszichotikumok tekintélyes része például parkinzonizmust, akut dystoniát, s akathisiát okozhat. A neuroleptikus malignus szindróma--noha ritkán fordul elő--a

beteg életét veszélyeztető mellékhatás. A neuroleptikus kezelés kapcsán fellépő tardív diszkinézia pedig viszonylag későn kifejlődő, szubjektíve nagyon kellemetlen és irreverzibilis, jelen tudásunk szerint a gyógyszer abbahagyásával sem megszüntethető mellékhatás.[65] A mellékhatások egy része meglehetősen gyakran fordul elő. Hosszú távú neuroleptikus kezelések 50%-ában fejlődik ki parkinzonizmus,[66] s a 4 évnél hosszabb időn keresztül neuroleptikummal kezelt betegek 25%-ánál fejlődhet ki tardív diszkinézia.[67] Az antipszichotikumok nem-jelentéktelen mellékhatásai miatt kijelenthető, hogy nem tekinthető irracionálisnak, ha még akár egy akut pszichotikus állapotban levő beteg is visszautasítja e szerek valamelyikét.[68] Vizsgálatok szerint az, hogy a betegek nagyon sokszor nem szedik intézeten kívül az antipszichotikumokat, ezen szerek szubjektíve rendkívül kellemetlen mellékhatásainak tulajdonítható. A beteg úgy érzi, hogy az antipszichotikumok hatására megszűnik önmaga lenni, nem tud világosan gondolkodni, izmai merevek lesznek és nem tud rendesen járni, de a mellékhatásként okozott nyugtalanság miatt ülni sem bír. Vagyis úgy érzi, semmit nem tud csinálni, miközben ilyen jellegű panaszait nem veszik komolyan, mert külső szemlélő számára a beteg viselkedése valóban normalizálódik.[69]
A pszichotrop szereknek a beteg akarata ellenére történő alkalmazása--intruzivitásuk, s nem jelentéktelen mellékhatásaik miatt--komoly problémát vet fel. Egyrészt a betegek nem kis hányada ezen gyógyszereket kellemetlen és életminőséget jelentősen rontó mellékhatásaik miatt nem szedi. A beteg életminőségét főleg az irreverzibilis tardív diszkinézia veszélyezteti, mely általában a száj, a nyelv, esetleg a törzs és a végtagok akaratlan, s feltűnő mozgása formájában jelentkezik, s a beteget munkaképtelenné teheti.[70] Jellemző továbbá, hogy a neuroleptikumok tartós használata az érzelmi életet elszürkíti, a motivációkat gátolja, s az agy "jutalmazó rendszere" (a dopaminerg rendszer) gátlásával az örömképességet és a tanulási képességet csökkenti. Mindennek eredménye egy markáns személyiségkárosodás (a neuroleptikus deficit szindróma).[71] A felvilágosított beteg--mindezen mellékhatásokat ismerve és betegtársainál tapasztalva—sok esetben húzódozik a gyógyszerek szedésétől, mert úgy érzi, hogy azok sokszor rosszabb állapotba juttatják, mint a kezeletlen alapbetegség.
A gyógyszerszedés elmulasztásának, az orvossal való együtt-nem-működésnek (non-compliance) az is gyakori oka, hogy a betegek korábbi identitásukat érzik veszélyben a gyógyszer szedésekor. A legtöbb krónikus betegség diagnózisa ugyanis komoly fenyegetést jelent a beteg önazonosság-érzése számára. A diagnózis jelentése ugyanis számára az, hogy ő nem az, akinek korábban gondolta magát, s nem is élhet tovább úgy, mint addig. Az új identitáshoz való alkalmazkodás minden krónikus betegségnél lassú folyamat, s ennek –ideális esetben--végállomása a diagnózis, a javasolt új életforma és a gyógyszerszedés elfogadása. Ez azonban nem megy problémák nélkül, s úgy tűnik, hogy az új identitást legalább olyan nehéz elfogadni krónikus szomatikus betegségeknél, mint pszichiátriai zavaroknál. Vizsgálatok szerint pl. míg ambuláns skizofrén betegek 40%-a nem szedi előírásszerűen a gyógyszereit, ez az arány a szomatikus ambuláns betegeknél 50%. Tehát nem feltétlenül a betegségbelátás hiánya az oka a gyógyszerszedés elmulasztásának, hanem a krónikus betegséggel járó új identitás elfogadásának a nehézségei.[72]
A neuroleptikumok--éppen erőteljes, és a beteg együttműködését nem igénylő hatásuk miatt—visszaélések forrásai lehetnek. Intézeti körülmények között sokszor büntető jelleggel használják ezeket a gyógyszereket: a beteg magatartásának a

kontrollálására. Például gyakran használnak fenotiazinokat nem-pszichotikus értelmi fogyatékosokat ellátó intézményekben, vagy idősek otthonaiban az ápoltak "megszelídítésére", aktivitásának a csökkentésére.[73] Használnak neuroleptikumokat fiatalkorúak intézetében is, itt is erőszakos (de nem-pszichotikus) viselkedés kontrollálására, mintegy "kémiai kényszerzubbony" gyanánt.[74] Mindez azért is különösen aggályos, mert a neuroleptikumok csökkentik a tanulási képességet, értelmi fogyatékosok, fiatalok esetén pedig éppen annak növelésére lenne szükség, hiszen annak lenne számukra terápiás hatása. Ezek a "kezelések" tehát nem az ő érdekeiket, hanem inkább az őket ellátók érdekeit szolgálják. Pszichiátriai osztályokon is leírták a neuroleptikumok büntető célú használatát. Ha egy beteg nem tartja be a szabályokat, visszautasítja a gyógykezelést, előfordul, hogy szokásos neuroleptikus gyógyszeradagjának 3-4 szeresét adják be neki akarata ellenére (ezt a gyakorlatot hívják "behavazásnak"), mely a beteget szinte komatózus állapotba juttatja, s elveszi a kedvét a jövőben az ellenkezéstől.[75] Gyakori probléma, hogy orvosokkal rosszul ellátott pszichiátriai intézményekben orvos felügyelete nélkül alkalmaznak neuroleptikus kezelést, ilyen esetben is sokszor nem terápiás célból, hanem az intézmény rendjének a fenntartása érdekében. Magyarországon is előfordul, hogy az orvosokkal rosszul ellátott intézményekben (pl. pszichiátriai betegek otthonaiban) nem orvos alkalmaz kémiai kényszerítő intézkedéseket.[76]
Az is gyakori, hogy neuroleptikumokat alkalmaznak olyan intenzív--nem-pszichotikus jellegű-- szorongás csillapítására, mely hagyományos anxiolitikumokra nem reagál. Ez a gyakorlat valószínűleg abból a meggondolásból fakad, hogy szemben a hagyományos anxiolitikumokkal, melyeket minor trankvillánsoknak neveznek, a neuroleptikumokat—régebbi elnevezést használva-- sokszor major trankvillánsoknak hívják. Ez azt sugallhatja, hogy a major trankvillánsok olyan szorongás csillapítására is képesek, melyekre a minor trankvillánsok nem. A valóságban nem ez a helyzet, viszont a major trankvillánsok alkalmazása--éppen veszélyes és olykor irreverzibilis mellékhatásaik révén--a beteg felesleges veszélyeztetése.[77]
Az is ismert visszaélési lehetőség a neuroleptikumokkal kapcsolatban, hogy a pszichiátriai intézménybe akarata ellenére bekerült betegnek felvételét követően azonnal neuroleptikumot adnak, mielőtt még a korrekt diagnózist fel lehetett volna állítani. Ez két okból is problematikus. Egyrészt ily módon lehetetlenné válik a korrekt diagnózis, hiszen például, ha a tüneteket valamilyen pszichoaktív szerrel történő abuzus okozta, a szer kiürülése a tünetek eltűnését eredményezte volna neuroleptikus kezelés nélkül is. Ilyenkor súlyos pszichiátriai betegséget feltételezve, s neuroleptikumot adva stigmatizálódhat a beteg a nem megfelelő, de később már nem megcáfolható pszichiátriai diagnózissal. Másrészt az akarata ellenére kórházba szállított beteg kórházban tartását bírói felülvizsgálattal kell megerősíteni. A neuroleptikummal kezelt beteg azonban nem lesz képes a bírói felülvizsgálatban érdemlegesen részt venni, pszichiátriai diagnózisát megkérdőjelezni, s ennek ellenőrzésére már a bírói felülvizsgálat sem lesz alkalmas, hiszen a vizsgált személy viselkedése a neuroleptikum hatására megváltozott. A helyes gyakorlat tehát ilyen esetben az lenne, ha az eredeti tüneteket elfedő neuroleptikus kezelést csak a felvételt követő 48 óra elteltével kezdenék el, mely elegendő időt adna pl. a pszichoaktív szerabúzus esetén a feltisztulásra, illetve a beteg megfigyelésére s a korrekt pszichiátriai diagnózis felállítására.[78]
A gyógyszerekkel kapcsolatban sok visszaélés forrása az is, hogy a gyógyszergyárak által a gyógyszerekről nyújtott információk--melyek ma egyre inkább meghatározzák az orvosok gyógyszerrendelési szokásait--gyakran

félrevezetőek. Egy vizsgálat, mely a diazepammal (Seduxen) és a chlordiazepoxiddal (Elenium) kapcsolatos, a gyógyszergyár által kínált információkat hasonlította össze független szakmai folyóiratok által ugyanezen gyógyszerekkel kapcsolatos információkkal, s azt találta, hogy a gyógyszergyári információs források a gyógyszer sokkal többféle felhasználását javasolták, mint a független szakmai folyóiratok.[79]
Összefoglalóan tehát megállapítható, hogy a pszichotróp szerekkel történő kezelés sokkal intruzívabb kezelési forma, mint a pszichoterápia illetve a viselkedésterápia. Ezért a beteg akarata ellenére történő használata sokkal több etikai problémát vet fel, már csak azért is, mert a gyógyszer adagolása viszonylag könnyen megoldható, s a gyógyszer adása ma olyan széles körben elterjedt, s olyan nagy mértékben elfogadott, hogy kevesebb gyanút kelt, mint más pszichiátriai kezelési formák.[80]

Az electroconvulsív terápia (ECT).

Az ECT-t ma a pszichiátriai gyakorlatban főképpen a major depresszív zavar, a bipoláris zavar depressziós és mániás fázisai, és kisebb mértékben skizofrénia esetén használják. Major depresszív zavar esetén az ECT a jelenleg ismert leggyorsabban ható és leghatékonyabb terápia. Kontrollált vizsgálatok szerint a gyógyszeres kezelésre nem reagáló depressziós betegek 70%-a ECT-re javulást mutat.[81] Az ECT a bipoláris zavar mániás epizódja esetén is legalább olyan hatékony, mint a Lithium kezelés. Mániás epizód kezelésére azonban csak ritkán szokták használni, hiszen az elérhető gyógyszeres kezelés olyan gyors hatású és hatékony, hogy jórészt kiszorította az ECT-t. Az ECT akut skizofrénia esetén is használható, a pozitív tünetek mérséklésére.[82] AZ ECT kezelés halálozása 0.002% kezelésenként illetve 0.01% betegenként.[83] Az ECT legfőbb és a betegek által legkellemetlenebbnek ítélt mellékhatása a nyomában fellépő emlékezetzavar. Objektív vizsgálatok szerint ezek szinte mindig előfordulnak, de átmenetiek, főleg a kezelés utáni időszakra korlátozódnak, s a kezelést követő 6. hónappal már nem kimutathatók. Mégis, vannak betegek, akik végleges, nem javuló emlékezetzavarról számolnak be.[84] Ez szubjektíve nagyon kellemetlen, hiszen nehézséget jelenthet a beteg régi szakmai tudásának előhívásában, szakmája további zavartalan gyakorlásában, illetve bizonyos részképességek (pl. a térbeli tájékozódás képessége) permanens elvesztését jelentheti.[85] Szubjektíve különösen zavaró, ha a beteg elfelejt általa olvasott könyveket, látott filmeket, számára fontos családi eseményeket, pl. az esküvője részleteit, családi kirándulásokat, stb. A beteg ugyanis ilyenkor úgy érezheti, hogy ezen emlékeivel együtt identitása egy részét is elveszítette. A megtörtént eseményekre ugyan a rokonság, a barátok vagy a családi fotóalbum emlékeztetni tudja, de az ahhoz kapcsolódó érzések, szubjektív élmények véglegesen elvesztek.[86]
Az ECT-vel kapcsolatban is lehetséges visszaélés, s ennek több formáját dokumentálták.
Régebben népszerű volt a halmozott vagy más néven regresszív ECT: ez heteken keresztül naponta többször alkalmazott ECT-t jelentett, melynek célja a beteg teljes "dekondicionálása" volt. Az így kezelt betegnél reverzibilis organikus pszichózis alakult ki inkontinenciával, teljes emlékezetkieséssel, a kezelőszemélyzettől való teljes függőséggel. A kezelés filozófiája az volt, hogy a beteg személyiségét a

halmozott ECT révén teljesen “le kell építeni”, teljes regresszióba kell azt juttatni, majd innen újból--most már egészségesen--felépíteni. A kezelés hatásosságának azonban nincs tudományos bizonyítéka, ezért ilyen célú felhasználása ma már nem indokolható.[87] Az USA-ban és Kanadában a 60-as években folytak--a CIA finanszírozásával--olyan kísérletek, melyek a beteg hónapokon keresztül történő altatásával, naponta alkalmazott ECT-vel, s napi 16 órában magnóról ismételgetett üzenetekkel próbálták a beteget "átprogramozni." A kísérlet eredményeként volt beteg, aki fél év elteltével már nem tudott sem írni, sem olvasni, nem emlékezett férjére, gyerekeire, nem emlékezett a múltjára. Az ilyen "agymosás" áldozatai a 80-as években sikerrel perelték be a kanadai és az amerikai kormányt, s komoly kártérítést kaptak a kísérlet révén elszenvedett károkért.[88]
Az ECT-t--a kezelés fennállása óta--gyakran alkalmazták büntetési, megfélemlítési célzattal, hiszen a sorozatban alkalmazott ECT a beteget egyre zavartabbá, feledékenyebbé, engedelmesebbé teszi az előidézett regresszió miatt.[89] A többi beteg jelenlétében végzett "nyilvános" ECT, s az ECT-t így megismerő többi beteg puszta megfenyegetése azzal, hogy ECT-t fognak kapni, ha nem engedelmeskednek sokszor elegendő volt a betegek megfélemlítéséhez, s az engedelmeskedés kikényszerítéséhez.[90] Az is előfordult, hogy az ECT hatásai iránt érdeklődő beteget nem tájékoztatták megfelelően, aki ezért--tanácstalanságában--a többi beteget kérdezgette arról, mit tudnak erről a beavatkozásról. A nővér a beteg tájékozódási törekvését tolakodó, erőszakos viselkedésnek értelmezte, s megfenyegette a beteget, hogy szobájában, egyedül kell étkeznie, ha tovább folytatja ECT-vel kapcsolatos kérdezősködését. Ezzel nyilvánvalóan megsértette a beteg jogát ahhoz, hogy információkat szerezzen az ECT hatásosságáról.[91] Az ECT-vel való visszaélés lehetősége--éppen nagyfokú intruzivitása miatt--olyan nagy, hogy van olyan hazai pszichiáter, akinek a véleménye szerint ECT-t a beteg tiltakozása ellenére soha nem szabad alkalmazni, még akkor sem, ha a beteg cselekvőképtelen, s törvényes képviselője, hozzátartozója beleegyezik a beavatkozásba.[92] Némiképp hasonló megfontolások vezettek bizonyos államokban (pl. Kalifornia) az ECT kezelés olyan szigorú jogi szabályozásához, mely szinte lehetetlenné teszi a beteg tiltakozása ellenére történő alkalmazását. Ehhez hasonló Wisconsin állam jogi szabályozása is. Eszerint mindig a beteg kifejezett tájékozott beleegyezése szükséges az ECT-hez. A wisconsini szabályozás szerint sem a beteg törvényes képviselője, sem a bíróság nem engedélyezhet ECT-t a beteg akarata ellenére, még akkor sem, ha a beteg cselekvőképtelen.[93]
Az ECT egyik legátfogóbb. legrészletesebb szabályozása Texas állam ezzel kapcsolatos törvénye.[94] Eszerint tilos 16 évnél fiatalabbaknál ECT-t alkalmazni.[95] 16 évesnél idősebb, nem-önkéntes kezelésben részesülő, cselekvőképtelen személyen csak abban az esetben lehet ECT-t alkalmazni, ha törvényes képviselője abba beleegyezett, s ez a beleegyezés a beteg korábbi értékrendjén alapul.[96] ECT-t csak a betegtől elnyert tájékozott beleegyezés elnyerése után lehet végezni, s a tájékoztatásnak különösen ki kell térnie az emlékezetzavar lehetőségére, annak fokának, időtartamának elmagyarázására, s arra, hogy előfordulhat irreverzibilis emlékezetkárosodás vagy akár halál is az ECT következtében.[97]
Az ECT-t a fentiek alapján erősen intruzív kezelési formának kell tekintenünk.

Az agy elektromos stimulációja

Ez a ma még kísérletinek számító beavatkozás abból áll, hogy sebészeti módszerekkel az agy kéreg alatti régióiba parányi elektródákat ültetnek. Az elektródák által keltett elektromos impulzusokkal bizonyos kívánatos viselkedéseket elő lehet idézni, illetve nemkívánatos viselkedéseket meg lehet gátolni. A módszer hatásosságát, erejét (s egyben intruzivitását) mutatja, hogy állatkísérletekben erős anyai ösztönnel rendelkező, kölykeiket gondozó rhesus majmokban lehetett így az anyai ösztönt elnyomni, s a majmokat kölykeik elhanyagolására késztetni. Más kísérletekben ezzel a módszerrel egy gomb megnyomásával meg lehetett állítani egy támadó bikát.[98]
Emberen--agyműtét során kipróbálva--a módszerrel ki lehetett váltani agresszív, ellenséges indulatokat, majd ezeket meg is lehetett szüntetni, ki lehetett váltani hallucinációkat, nevetést, hangulatváltozást, stb.[99] A módszer etikailag azért különösen kényes, mert képes teljesen megszüntetni a kliens szabad akaratát abban a vonatkozásban, amelyben használják. Az emberi kísérletek során a kellő intenzitással alkalmazott stimulus mindig erősebbnek bizonyult a kliens szabad akaratánál. Például a megfelelően elhelyezett elektróda stimulálásával akkor is el lehetett érni, hogy a kísérleti személy behajlítsa a kezét, ha kifejezetten arra lett felszólítva, hogy azt akaratával akadályozza meg. Amikor a kísérleti személyt előre figyelmeztették, hogy jönni fog az ingerlés, s próbálja megakadályozni a mozdulatot, az soha nem sikerült neki, s a kísérleti alany azt mondta: "Doktor úr, azt hiszem, az elektromossága erősebb, mint az akaratom."[100] Más kísérletekben az agy elektromos ingerlésével meg lehetett akadályozni a klienst, hogy beszéljen, a térben és időben tájékozott kísérleti személyt dezorientálttá lehetett tenni, stb.[101]
A módszer--noha még csak kísérleti stádiumban van, s sokféle pszichiátriai betegség kezelésére tűnik ígéretes lehetőségnek--éppen intruzivitása miatt komoly visszaélések forrása lehet. Állították például, hogy elítélt bűnözők agyának megfelelő helyére implantált elektródát rádió telemetriás eszközzel összekötve a bűnözők börtönbüntetése feleslegessé válhat. Az agy távolról való számítógépes megfigyelésével ugyanis elvben lehetővé válik a másokra veszélyes viselkedés korai jeleinek a regisztrálása, majd a megfelelő elektróda stimulálásával annak távolból történő megakadályozása. Így ez a módszer távolból alkalmazható elektromos bilincs lenne, mely azonnal mozgásképtelenné tenné a támadó személyt.[102] Mindez ma még technikailag nem lehetséges, de az ötlet jelzi a visszaélési lehetőségeket. Mindezek alapján természetesen az agy elektromos stimulációját is intruzív beavatkozásnak kell tekintenünk.

A pszichiátriai sebészet

A pszichiátriai sebészet voltaképpen az agyszövet olyan részeinek sebészi eltávolítását vagy elroncsolását, illetve az agy egyes olyan részei közötti kapcsolat sebészi úton való megszakítását jelenti, melyek strukturális károsodására nincs közvetlen bizonyíték, viszont a tapasztalat szerint az ilyen műtétek tünetredukciót eredményeznek. Éppen ezért az agy strukturális eltérései esetén alkalmazott sebészi kezelési formákat (pl. epilepszia vagy agytumor sebészi kezelését) nem szokták a pszichiátriai sebészethez sorolni.[103] Peter Breggin definíciója szerint a pszichiátriai sebészet vagy normális agyszövet elroncsolása az érzelmek illetve a viselkedés kontrollálása céljából, vagy olyan abnormális agyszövet elroncsolása ugyanebből a célból, melynek oki szerepe a kérdéses érzelem illetve viselkedés

kialakításában nem bizonyított.[104] A pszichiátriai sebészet a ma létező legintruzívabb terápiás eljárás a pszichiátriában. A modern pszichiátriai sebészet kezdetének 1935 tekinthető, amikor az eljárásért később Nobel-díjban részesített portugál Antonio Egas Moniz 20 pszichotikus betegen prefrontális lobotomiát végzett, vagyis az agy frontális lebenye fehérállományának sebészi bemetszésével megszüntette az agy frontális lebenye és bizonyos subcorticális alsóbb agyi központok között a kapcsolatot. Mivel a pszichotikus tünetek csökkenését és a pszichés feszültség mérséklődését tapasztalta, a technika gyorsan terjedt és egyben egyszerűsödött is. Kifejlesztették a koponya megnyitása nélkül végezhető transzorbitális leukotómia technikáját, melyben egy éles eszközzel a szemgolyó és a felső szemhéj között hatoltak be a szemüregen keresztül az agyállományba.[105] Az ezt követő, 15 évben az eljárás annyira elterjedt, hogy a krónikus skizofréniától a különböző neurózisokig terjedő indikációkkal a világon becslések szerint kb. 100000 lobotómiát végeztek.[106] Az 50-es években azonban a lobotómia majdnem teljesen eltűnt a pszichiátria eszköztárából. Ennek oka részben az, hogy ekkor váltak elérhetővé az első antipszichotikumok, melyek sebészi beavatkozás nélkül is jelentős javulást eredményeztek a pszichotikus betegeknél. A lobotómia megszűnésének másik oka azonban az volt, hogy jelentős mellékhatásai (epilepszia, részleges bénulások, komoly érzelmi és intellektuális leépülés, motivációhiány, stb.) miatt rendkívül megosztotta a pszichiátereket. Sokan ugyanis etikai okokból nem tartották elfogadhatónak, hogy a pszichiátriai beteg relatíve enyhe tüneteit a sebészi eljárás révén egy organikus pszichoszindróma súlyos tüneteire cseréljék fel.[107] Ma sokan vélekednek úgy, hogy a lobotómia az elmezavarok kezelésének legembertelenebb módja volt.[108] Egas Moniz 1949-ben odaítélt Nobel díját ezért ma a nem megérdemelt Nobel-díjak iskolapéldájaként szokták említeni.[109]
Magyarországon is sok száz lobotómia műtétet végeztek az 1940-es évektől kezdődően folyamatosan, noha egyre kisebb számban egészen 1978-ig.[110]
Lobotomiát sok más országban is rendszeresen végeztek, kivéve a Szovjetuniót, ahol az 1950-es évek elején azt megtiltották.[111] Noha lobotómiát ma már nem végeznek, a pszichiátriai sebészet más formáit-- sokkal pontosabb "célzást" lehetővé tevő idegsebészeti technikákkal és sokkal körülhatároltabb indikációval-- ma is alkalmazzák. A más módszerekkel legalább 5 éve terápiarezisztens súlyos major depresszív zavar és az obszesszív-kompulzív zavar jelenti a mai pszichiátriai sebészet fő indikációs területét.[112]
A pszichiátriai sebészet mai formáinak a kritikusai ezt a technikát is azzal vádolják, hogy hatásmechanizmusában nem különbözik a lobotómiától. Eszerint a pszichiátriai sebészet minden formájára igaz lenne, hogy nem a tüneteket szünteti meg, hanem azok szubjektív átélésének megváltoztatásával azokat könnyebben elviselhetővé teszi. Ez azonban oly módon történik, hogy a műtét a beteg érzelmi reakcióit tompítja; a beteg továbbra is tapasztalja a tüneteit, de azok kevésbé "zavarják", az kevésbé lesz kínzó a számára. Vagyis a pszichiátriai sebészet egyfajta érzelmi apátiát eredményez, s egyben csökkenti a beteg absztrakt gondolkodásra, tanulásra való képességét.[113]
A kritikusok szerint továbbá a pszichiátriai sebészettel való mai visszaélés lehetősége is nagy, hiszen a ma elfogadott indikációkon kívül használták már pedofília, frigiditás, nimfománia, alkoholizmus, drogabúzus, kleptománia, kóros játékszenvedély, elhízás, gyermekkori hiperaktivitás, homoszexualitás, s egyszerűen erőszakos, agresszív viselkedés "kezelésére" is.[114]

Van aki a pszichiátriai sebészetet „szedatív idegsebészetnek” nevezi, hiszen ezek a beavatkozások az érzelmek tompításával és a viselkedés spontaneitásának a gátlásával az operáltakat nyugodtabbá és kezelhetőbbé teszi. Amygdalotomiát végeztek ilyen célból például intézeti mentálisan retardált gyermekek kezelhetőbbé tételére, depressziós betegek érzelmeinek a tompítására vagy skizofrén betegek együttműködőbbé tételére.[115]
Különösen aggasztónak tartják a műtét gyerekeken való alkalmazását. Már 4 éves gyereknél is végeztek ilyen műtétet, néha olyan homályos diagnózisokkal, mint pl. "hiperorális tendencia", "kóborlási tendencia", "destruktivitás". Az ez ellen kínálkozó természetes ellenérv, hogy a gyerekek kinőhetik ezeket a homályos megfogalmazású, s sokak által nem is kórosnak tartott "betegségeket", de "egyetlen gyerek sem tud egy új amygdalát növeszteni."[116]
A pszichiátriai sebészet--annak a beteget megnyugtató, “leszerelő”, ellenállását letörő hatása miatt--elvileg felhasználható a társadalmi kontroll eszközeként. Felhasználható például túlzsúfolt, egészségügyi személyzettel nem megfelelően ellátott osztályokon a betegek "kezelhetőbbé tételére", az agyonhajszolt személyzet munkájának megkönnyítésére. Ezért ma ezeket a technikákat csak kísérleti eljárásként alkalmazva tartják elfogadhatónak. A pszichiátriai sebészeti beavatkozásokat kísérletieknek tekintve pedig alkalmazásuk előtt mindazokat a feltételeket teljesíteni kell, melyek a kísérletek etikus végzéséhez szükségesek. (Kutatási protokoll benyújtása tudományosan minősített kutatók, illetve akkreditált intézmények által, a protokoll kutatásetikai bizottság általi jóváhagyása, az alternatív terápiás eljárások más formái hatástalanságának a bizonyítása, a beteg tájékozott beleegyezésének az elnyerése, stb.)[117]
A pszichiátriai sebészeti technikák--intruzivitásuk és kísérleti jellegük miatt--belátási képességgel nem rendelkező, s így az ilyen beavatkozásba tájékozott beleegyezést adni nem tudó betegeken nem alkalmazhatók. [118] Az ezt az elvet megállapító precedens értékű eset volt az USA-ban 1973-ban a Kaimowitz eset. Itt egy tanulónővért megölő, majd a holttestet megerőszakoló, de pszichiátriai betegsége miatt nem büntethetőnek nyilvánított beteg 17 évi kényszergyógykezelés után önként vállalkozott volna arra, hogy kísérlet keretében pszichiátriai sebészeti beavatkozást hajtsanak rajta végre abból a célból, hogy agresszív dühkitöréseit és szexuális késztetéseit mérsékelni tudja. A beteg a kutatásba tájékozott beleegyezést adott, s a kutatást több etikai bizottság is jóváhagyta. A kutatás megkezdése előtt a beteg érdekében fellépő Kaimowitz bíróság előtt támadta meg a tervezett kutatást. A bírósági döntés szerint egy ilyen nagy mértékben kísérleti jellegű, s komoly kockázatokkal is rendelkező beavatkozásba kényszergyógykezelésben részesülő beteg nem tud tájékozott beleegyezést adni, s azt törvényes képviselő sem adhatja meg helyette. A nem-önkéntes intézeti kezelés ugyanis megfosztja az egyént attól a társas támogatástól, mely lehetővé teszi, hogy fenntartsa önértékérzését, saját fizikai és mentális integritásának fontosságába vetett hitét. A bíróság érvelése szerint a nem-önkéntes intézeti kezelés olyan inherensen kényszerítő környezetet jelent, melyben még akkor is lehetetlen szabadon belegyezést adni, ha senki semmiféle nyomást nem gyakorol a betegre. Így ilyen betegen ezt a beavatkozást a döntés el nem végezhetőnek nyilvánította.[119]

A beteg akarata ellenére történő pszichiátriai kezelés korlátai: etikai és jogi megfontolások.

A pszichiátriai betegek jogaival kapcsolatos legátfogóbb és legrészletesebb nemzetközi jogi dokumentum az ENSZ által 1991-ben elfogadott "Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről."[120] A dokumentum 11. alapelve (1) pontja kimondja, hogy bizonyos kivételektől eltekintve "A beteget megfelelő tájékoztatás alapján adott hozzájárulása nélkül semmilyen kezelésnek nem lehet alávetni."
A dokumentum 11. alapelve (6) pontja szerint azonban a beteg akarata ellenére is pszichiátriai kezelésben részesíthető, ha egy arra felhatalmazott "független hatóság" megállapítja, hogy a betegnek nincs meg a javasolt kezelési tervbe való tájékozott beleegyezéshez vagy a kezelés tájékozott visszautasításához szükséges belátási képessége, s a kezelés a beteg érdekét szolgálja. A beteg akarata ellenére történő kezelés az "Alapelvek" ugyanezen pontja szerint--a "független hatóság" felhatalmazása alapján-- akkor is lehetséges, ha a beteg cselekvőképes ugyan, de saját vagy mások biztonsága szempontjából indokolatlanul utasítja vissza az érdekében álló kezelést.
Az "Alapelvek" 11((8) pontja szerint a beteg tájékozott beleegyezése nélkül is kezelésben részesíthető, ha a hazai jog által arra felhatalmazott elme-egészségügyi szakember megállapítása szerint sürgős kezelés szükséges a beteget vagy más személyt közvetlenül fenyegető kár elkerülésére.
Az "Alapelvek" 9 (1) pontja szerint minden pszichiátriai kezelés esetén alkalmazni kell a "legkevésbé korlátozó vagy intruzív alternatíva" elvét, vagyis kezelési alternatívák fennállása esetén minden betegnek joga van arra, hogy a legkevésbé korlátozó környezetben kezeljék, illetve kezelése a mások fizikai biztonságának és a beteg saját egészségügyi szükségleteinek megfelelő legkevésbé korlátozó vagy intruzív módon történjen.
Az "Alapelvek" 11 (9) pontja megköveteli, hogy még akkor is, ha a beteg kezelése tájékozott beleegyezése nélkül történik, tájékoztassák a beteget a kezelés természetéről és annak alternatíváiról, s a lehetséges mértékig vonják őt be az őt érintő kezelési terv kidolgozásába.
Az "Alapelvek" 11 (14) pontja szerint tilos pszichiátriai sebészeti beavatkozásokat vagy más intruzív illetve irreverzibilis pszichiátriai kezelési formákat a beteg akarata ellenére alkalmazni.
A hazai 1997-es Egészségügyi Törvény[121] az "Alapelvekben" szereplő jogok nagy részét megerősíti, fontos kivétel azonban, hogy--valószínűleg fordítási hiba miatt--az "Alapelvek"-ben szereplő fontos betegjogot, a pszichiátriai beteg jogát arra, hogy kezelése a "legkevésbé korlátozó vagy intruzív" módon történjen, átfogalmazza, s a pszichiátriai beteg azon jogát ismeri el, hogy kezelése "..a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel.." történjen.[122]
A "lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen" alternatíva kifejezés eltérő jelentésű, mint az "Alapelvekben" szereplő "legkevésbé korlátozó és intruzív" alternatíva.
Az Egészségügyi Törvényben szerepel ugyan az a megszorítás, hogy a beteg "..pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására...csak feltétlenül indokolt esetben..kerüljön sor"[123], ebből azonban nem következik az, ami az "Alapelvek" elfogadása esetén következne, hogy ha ilyen intézkedések alkalmazására sor kerül, akkor annak a korlátozó illetve intruzív kezelések közül is a lehető legkevésbé korlátozónak illetve legkevésbé intruzívnak kell lennie.
Az "Alapelvekben" szereplő pszichiátriai betegjog, a "legkevésbé korlátozó környezetben" való kezelés joga sem kerül megfogalmazásra a hazai egészségügyi

törvényben, mely ehelyett a beteg azon jogáról beszél, miszerint "..pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében.." történjen.[124] Mivel az "Alapelvek" előírásai--eltérően más nemzetközi emberjogi konvencióktól--nem kötelező jellegűek a tagországokra nézve, ezért Magyarországon csak útmutatónak, fontos etikai előírásrendszernek tekinthetők a hazai törvények illetve gyakorlat megítélése során.[125]

A pszichiátriai betegek akaratuk ellenére történő kezelésének alkotmányos korlátai.

Az alábbiakban—Winick nyomán—megvizsgáljuk, hogy bizonyos alkotmányos alapjogok hogyan korlátozzák a pszichiátriai betegek nem-önkéntes kezelésének lehetőségét. Elsősorban a véleménynyilvánítás szabadságához való jog, a személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jog, a kínzásnak, kegyetlen, embertelen, megalázó elbánásnak vagy büntetésnek való alávetés tilalma, a lelkiismereti és vallásszabadsághoz való jog, és a tisztességes (megfelelő) eljáráshoz való jog jelentik azokat az alapjogi korlátokat, melyeket tekintetbe kell vennünk pszichiátriai betegek nem-önkéntes kezelése során. Részletesen áttekintjük tehát, hogy a fent említett alapjogok milyen mértékben korlátozzák a pszichiátriai beteg nem-önkéntes kezelésének lehetőségét. Már elöljáróban le kell szögeznünk, hogy a fent említett alapjogok csak korlátokat emelnek a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai kezelésével szemben, de nem jelentik annak kategorikus tiltását. Az alapjogok korlátozhatóságának vizsgálatakor alkalmazott kettős “teszt”, a szükségesség és arányosság tesztje határozzák meg, hogy végül is az egyes alapjogok milyen mértékben sérthetők meg a pszichiátriai betegek nem-önkéntes kezelése során. Eme két teszt alkalmazásának elve az, hogy alapjog csak akkor korlátozható, ha az más alapjogok védelme érdekében feltétlenül szükséges (ez a szükségességi feltétel), s csak a többi alapjog védelme érdekében szükséges mértékben korlátozható. (ez az arányosság követelménye.)

A véleménynyilvánítás szabadsága és a pszichiátriai kezelés.

Az alkotmány 61. § (1)-(2) bekezdése a következőképpen fogalmaz a véleménynyilvánítás szabadságával kapcsolatban: "A Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a szabad véleménynyilvánításra..."[126] Ez a jog az Alkotmánybíróság értelmezése szerint un. kommunikációs "anyajog": számos alapvető szabadságjog következik belőle. Tágabb értelemben magában foglalja a művészi és a tudományos alkotás szabadságát, továbbá a lelkiismereti és vallásszabadságot is.[127] Többen a kifejezés szabadsága fogalmát használják, hiszen az ezt jelölő alapjog nem pusztán a szólásszabadságot foglalja magába, hanem az emberi magatartás megszámlálhatatlanul sokféle formáját, melyekkel egy személy a gondolatait, érzéseit, hiedelmeit, véleményét ki tudja fejezni.[128] Az USA-ban az alkotmánybíráskodási feladatokat is ellátó Legfelső Bíróság is ilyen értelemben foglalt állást, amikor a szólásszabadságot úgy értelmezte, hogy az nem szűkül le a kimondott vagy leírt szóra, hanem az emberi kommunikatív magatartás egészének alkotmányos védelmét jelenti. Az emberi kommunikáció ugyanis sokféle formát

ölthet: szavakon kívül megnyilvánulhat például bizonyosfajta zenében, bizonyos ruhaviseletben, stb.[129]
A véleménynyilvánítás szabadságát nemcsak a magyar alkotmány védi, hanem számos nemzetközi jogi dokumentum is. Az emberi jogok és az alapvető szabadságjogok védelméről szóló római egyezmény 10. cikke szerint: "Mindenkinek joga van a véleménynyilvánítás szabadságához. Ez a jog magában foglalja a *véleményalkotás szabadságát*..."[130] A pszichiátriai kezelés szempontjából az utóbbi vonatkozás különösen fontos. A vélemény ugyanis már csak egy mentális folyamat "végterméke". A véleménynyilvánítás szabadságának a joga nyilvánvalóan nem pusztán eme végtermék (a vélemény) szabad kifejezésének a joga, hanem a vélemény szabad megalkotásának a joga is. Ez voltaképpen a gondolat szabadságát, az emberi elmeműködés szabadságának a jogát jelenti. Ez még alapvetőbb jog, mint a gondolat (vélemény) kifejezésének a szabadsága, mert utóbbi--értelemszerűen--bizonyos esetekben korlátozható, míg az előbbi nem. Az USA Legfelső Bíróságának megfogalmazása szerint az elmeműködés szabadságához való jog abszolút, míg a véleménynyilvánítás joga nem az. [131]
Érdekes, hogy a gondolatszabadság kifejezést főleg a XVIII.-XIX. században használták, ez a szóhasználat azonban fokozatosan átadta a helyét a gondolat-kifejezés szabadsága fogalmának, abból kiindulva, hogy mivel a gondolat korlátozása lehetetlen, alkotmányos védelemben csak annak kifejezését kell részesíteni.[132]A pszichiátriai kezelés modern intruzív formáinak elterjedésével azonban indokolt a gondolatszabadság megfogalmazás ismételt használata, hiszen ma már nemcsak a gondolat kifejezése, hanem maga a gondolat is korlátozható.
A pszichiátriai kezelés általában mind az emberi viselkedést, mind a gondolkodást, érzéseket, élménymódot megpróbálja befolyásolni. Ez nemcsak a pszichiátriai kezelés sajátja. Az emberek közötti leghétköznapibb kommunikáció is befolyásolni szeretné a másik (pl. beszélgetőtárs) gondolatait, érzéseit, s ez történik tágabb értelemben akkor is, amikor pl. az állam meghatározza az iskolai oktatás tartalmát, szellemiségét, vagy amikor egy politikai párt meg akarja győzni igazáról a választókat. Ha bizonyos értékek nevében akarjuk a fiatalságot nevelni, vagy értékeket kommunikálva akarunk választásokat megnyerni, ez voltaképpen mások elmeműködésének befolyásolási kísérlete. Mindezt az teszi elfogadhatóvá alkotmányjogi értelemben, hogy az emberi gondolkodás eme megszokott befolyásolási formái nem intruzívak: nem kényszerítik rá magukat ellenállhatatlan erővel az azt meghallgatóra. A hallgatónak szabadsága van, hogy más véleményt alakítson ki, mint ami a befolyásolást megkísérlő szándéka volt. Ettől minőségileg eltérnek a pszichiátriai kezelés intruzív formái, melyek--mint láttuk--nem igénylik a befolyásolni kívánt együttműködését: megváltoztatják annak elmeműködését, érzéseit, gondolkodását, élménymódját, akár akarja azt az illető, akár nem.[133]
Az elmeműködés szabadságához való jog elismerése nélkül a véleménynyilvánítás szabadsága jogának az elismerése értelmét veszítené. A vélemény az elmeműködés eredménye. Utóbbi korlátozása a modern pszichotechnológia eszközeivel sokkal közvetlenebb korlátja lehet a véleménynyilvánítás szabadságának, mint a vélemény kifejezésének a korlátozása, hiszen utóbbi esetben a végtermék "terjesztését" akadályozzuk meg, míg előbbi esetben annak létrehozását. Így a véleménynyilvánítás szabadságának értelemszerűen magában kell foglalnia a “mentáció” szabadságát: egy személy szabadságát arra, hogy mások ellenállhatatlan (intruzív) befolyásától mentesen gondolatokat, eszméket alkosson,

vagyis elmeműködése mások kényszerítő befolyásától mentesen mehessen végbe.[134]
A véleményalkotás szabadsága, a gondolatok létrehozásának szabadsága, a mentáció szabadsága nélkül a véleménynyilvánítás szabadságának a joga értelmetlenné válik.[135]
Ha a véleménynyilvánítás szabadságának a joga csak a vélemény szabad kifejezésének jogát védené, szabad megalkotásának jogát azonban nem, akkor az ily módon felfogott szólásszabadság--a modern pszichotechnológia intruzív módszereinek a birtokában--összhangban lehetne a legteljesebb totalitarizmussal.[136]
A véleménynyilvánítás szabadságának az alapja ugyanis a véleményalkotás szabadsága. Utóbbi korlátozása a véleménynyilvánítás sokkal direktebb--forrásánál történő--korlátozását jelenti, mint a véleménynyilvánítás szabadságának a korlátozása.
Ahogyan az amerikai Cardozo bíró megfogalmazta: a szabadság feltétele a tudás, csak tudásunk mértéke szerint vagyunk szabadok. A tudáshoz azonban szükséges az elme szabadsága arra, hogy eszméket fogadjon be illetve eszméket hozzon létre.[137]
Brandeis bíró az USA-ban a véleménynyilvánítás szabadságának a jogát úgy fogalmazta meg, hogy az azt az állapotot jelenti, amikor "...azt gondolhatsz, amit akarsz, s azt mondhatod, amit gondolsz..."[138] A nem-önkéntes pszichiátriai kezelés intruzív formáit alkalmazva ez azonban arra módosulhatna, hogy "..azt mondhatod, amit gondolsz, de nem gondolhatod azt, amit akarsz, hanem csak azt, amit a modern kezelési formákat felhasználva szeretnénk, hogy gondolj..." Egy ilyen megfogalmazás a véleménynyilvánítás szabadságának csak a betűjét tartaná be, szellemiségétől azonban idegen lenne.
Az USA-ban a Kaimowitz ítélet is a magánszférához (privacy) való jog nélkülözhetetlen részének tekintette az elmeműködés, a személyiség, a viselkedés és az identitás védelméhez való jogot. Eszerint az értékek hierarchiájában az elmeműködés folyamatának intruzív befolyásolásától való mentessége alapvetőbb érték, mint a hitvesi ágy magánszférájának a védelme.[139]

A véleménynyilvánítás szabadságának jelentősége

A véleményszabadság mellett kétféle módon lehet érvelni. Az utilitarista (instrumentális) érvelés szerint a véleményszabadság nem öncél, hanem eszköz, elismerése azért hasznos, mert ez teszi lehetővé a szabad vitát, s így az igazsághoz való eljutást. Alapvetően ilyen John Stuart Mill alább részletesen elemzett érvelése.
A másik (konstitutív) igazolás szerint a véleménynyilvánításhoz való jog egyfajta önérték, amely része a személyiség szabad kibontakoztatásának, a szabad önkifejezésnek.[140]
A gondolat- és szólásszabadság mellett szóló klasszikus utilitarista érveket John Stuart Mill fogalmazta meg.[141] Eszerint a gondolat- és szólásszabadság az igazság felfedezésének és “életben tartásának” nélkülözhetetlen feltétele, s mivel minden emberi haladás az igazság megismerésén alapul, ezért a gondolatszabadság az emberiség fejlődésének az alapja.
A gondolat- és szólásszabadság melletti egyik érv az, hogy bármely vélemény lehet igaz, vagy tartalmazhatja az igazság valamely elemét. Aki tehát azon az alapon akadályozza meg egy vélemény kifejtését, hogy az biztosan hamis, az saját

magának vagy saját korának a csalhatatlanságát tételezi fel. Márpedig a történelem arra tanít, hogy "..korok éppoly kevéssé tévedhetetlenek, mint az egyének: minden korban voltak olyan vélemények, melyeket a rákövetkező korok nemhogy tévesnek, de egyenesen abszurdnak tartottak; s éppoly biztos, hogy a ma általánosan elfogadott nézetek némelyikét a jövő meg fogja cáfolni, amennyire biztos, hogy korunk számos--korábban általánosan elfogadott--nézetet vetett el."[142]
Az igazság felfedezése ezért csak a szabad vita, minden vélemény szabad kritizálhatósága segítségével lehetséges. Csak akkor tételezhetjük fel egy nézetről, hogy igaz, ha azt senkinek sem sikerült még megcáfolnia, noha kritizálása hosszú időn keresztül bárkinek szabadságában állt. A tévedéseket csak a nézetek szabad megvitatása segítségével lehet legyőzni. Az emberiség számára nincs más módszer az igazság megközelítéséhez.[143] "...Csak úgy ismerhetünk meg egy tárgyat nagyjából teljesen, ha mindazt meghallgatjuk, amit a legkülönbözőbb felfogású emberek mondhatnak róla, s ha az összes nézőpontból megvizsgáljuk, amelyekből a legeltérőbb szellemi alkatú emberek szemlélhetik. Minden bölcs így szerezte bölcsességét, s az emberi megismerés számára nincs is más eszköz a bölcsesség elérésére."[144]
Mill amellett érvel, hogy egy nem elfogadott vélemény hirdetését még akkor sem szabad megakadályozni, ha az biztosan téves, s az elfogadott vélemény biztos, hogy teljes mértékben igaz. (Noha a valóságban természetesen sohasem lehetünk teljesen biztosak egyetlen vélemény igazságában sem.) Egy vélemény igazsága ugyanis csak a hamis véleménnyel való megütközés révén világlik ki igazán. A hamis vélemény "kontrasztja" nélkül az igaz vélemény igazsága sem "csillog" eléggé, s ezért azt az emberek egy idő után már csak előítéletként fogadják el, vagyis megszűnik az igazság igazságában való eleven hit. Ezért az igazság melletti meggyőződéses kiállás csak úgy "tartható életben", az igazságában való hit csak úgy maradhat "eleven", ha szakadatlanul megütközhet a tévedésekkel.[145]
A cselekvés szabadsága--a milli érvelés szerint--természetesen jóval szűkebb, mint a gondolat- és szólásszabadságé, hiszen egy ember cselekvése csak addig lehet szabad, míg ezzel másoknak nem okoz "igazolható ok nélkül" kárt.[146]
Ezzel a megszorítással azonban fontos, hogy egy személy egyénisége szabadon érvényesülhessen, hogy mindenki szabadon próbálhassa ki a "különböző életformák értékét.."[147], hiszen ez az egyéni boldogság fontos feltétele. Ezzel szemben--mondja Mill-- "Ma...mindenki úgy él, mintha egy ellenséges és rettegett cenzor állandóan rajta tartaná a szemét."[148] Az emberek nem azt vizsgálják, milyen életforma felelne meg hajlamaiknak, jellemüknek, hanem azt: mit tesznek a hozzájuk hasonló helyzetben levő többiek.[149] Vagyis az emberek igyekeznek kerülni a szokatlan viselkedést, még akkor is, ha ez saját hajlamaik követését, személyiségük kibontakoztatását jelentené, s még akkor is, ha ezzel nem ártanának másoknak.[150]
Ez természetesen sajátos képességeik, hajlamaik elsorvadásához vezet, melyért boldogságukkal fizetnek.[151] Ugyanakkor általában erre a közvélemény kényszeríti őket, mely valamilyen formában bünteti a megszokott viselkedéstől való eltérést.[152]
Márpedig "...az egyéniség mindenfajta megtörése zsarnokság, akárhogy nevezzük is.."[153] Az emberiség haladása Mill szerint csak azáltal lehetséges, ha az embereknek megengedik az eszmékkel, életformákkal való szabad kísérletezést, ha lehetővé teszik eltérő élettapasztalatok keletkezését, vagyis ha nem erőszakolnak bele minden embert ugyanabba az "öntőformába."[154]
A nagy tehetségeknek-- Mill szóhasználata szerint a zseniknek--nagyon sokat köszönhet a társadalom, de mivel ők addig járatlan utakat próbálnak ki, sokszor

különcöknek nevezik őket,[155] mert a társadalomban a cselekvés és gondolkodás zsinórmértékét az átlagember, illetve az ő nevében beszélő, az ő tetszésére vadászó, s így az ő véleményét, gondolkodását tükröző középszerűség testesíti meg.[156] Mindez—Mill szerint—önmagában nem baj, hiszen nem létezik ennél—a demokráciánál—jobb társadalomszervezési elv, de látni kell, hogy a középszerűség így fenyegető uralma ellen csak az a szabadság ad némi védelmet, mely lehetővé teszi a kreatív ember számára az új gondolkodási- és cselekvési módok kikísérletezését. Az átlagtól eltérő gondolkodási és cselekvési módokat tehát—mivel ez a társadalmi fejlődés záloga—nem akadályozni, hanem bátortani kell. Azért kell bátorítani szokatlan gondolatok illetve tettek megszületését, mert csak így derülhet ki, hogy közülük melyek azok, melyek alkalmasak arra, hogy idővel "szokássá váljanak."[157] Ez—túl azon, hogy a társadalom fejlődésének fontos hajtóereje—egyben az egyes egyén boldogságának is záloga. Mivel az emberek különbözőek képességeik, hajlamaik tekintetében, különböző körülmények között érzik jól magukat, más és más életmód biztosítja számukra a boldogságot. Így a különböző gondolkodás- és életmódok szabad kikísérletezésének a lehetősége egyszerre teszi lehetővé a lehető legtöbb egyén boldogságát és a lehető legnagyobb mértékű társadalmi fejlődést.[158]

A különböző gondolkodás- és cselekvésmódok kikísérletezésének megengedése—noha a társadalomnak érdekében állna—mégis komoly akadályokba ütközik. Az ilyen „kísérletező" embert—ha a jog nem is—a közvélemény üldözi, s sok esetben "őrültnek" nyilvánítják, vagyonát pedig a rokonai között szétosztják.[159] Ami egy ember viselkedésében eltér a "tökéletes banalitástól", azt bizonyítéknak használhatják fel ellene annak igazolására, hogy elmebeteg, s ügyei viteléhez nincs meg a szükséges belátási képessége, s ezért gondnokság alá helyezhető, s ezáltal vagyona sorsáról gondnoka dönthet.[160] Mindez –Mill szerint—az emberi szabadság megcsúfolása, hiszen az "őrültnek", "elmebetegnek" való bélyegzéstől, s ennek következményeitől való félelem a szabad gondolkodás és cselekvés nagyon hatékony gátja.

Ezt a félelmet kell legyőznie annak, aki eredeti módon mer gondolkodni illetve cselekedni, mellyel a társadalmi haladást szolgálja, de egyben—a megszokottól való eltérése miatt-- a társadalmi megbélyegzést kockáztatja. [161] Az a társadalom, melyben a szokás az úr—mondja Mill-- stagnálásra van kárhoztatva, mint tükrözi ezt sok ázsiai társadalom (pl. Kína) történelme. Ezek a társadalmak valamikor megelőzték a később őket leigázó népeket, de megmerevedett, a szokás vak követését előíró, s az újítást nem tűrő berendezkedésük évezredeken át stagnálásra ítélte őket.[162] A haladás motorja tehát az emberek közötti sokféleség eltűrése és bátorítása.[163]

Mill voltaképpen megelőlegezi, amit a XX. században Foucault fejtett ki részletesen: azt, hogy a modern társadalomban a véleménynyilvánítás szabadságának, a szabad gondolkodásnak nem annyira jogi, hanem egyéb gátjai vannak. Foucault a már általunk korábban említett tézise szerint ma az ilyen gondolatokat nem jogellenesnek, hanem "abnormálisnak", "elmebetegség által előidézettnek", "patológiásnak" tekintik. Ez sokkal jobban megfosztja ezen szabad gondolatokat a legitimitástól, mint ha egyszerűen csak jogszabályba ütközőnek nyilvánítanák őket. Utóbbi esetben ugyanis a gondolat hangoztatója bátor, a szabadságért kiálló eredeti gondolkodónak számítana, a gondolat patológiássá minősítésével viszont egyszerűen elmebetegnek. Utóbbi ma sokkal megbélyegzőbb, sokkal nagyobb elrettentő erővel bír, s sok esetben az egyén számára sokkal súlyosabb társadalmi

következményekkel is jár, mint a jogi elítélés. Foucault tézise tehát az, hogy korunkban a véleménynyilvánítás szabadságának legfőbb korlátja nem az ezt esetleg korlátozó jogtól való félelem, hanem rettegés a pszichiátriai beteggé nyilvánítástól. Ez utóbbi készteti az egyént arra, hogy véleményeit, viselkedését, gondolkodását igyekezzék minél jobban összhangba hozni a társadalmilag elvárttal, a közgondolkodás által normálisnak kikiáltottal.

Az "őrült" gondolatokra is kiterjed-e a véleményalkotás- és nyilvánítás szabadsága?

A véleménynyilvánítás szabadságának alapját képező véleményalkotás szabadsága, vagyis az elmeműködés zavartalanságához való jog--mint láttuk--a politikai szabadság nagyon fontos feltétele. Az USA Legfelső Bíróságának híressé vált megfogalmazása szerint a szabadság feltétele az, hogy az állampolgárok intellektuálisan és spirituálisan különbözők lehessenek. A kulturális sokféleséget rendkívüli elmék hozzák létre, ennek azonban az az ára, hogy a társadalomnak el kell viselnie alkalmanként az excentricitást és az abnormális hozzáállást is.[164] Mindez tehát azt jelenti, hogy egy szabad társadalomban a vélemények szabad piacának kell érvényesülnie. Az amerikai Holmes bíró megfogalmazása szerint az eszmék szabad piaca biztosítja azok összemérhetőségét, mely azért fontos, mert egy gondolat igazságának legfontosabb bizonyítéka, ha el tudja fogadtatni magát az eszmék piacán a más gondolatokkal folytatott szabad versenyben.[165] Bármely hiedelem vagy vélemény szabadon megjelenhet a "piacon", még az ártalmasnak, károsnak ítélt vélemények is, mert "Egy vélekedés hasznosságának megítélése maga is vélekedés, éppúgy megkérdőjelezhető, éppúgy vitatható, s éppannyira kívánja is a megvitatást, mint maga a vélekedés."[166] Az igazság megismerését akadályozza meg az, aki bizonyos véleményeket--mint hamisakat vagy károsakat--eleve kizár az eszmék szabad piacáról. Ebből a megfontolásból az is veszélyes, ha eszméket arra való hivatkozással zárnak ki az eszmék "piacáról", hogy azok "őrültek", vagy "bűnösök". Az "egészséges" és az "őrült" eszmék elkülönítése ugyanis ugyanolyan nehéz, mint az igaz és a hamis vélemények elkülönítése. A "hamis", "őrült" eszmék megjelenésének megakadályozása egyfajta cenzúra, a cenzúrának azonban szükségszerűen abból a hamis véleményből kell kiindulnia, hogy a cenzúrát végző jobban védett a tévedések ellen, mint a cenzúrázott. A cenzúra azt feltételezi, hogy a cenzúrázó az igazság birtokában van: eleve tudja, mi az igaz, vagy mi az egészséges.[167] A valóságban azonban éppen az eszmék szabad piaca szükséges egy eszme igazsága, s így "egészségessége" megállapításához. Ezért az eszmék szabad piacának bármiféle korlátozása, akár úgy is, hogy bizonyos gondolatokat "betegnek", "őrültnek" bélyegezve a pszichotechnológia modern és hatékony módszereivel létre sem engednek jönni, az "elérhető tudás spektrumát" szűkíti, s így az igazság felbukkanásának a lehetőségét csökkenti.[168]

Ellenérvek.

A fentiekkel azt szokták általában szembe szegezni, hogy a véleménynyilvánítás szabadsága nem vonatkozik a "zavart", "beteg", "abnormális" gondolatok terjesztésének szabadságára. A legtöbb országban a törvények például tiltják az obszcén, pornográf gondolatok, képek stb. szabad terjesztését, például a gyermekpornográfia, pedofil anyagok terjesztése a legtöbb országban

bűncselekmény.[169] Ezen eszmék tehát kevésbé védettek a véleménynyilvánítás szabadsága által, mint az egyértelműen politikai gondolatok. A nyíltan szexuális tartalmú közlések kevesebb jogi védettséget élveznek, annak terjesztését sokféle módon korlátozzák.[170]
Hasonlóképpen, sok országban tiltják a gyűlöletbeszédet, bizonyos vélemények terjesztését (pl. holokauszt-tagadás), bizonyos önkényuralmi jelképek használatát, stb. Ha tehát a véleménynyilvánítás szabadsága összefér egyes vélemények szabad terjesztésének korlátozásával vagy tiltásával, akkor miért nem lehet korlátozni a betegség eredményeként létrejövő "zavart", "abnormális", "őrült" gondolatok terjesztését, illetve azok megalkotását, létrehozását?
Az érvelés még úgy is folytatható, hogy a véleménynyilvánítás szabadsága, s az ennek alapját képező gondolatszabadság, illetve az elmeműködés szabadságához való jog egyenesen megköveteli a pszichiátriai betegségek bizonyos formáinak a nem-önkéntes kezelését, hiszen a pszichiátriai betegség súlyos formái akadályozzák a legjobban az elmeműködés szabadságát. A súlyos pszichiátriai beteg elmeműködése ugyanis nem szabad--szól az érvelés-- hanem a betegség által létrehozott fiziológiai, biokémiai stb. mechanizmusok által korlátozott. A pszichiátriai beteg a betegség "rabja", a betegség korlátozza őt abban, hogy elméje szabadon működjön, hogy "saját maga" legyen. A pszichiátriai kezelés pedig "megszabadít" a betegségtől, s az azáltal létrehozott kényszertől, "visszaadja" az egyént saját magának, lehetővé teszi, hogy az nem-beteg módon érezzen, gondolkodjon, vagyis hogy ismét saját maga lehessen. Ahelyett tehát, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés korlátozná az elmeműködés szabadságát, éppen újból létrehozza, helyreállítja azt.
Más megfogalmazásban: a pszichiátriai betegnek joga van a pszichiátriai kezelésre, joga van arra, hogy kiszabadítsák őt a pszichiátriai betegség okozta "rabságból", az az által korlátozott létből. Így a nem-önkéntes kezelés nem a szabadság elvétele, hanem éppen ellenkezőleg: a szabadság visszaadása, helyreállítása.
Sokféle válasz kínálkozik a fenti ellenérvekre. Az első válasz mindenképpen az, hogy a pszichiátriai betegség és egészség közötti határ ma is bizonytalan, s—mint a korábbi fejezetekben láttuk--erősen értékítélet- és értékrend függő. Meghatározása függ annak a kultúrának az értékrendjétől, mely eldönti, hogy mit tekint abnormálisnak.[171] A térben és időben különböző kultúrák véleménye azonban ezekben a kérdésekben jelentősen eltérő. Amit egy adott helyen és időben normálisnak tartanak, azt egy másik helyen és időben nem. Vannak ugyan olyan elmeállapotok, melyet a legtöbb kultúrában betegségnek tekintettek, s ezért ezeket kultúrafüggetlen, kulturálisan invariáns, objektív betegségnek szokták tartani (ilyen pl. a skizofrénia), de még ennek a definiálása is időről-időre változik, s így nem értékrendfüggetlen. Például 1980-ban, a DSM-III bevezetését követően a skizofrénia diagnózisa az USA-ban hatodára, Angliában felére csökkent a diagnosztikus kritériumok változása miatt.[172] Ha a "legobjektívabbnak" tartott pszichiátriai betegség kritériumai ennyire változékonyak, akkor nehezen tartható fenn az az állítás, hogy itt kultúrafüggetlen, értékrendmentes entitásról van szó. A pszichiátriai diagnosztikus kategóriák jelentős része--a betegségek alapjául szolgáló patofiziológiai folyamattal illetve az etiológiával kapcsolatos ismereteink hiánya miatt--ma is önkényes, s megkérdőjelezhető, hogy valós határokat jelölnek-e.[173]
A diagnózis reliabilitása (annak valószínűsége, hogy klinikusok egyetértenek egymás ugyanazon esetre vonatkozó diagnózisával) a DSM III/IV bevezetése óta

ugyan sokat javult, pszichiátriai betegségekre összegezetten azonban ma is csak 68%, személyiségzavarokra vonatkoztatva pedig csak 56%.[174]
Mint említettük, a skizofréniát tartják a "legobjektívabb" pszichiátriai betegségnek. A pszichiátriai betegségek nagy részének értékrendfüggése azonban sokkal nagyobb, mint a skizofréniáé. Winick a következő hipotetikus példát hozza fel. Ha a munkaalkoholizmust (vagyis azt, hogy bizonyos emberek, sőt, egész szakmák olyan munkamennyiséget követelnek meg maguktól illetve tagjaiktól, mely lehetetlenné teszi számukra az élet szinte bármely egyéb oldalának az élvezetét) pszichiátriai betegségnek tartanánk, akkor nagyon sok orvost, jogászt pszichiátriai betegnek kellene tekintenünk, hiszen e két hivatásra hagyományosan jellemző, hogy képviselői nagyon sokat dolgoznak, sokszor tönkretéve ezzel saját egészségüket és családi életüket. A saját vagy mások egészségére való veszélyesség hagyományosan indoka a nem-önkéntes pszichiátriai kezelésnek. Joga lenne-e tehát a társadalomnak az így diagnosztizált orvosok, jogászok nem-önkéntes kezelésére? [175]
A pszichiátriai betegségek diagnózisa ma szinte kizárólag szubjektív klinikai megítélésen alapul, s nincs olyan objektív laboratóriumi vagy strukturális eltérés, mely a pszichiátriai betegség létét egyértelműen megerősítené vagy kizárná. Ezért nemcsak a pszichiátriai betegség meghatározásának kritériumai szubjektívek és pontatlanok, hanem a diagnosztizálás folyamata is elkerülhetetlenül értékítéleteken alapul[176], s ez a gyakorlatban az azt megítélő klinikus szubjektív értékítéletét jelenti, mely nem tudományosan megalapozott, hanem a pszichiáter személyes élettörténetéből következik.
Emiatt tehát--néhány extrém és könnyen eldönthető esettől eltekintve (pl. a skizofrénia súlyos formái)--annak meghatározása, hogy ki tekinthető pszichiátriai betegnek, legalább annyira társadalmi-morális megítélés kérdése, mint tudományos-klinikai kérdés.[177] Mindez—szemben az antipszichiátria állításával—nem azt jelenti, hogy pszichiátriai betegség nem létezik, hanem csak azt: annak határai, kritériumai értékrendfüggőek, s ma még meglehetősen bizonytalanok. Ezért egy konkrét esetben annak megállapítása, hogy valaki pszichiátriai értelemben beteg-e vagy sem, függ annak a diagnosztikus rendszernek a jellemzőitől, melyet az adott pszichiáter használ, (minden ilyen mai rendszer érvényessége azonban erősen vitatott) továbbá függ a klinikus egyéni értékítéleteitől is. Így nincs meg a betegség megállapításához szükséges olyan fokú objektivitás, mely számos nem-pszichiátriai betegség esetén elérhető. Mindez természetesen a beteg önkéntes kezelése esetén nem jelent problémát. Nem-önkéntes kezelés esetén azonban—a betegség határainak bizonytalansága miatt—nagyon óvatosan kell eljárnunk, s a gondolatszabadság alkotmányos elve alapján az ilyen bizonytalan alapon "abnormálisnak", "patológiásnak" tartott gondolatokat is védelemben kell részesítenünk azok nem-önkéntes intruzív megváltoztatásával szemben.
Ha a véleménynyilvánítás szabadságának fontos alkotmányos elvét a pszichiátriai betegség pontatlanul és homályosan meghatározható fogalmával tartanánk korlátozhatónak, akkor ez utat nyitna önkényes értelmezéseknek és a véleménynyilvánítás szabadsága elvének áltudományos indokokkal való korlátozásának.
A pszichiátriai betegség--még ha el is tekintünk pontos meghatározásának nehézségeitől--sok esetben nem is befolyásolja a pszichiátriai beteg gondolatainak a minőségét. Még a pszichiátriai betegség legsúlyosabb formája, a skizofrénia sem torzítja el annyira a gondolkodást, hogy az ilyen módon érintett beteg ne lenne

képes pl. jelentős művészi alkotásra. Több kreatív s nagyhatású alkotóművész skizofrén volt (pl. Gustav Mahler, Csontváry Kosztka Tivadar,)[178]. Noha József Attila betegségét is skizofréniának szokták tartani, Németh Attila kutatásai alapján azonban ma úgy tűnik, hogy valószínűleg inkább súlyos depresszióban szenvedett.[179] A híres balettáncos, Vaclav Nizsinszkij betegsége viszont szintén súlyos skizofrénia volt.[180] A kevésbé súlyos (és kevésbé egyértelműen diagnosztizálható) pszichiátriai betegségek esetében pedig még inkább igaz, hogy a betegség nem zárja ki társadalmilag értékes tudományos vagy művészi alkotások létrehozását. Sőt, mai vizsgálatok szerint a kreatív emberek az átlagosnál gyakrabban s hosszabb ideig szenvednek pszichiátriai betegségben.[181] Egy vizsgálat szerint a megvizsgált költők 87%-a, a festők 73%-a, a zenészek 68%-a, a színészek 74%-a szenvedett élete során valamilyen mentális zavarban, mely messze meghaladja az átlagosan elvárható arányt.[182] Ugyancsak Németh Attila említi, hogy Loyolai Szent Ignác, a jezsuita rend megalapítója valószínűleg kényszeres személyiségzavarban szenvedett, illetve élete bizonyos szakaszaiban kényszerbeteg volt. Betegsége, illetve annak kompenzációja azonban különösen alkalmassá tette, hogy az egyház életének egy kaotikus időszakában segítsen visszatalálni a „rendhez", a szervezettséghez.[183] Mindez azt mutatja tehát, hogy a pszichiátriai értelemben beteg ember gondolatai nem értéktelen gondolatok, s a pszichiátriai betegség enyhébb formái (pl. a neurotikus állapotok) nem jelentenek kizárólag negatív kategóriát, "mínusz variánst". Enyhébb pszichés zavarok, s főleg azok egyéni kompenzációja, szublimációja rendkívüli teljesítmény forrásai lehetnek [184] Nem mondható ezért, hogy a pszichiátriai betegség által létrehozott gondolatokra, élménymódra, érzésre, viselkedésre, mint társadalmilag értéktelenre nem vonatkozik a véleménynyilvánítás szabadságának a joga. Mivel ezek társadalmilag értékes gondolatok, viselkedési formák is lehetnek, ezek védelme éppen olyan fontos, mint az "egészséges" emberek által létrehozott gondolatok, kifejezési formák védelme. Egy gondolat értéke igazságától függ, s nem létrehozója egészségi állapotától. Elmebeteg gondolatai is lehetnek igazak, érvényesek vagy értékesek, s mivel a gyakorlatban nehezen lehet eldönteni, hogy egy gondolat mennyire igaz, érvényes vagy értékes, ezért abból kell kiindulni: minden gondolat potenciálisan az lehet, s ezért mindenki elmeműködését egyformán védi a véleménynyilvánításhoz való jog (s ami ennek az alapját képezi: a vélemény szabad megalkotásának a joga.)
A gondolatszabadság, s az elmeműködés szabadságának az elve tehát alapesetben a pszichiátriai beteget is megilleti. Mivel a gyakorlatban a "normális" és "abnormális", az "egészséges" és "zavart" gondolat elkülönítése egyértelműen csak ritkán lehetséges, ezért nem szabad abnormális, zavart gondolat feltételezésére hivatkozva ezen gondolatok megalkotásának szabadságát korlátozni, mert ez a véleménynyilvánítás szabadságának elvébe az ütközik.

A szükségesség és arányosság elvének alkalmazása az intruzív kezelési formák nem-önkéntes alkalmazásakor a véleménynyilvánítás szabadságának a vonatkozásában.

Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy pszichiátriai betegség esetén soha nem lehet valakit akarata ellenére kezelni, mint ahogyan a véleménynyilvánítás szabadságának a joga sem jelent abszolút szabadságot bármely vélemény bármely körülmények között való kinyilvánításához. A véleménynyilvánítás szabadságának

az elve alapesetben védi a pszichiátriai beteg jogát arra, hogy gondolatait kényszertől mentesen, szabadon alkossa meg, s a bizonyítás terhe azon van, aki ilyenkor a beteg vagy más érdekében a beteg akarata ellenére indokolhatónak tartja a beavatkozást. Ebben az esetben pedig ugyanazt a "tesztet" kell alkalmazni, melyet alkotmányos alapjogok korlátozása esetén az Alkotmánybíróság használ a korlátozás alkotmányosságának az ellenőrzésére: a szükségesség és az arányosság tesztjét. Eszerint egy alapjog korlátozása (törvényben rögzített feltételekkel) alkotmányosan csak akkor elfogadható, ha az szükséges egy másik alapjog védelméhez és a korlátozás arányos az elérni kívánt célhoz képest (vagyis nem nagyobb, mint amennyi feltétlenül szükséges a másik alapjog védelme érdekében.)[185]

Egy pszichiátriai beteg elmeműködésének akarata ellenére történő befolyásolása illetve megváltoztatása a véleménynyilvánítás szabadsága vonatkozásában annál inkább aggályos, minél hatékonyabban valósítható meg a beteg együttműködése nélkül, vagyis minél intruzívabb. Indoklása tehát csak rendkívüli esetben állja ki az alkotmányosság próbáját. Ilyen érvelést használtak az USA-ban a már említett Kaimowitz eset tárgyalásakor: A bíróság döntése szerint egy akarata ellenére kórházban kezelt beteg pszichiátriai sebészeti módszerekkel történő, intruzív kezelése—beleegyezése ellenére—sérti az USA Alkotmánya Első Kiegészítését, mely a véleménynyilvánításhoz való jogot fogalmazza meg, s mely jog—a bíróság értelmezése szerint—magában foglalja az egyén mentális folyamatainak, gondolatok szabad megalkotásának védelméhez való jogát.[186] Számos más USA bírósági döntés is megerősítette, hogy a véleménynyilvánítás szabadságához való jog magában foglalja a gondolatok szabad megformálásának, az elmeműködés szabadságának, a véleményalkotás szabadságának a jogát is.[187] A véleménynyilvánítás szabadságának alkotmányos joga nem tiltja meg, hogy mások gondolatait, meggyőződését, véleményét olyan eszközökkel próbáljuk meg befolyásolni, melyek számára nem kényszerítők, vagyis melyeket szabadságában áll elfogadni vagy elutasítani. Ezért elfogadhatóak a mások gondolkodásának befolyásolását szolgáló hagyományos eszközök: a hirdetés, a reklám, az érvelés, a meggyőzés, a vita, stb. Ennek megfelelően a pszichiátriai kezelések vonatkozásában is abból kell kiindulnunk, hogy a beteg gondolkodását befolyásoló nem-intruzív módszerek azok, melyek nem vetnek fel alkotmányossági aggályokat, még akkor sem, ha ezeket a beteg akarata ellenére alkalmazzák. Ezzel szemben minél inkább intruzív (belülről kényszerítő) egy kezelés, minél kevésbé szükséges a beteg együttműködése ahhoz, hogy gondolkodása, élménymódja annak hatására megváltozzon, alkotmányos szempontból annál problematikusabb a kezelés nem-önkéntes alkalmazása, mert annál inkább veszélyezteti a beteg véleménynyilvánítási szabadságát. Mindez—mint láttuk--nem jelenti azt, hogy intruzív kezelési forma a betegnél akarata ellenére soha nem alkalmazható, mert a véleménynyilvánítás joga—noha alapjog—semmiképpen sem abszolút. Viszont—mivel alkotmányos alapjogról van szó—korlátozása csak akkor elfogadható, ha az más alapjog érvényesítéséhez szükséges, s az elérni kívánt céllal arányos. Ez azt jelenti, hogy ha rendelkezésre állnak a beteg kezelésének kevésbé intruzív eszközei, akkor először ezeket kell alkalmazni, mert a szükségesnél nagyobb mértékben intruzív kezelési forma alkalmazása beleütközne az alapjogok korlátozhatóságának kettős kritériuma (a szükségesség és az arányosság) közül az egyikbe, az arányossági kritériumába.

A pszichiátriai sebészet, az agy elektromos stimulációja, az ECT, s a pszichotrop szerekkel történő kezelés tekinthetők olyan kényszerítő kezelési formáknak, melyek—a véleménynyilvánítás szabadsága szempontjából—alkotmányossági aggályokat vetnek fel, s melyek akarat ellenére történő alkalmazásának meg kell felelnie a szükségesség és arányosság "tesztjének" ahhoz, hogy alkotmányosan elfogadhatók lehessenek. Alapvetően tehát ezek azok a kezelési formák, melyeket a beteg visszautasíthat, illetve melyek—legalábbis tartósan, a sürgős szükség fennállásnak hiányában— a beteg akarata ellenére nem alkalmazhatók. (Mindez nem jelenti azt, hogy sürgős szüksége esetén, rövid ideig, s relatíve kis dózisban ne lehetne a beteget akarata ellenére pl. neuroleptikus terápiában részesíteni.. Ez azonban egy szükséghelyzet megoldásaként jöhet csak szóba, melynek célja a beteg állapotának a stabilizálása, s ezért csak a szükséghelyzet megoldásának időtartama alatt alkalmazható. Nem engedhető azonban meg ennek alapján egy krónikus beteg hosszú távú kezelése akarata ellenére ilyen kényszerítő eszközökkel.)[188]
A pszichoterápia különböző formái, beleértve a kognitív és viselkedésterápiákat is, nem olyan kényszerítők, hogy a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk veszélyeztetné a betegnek a véleménynyilvánítás szabadságához való jogát. Az ilyen kezelésre kötelezett beteg ugyanis mindig ellenállhat a kezelésnek. Az ő aktív együttműködése nélkül ezek a kezelési formák nem eredményesek, vagyis nem tudják a beteg gondolkodását akarat ellenére megváltoztatni.
Ellenérvként főképp a viselkedésterápiákat szokták felhozni, melyek sokszor alkalmaznak pozitív megerősítésként olyan "jutalmakat", melyek hatásosan tudják módosítani egy személy viselkedését. Látni kell azonban, hogy jutalmakat a mindennapi életben is használnak, (pl. fizetésemelés, nyeremény beígérése, stb.) s az ezek által megvalósított csábítás nem tekinthető a gondolkodás szabadsága megengedhetetlen korlátozásának. Ezért a pszichoterápiák kényszerítő jellege eléggé csekély ahhoz, hogy akár a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk se vessen fel alkotmányossági aggályokat.[189]

A személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jog és a pszichiátriai kezelés

A személyes szabadsághoz való jog az egyik "legértékesebb"alapjog, mely meghatározza azokat az okokat, melyek indokolhatják a személyes szabadságtól való megfosztást, másrészt előírja azokat az eljárási szabályokat, melyek betartása szükséges a szabadságtól való megfosztás eljárása során. [190] Az elv szerepel az Emberi Jogok Európai Egyezményében (5. cikk).
Az ez által--a pszichiátriai betegek vonatkozásában--megszabott minimális követelmények a következők[191]:
1. A nem-önkéntes intézeti felvétel feltételeit törvényben kell szabályozni, arra--szükséghelyzet kivételével--pszichiátriai zavar következtében kerülhet csak sor, melyet előzetes orvosi vizsgálatnak kell megállapítania.
2. Csak súlyos pszichiátriai zavar indokolhatja a nem-önkéntes felvételt, mely nem-önkéntes formájában csak addig tarthat, amíg a súlyos zavar fennáll.
3. A beteg számára érthető módon meg kell magyarázni a nem-önkéntes felvétel indokát, s biztosítani kell a nem-önkéntes felvétel törvényességének gyors bírósági ellenőrzését, majd annak rendszeres felülvizsgálatát.
4. A beteg-- személyesen vagy képviselőjén keresztül--képviselhesse érdekeit a bíróság előtt.

A magyar alkotmány szerint:
“A Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra, senkit sem lehet szabadságától másként, mint törvényben meghatározott okokból és a törvényben meghatározott eljárás alapján megfosztani.” (55. § (1) bek.)
A személyes szabadságtól való jogszerű (vagyis a törvényben meghatározott okokból történő és a törvényben meghatározott eljárás alapján végrehajtott) megfosztás is csak abban az esetben tekinthető elfogadhatónak (alkotmányosnak), ha az így végrehajtott korlátozás az elérni kívánt célhoz képest szükséges és arányos.[192] Ezt az elvet fogalmazza meg az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) is, amikor a pszichiátriai betegek jogait az egészségügyi ellátás során csak a feltétlenül szükséges mértékben és ideig tartja korlátozhatónak, s csak abban az esetben, ha a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít. (189. § (2)) A törvény 190. §-a továbbá előírja, hogy a gyógykezelés során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására csak feltétlenül indokolt esetben, önmaga vagy mások veszélyeztetése esetén kerülhet sor.
A személyes szabadság azonban többet jelent, mint a jogosulatlan kényszertől vagy bebörtönzéstől való védelmet. A kényszertől való mentesség csupán a szabadság negatív megközelítését jelenti. A szabadság pozitív megfogalmazása azonban a kényszermentességen túl magában foglalja a képességek és a személyiség teljes és szabad kibontakoztatásához való jogot is, azt, hogy valaki mindazt megtehesse, amit a törvény megenged. Az USA Legfelső Bírósága több alkalommal is ilyen módon értelmezte a szabadság fogalmát.[193]
Az alkotmányban is szereplő személyes biztonsághoz való jog alapján mondhatjuk, hogy a pszichiátriai betegeknek, értelmi fogyatékosoknak az őket kezelő, ápoló intézményekben is joguk van a biztonságos feltételekhez.[194]
Mivel a beteg akarata ellenére végzett pszichiátriai sebészeti és egyéb intruzív kezelési formák (pszichotróp szerekkel történő kezelés, az agy elektromos stimulációja, ECT, stb.) korlátozzák illetve megszüntetik az egyén szabadságát, ezért ezek alkalmazása csak megfelelő indoklással lehetséges.[195]
Még bizonyos viselkedésterápiás technikáknál is felmerül az a probléma, hogy a beteg megfosztható-e akarata ellenére a biztonságát, kényelmét garantáló, alkotmányosan is biztosított feltételektől. A viselkedésterápia egyik formája az un. zsetonrendszer (token economy). Itt a kezelendő személy—kiindulási helyzetként—meglehetősen mostoha feltételek közé kerül (korlátozott tisztálkodási, étkezési, művelődési., kényelmi stb. lehetőségek), s a terápiában célként kitűzött viselkedéssel vagy az azt közelítő magatartással lehet “kiérdemelni” a zsetonokat. Ezekez azután az addig hiányzó feltételek megszerzésére lehet “beváltani”. (pl. kényelmesebb fekhely, melegvíz, stb.)
Az ilyen kezelési tervvel—ha az a beteg akarata ellenére történik—etikailag és jogilag, mint korábban láttuk, az a probléma, hogy az alkotmány és a jogszabályok általában előírnak bizonyos minimumkövetelményeket a betegeket ápoló intézmények számára. Azok biztosítása tehát nem függhet a beteg magatartásától, azt minden beteg számára garantálni kell, ellenkező esetben sérülne a beteg személyes biztonsághoz való alkotmányos joga.[196]
A személyes szabadság fontos aspektusa a magánszférához való jog is. A magánszférához való jog magában foglalja a mentális magánszférához való jogot, mely meggyőződések, gondolatok, érzések, érzelmek alkotmányos védelmét jelenti.

A mentális magánszférához való jogot az USA-ban a Stanley v. Georgia esetben fogalmazták meg először.[197] Ez a per azt erősítette meg, hogy egy személynek joga van otthon pornográfnak minősített anyagokat tartani, s az államnak nincs joga meghatározni, hogy valaki milyen irodalmat tart a házi könyvtárában. Erre az érvelésre alapozva azonban tovább lehet lépni. Ha az államnak nincsen joga egy személy gondolkodását indirekt módon—könyvtárának tartalmán keresztül—befolyásolni, akkor ahhoz sincsen joga, hogy a személy gondolkodását direkt módon befolyásolja, a beteg akarata ellenére alkalmazott intruzív pszichiátriai kezelés formájában.[198] A mentális magánszférához való jog elismerése azonban alapesetben csak a beteg akarata ellenére történő intruzív kezelési formákat tiltja. Nem intruzív pszichiátriai kezelések (pszichoterápiák) akarat ellenére történő alkalmazása ilyen jellegű alkotmányos problémákat nem vet fel, hiszen ilyen esetben a betegnek megvan a lehetősége, hogy a kezelés nem kívánt hatásának ellenálljon.[199]

Az embertelen, megalázó bánásmód tilalma és a pszichiátriai kezelés

A magyar alkotmány megfogalmazása szerint “Senkit nem lehet kínzásnak, kegyetlen, embertelen, megalázó elbánásnak vagy büntetésnek alávetni, és különösen tilos emberen a hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletet végezni.” (Alkotmány, 54. § (2) bek.)
Ez az elv egy jól ismert nemzetközi elv hazai megfogalmazása, mely éppúgy említésre kerül az Emberi Jogok Európai Egyezményében (3. cikk), mint pl.--kicsit más megfogalmazásban-- az USA Alkotmányának 8. kiegészítésében.
Az Emberi Jogok Európai Egyezménye szerint ez a jog--szemben más jogokkal--abszolút, vagyis nincsenek alóla kivételek, illetve ez a jog semmilyen indokkal nem korlátozható.[200]
Ez az elv is a pszichiátriai betegek nem-önkéntes kezelésének fontos alkotmányos korlátját rögzíti.
Ma az elvet úgy szokták értelmezni, hogy az nemcsak a fizikai kegyetlenkedést, hanem a túlzott, aránytalan büntetést is tiltja, továbbá a fájdalom szükségtelen alkalmazását.[201]
Az egészségügyben semmiféle büntetésnek nincs helye. Ezt kimondja az egészségügyi törvény is (1997. évi CLIV. törvény), amikor előírja:
“A beteg személyes szabadsága--ellátása során--fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. A beteg korlátozása nem lehet büntető jellegű, és csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.” (10. § (4) bek.)
Ahhoz, hogy ezeket az elveket a gyakorlatban alkalmazhassuk, esetről esetre meg kell vizsgálni, hogy egy terápiának nevezett eljárás nem meríti-e ki a büntetés fogalmát, illetve a terápia nem jelent-e embertelen, megalázó bánásmódot a beteggel szemben.
A terápia és a büntetés közötti különbségtétel azért is fontos, mert a viselkedésterápiák egyik formája, az averzív kondicionálás--ha az a beteg akarata ellenére kerül alkalmazásra--voltaképpen büntetésnek tekinthető. A részben már említett híres ilyen USA-beli esetben (Knecht v. Gillman)[202] egy intézményben apomorfint fecskendeztek be azok szervezetébe, akik nem tartották be az intézmény szabályait, pl. túl későn keltek fel, káromkodtak, hazudtak, stb. Az apomorfin kb. 15-

60 percig tartó hányást eredményezett. Az intézmény azt állította, hogy ez kezelés, hiszen nem más, mint egy averzív kondicionálási program. Ezt a bíróság elutasította, leszögezve, hogy tájékozott belegyezés nélkül az ilyen averzív kondicionálás kimeríti a kegyetlen, szokatlan büntetés fogalmát, melyet az USA Alkotmánya 8. kiegészítése tilt.
Hasonlóan a Mackey v. Procunier esetben[203] egy börtönben az izombénító szukcinilkolint használták averzív kondicionálási program keretében. A nem-kívánt viselkedést követően kényszerrel beadott szukcinilkolin--az átmeneti izombénulás miatt-- mozgásképtelenséget, fulladásérzést, s így pánikszerű félelmet okozott a teljesen öntudatuknál levő elítélteken. Az ítélet szerint ez is kimerítette a kegyetlen büntetés fogalmát, noha a programban az eljárás a nem megfelelő viselkedés kezeléseként volt feltüntetve. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy bármely averzív kondicionálást alkalmazó kezelési forma elfogadhatatlan. A nem gondosan megtervezett, s a beteg akarata ellenére alkalmazott ilyen kezelés azonban elfogadhatatlan, mert kegyetlen bánásmódnak illetve büntetésnek minősül.
Minden olyan pszichiátriai kezelés, melyet egy intézmény rendjének a fenntartására alkalmaznak, ebben a vonatkozásban--a sürgős szükség esetétől eltekintve-- nem kezelésnek, hanem büntetésnek minősül, s ezért elfogadhatatlan. Például az USA-ban pszichotrop gyógyszereket alkalmaztak fiatalkorúak nevelőintézetében abból a célból, hogy a rendbontó viselkedést mérsékeljék, vagy értelmi fogyatékosokat ápoló intézetben azért adagoltak pszichotrop gyógyszereket, hogy az intézmény biztonságát fokozzák. A bíróság mindkét esetet alkotmányellenesnek találta, mert úgy vélte, hogy fenti esetek nem kezelést, hanem büntetést jelentenek.[204]

A betegek fizikai korlátozása

Az embertelen, megalázó bánásmód kapcsán merül fel a pszichiátriai betegekkel szemben alkalmazott fizikai kényszer, korlátozás, elkülönítés elfogadható illetve elfogadhatatlan formáinak a kérdése. Magyarországon az ezzel kapcsolatban legtöbb figyelmet kapott kérdés a hálós ágyak alkalmazása némely pszichiátriai intézményben, illetve a pszichiátriai otthonokban. A már említett Kínzásellenes Bizottság 1999-es magyarországi látogatásáról kiadott jelentésében leszögezte, hogy a hálós ágyak alkalmazása sérti az embertelen, megalázó bánásmód tilalmának az elvét, ezért a pszichiátriai intézményekből való haladéktalan kivonásuk szükséges.[205]
A hálós illetve a rácsos ágyak alkalmazása nemcsak Magyarországon okozott problémát. 2004 júniusában az angol média beszámolt arról, hogy a Cseh Köztársaságban fogyatékos gyerekeket rácsos vagy hálós ágyban tartanak. Ez nemzetközi felháborodást keltett, J K Rowling (a Harry Potter könyvek szerzője) is írt a cseh elnöknek az ágyak használata miatti tiltakozásul. Napokkal később Csehországban megtiltották a rácsos ágyak használatát.[206] Ez a határozatot azonban a cseh orvosok megtámadták, azzal érvelve, hogy a tiltás még nem mondja meg, milyen módon kellene megfékezniük a nővérhiányos egészségügyi intézményekben az agresszív betegeket. Ekkor Csehországban is kampány indult arra, hogy megtanítsák a kórházi személyzetet a betegek megnyugtatásának technikáira, mely módszerekkel a betegagressziók jelentős részét meg lehet előzni.[207]
A fizikai korlátozás, kényszerítés kérdése azonban nem szűkül le a hálós ágyak használatára. Bármely olyan eszköz, módszer, melyet szándékosan abból a célból

alkalmaznak, hogy a beteget mozgási szabadságában akadályozzák, fizikai korlátozásnak tekinthető.[208] Ide tartozik az elkülönítés, a rögzítés (lekötözés), a kényszerzubbony, az ágy oldalaira szerelt deszka, rácsok, melyek lehetetlenné teszik az ágy elhagyását stb.
A beteg fizikai korlátozására sokszor akkor van szükség, amikor cselekvőképtelensége miatt a kezelés elleni tiltakozása nem vehető figyelembe, s a kezelés a beteg érdekét szolgálja, mert annak elmaradása a beteg súlyos károsodásának a kockázatával járna. Ilyen esetben, ha az orvos eltekint a kezeléstől, noha az a beteg érdekében áll, akkor kötelességmulasztást követ el.[209] Ugyanakkor a fizikai korlátozás bármely formája az emberi méltóság sérelmének a veszélyével jár, ezért könnyen felvetheti az embertelen, megalázó bánásmód vádját. Ezért a beteg fizikai korlátozásának a szükséges legkisebb mértékűnek kell lennie. A csekély ellenállást tanúsító betegnél, akinek korlátozásához esetleg elég, ha az asszisztens lefogja a kezét, aránytalanul és ezért megengedhetetlenül nagy korlátozás, ha emiatt teljesen mozgásképtelenné teszik, pl. általános anesztéziát alkalmaznak nála.[210]A fizikai korlátozás, testi kényszerítés élményét átélt betegek majdnem mindig beszámolnak arról, hogy szabadságuk elvesztésével együtt megélték személyes integritásuk és méltóságuk érzésének csökkenését is. Egy 72 éves férfi például így emlékezett vissza erre az élményre: „Úgy éreztem magam, mint ha egy kutya lennék, egész éjjel sírtam. Fájt, hogy le kellett kötözniük engem. Úgy éreztem, hogy egy senki vagyok, egy mocsok. Még most sem tudok sírás nélkül beszélni róla...A kórház rosszabb, mint a börtön." [211]
Egy 84 éves asszony pedig így emlékezett vissza: „ A nővér úgy kötözött le, mint Jézust a kereszten, mindkét csuklómat és bokámat lekötözte...Szörnyen éreztem magam, fájt, s szorongtam. Mi lesz--gondoltam--ha görcsbe jön a lábam; mit fogok csinálni akkor, hiszen nem tudok mozogni? Nyomorultul éreztem magam, szörnyű sokk volt...A látogatók, beleértve férfi barátaimat is, így láttak engem, s ezzel elvesztettem valamit; elvesztettem személyes tekintélyem egy részét..."[212]
A fizikai korlátozást átélő betegek gyakran hasonlítják azt a korábbi megerőszakolás vagy fizikai bántalmazás élményéhez.[213] A korábbi nemi erőszak vagy a fizikai bántalmazás pszichiátriai betegpopulációban gyakoribb, s ezért ehhez hasonló élmények ismételt átélése egyfajta retraumatizációt jelent. Ezért a fizikai korlátozást a pszichiátriai betegek általában inkább büntetésnek, mint kezelésnek tekintik. Van aki szerint pl. az elkülönítés szó is a kórházak által használt eufemizmus, melynek lényegét sokkal pontosabban kifejezi a börtönökben használt „magánzárka" kifejezés.[214] A fizikai korlátozás nemcsak a betegek, de a személyzet részére is traumatizáló lehet. A nem eléggé begyakorolt, összeszokott személyzet tagjai megsérülhetnek a beteg fizikai korlátozásának kísérlete kapcsán. A beteg fizikai lebírása erős agresszív és szexuális érzéseket szabadíthat fel a személyzet tagjaiban, mely emocionálisan szintén megterhelő a számukra.[215]
Úgy tűnik, hogy a fizikai korlátozás használatának gyakorisága az intézményi „szubkultúra" függvénye. Vizsgálatok szerint annak gyakorisága intézmények között jelentős eltérést mutat, független azonban az intézmény által ellátott betegek demográfiai jellemzőitől, klinikai tüneteitől, vagy az intézmény anyagi ellátottságától, illetve a személyzet/beteg aránytól. Ez nemcsak pszichiátriai osztályokra igaz. A szomatikus osztályokon gyakran alkalmaznak ágydeszkákat, rácsokat az agitált beteg ágyból való ellenőrizetlen eltávozása megakadályozása céljából. Ezek—vizsgálatok szerint—lehetséges, hogy több balesetet okoznak, mint amennyit megelőznek, hiszen, ha a beteg mégis megpróbál kimászni, a magas ágyrácson való

átmászás közben nagyobbat esik. Az ágyrácsok használatában azonban országok között és országokon belül is ugyanolyan komoly különbségek vannak, mint a pszichiátriai osztályok között a fizikai korlátozás alkalmazásában. Ugyanazt a problémát tehát meg lehet oldani szomatikus osztályokon is a beteg fizikai korlátozásával, de korlátozás nélkül is.[216] A fizikai korlátozás gyakorisága tehát attól függ, hogy az adott kórház milyen módon tartja célszerűnek az erőszak megelőzését illetve kezelését a pszichiátriai osztályon.[217] Mindez arra mutat, hogy a személyzet képzése fontos része az osztályon belüli erőszak problémája kezelésének. A képzésnek ki kell terjednie a fizikai korlátozás megelőzésének, s technikai kivitelezésének a gyakorlására. A megelőzés, az agresszív beteg verbális megnyugtatása technikáinak a gyakorlása, a beteg agresszivitását kiváltó eseménysor elemzése, s lehetőség szerinti megszüntetése fontos eleme az osztályon belüli erőszak kezelésének. Nem szabad elfelejteni, hogy a beteg agresszív megnyilvánulása sok esetben érthető reakció az őt körülvevő környezet nem megfelelő viselkedésére. A beteg olyan „kedvezőtlen hatások spiráljába" kerülhet, melyekért javarészt nem ő a felelős, de melynek terhei nagyrészt rajta csapódnak le. Az osztályok sokszor túlzsúfoltak, ahol a beteg számára nincs lehetőség az elkülönülésre. Még mosakodni, az illemhelyet használni sem mindig tud zavartalanul.[218] Személyes használati tárgyait sokszor nem tudja elzárni, ezért azokat tőle ellopják, gondnoka nem jelentkezik, pénzét nem kapja meg, így ellopott tárgyait pótolni nem tudja. Amikor panaszkodik az őt ért igazságtalanságokra, a személyzet nem hallgatja meg, sokszor lekezelően bánik vele, az erre adott agresszív reakciót pedig betegségének tudják be, s nem a nem-megfelelő, sok esetben valóban felháborító körülményekre adott érthető (bár nem megbocsátható) reakciójának. Vagyis a beteg agresszióját izoláltan szemlélve, s nem vizsgálva az azt kiváltó okokat könnyen az áldozat vádolásának jól ismert hibáját követhetjük el. Alapvetően a beteg agresszióját kiváltó nem megfelelő körülményeket, szabályozást, intézeti szubkultúrát kellene megszüntetnünk, mivel ez azonban nehéz, a könnyebb ellenállás irányába mozdulhatunk el: az ez ellen lázadó, mert ettől a legintenzívebben szenvedő beteget tekintjük a bajok fő okának, s őt korlátozzuk fizikai eszközökkel, mind az egész problematika leggyengébb láncszemét. Nemcsak a pszichiátriai betegpopulációra igaz, hogy a beteg részéről történő verbális sértegetés vagy esetleges fizikai agresszió hátterében nagyon sok esetben a frusztráló környezet, a megalázó hosszas várakoztatás, a beteggel szembeni lekezelő bánásmód és sokszor kifejezett durvaság áll. Ezért ezek vizsgálata és „kezelése" fontos, mert a beteg agressziójának a megelőzését jelentheti.[219]
Magának a fizikai korlátozásnak a gyakorlása is fontos feladat. Csak összeszokott, megfelelő erőfölénnyel rendelkező, vagyis megfelelő számú ember (minimálisan 4, de inkább 5) képes a beteget fizikailag biztonságosan korlátozni. Ennek hiányában a személyzet tagjai inkább magukra fognak vigyázni, mint a betegre a korlátozás során, s ilyenkor a sérülés veszélye mind a beteg, mind a személyzet számára sokkal nagyobb. A fizikai korlátozást alkalmazó intézményekben annak biztonságos technikai kivitelezését éppúgy gyakorolni kell, mint pl. a cardiopulmonális resuscitáció végrehajtását.[220] Ennek az elvnek a megsértését jelenti az a Közép-Kelet-Európában több helyen megfigyelt gyakorlat, hogy a pszichiátriai beteg fizikai korlátozásához a személyzet a betegtársak segítségét veszi igénybe.[221]
Nagyon fontos, hogy minden intézmény megfelelő szabályokat dolgozzon ki a fizikai korlátozás használatának elveivel, kivitelezésével, dokumentálásával, ellenőrzésével kapcsolatban. Mivel a fizikai korlátozás--mind említettük--mindig az

emberi méltóság súlyos sérülésének veszélyét hordozza, s használata komoly megfontolást igényel, ezért pl. Massachusetts állam kötelezővé tette, hogy a fizikai korlátozást elrendelő személyzet képzésének része kell legyen, hogy maguk is megtapasztalják azt a képzés keretében.[222]

Az embertelen, megalázó bánásmóddal kapcsolatos problémák Közép-Kelet-Európában.

A hálós ágyak alkalmazásának problémájáról már említést tettünk. Noha egyértelműen kimeríti az embertelen, megalázó bánásmód fogalmát, néhány helyen Magyarországon egészen a legutóbbi időkig használták ezeket.[223] Magyarországon a törvény nem határozta meg egyértelműen, hogy a fizikai korlátozás milyen formái elfogadhatóak a pszichiátriai betegek esetében, s ezt az Alkotmánybíróság alkotmányellenesnek nyilvánította.[224] Ezen hiányosságok egy részét pótolta a pszichiátriai betegek ellátása során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályait rögzítő, 2004-ben megjelent rendelet.[225]. Ez megtiltja a hálós ágyak alkalmazását és nemcsak a pszichiátriai intézményekben, de 2005. január 1.-től a szociális intézményekben is.[226]
Továbbra is hiányzik azonban a pszichiátriai intézmények civil kontrollja, mely biztosíthatná azok független s rendszeres ellenőrzését. A civilkontroll megteremtésére mind az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, mind a Kínzásellenes Bizottság javaslatot tett, eddig azonban eredménytelenül.[227]
Gyakran megfigyelt tény, hogy a betegek fizikai korlátozását nem csak a sürgősség fennállásáig, hanem sokkal hosszabb ideig, napokig, hetekig, esetleg hónapokig alkalmazzák. Ez elfogadhatatlan gyakorlat.[228]
Hasonlóan sérti az embertelen, megalázó bánásmód tilalmát a módosítatlan (altatás és izomlazítás nélkül végrehajtott) ECT alkalmazása. Ha az ilyen ECT nyilvánosan, a betegtársak jelenlétében történik, akik tudják, hogy maguk is ugyanilyen ECT-ben fognak részesülni, ez alkalmas a betegek megfélemlítésére.[229] A módosítatlan ECT alkalmazása--úgy tűnik--Magyarországon szerencsére már nem fordul elő, más Kelet -Európai országban azonban tapasztaltak ilyen eseteket.
Már említettük azt az elfogadhatatlan gyakorlatot, hogy pszichiátriai betegeket igénybe vesznek betegtársuk fizikai korlátozásához. Ehhez némiképp hasonló probléma, hogy egyes intézményekben un. „betegtanács" működik, melynek feladata az intézmény szabályait megszegők megbüntetése. Az előírt büntetések között szerepelt elzárás, s olyan megkülönböztető színű ruha viselésének előírása, mely a többi beteg számára is nyilvánvalóvá teszi, hogy az azt viselő személy büntetés alatt áll. Mindez szintén kimeríti a megalázó büntetés fogalmát, s így alkotmányellenes.[230]
Az a hazai eset is szemben áll a megalázó bánásmódot illetve büntetést tiltó elvvel, amikor egy önkéntes kezelésben részesülő fiatalember önkényes eltávozását úgy torolták meg, hogy mentővel visszahozatták őt a pszichiátriai osztályra, elvették ruháit, s két hétig meztelenül, mindössze két lepedővel ellátva kellett ott tartózkodnia, az egyiket takarónak, a másikat törölközőnek használva. A betelefonáló szülőknek pedig azt tanácsolta a kórház személyzete, hogy fiukat ne látogassák, mert „mindene megvan".[231]

Lelkiismereti és vallásszabadság és pszichiátriai kezelés.

Az Alkotmány szerint

“(1) A Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadságára.
(2) Ez a jog magában foglalja a vallás vagy más lelkiismereti meggyőződés szabad megválasztását vagy elfogadását, és azt a szabadságot, hogy vallását és meggyőződését mindenki vallásos cselekmények, szertartások végzése útján vagy egyéb módon akár egyénileg, akár másokkal együttesen nyilvánosan vagy magánkörben kinyilváníthassa vagy kinyilvánítását mellőzze, gyakorolhassa vagy taníthassa. (60 § (1) (2) bek.)

A lelkiismereti és vallásszabadság elve--a nemzetközileg elfogadott értelmezés szerint--nem korlátozódik a világszerte elismert vallásokra, hanem olyan személyes hitre is kiterjed, mely nem feltétlenül vallásos.[232] Az USA Legfelső Bírósága értelmezése szerint ez az elv vonatkozik az olyan nem-vallásos hiedelmekre is, mint pl. a világi humanizmus.[233] Íly módon etikai vagy morális vélemények is élvezik a lelkiismereti és vallásszabadság nyújtotta védelmet, ha azok mély meggyőződésből fakadnak, s nem pusztán politikai, gyakorlati vagy kényelmi megfontolások alapján vallják őket.[234]
A lelkiismereti és vallásszabadság elve nevében az egyén visszautasíthat orvosi kezelést, sok országban még életmentő orvosi kezelést is. (pl. a Jehovai tanúi felekezet tagjai az életmentő transzfúziót.)
Ennek megfelelően lelkiismereti és vallási okokból egy egyén még nem intruzív pszichiátriai kezelést is visszautasíthat.[235]

A tisztességes (megfelelő) eljárás és a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés

A nem-önkéntes pszichiátriai kezelés a betegnek a szabadságától való megfosztását jelenti. A szabadságtól való megfosztás azonban—az alkotmány követelményei szerint—csak tisztességes (megfelelő) eljárás keretében elfogadható. Ez általában a nem-önkéntes kezelés bírósági elrendelését vagy—sürgősség esetén—annak utólagos bírói felülvizsgálatát jelenti, nem-peres eljárás keretében. Pszichiátriai betegek esetében az ilyen eljárás során azt kell megállapítani, hogy a nem-önkéntes kezelés feltételei fennállnak-e (vagyis igaz-e, hogy a beteg saját magára vagy másra veszélyes, ez az állapot betegség következtében áll-e fenn, a terápia orvosilag érdekében áll-e és hatékony-e, a terápia a lehetséges legkevésbé korlátozó alternatívát jelenti-e, stb.)[236]

Mennyire speciálisak a pszichiátriai betegek?

Alapesetben minden beteg esetén a tájékozott beleegyezés elvének kell érvényesülnie: a beteg akkor részesíthető kezelésben, ha megfelelő tájékoztatás után az adott kezelésbe szabadon beleegyezett. Pszichiátriai betegek esetén ettől az elvtől gyakran eltérnek, és a beteget akarata ellenére is kezelésben részesíthetőnek tartják. Eme felfogás szerint a pszichiátriai betegek mások, mint a többiek, s ez a másság indokolja esetükben a nem-önkéntes kezelést.
Miben áll azonban ez a másság? Valóban radikálisan különböznek a pszichiátriai betegek a más betegségben szenvedőktől?
Az egyik gyakran hallott érv a pszichiátriai betegekkel való eltérő bánásmód mellett az, hogy a pszichiátriai betegek veszélyesek. Ezt az állítást azonban a tények cáfolják. A pszichiátriai betegek általában nem veszélyesebbek más betegeknél, s

fordítva is igaz: a veszélyes, de pszichiátriai betegségben nem szenvedőket nem tekintik akaratuk ellenére kezelhetőnek.
Azt, hogy egy pszichiátriai beteg veszélyes-e, esetről esetre, egyénileg kell eldönteni, de nem szabad abból kiindulni, hogy a pszichiátriai betegek általában veszélyesebbek másoknál.[237]
A másik, a pszichiátriai betegekkel való speciális bánásmód melletti érvelés a XIX. századra vezethető vissza. Eszerint a pszichiátriai betegeknek nincs meg a kezelésükkel kapcsolatos döntéshez szükséges belátási képességük, vagyis ebből a szempontból cselekvőképtelenek.
Ma ezt az álláspontot nem fogadjuk el. Számos vizsgálat igazolja, hogy a pszichiátriai betegség legtöbbször nem csökkenti a beteg belátási képességét, s azokban az esetekben, amikor általában csökkenti, nem feltétlenül csökkenti a kezeléssel kapcsolatos belátási képességet. Így pszichiátriai betegeknél ugyanabból kell kiindulni, mint bármely más betegcsoport esetén: fel kell tételezni a beteg belátási képességét, cselekvőképességét mindaddig, míg az ellenkezője be nem bizonyosodik.[238] Vizsgálatok szerint egy általános profilú, akut betegeket kezelő oktatókórházban fekvő szomatikus betegek kb. fele nem rendelkezik belátási képességgel kezelési döntések vonatkozásában. A belátási képesség csökkenése e betegeknél nem volt kapcsolatos a pszichiátriai diagnózisok számával illetve a pszichiátriai tünetek súlyosságával. Eme tények alapján kimondható, hogy a nem demenciában, delíriumban szenvedő pszichiátriai betegek csökkent döntéshozatali képességének feltételezése nagyrészt a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos stigma eredménye.[239] Az előítéletek úgy működnek, hogy míg pszichiátriai betegnél mindenki számol vele, hogy a betegnek esetleg csökkent a belátási képessége, addig szomatikus betegségben szenvedő esetén ez ritkán merül fel. A vizsgálatban például a belátási képességgel nem rendelkező szomatikus betegek 75%-nál mind a klinikusok, mind a hozzátartozók a beteget belátási képességgel rendelkezőnek gondolták.[240]
A cselekvőképesség megítélésének-- akárcsak a veszélyesség megítélésének-- tehát pszichiátriai betegeknél is esetről esetre kell megtörténnie, s nem szabad abból kiindulni, hogy a pszichiátriai betegek általában veszélyesebbek, vagy általában kevesebb belátási képességgel rendelkeznek, mint más betegek. Nem szabad tehát a pszichiátriai betegeket akaratuk ellenére azzal az érveléssel kezelésben részesíteni, hogy veszélyesebbek, mint mások, vagy kisebb belátási képességük van, mint másoknak.

Mikor alkalmazhatók intruzív pszichiátriai kezelési formák a beteg akarata ellenére?

Az eddigiekben áttekintettük, hogy melyek azok az alapvető alkotmányos, alapjogi szempontok, melyek korlátozzák egy pszichiátriai beteg akarata ellenére történő kezelését. Alapvetően azt mondhatjuk, hogy minél intruzívabb egy kezelés, annál erősebb indoklás szükséges az adott kezelési formának a beteg akarata ellenére történő alkalmazásához, hiszen alapjogi megfontolások ezek alkalmazhatóságát korlátozzák. Ezek a korlátozások azonban nem abszolútak. Általánosságban azt lehet mondani, hogy a beteg akarata ellenére akkor lehet egy intruzív kezelést alkalmazni, ha az szükséges bizonyos alapvető érdek (a beteg érdeke vagy a közérdek) szempontjából, továbbá, ha nincs kevésbé intruzív kezelés vagy módszer,

mellyel ugyanaz a cél (a beteg vagy a köz érdekének védelme) megvalósítható lenne.[241] Ennek az a magyarázata, hogy intruzív kezelésnek a beteg akarata ellenére történő alkalmazása mindenképpen alapjogi sérelemmel is jár. Alkotmányos jogaink sérelme viszont csak akkor indokolható, ha az szükséges és arányos, tehát nem nagyobb, mint ami elkerülhetetlenül szükséges a kívánt cél megvalósításához. Melyek tehát egy nem-önkéntes pszichiátriai kezelés alkalmazásának a szükségesség és arányosság követelményeit kielégítő feltételei?
A következő feltételeket lehet megfogalmazni.

1. A kezelésnek a beteg orvosi érdekét kell szolgálnia, vagyis állapotában orvosilag indokoltnak és hatékonynak kell lennie.

Az 1. feltétel szerint intruzív nem-önkéntes pszichiátriai kezelés (leggyakrabban nem-önkéntes gyógyszeres kezelés) csak akkor alkalmazható, ha az illetőnél pszichiátriai betegség áll fenn. Nem szabad tehát pl. pszichotrop szert alkalmazni egy agresszív, támadó, de pszichiátriai betegségben nem szenvedő személy esetében börtönökben, fogdákban pusztán agresszivitásának leszerelésé céljából. Az Emberi Jogok Európai Bírósága határozata szerint nem-sürgősségi esetben még pszichiátriai betegség fennállása esetén is csak akkor alkalmazható intruzív nem-önkéntes kezelés, amikor azt a zavar jellege és súlyossága indokolja, s csak addig az ideig, ameddig a zavar ilyen súlyos formában fennáll.[242]
A beteg akarata ellenére pszichiátriai betegség fennállása esetén is csak abban az esetben kezelhető, ha a kezelés az ő orvosi érdekét szolgálja, s nem más érdeket. Mint láttuk, ezt rögzíti az Oviedói Egyezmény 7. cikkelye is. Így tehát nem szabad akarata ellenére a beteget intruzív kezelésben (pl. pszichotrop gyógyszeres kezelésben) részesíteni pusztán abból a célból, hogy “könnyebben lehessen vele bánni”, hogy jobban betartsa az intézmény szabályait, hogy kevésbé legyen kritikus, agresszív.
Egy pszichiátriai osztályon való nem-önkéntes kezelés továbbá csak addig indokolható az 1. feltétel segítségével, ameddig ott olyan aktív kezelés történik, mely az illető állapotán javít. Ha a nem-önkéntesen az osztályra utalt betegnél a további kezelés állapotjavulással már nem kecsegtet, akkor a kórházban való akarata ellenére történő benntartás az 1. feltétel értelmében elfogadhatatlan, mert annak célja csak a beteg állapotának javítása lehet, mely viszont az adott esetben már nem lehetséges. Egy kórházi osztályon való nem-önkéntes kezelés—ha az nyilvánvalóan hatástalan—sérti az 1. feltételt, vagyis azt, hogy a kezelésnek a beteg orvosi érdekét kell szolgálnia. Hatástalan, a célt el nem érő kezelés ugyanis nem áll a beteg érdekében. A beteg akarata ellenére történő, pusztán kusztodiális, megőrző célzatú intézetben tartása általában nem az ő érdekét, hanem a társadalom érdekét szolgálja. Így az ő érdekére való hivatkozás az ilyen kusztodiális célzatú benntartást nem igazolja. [243] 1999-ben Skóciában Noel Ruddle a bíróság előtt nyújtott be keresetet az ellen, hogy akarata ellenére pszichiátriai osztályon tartják, azzal érvelve, hogy állapotán nem lehet pszichiátriai eszközökkel javítani. A bíróság az érvelést elfogadta, s Ruddlet az intézetből elbocsátották. A későbbi jogértelmezés azonban ezen úgy módosított, hogy nem feltétlenül kell a nem-önkéntes intézeti elhelyezésnek vagy kezelésnek a beteg állapotán javítania. Elegendő az is, ha megakadályozza állapota rosszabbodását ahhoz, hogy indokolt legyen.[244]

Az 1. feltétel azt is kizárja, hogy intruzív pszichiátriai beavatkozásokat egy személy akarata ellenére, büntetésként alkalmazzanak, azért, hogy a továbbiakban a beteg betartsa az intézmény házirendjét, szabályait.[245]. Az ilyen büntetéseket--mint láttuk--sokszor terápiának nevezik, de amennyiben egy beavatkozás nem a kérdéses személy, hanem mások érdekét szolgálja, illetve amennyiben a kérdéses személy nem pszichiátriai beteg, úgy helyesebb büntetésről, mint terápiáról beszélni. Ily módon tehát pl. bizonyos szexuális jellegű bűncselekményeket elkövetők sebészi vagy kémiai kasztrációja, inkább büntetés, illetve bűnmegelőzés, mint kezelés, s ezért az 1. feltétel szerint a személy akarata ellenére nem alkalmazható.[246] Azért tekinthetők az ilyen beavatkozások büntetésnek, mert a szexuális bűncselekményeket elkövetők legtöbbször nem tekinthetők pszichiátriai betegnek. Ma egyre inkább az az álláspont, hogy a szexuális bűncselekményeket elkövetők felelősek a tetteikért, s ezért büntetésben kell részesülniük, ennek azonban nyíltan kell történnie, s nem orvosi kezelésként feltüntetve.[247]

2. A kezeléssel vagy elkülönítéssel megvalósítható érdek vagy a beteg saját érdeke (az állam parens patriae elve alapján) vagy bizonyos alapvető közérdek (az állam rendőri hatalma alapján)

Az állam rendőri hatalma azt a hatalmat jelenti, mely alapján az állam megteheti azokat az intézkedéseket, melyek szükségesek a közegészség, a közbiztonság, a közerkölcsök, a közösség jóléte védelmének az érdekében. A parens patriae elve pedig az állam azon kötelességét jelenti, hogy védje azoknak az érdekeit, akik koruk, fogyatékosságuk alapján nem képesek saját érdekeik védelmére.[248]
Az állam rendőri hatalma elvével lehet indokolni a beteg akarata ellenére történő intruzív pszichiátriai kezelését a beteg veszélyessége esetén, más betegek illetve a személyzet biztonságának védelme érdekében. Ez az elv azonban nem alkalmazható akkor, ha pusztán a személyzet kényelme, a kezelési költségek csökkentése, a kezelés idejének a rövidítése lenne az intruzív pszichiátriai kezeléssel elérni kívánt cél.[249] Azokat a valóságos eseteket elemezve, amikor a betegeket a másokra való veszélyességre hivatkozva szállítottak akaratuk ellenére pszichiátriai intézménybe, gyakori tapasztalat, hogy a kérdéses beteg inkább csak megbotránkozást keltett, vagy másokat szavakkal, viselkedésével megsértett, de nem jelentett tényleges fizikai veszélyt a környezetére. Az ilyen eset nyilván nem indokolja a veszélyességre való hivatkozással történő nem-önkéntes intézetbe szállítást vagy kezelést.[250]
A beteg veszélyessége csak akkor indokolhatja az akarata ellenére történő intruzív kezelést, ha a beteg közvetlen, azonnali veszélyt jelent másokra, vagyis fizikai károsodás okozásának közvetlen veszélye áll fenn. Ennél kevésbé szigorú kritériumok esetén (pl. ha az alapján is megengednének nem-önkéntes kezelést, hogy a beteg potenciálisan veszélyes lehet valamikor a jövőben) voltaképpen minden pszichiátriai beteg nem-önkéntes, intruzív eszközökkel történő kezelésére is mód lenne, ami nem elfogadható. [251] Az USA-ban például az akarata ellen beszállított, de a pszichiátriai kezelés ellen tiltakozó beteget csak a 3 napon belül őt meghallgató bíró döntése alapján lehet kezelésben részesíteni vagy őt tovább a kórházban benntartani. A bíró általában csak akkor ad engedélyt a beteg nem-önkéntes kezelésére vagy kórházban tartására, ha annak határozott suicid vagy homicid késztetéseire bizonyíték van, vagy a beteg térben és időben dezorientált. [252]

A parens patriae elve alapján nem-önkéntes kezelés csak azokkal szemben alkalmazható, akiknek belátási képessége az adott kezelés vonatkozásában hiányzik vagy korlátozott.[253] Pszichiátriai betegség fennállása önmagában még nem indokolja a parens patriae elv alkalmazását, hiszen a pszichiátriai betegek nagy része--mint láttuk--teljes belátási képességgel rendelkezik.
Nagyon fontos itt ismét kiemelni, hogy a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai intézetbe való beutalása nem jelentheti automatikusan azt, hogy egyben akarata ellenére pszichiátria kezelésben is részesíthető. A nem-önkéntes intézetbe utalás ugyanis történhet annak alapján is, hogy a beteg másokra veszélyes, noha saját kezelését illetően teljes belátási képességgel rendelkezik. A nem-önkéntes beutalás célja ilyenkor mások biztonságának a védelme (az állam rendőri hatalmának elve alapján), s nem a beteg saját érdekeinek a védelme a parens patriae elve alapján. Ilyen esetben tehát a cél (mások biztonságának a védelme) megvalósítható azzal, hogy a beteget nem-önkéntes jelleggel egy biztonságos pszichiátria intézményben helyezik el (vagy esetleg azon belül elkülönítik.) Ez kevésbé intruzív módon éri el a célt (mások biztonságának a védelmét), mintha pl. akarata ellenére pszichotróp kezelésben részesítenék. A legkevésbé korlátozó alternatíva elve alapján tehát mások biztonságának a védelme csak a beteg nem-önkéntes intézeti elhelyezését indokolja, nem-önkéntes intruzív pszichiátria kezelését azonban nem. Erre csak akkor kerülhet sor, (most már a parens patriae elve alapján), ha a beteg belátási képessége kezelése vonatkozásában hiányzik.[254]
Az USA-ban--ahol a halálbüntetés kiszabása még ma is lehetséges--az a probléma is felmerült, hogy joga van-e egy halálraítélt, de az ítélet végrehajtására várva időközben mentálisan zavart állapotba került, s emiatt nem kivégezhető elítéltnek olyan pszichiátriai kezelést visszautasítani, mely mentális zavartságát megszüntetné, s így őt “kivégzésre alkalmas” állapotba hozná. Egy USA Legfelső Bírósági döntés szerint ugyanis nem lehet kivégezni valakit, ha a kivégzésére várva cselekvőképtelen állapotba kerül.[255] Túl azonban azon, hogy egy ilyen nem-önkéntes kezelés az USA-ban valószínűleg alkotmányellenes lenne, fontos orvosetikai kifogás is felmerül. Kérdés ugyanis, hogyha a nem-önkéntes kezelés elrendelése nem lenne alkotmányellenes, akkor egy pszichiáternek kötelessége lenne-e a halálraítélt “beteg” kezelése? Egy orvosnak kötelessége ugyan a szenvedő beteg kezelése, ugyanakkor nem járulhat hozzá annak halálához. Ebben az esetben viszont a beteg pszichiátriai kezelése illetve “meggyógyítása” egyet jelentene megölésével. Ezért az American Medical Association és az American Psyhiatric Association közös nyilatkozatban fejtette ki azon álláspontját, miszerint az orvosi etikával ellentétes, hogy orvos azért hozzon cselekvőképes állapotba egy halálraítéltet, hogy az azután kivégezhető legyen.[256]
Az USA-ban a legtöbb orvostársaság megtiltotta, hogy orvos részt vegyen halálbüntetés végrehajtásában, részvételnek tekintve azt is, ha az orvos jelen van a végrehajtásnál, vagy megállapítja a halál beálltát. Ezek az etikai állásfoglalások megengedik, hogy az orvos megállapítsa a halálraítélt cselekvőképességét, de azt nem, hogy a cselekvőképtelen beteget kezelje, ha az valószínűleg a halálbüntetés végrehajtásához fog vezetni. A pszichiáter részéről beavatkozásra csak akkor van lehetőség ilyenkor, ha a halálraítélt—súlyos pszichózisa miatt--extrém módon szenved. Ilyenkor a szenvedés mérséklése érdekében folytatott kezelés etikailag megengedett.[257]
Magyarországon, ahol a halálbüntetést alkotmányellenesnek nyilvánították és megszüntették, ilyen probléma természetesen nem merül fel.

További kérdés, hogy egy büntetőeljárás során beszámíthatatlansága miatt nem büntethetőnek nyilvánított, s nem-önkéntes intézeti felvételre utalt pszichiátriai beteg részesíthető-e akarata ellenére kezelésben? A válasz attól függ, hogy a beteg beszámíthatatlansága milyen mértékben befolyásolja saját kezelésével kapcsolatos belátási képességét. Ha a beteg saját kezelésével kapcsolatos belátási képessége is olyan mértékben csökkent, hogy abban nem tud részt venni, akkor az állam--a parens patriae elve alapján--elrendelheti a beteg nem-önkéntes kezelését, hiszen ilyenkor feltételezhető, hogy a beteg érdekében áll pszichiátriai betegsége tüneteinek mérséklése vagy megszüntetése. Ha azonban a beteg saját kezelésével kapcsolatos belátási képessége megtartott, s a kezelést visszautasítja, akkor kényszeríthető-e kezelésre az állam rendőri hatalmának elve alapján, azzal az érveléssel, hogy állapota mást veszélyeztető, s ez indokolja a nem-önkéntes kezelést? Ez az érvelés azonban nehezen védhető, hiszen ha elfogadjuk azt az elvet, hogy alapjogi korlátozás csak a cél eléréséhez szükséges lehető legkisebb mértékű lehet, akkor ebben az esetben a társadalom védelme biztosítható az illető biztonságos elzárásával is. Ez kevésbé korlátozó, mint az illető akarata ellenére történő pszichotróp kezelése. Ezért ilyen esetben csak az illető biztonságos elkülönítése indokolható, nem-önkéntes kezelése nem. Ez ellen nem lehet érvként felhozni, hogy az illető tartós elzárása, őrzése, stb. többlet költséget jelent a társadalomnak, mert egyedül a költségek mérséklése nem lehet egy aránytalan alapjogi korlátozás indoka.[258] Ezért kezelésükkel kapcsolatban megfelelő belátási képességgel rendelkező, de a büntethetőség hiánya miatt nem-önkéntesen intézetbe utalt bűnelkövetők nem-önkéntes kezelése intruzív pszichiátriai eszközökkel nem indokolható.

3. A beteg akarata ellenére nyújtott kezelési forma a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát jelenti, vagyis nem áll rendelkezésre ugyanolyan terápiás hatékonyságú, de kevésbé intruzív kezelés.

A 3. feltétel (a nem-önkéntes kezelésnek a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát kell képviselnie) azon elvből következik, hogy egy személy alapvető szabadságjogai csak feltétlenül szükséges esetben és csak a feltétlenül szükséges mértékben korlátozhatók. Nem szabad tehát az alapjogok kiterjedtebb korlátozását alkalmazni, amikor kevésbé kiterjedt korlátozás ugyanúgy alkalmas a kívánt cél elérésére. Ennek megfelelően a nem-önkéntes pszichiátriai kezelés feltételeinek a fennállása még nem jelenti azt, hogy bármely pszichiátriai kezelés alkalmazására nem-önkéntes jelleggel lehetőség van. Csak az adott cél elérésére alkalmas legkevésbé intruzív kezelési forma alkalmazható ilyenkor a beteg beleegyezése nélkül. Ha például a beteg erőszakos magatartása miatt mások védelmére van szükség, s ehhez a puszta elkülönítés elegendő, nem szabad az intruzívabb pszichotrop kezelést alkalmazni, még abban az esetben sem, ha az jelentősen lerövidítené a beteg intézeti tartózkodásának az idejét. Ha a cél (jelen esetben a társadalom védelme) a beteg puszta intézetbe utalásával vagy elkülönítésével biztonságosan megvalósítható, akkor—ha a beteg semmilyen beavatkozásba nem egyezik bele—ezt kell alkalmazni, mert ez a legkevésbé intruzív mód, amivel a cél megvalósítható.[259] Hasonlóképpen, ha a nem-önkéntes pszichotrop kezeléssel a probléma megoldható, nem szabad nem-önkéntesen ECT-t alkalmazni, stb. [260] Mindez azt jelenti, hogy a lehető legkevésbé intruzív, de még hatásos kezelést kell alkalmazni, vagy ugyanannak a kezelésnek a kevésbé intruzív formáját. Például

ezen elv szerint, ha egy esetben a nem-önkéntes pszichotrop kezelés indokolható, akkor is a lehető legkisebb—még hatékony--dózisban kell a gyógyszert alkalmazni, hiszen ugyanannak a pszichotrop szernek a kisebb dózisa kevésbé intruzív, mint a nagyobb.[261]
Ezen elv szerint tehát ha pl. egy depressziós beteg nem-önkéntes pszichiátriai kezelése indokolt, akkor először antidepresszív pszichotrop kezelésben kell részesíteni, s ECT csak abban az esetben alkalmazható, ha a gyógyszeres kezelés hatástalannak bizonyul. Ha egy másik esetben a nem-önkéntes viselkedésterápiás kezelés eredményre vezethet, akkor ezt kell először megpróbálni, s csak ennek sikertelensége után alkalmazható a beteg akarata ellenére gyógyszeres kezelés. [262]
Az elv következménye, hogy a nem-önkéntes kezelésnek (pl. antipszichotikum adásának) csak a sürgősség elhárításához szükséges ideig szabad csak tartania. A sürgősség megszűnése után a beteg--ha cselekvőképes--visszautasíthatja a kezelést. [263]

A beteg kezelést visszautasító magatartása esetén lehetséges eljárások

Amennyiben ennek jogi feltételei fennállnak, természetesen lehetséges a beteg akarata ellenére történő kezelését kezdeményezni. Jó azonban ezt csak mint utolsó lehetőséget tekinteni, s ennek több oka van. A nem önkéntes kezelés a beteg számára súlyos pszichológiai trauma, vannak, akik szerint némely esetben Poszttraumás Stressz Zavart (PTSD) válthat ki, vagyis az ilyen eljárás „mellékhatása” egy újabb pszichiátriai betegség.[264] A nem-önkéntes kezelés romboló hatású a jó orvos-beteg viszonyra, s az orvost fontos terápiás lehetőségektől fosztja meg, melyek a beteg együttműködése esetén rendelkezésre állnának. Célszerű ezért a beteg kezelést történő visszautasítása esetén megbeszélni a beteggel, mi ennek a visszautasításnak az oka. A beteggel való beszélgetés, hozzájárulásának ilyen módon való elnyerése fontos terápiás lehetőségeket rejt. Ilyen módon ugyanis a beteg megtapasztalja, hogy az orvos őt nem munkadarabnak, nem a kezelés tárgyának tekinti, hanem olyan személynek, akit bevon a döntéshozatali folyamatba, akinek tiszteli véleményét, akinek lehetőséget ad a választásra. Ha a beteg saját szempontjai, értékei, céljai ilyen módon megjelenhetnek a terápia kiválasztásában, ez fokozza önbecsülését, hiszen megtapasztalja emberi méltóságának, önrendelkezési jogának tiszteletben tartását. Ez javítja együttműködési készségét. Ily módon tehát az ilyen megközelítésnek--különösen a pszichiátriában-- terápiás hatása lehet.[265] A beteggel folytatott dialógus ily módon segíthet tisztázni a visszautasítás okát, s egyben lehetőséget teremthet annak megszüntetésére. Amikor ugyanis a beteg elutasít egy kezelést, akkor sok esetben valójában nem a kezelésre, hanem valami másra mond nemet, s a kezelés visszautasítása más jellegű elégedetlensége kifejezője csupán. A kényszer alkalmazása ilyenkor az elégedetlenséget csak tovább fokozná, s a már amúgy is megterhelt orvos-beteg viszonyt tovább rontaná. A beteggel folytatott dialógus ilyenkor tisztázhatja az elutasítás valódi okát, s ezzel lehetővé teszi a beteg problémájának mélyebb megismerését. Így nemcsak a beteg együttműködése lesz így a mégis elfogadott kezeléssel kapcsolatban nagyobb, de az orvos –beteg kapcsolat is javul, s az orvos mélyebb ismereteket szerezhet a beteg problémájáról.[266]

A mediálás

Ha a beteggel folytatott megbeszélés az orvos minden erőfeszítése ellenére eredménytelennek bizonyul, célszerű a mediálásban rejlő lehetőségeket kihasználni. A mediálásnak komoly hagyományai vannak családi, házastársak közötti, munkaügyi, kereskedelmi konfliktusok kezelésében.[267] Az egészségügy területén való mediálás kisebb hagyományokra tekinthet vissza, de ezzel kapcsolatban nagyon kedvező külföldi tapasztalatok vannak, s az eljárásra a törvény hazánkban is lehetőséget nyújt. A mediálásra természetesen csak a vitatkozó, egyet nem értő felek közös beleegyezése esetén van lehetőség. A mediálásba való beleegyezés hiányában formálisabb konfliktusmegoldó mechanizmusok használata válik szükségessé.

Az egyik széles körben elfogadott meghatározás szerint a mediálás "..az a folyamat, amelynek során a résztvevők --egy vagy több semleges személy segítségével— szisztematikusan elkülönítik a vitatott pontokat azért, hogy lehetőségeket dolgozzanak ki, alternatívákat gondoljanak végig, s így olyan közösen elfogadható egyezségre jussanak, mely mindegyik fél igényeinek megfelel."[268]

A mediátor—szemben a választott bírósággal-- nem dönt. Szerepe az, hogy semleges résztvevőként segítse két vitatkozó, egyet nem értő fél megegyezését akkor, ha mediátor nélkül erre nem lennének képesek.[269]

A mediálás sokféle előnnyel rendelkezik a hagyományosabb konfliktus-megoldási módszerekhez képest (pl. bírói út, választott bíróság (arbitrázs), stb.) Fő előnye, hogy gyorsabb, kevésbé költséges, s sokszor eredményesebb is, mint a hagyományos konfliktus-kezelési módszerek.[270] A mediátor csak közvetít a vitatkozó felek között, feladata, hogy a vitatkozók eltérő álláspontját eltérő érdekekként fogalmazza meg, majd segítse megkeresni a mindkét fél számára elfogadható megoldásokat.[271] A mediátor "menedzseli" a tárgyalási folyamatot, s segíti a résztvevőknek az autonómiájuk növelését vagy legalábbis annak megőrzését azáltal, hogy lehetővé teszi a felek számára saját "motivációs struktúrájuk" áttekintését, s ennek megváltoztatását.[272] A mediálási folyamat nagy előnye, hogy lehetővé teszi a résztvevők számára, hogy a mediálás nélkül kibékíthetetlennek látszó konfliktusokat új módon végül is megoldják.[273] A mediátor együtt is beszél az egyet nem értő felekkel, de külön is tárgyal velük, s oda-vissza mozogva a vitatkozó felek között tisztázza, melyek azok a területek, ahol egyetértenek, s melyek azok, ahol nem. Javaslatokat és ellenjavaslatokat közvetítve egyre inkább szűkíti és körülhatárolja azt a területet, ahol tartós egyet nem értés áll fenn, s így lehetővé teszi az egyetértés kialakulását.[274]

A kezelés visszautasításának további lehetőségei

A legtöbb ilyen jellegű probléma megnyugtató megoldása a beteg előzetes akaratnyilvánítása lenne. A beteg érdekében való—de akarata ellenére történő— kezelésre ugyanis akkor van lehetőség, ha a beteg belátási képessége hiányzik. Ilyenkor azonban már a legjobb szándékú döntés sem tudja mindig figyelembe venni a beteg érdekeit, értékeit, preferenciáit. Ugyanakkor sok esetben a pszichiátriai betegség lefolyása ciklusokban történik: jobb és rosszabb periódusok váltakoznak egymással, s a remisszióban levő beteg már rendelkezik belátási képességgel, s így rendelkezhet arról, mit enged meg és mit utasít vissza, ha majd ismét belátási képességet kizáró állapotba kerül. Ez a mechanizmus biztosítja a beteg autonómiájának érvényesülését akkor is, amikor belátási képessége hiányzik. Így a beteg akarata ellenére történő kezelés olyan szükséghelyzet, melybe belekerülve

jobb megoldás sok esetben nem kínálkozik, viszont eme helyzet legjobb megoldása a megelőzése. Előzetes akaratnyilvánításra bíztatva a beteget az ilyen szükséghelyzetekre fel lehet készülni, s így lehetővé válik, hogy az orvosi szükséghelyzet ne váljon egyben etikai szükséghelyzetté is. Az előzetes akaratnyilvánítás elkészítésének önmagában is terápiás értéke lehet. Arra készteti ugyanis a beteget, hogy előző kórházi, kezelése tapasztalatainak a fényében gondolja át azzal kapcsolatos érzéseit, s ezek alapján rendelkezzen az esetleg a jövőben szükségessé váló hasonló kezelésről. Ez felelősségvállalásra, önálló döntésre készteti őt, s így ellenszere a pszichiátriai betegeket gyakran érő infantilizáló hatásoknak.[275]
Az az élmény, hogy a beteg kinyilváníthatja akaratát jövőbeli kezelésével kapcsolatban, megerősíti azt az érzését, hogy őt önrendelkezési joggal rendelkező személynek tekintik, s ez nagyon kedvező hatású a pszichiátriai betegeknél, akik sokszor élik meg azt, hogy kiszolgáltatottak, s önálló cselekvésre, maguk és a környezet kontrollálására képtelenek.[276]
Ha a beteggel paternalisztikusan bánnak, ez növeli kiszolgáltatottsági, tehetetlenségi érzését, függőségét. A döntésbe való bevonás ezzel szemben növeli függetlenségét, autonómia érzését, s ezért terápiás hatású.[277]

A pszichiátriai kezelés visszautasításának magyarországi problémái.

A fentiekben áttekintettük a pszichiátriai kezelés visszautasításának etikai, alkotmányjogi megfontolásait. Ennek alapján érdemes röviden megvizsgálni, mennyiben felel meg a hazai jogi szabályozás ezeknek az elveknek.
Az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) megkülönböztet veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást. A kettő közötti különbség a törvény szerint fokozati: veszélyeztető magatartás esetén .”..a beteg—pszichés állapotának zavara következtében—saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt..” (188. § (b)
Közvetlen veszélyeztető magatartás esetén “..a beteg—pszichés állapotának akut zavara következtében—saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.” (188. § c)
A megkülönböztetés szerint tehát veszélyeztető magatartásúnak tekinthető az a pszichiátriai beteg, aki saját maga vagy mások számára potenciálisan veszélyt jelent, míg a közvetlen veszélyeztető magatartás az aktuálisan veszélyes betegeket jelöli.
A törvény tartalmazza azt a megkötést, miszerint a pszichiátriai beteg törvényben elismert jogai csak a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartása esetén, s csak “..feltétlenül szükséges mértékben és ideig..” korlátozhatók, (189.§ (2),
A törvény veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartás esetén ad lehetőséget a beteg nem-önkéntes gyógykezelésére. (191.§ (1), s csak ebben az esetben engedi meg a betegnek személyes szabadságában való bárminemű egyéb korlátozását. (192.§ (1) Itt is szerepel azonban az a megkötés, hogy a korlátozás csak a veszély elhárításához szükséges legkisebb mértékű és jellegű lehet.
A törvény tartalmazza még azt a hármas követelményt is, hogy minden beteg “..a) pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében, továbbá

b) pszichiátriai gyógykezelésére az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel, illetve c) pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására, valamint korlátozó feltételek közötti elhelyezésére csak feltétlenül indokolt esetben, önmaga vagy mások veszélyeztetése esetén kerüljön sor." (190. §)

Már említettük, hogy ez a megfogalmazás némiképp eltér a "legkevésbé korlátozó alternatíva" fentebb ismertetett elvétől. A törvényből nem olvasható ki egyértelműen az a követelmény, hogy intruzív kezelést csak a kevésbé intruzív kezelési formák hatástalansága esetén lehet alkalmazni. Komoly probléma az is, hogy a veszélyeztető és a közvetlen veszélyeztető magatartás a törvényben szinte egymással felcserélhető módon szerepel: a legtöbb korlátozást a törvény megengedi pusztán veszélyeztető magatartás esetén is, amikor a beteg csak potenciálisan jelent veszélyt másokra vagy magára. Ez túl "laza" feltétel, hiszen potenciálisan szinte bárki veszélyes lehet saját magára vagy másra, bizonyos speciális körülmények között. Így a szigorúbb kritériumot kellene használni, mely csak közvetlen veszélyeztető magatartás esetén engedi meg a beteg nem-önkéntes kezelését.

A 199. § (5), mely a bírói felülvizsgálat szabályait részletező részben található, a következőképpen fogalmaz: " A bíróság a sürgősséggel felvett beteg esetében akkor rendeli el a nem-önkéntes gyógykezelést, ha a beteg veszélyeztető magatartást tanúsít és fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége."
Ez a paragrafus azonban nem tesz különbséget aközött, hogy a veszélyeztető magatartás melyik formájáról van szó: az önmagát vagy a másokat veszélyeztető formáról. Mint láttuk ugyanis, ha a beteg másokat veszélyeztet, akkor elvileg az is elhárítja ezt a veszélyt, ha a beteget biztonságosan elkülönítik egy pszichiátriai intézményben. Mivel ez kevésbé intruzív eljárás, mint nem-önkéntes módon pszichotrop szerekkel való kezelése, ezért a törvényben is kifejezetten említett elv, miszerint a beteg jogai csak feltétlenül szükséges ideig és mértékben korlátozhatók azt követelné, hogy csak a beteg biztonságos elkülönítése történhessen meg akarata ellenére, gyógyszeres kezelés nem. Így a 199. § (5) bizonyos esetekben ellentétben állhat a 189. § (2)-ben is elismert elvvel, a szükséges legkisebb alapjogi korlátozás elvével.
A magyar szabályozásból az a különbségtétel is hiányzik, hogy a beteg belátási képessége arra, hogy pszichiátriai betegsége miatt pszichiátria intézménybe utalják, s arra, hogy a már felvett beteg különböző javasolt kezelésekbe beleegyezzen vagy azokat elutasítsa, különböző lehet. Vagyis Magyarországon—legalábbis az Egészségügyi Törvényből--hiányzik annak jogi elismerése, hogy a beteg nem-önkéntes alapon pszichiátria intézménybe történő felvétele nem jelenti automatikusan azt, hogy a beteget akarata ellenére kezelésben lehet részesíteni. Mivel azonban—mint láttuk—ez implicite szerepel a Magyarországon a 2002. évi VI. törvénnyel kihirdetett Oviedói Egyezményben, ezért—ha indirekt formában is—ez a követelmény kiolvasható a hazai jogrendszerből is. El kellene ismerni azonban a gyakorlatban is a nem-önkéntesen felvett, de kezelésükkel kapcsolatban megfelelő belátási képességgel rendelkező betegek jogát arra, hogy pszichiátria kezelést visszautasítsanak.
További jelentős probléma a magyar szabályozásban, hogy a hatályos törvény szerint ha a beteg cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, akkor az ő

képviseletét ellátó személynek csak invazív beavatkozások esetén kell beleegyezést adnia a beavatkozásba. (16. § (4)) (Invazív beavatkozás a ” beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.” (3. § m) Mivel a pszichiátriai gyógyszeres kezelés nem invazív beavatkozás, ezért ilyen esetben egyedül a kezelőorvos dönt annak alkalmazásáról. Ennek a szabályozásnak a megváltoztatását alktománybírósági beadványban kísérelték meg, arra hivatkozva, hogy ez sérti a pszichiátriai betegek integritását. Az Alkotmánybíróság azonban a 36/2000. évi határozatában nem tartotta alkotmányellenesnek ezt a szabályozást. Úgy találta, hogy nincsen olyan elvi ok, ami miatt a pszichiátriai betegekre más szabályok kellene, hogy vonatkozzanak, mint más betegekre.[278]
A fentiek alapján azonban látható, hogy létezik ilyen elvi ok, mégpedig az, hogy a pszichotrop gyógyszerek, noha nem invazívak, viszont erősem intruzívak. A hazai szabályozás--úgy tűnik--csak az invazív beavatkozásokat tekinti eléggé „komolynak” ahhoz, hogy alkalmazásukhoz mindenképpen beleegyezést (vagy a beteg vagy képviselője beleegyezését) követeli meg.. Abból indul ki, hogy nem invazív beavatkozás esetén komoly veszély a beteget nem fenyegeti, ezért ilyenkor--nem cselekvőképes beteg esetén--pusztán az orvos döntése elegendő a kezelés elrendeléséhez. A fentiekből azonban látható, hogy az intruzív beavatkozás--a szó jogi és nem orvosi értelmében--szintén veszélyesnek tekinthető, hiszen--egyebek mellett--a beteg véleményalkotási szabadságát veszélyezteti. Paradox módon--a hazai szabályozás szerint--nemcsak a pszichotrop gyógyszerek alkalmazása, hanem az ECT sem számít önmagában invazív kezelésnek, (noha--mint láttuk--rendkívül intruzív), s így elvileg ez is alkalmazható lenne kizárólag az orvos utasítására, a nem-cselekvőképes beteg vagy képviselője beleegyezése nélkül. Mivel a gyakorlatban ma ECT-t anesztéziában végeznek, s az már invazív beavatkozás, ezért az ECT-t bevezető anesztéziához már kell a nem-cselekvőképes beteg hozzátartozójának a beleegyezése, magához az ECT-hez azonban elvileg nem. Ez nem elfogadható egy enniyre intruzív beavatkozás esetén. Összefoglalva tehát a hazai szabályozás problémája, hogy nem veszi figyelembe, hogy pszichiátriai betegek esetén nemcsak a beavatkozás invazivitása jelent vesélyt, hanem intruzivitása is, s ezt is meg kellene jeleníteni a szabályozásban.

Összegzés

A nem-önkéntes pszichiátriai kezelés megengedhetősége feltételeinek meghatározása több modell szerint lehetséges. Az orvosi szükségleten alapuló modell szerint a beteg nem-önkéntes pszichiátriai kezelésben részesíthető, ha arra rászorul, ha abból haszna van. Ez a modell voltaképpen minden kezelhető pszichiátriai beteg nem-önkéntes kezelését megengedné. Noha ez a modell volt jellemző az 1950-es, 60-as években szerte a világon, ez ma már—emberi jogi és etikai okokból--elfogadhatatlan. Az 1970-es évek elejétől az ennél sokkal szűkebb kör nem-önkéntes kezelését megengedő un. veszélyességi modell lett az elfogadott. Eszerint csak azt lehet nem-önkéntes pszichiátriai kezelésben részesíteni, aki saját vagy mások életére—pszichiátriai zavara következtében--közvetlen veszélyt jelent.

Ma is alapvetően a veszélyességi modell az elfogadott, noha ennek tág értelmezését alkalmazzák: nemcsak az élet, hanem az egészség, testi épség súlyos veszélyeztetése is indokául szolgálhat a nem-önkéntes pszichiátriai kezelésnek. Ma már el szokták különíteni a nem-önkéntes pszichiátriai intézménybe utalást a nem-önkéntes kezeléstől. A beteg nem-önkéntes kezelése csak akkor megengedhető, ha hiányzik a beleegyezéshez szükséges belátási képessége. A beteg nem-önkéntes pszichiátriai intézménybe utalása viszont akkor is, ha belátási képessége ugyan megtartott, másokra azonban veszélyes. Így a másokra veszélyes pszichiátriai beteg—ha belátási képessége megtartott—nem-önkéntesen pszichiátriai intézetbe utalható, ott azonban nem-önkéntes kezelésben nem részesíthető. Ezt a különbségtételt a hazai jogrendszer nem teszi meg, s a nem-önkéntesen kórházba utalt beteget egyben nem-önkéntes kezelésben részesíthetőnek tekinti. Ez komoly hiányossága. Ugyanakkor, mivel a hazánk által is elfogadott oviedói egyezmény csak abban az esetben engedi meg a pszichiátriai beteg nem-önkéntes kezelését, ha annak elmaradása számára súlyos egészségkárosodással jár, ezért—a hazai jog részévé vált oviedói egyezmény miatt—voltaképpen a hazai jog sem engedné meg a másokra való veszélyessége miatt akarata ellenére pszichiátriai intézménybe utalt beteg akarata ellenére történő kezelését.

A hazai jog további problémája, hogy a legkevésbé korlátozó alternatíva elvéből kiindulva lehetővé kellene tennie a nem-önkéntes ambuláns kezelést is, hiszen ennek hiányában a pszichotrop szerekkel nem-önkéntesen kezelt betegeket intézetben fogják kezelni, mely korlátozóbb alternatíva, mintha ugyanezt a kezelést ambulánsan kapnák.

A nem-önkéntes kezelés lehetősége azonban nem azt jelenti, hogy egyben minden kezelési forma nem-önkéntes alkalmazására is lehetőség van. A legkevésbé korlátozó alternatíva elvéből kiindulva a nem-önkéntes kezelés megengedhetősége esetén is csak a legkevésbé korlátozó, de még hatásos kezelési forma a megengedhető, s az is csak az egészségre veszélyes állapot megszűnéséig, vagyis a krízis lezajlásáig.

Az egyes kezelési formákat—a beteg szabad akaratát, választási-, döntési képességét korlátozó jellege alapján—rangsorba lehet állítani. A legkevésbé intruzív kezelés az, mely a beteg szabad választását a leginkább meghagyja, míg a legintruzívabb kezelés az, mely e választási lehetőségét teljesen megszünteti. Tehát az intruzív kezelés a beteg együttműködése nélkül is hatásos, míg a kevésbé intruzív csak a beteg együttműködésével az. Ilyen módon az egyes kezelési formákat intruzivitásuk növekvő foka alapján a következő sorrendbe lehet állítani: 1. dinamikus elveken alapuló vagy humanisztikus (rogersi) pszichoterápia; 2. viselkedésterápia; 3. pszichotrop gyógyszerekkel történő kezelés; 4. elektrokonvulzív terápia (ECT); 5. az agy elektromos stimulációja; 6. pszichiátriai sebészet.

A nem-önkéntes pszichiátriai kezelés a beteg számos alkotmányos jogát korlátozza. Alapjogok korlátozására csak akkor van lehetőség, ha az szükséges más alapjogok védelme érdekében, s e korlátozásra is csak a feltétlenül szükséges mértékben van lehetőség. Ez a szükségesség és az arányosság kettős követelménye.

A nem-önkéntes intruzív pszichiátriai kezelés a véleménynyilvánítás jogát korlátozza. A véleménynyilvánítás szabadságának jogába ugyanis beletartozik a véleményalkotás szabadságának a joga is. Ennek feltétele az emberi elmeműködés szabadságának, gondolatok, eszmék mások intruzív befolyásától mentes

megalkotásának, vagyis a mentáció szabadságának a joga. Noha a mentáció szabadságának jogát nemcsak a nem-önkéntes intruzív pszichiátriai kezelés, hanem maga a pszichiátriai betegség is korlátozza, utóbbi meghatározása, pontos határainak a meghúzása még ma is bizonytalan, s a beteg akaratának szabadságát korlátozó jellege is számos esetben kérdéses. A pszichiátriai zavar által meghatározott gondolatok pedig sok esetben nem kevésbé értékesek, mint az egészséges elmeműködés által meghatározottak. Mivel tehát a pszichiátriai zavar által létrehozott gondolatok is hozzájárulnak az emberi kultúra gazdagításához, ezért az „őrült", „abnormális", „patológiás" gondolatokat is védelemben kell részesítenünk azok nem-önkéntes, intruzív megváltoztatásával szemben. Ez azonban nem azt jelenti, hogy súlyos pszichiátriai zavar esetén nem lehet valakit pl. pszichotrop szerrel akarata ellenére kezelni, hanem csak azt, hogy ilyen kezelésre csak rövid ideig—a sürgős szükség fennállásáig—csak relatíve kis dózisban, s csak abban az esetben van lehetőség, ha a krízis kevésbé intruzív kezelési formákkal nem hárítható el.

A nem-önkéntes pszichiátriai felvétel korlátozza a beteg személyes szabadságát is, ezért csak súlyos pszichiátriai zavar indokolhatja, s csak annak fennállásáig tarthat.

A nem-önkéntes pszichiátriai kezelés fontos alkotmányos korlátja az embertelen, megalázó bánásmód vagy büntetés tilalma. Noha büntetésnek a betegek kezelése során nincs helye, a büntetést sokszor kezelésnek nevezik, ezért fontos a kettő elkülönítése. Az alapvetően az intézmény rendjének a fenntartását szolgáló nem-önkéntes kezelés voltaképpen büntetés, s a sürgős szükség esetétől eltekintve nem alkalmazható. A beteg fizikai korlátozása—mivel az emberi méltóság sérelmének a veszélyével jár—a szükséges legkisebb mértékű lehet csak, s inkább megelőzésére kell törekedni. Mivel a fizikai korlátozást legtöbbször a beteg agresszív viselkedése teszi szükségessé, ez pedig sokszor a beteg szükségleteinek, igényeinek a kielégítésére nem figyelő, a beteget frusztráló intézményi szubkultúra következménye, ezért a fizikai korlátozás elkerülésének legjobb eszköze a beteget frusztráló intézményi szubkultúra megváltoztatása.

A nem önkéntes pszichiátriai kezelés két további alkotmányos korlátja a lelkiismereti és vallásszabadsághoz való jog és a tisztességes eljáráshoz való jog. Utóbbi követeli meg az ilyen módon kezelt beteg nem-önkéntes beutalásának és kezelésének utólagos bírói felülvizsgálatát, melynek során nem csak azt kell megvizsgálni, hogy a beteg veszélyes-e másra vagy saját magára, hanem azt is, hogy ez az állapot pszichiátriai zavar következtében áll-e fenn, létezik-e az állapotra orvosilag hatékony kezelés és az a beteg érdekében áll-e, s a beutalás illetve kezelés a legkevésbé korlátozó alternatíváját jelenti-e a krízis megszüntetésének.

A pszichiátriai kezelés visszautasításának vizsgálatánál le kell számolni azzal a hagyományos elképzeléssel, hogy a pszichiátriai beteg radikálisan eltér a szomatikus betegektől. Az a hagyományos felfogás, mely szerint a pszichiátriai betegek általában sokkal veszélyesebbek, mint a szomatikus betegek és sokkal kevésbé rendelkeznek belátási képességgel, mint azok, nem állja ki a tapasztalat próbáját.

A pszichiátriai beteg nem önkéntes kezelése tehát az elmondottak alapján morálisan akkor elfogadható, ha az a beteg orvosi érdekét szolgálja , vagyis hatékony és orvosilag indokolt. Ilyen kezelés tehát csak pszichiátriai zavarban szenvedőnél megengedhető, pusztán agresszív, de egészséges embernél nem, s csak a beteg érdekében alkalmazható és nem az intézményi szabályok betartása

érdekében, büntetésként. Pszichiátriai zavarban szenvedők nem önkéntes hatékony kezelése is csak rövid ideig elfogadható, míg azt a zavar súlyossága indokolja. Belátási képességgel rendelkező pszichiátriai beteg nem-önkéntes kezelése nem elfogadható, legfeljebb csak—másokra való veszélyessége esetén--nem-önkéntes elkülönítése.

A nem önkéntes kezelésnek mindig a lehető legrövidebb ideig kell tartania s a lehető legkevésbé intruzív módon kell történnie, ami egyben azt is jelenti, hogy gyógyszeres kezelés esetén a még hatásos legkisebb dózissal kell történnie.

A nem-önkéntes kezelést azonban csak mint végső eszközt szabad alkalmazni, hiszen ez a beteg számára komoly pszichológiai trauma, rontja az orvos-beteg viszonyt és az orvost fontos terápiás lehetőségektől fosztja meg. Fontos ezért a kezelésbe nem beleegyező betegnél a konfliktus megoldásának más alternatív módszereivel próbálkozni, például a mediálásban rejlő lehetőségeket kihasználni, vagy a pszichiátriai beteg előzetes akaratnyilvánításának lehetőségét megteremteni, s ezt a gyakorlatban alkalmazni.

A hazai szabályozás nem alkalmazza a pszichiátriai kezelési formák intruzivitásuk alapján történő megkülönböztetését, s nem vonja le az ebből adódó következtetéseket. Eszerint a legkevésbé korlátozó alternatíva elvéből az következik, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai kezelésnek mindig a legrövidebb ideig és a legkevésbé intruzív módon kell történnie. Az invazív és az intruzív kezelés közti megkülönböztetést még az Alkotmánybíróság sem tette meg, amikor nem találta alkotmányellenesnek azt, hogy cselekvőképtelen vagy korlátozott cselekvőképes pszichiátriai beteget törvényes képviselője megkérdezése illetve beleegyezése nélkül részesíthetnek intruzív (pl. gyógyszeres) kezelésben. További problémája a hazai szabályozásnak, hogy a nem-önkéntes intézetbe utalás egyben nem önkéntes kezelést is jelent, mely belátási képességgel rendelkező pszichiátriai beteg esetén nem elfogadható.

A hazai szabályozásból hiányzik a pszichiátriai kezelés legkevésbé korlátozó alternatívának egyértelmű megkövetelése, továbbá a törvény a beteg korlátozását nemcsak közvetlen veszélyeztető magatartás esetén, hanem pusztán veszélyeztető magatartás esetén is megengedi, mely túlságosan „laza” követelmény. Hiányzik továbbá a hazai szabályozásából a nem-önkéntes ambuláns kezelés lehetősége.

---

[1] T Tannsjo: The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry *J Med Ethics* 2004;**30**:430-434 (p. 431)

[2] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 314)

[3] Egyezmény az emberi jogok és az alapvető szabadságjogok védelméről. 5. cikk, 4. pont. (Magyarországon kihirdette az 1993. évi XXXI. törvény.)

[4] William M. Brooks (1991): A Comparison of a Mentally Ill Individual’s Right to Refuse Medication under the United States and the New York State Constitutions. Touro Law Review. Vol. 8, No. 1., Fall 1991 9. lábjegyzet. (p. 4)

[5] T Tannsjo: The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry *J Med Ethics* 2004;**30**:430-434 (p. 431)

[6] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 315)

[7] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 316)

[8] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 322)

[9] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 325)

[10] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 209. §

[11] Heuer Orsolya (2002): Pszichiátriai kezelés és betegjogok. In: Társaság a Szabadságjogokért (2002): Pszichiátria és betegjogok. (p. 7)
[12] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 311)
[13] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 332)
[14] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 333)
[15] William M. Brooks (1991): A Comparison of a Mentally Ill Individual's Right to Refuse Medication under the United States and the New York State Constitutions. Touro Law Review. Vol. 8, No. 1., Fall 1991. (p. 44)
[16] Rivers v. Katz 504 N.Y. S.2d 74 (Ct.App. 1986) In: 504 New York Supplement, 2d Series, 67 N.Y.2d 483 (p. 78)
[17] Rivers v. Katz 504 N.Y. S.2d 74 (Ct.App. 1986) In: 504 New York Supplement, 2d Series, 67 N.Y.2d 483 (p. 79)
[18] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 345)
[19] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 408-409. 17. lábjegyzet.)
[20] William M. Brooks (1991): A Comparison of a Mentally Ill Individual's Right to Refuse Medication under the United States and the New York State Constitutions. Touro Law Review. Vol. 8, No. 1., Fall 1991. (p. 34-35)
[21] Daniel N. Robinson (2003): Psychiatry and law. In: Bill (KWM) Fulford—Katherine Morris—John Z Sadler—Giovanni Stanghellini (eds.) (2003): Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford—New York: Oxford University Press (p. 98)
[22] Gwen Adshead: Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry (Guest editorial) *Journal of Medical Ethics* 2000;**26**:302-304 (p. 304)
[23] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 328-329.)
[24] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 329.)
[25] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 330.)
[26] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 331.)
[27] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 337.)
[28] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 338.)
[29] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 338.)
[30] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 339.)
[31] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 199.--200 §
[32] Extract from the 8th General Report (CPT/Inf (98) 12) In: Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye ésa pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 43)
(A CPT látogatásairól készült jelentések olvashatók a http://www.opt.int/en/visits.htm weboldalon.)
[33] World Psychiatric Association: Declaration of Hawaii/II. As approved by the General Asembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria, on 10th July 1983.
(http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html)
[34] 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4.-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről
[35] T Tannsjo: The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry *J Med Ethics* 2004;**30**:430-434 (p. 430)
[36] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 190. § b.), c.)

[37] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 347.)
[38] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 348.)
[39] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 348.)
[40] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 350.)
[41] Neil J Preston—Steve Kisely—Jianguo Xiao: Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia BMJ Vol. 324 25 May 2002 (pp. 1244-1248) (p. 1244)
[42] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 358.)
[43] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making Cambridge: Cambridge University Press. (p. 359.)
[44] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 359.)
[45] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 359.)
[46] Allen E. Buchanan--Dan W. Brock (1989): Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press. (p. 360.)
[47] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
[48] Donald Kennedy: Neuroscience and neuroethics. (Editorial) Science, 15 October, 2004. Vol. 306. No. 5695. (p. 373)
[49] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 33)
[50] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
[51] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 25)
[52] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 26)
[53] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 26-27)
[54] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 504)
[55] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 40)
[56] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 4. fejezet, 23. lábjegyzet (p. 45)
[57] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 4. fejezet, 58. lábjegyzet (p. 54)
[58] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 4. fejezet, 65. lábjegyzet (p. 55)
[59] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. Bevezetés, 35. lábjegyzet (p. 7)
[60] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 78)
[61] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 4. fejezet, 61. lábjegyzet (p. 55)
[62] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 4. fejezet, 61. lábjegyzet (p. 59)
[63] Nancy C. Andreasen--Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina Könyvkiadó. (p. 741)
[64] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 89)
[65] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 957)
[66] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 957)
[67] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 961)

[68] William M. Brooks (1991): A Comparison of a Mentally Ill Individual's Right to Refuse Medication under the United States and the New York State Constitutions. Touro Law Review. Vol. 8, No. 1., Fall 1991. (p. 11)
[69] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf (p. 303., 10. lábjegyzet)
[70] Nancy C. Andreasen--Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 748)
[71] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 252)
[72] Jay Watts—Stefan Priebe: A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment Bioethics Vol. 16. No. 5. 2002 (pp. 439-454) (p. 447)
[73] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition) London—Philadelphia: Routledge (p. 223)
[74] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 5. fejezet. 92. lábjegyzet (p. 78)
[75] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 5. fejezet. 92. lábjegyzet (p. 78)
[76] Gombos Gábor--Kisműdi Eszter--Pető Katalin (2001): Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban. Budapest: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum. (p. 31)
[77] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 81)
[78] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 82)
[79] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 84)
[80] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 85)
[81] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1116)
[82] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1117)
[83] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1121)
[84] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1121)
[85] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 6. fejezet. 37. lábjegyzet (p. 95)
[86] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. A critical look at psychiatric practice. (Second edition) London—Philadelphia: Routledge (p. 189)
[87] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 94)
[88] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. (Pszichopatológia.) Budapest: Osiris kiadó. (p. 46-47)
[89] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 95)
[90] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 6. fejezet. 53. lábjegyzet (p. 94)
[91] Wisconsin Coalition for Advocacy (1995): Informed Consent for Electroconvulsive Therapy. A Report on Violations of Patients' Rights. (p. 38)
[92] Bánki M. Csaba (1998): Elektrokonvulzív kezelés. In: Füredi János (szerk) (1998): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó.(p. 496)
[93] Wisconsin Coalition for Advocacy (1995): Informed Consent for Electroconvulsive Therapy. A Report on Violations of Patients' Rights. (p. 5)
[94] Texas Senate Bill No. 205. Article 5 (concerning „Electroconvulsive Therapy") (Effective Sepember 1, 1993)
[95] Texas Senate Bill No. 205. Article 5 (concerning „Electroconvulsive Therapy") (Effective Sepember 1, 1993) Sec. 578.002. (a.)
[96] Texas Senate Bill No. 205. Article 5 (concerning „Electroconvulsive Therapy") (Effective Sepember 1, 1993) Sec. 578.002. (c.)
[97] Texas Senate Bill No. 205. Article 5 (concerning „Electroconvulsive Therapy") (Effective Sepember 1, 1993) Sec. 578.003. (b.) (2)

[98] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 7. fejezet. 4. lábjegyzet (p. 98)
[99] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 98)
[100] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 7. fejezet. 16. lábjegyzet. (p. 100)
[101] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 7. fejezet. 25. lábjegyzet. (p. 100)
[102] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 100)
[103] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[104] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[105] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1125)
[106] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 104)
[107] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 229)
[108] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Budapest: Osiris kiadó. (p. 493)
[109] Richard Stone (2001): At 100, Alfred Nobel's Legacy Retains Its Luster. Science, 12 October, 2001. (Vol. 294. No. 5541, pp. 253-464) (p. 290)
[110] Bábel Béla--Lukács Eszter--Nyáry István (1998): Pszichiátriai sebészet. In: Füredi János (szerk) (1998): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó.(p. 499)
[111] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 8. fejezet, 15. lábjegyzet. (p. 106)
[112] Harold I. Kaplan--Benjamin J. Sadock (1998): Synopsis of Psychiatry. (Eighth edition) Baltimore: Williams & Wilkins (p. 1126)
[113] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[114] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 109)
[115] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[116] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 8. fejezet, 51. lábjegyzet. (p. 112)
[117] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. 8. fejezet, 55. lábjegyzet. (p. 113)
[118] United Nations (1991): Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. In: Amnesty International (1994): Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Care Professions. (An Amnesty International compilation of selected ethical texts.) London: Amnesty International Publications. magyarul: Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről. (ENSZ, 1991) 11 (15) In: Mental Disabilty Rights International (1997): Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. Függelék B (p. 115-128)
[119] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[120] United Nations (1991): Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. In: Amnesty International (1994): Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Care Professions. (An Amnesty International compilation of selected ethical texts.) London: Amnesty International Publications. magyarul: Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről. (ENSZ, 1991) 11 (15) In: Mental Disabilty Rights International (1997): Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. Függelék B (p. 115-128)
[121] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
[122] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 190.§ (b)
[123] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 190.§ (c)
[124] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 190.§ (a)

[125] Mental Disabilty Rights International (1997): Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. (p. 9)
[126] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 121)
[127] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 122)
[128] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 128) (10. fejezet, 1. lábjegyzet)
[129] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 133)
[130] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 121)
[131] 310 U.S. 296 (1940) Cit: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 136) 852. lábjegyzet)
[132] Halmai Gábor: A véleménynyilvánítás szabadsága. In: Halmai Gábor—Tóth Gábor Attila (szerk.) (2003): Emberi jogok. Budapest: Osiris (p. 427)
[133] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 136)
[134] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 143)
[135] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[136] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 144)
[137] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[138] Whitney v. California, 274 U.S. 357, 375 (1927) Cit: Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[139] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[140] Halmai Gábor: A véleménynyilvánítás szabadsága. In: Halmai Gábor—Tóth Gábor Attila (szerk.) (2003): Emberi jogok. Budapest: Osiris (p. 431)
[141] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980.
[142] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 42)
[143] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 45)
[144] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 46)
[145] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 105)
[146] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 111)
[147] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 112)
[148] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 121)
[149] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 121)
[150] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 121)
[151] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 122)
[152] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 67)
[153] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 126)
[154] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 128)
[155] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 128)
[156] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 130)
[157] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 132)
[158] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 134)
[159] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 135)
[160] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 135) (lábjegyzet)
[161] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 138)
[162] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 139)
[163] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 142)
[164] West Virginia State Board of Education v. Barnette. 319 U.S. 624 (1943) Cit: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 137-138)
[165] Kaimowitz v. Michigan Deptartment of Mental Health. Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
[166] John Stuart Mill: A szabadságról. Magyar Helikon. 1980. (p. 50)

[167] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 148)
[168] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 148)
[169] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 152)
[170] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 153)
[171] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 155)
[172] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 321)
[173] Nancy C. Andreasen--Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 35)
[174] Nancy C. Andreasen--Donald W. Black (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 33)
[175] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 156)
[176] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 159)
[177] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 159)
[178] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 329)
[179] Mező Ferenc: Arcok: Németh Attila (Pszichiáter, pszichiátria—másképp) Interjú. In: Népszabadság, 2005. április 2., szombat (Hétvége) (p. 7)
[180] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Budapest: Osiris kiadó. (p. 481)
[181] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Budapest: Osiris kiadó. (p. 12)
[182] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. Budapest: Osiris kiadó. (p. 12)
[183] Mező Ferenc: Arcok: Németh Attila (Pszichiáter, pszichiátria—másképp) Interjú. In: Népszabadság, 2005. április 2., szombat (Hétvége) (p. 7)
[184] Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó. (p. 215)
[185] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 33)
[186] Kaimowitz v. Michigan Department of Mental Health. Civ. No. 73-19434-AW (Mich. Cir. Ct. July 10, 1973) Cit.: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 166)
[187] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 167)
[188] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 176)
[189] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 185)
[190] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 80)
[191] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye ésa pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 34)
[192] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 83)
[193] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 198-199)
[194] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 200)
[195] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 207)
[196] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 208)
[197] 394 U.S. 557 (1969) Cit.: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 210)
[198] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 211)
[199] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 212)

[200] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 11)
[201] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 224)
[202] 488 F. 2d 1136 (8th Cir. 1973) Cit: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 228)
[203] 477 F.2d 877 (9th Cir. 1973) Cit: Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 228)
[204] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 238)
[205] Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by CPT from 5 to 16 December 1999. (March, 2001) I. Introduction E. 8. Cit: Fridli Judit (2002): Kényszerítés törvényes keretek között. In. Társaság a Szabadságjogokért (2002): Pszichiátria és betegjogok. (p. 23)
[206] Ed Holt: Rest and restraint. The Lancet, Vol. 364. No. 9437. Sept 4-10, 2004. (pp. 829-830) (p. 829)
[207] Ed Holt: Rest and restraint. The Lancet, Vol. 364. No. 9437. Sept 4-10, 2004. (pp. 829-830) (p. 830)
[208] Susan Dodds (1996): Exercising restraints: autonomy, welfare and elderly patients. Journal of Medical Ethics, 1996; **22: 160-163**. (p. 160)
[209] Andrew M Bridgman: Mental incapacity and restraint for treatment: present law and proposals for reform *Journal of Medical Ethics* 2000;**26**:387-392 (p. 388)
[210] Andrew M Bridgman: Mental incapacity and restraint for treatment: present law and proposals for reform *Journal of Medical Ethics* 2000;**26**:387-392 (p. 390)
[211] Susan Dodds (1996): Exercising restraints: autonomy, welfare and elderly patients. Journal of Medical Ethics, 1996; **22: 160-163**. (p. 160)
[212] Susan Dodds (1996): Exercising restraints: autonomy, welfare and elderly patients. Journal of Medical Ethics, 1996; **22: 160-163**. (p. 160)
[213] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1585)
[214] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1585)
[215] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1588)
[216] Shaun T O' Keeffe: Down with bedrails? (Commentary) The Lancet Vol. 363., No. 9406. 31 January, 2004. (p. 343)
[217] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1587)
[218] Fridli Judit (2002): Kényszerítés törvényes keretek között. In: Társaság a Szabadságjogokért (2002): Pszichiátria és betegjogok. (p. 28)
[219] Mike Fitzpatrick: Doctoring the risk society. The Lancet, Vol. 362. No. 9395. Nov 8, 2003. (p. 1592)
[220] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1589)
[221] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 19)
[222] William A. Fisher (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. American Journal of Psychiatry 151:1584-1591 (p. 1589)
[223] Fridli Judit (2002): Kényszerítés törvényes keretek között. In: Társaság a Szabadságjogokért (2002): Pszichiátria és betegjogok. (p. 22)
[224] 36/2000. (X. 27.) AB határozat
[225] 60/2004. (VII. 6) EszCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól
[226] 60/2004. (VII. 6) EszCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól. 4.§ (4), (5)
[227] Fridli Judit (2002): Kényszerítés törvényes keretek között. In: Társaság a Szabadságjogokért (2002): Pszichiátria és betegjogok. (p. 27)
[228] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 19)
[229] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 13)

[230] Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 21)
[231] Volt pszichiátriai beteg személyes beszámolója „Az Emberi Jogok Európai Egyezménye" című konferencián. (Szervező: Mental Disability Advocacy Center.) Budapest, 2002. V. 30-31.
[232] Sári János (2000): Alapjogok. Alkotmánytan II. Budapest: Osiris kiadó. (p. 112)
[233] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 245)
[234] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 246)
[235] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 248)
[236] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 380)
[237] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 257)
[238] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 258)
[239] Jason H T Karlawski: Competency in the age of assessment. The Lancet, Vol. 364 No. 9443, October 16-22, 2004. (pp. 1383-1384) (p. 1383)
[240] Vanessa Raymont et al.: Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors:cross sectional study. Lancet 2004;364:1421-27 (p. 1424)
[241] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 269)
[242] Winterwerp v. Netherlands 2 EHRR 387. Cit: Mental Disability Advocacy Center (2002): Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a pszichiátriai problémával és értelmi fogyatékossággal élők jogai. (p. 27)
[243] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 313) (10. lábjegyzet)
[244] Rosanne Macgregor-Morris—Jane Ewbank—Luke Birmingham: Potential impact of the Human Rights Act on psychiatric practice: the best of British values? *BMJ* 2001;322:848-50 (p. 849)
[245] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 275)
[246] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 315)
[247] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 317) (31. lábjegyzet)
[248] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 285)
[249] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 287)
[250] Ruth Chadwick—Gordon Ainbow: Treatment and Research Ethics. In: Jennifer Radden (ed.) (2004): The Philosophy of Psychiatry. A Companion. Oxford—New York: Oxford University Press. (p. 286)
[251] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 288)
[252] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfreda A. Knopf (p. 124)
[253] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 289)
[254] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 290)
[255] Ivan Orlansky: Who-and how-to kill are focus of US death penalty cases. The Lancet Vol. 362. No. 9392 October 18, 2003. (p. 1287)
[256] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 299) (204. lábjegyzet)
[257] Deborah Josefson: US doctors want no part in executions *BMJ* 1998;317:702 (12 September)
[258] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 302)

[259] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 323)
[260] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 321) (52. lábjegyzet)
[261] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 322)
[262] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 323)
[263] Rivers v. Katz 504 N.Y. S.2d 74 (Ct.App. 1986) In: 504 New York Supplement, 2d Series, 67 N.Y.2d 483 (p. 80)
[264] Jay Watts—Stefan Priebe: A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment Bioethics Vol. 16. No. 5. 2002 (pp. 439-454) (p. 446)
[265] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 385)
[266] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 385)
[267] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 386)
[268] Jay Folberg—Alison Taylor: Mediation. (San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 1988) p. 7. Cit: Kevin Gibson (1999): Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? *Hastings Center Report* 29, no. 5 (1999): 6-13 (p. 7)
[269] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 386)
[270] Kevin Gibson (1999): Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? *Hastings Center Report* 29, no. 5 (1999): 6-13 (p. 6)
[271] Kevin Gibson (1999): Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? *Hastings Center Report* 29, no. 5 (1999): 6-13 (p. 7)
[272] Kevin Gibson (1999): Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? *Hastings Center Report* 29, no. 5 (1999): 6-13 (p. 8)
[273] Kevin Gibson (1999): Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? *Hastings Center Report* 29, no. 5 (1999): 6-13 (p. 10)
[274] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 386)
[275] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 394)
[276] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 395)
[277] Bruce J. Winick (1997): The Right to Refuse Mental Health Treatment. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 401)
[278] Fridli Judit (2001): Egészségügyi önrendelkezés--korlátok között. Fundamentum 2001/1. szám. (p. 108.)

9. fejezet--A pszichiátriai, magatartástudományi kutatás etikai kérdései.

Az emberen történő orvosi kutatás általános kérdéseivel más helyen már foglalkoztam[1], ezért e fejezet keretében csak e kutatás azon vonatkozásaira térek ki, melyeket idézett írásomban nem érintettem, s amelyeknek a pszichiátriai--magatartástudományi kutatások vonatkozásában kitüntetett fontossága van.

Történeti előzmények.

Az embereken való kísérletezés, és az orvostudományi kutatások a medicinával egyidősek. Mindez igaz a pszichiátriai, magatartástudományi kutatásokra is, noha elkülönült pszichiátriáról csak a XVIII. század vége óta[2], magatartástudományról pedig csak a XX. század második felétől kezdve beszélhetünk. Már Hérodotosz megemlíti azt a "kísérletet", amelynek során egy fejedelem egy gyereket minden emberi kapcsolattól elkülönítve neveltetett fel, hogy megtudja: milyen nyelven fog megszólalni. Azt feltételezte ugyanis, hogy az a nyelv egyben az emberiség ősnyelve.
Ez is bizonyítja, hogy embereken beleegyezésük nélkül, sőt akaratuk ellenére kísérleteket--beleértve az emberek viselkedésével kapcsolatos kísérleteket is--valószínűleg már ősidők óta végeztek. Az ezzel kapcsolatos etikai és jogi szabályozás azonban viszonylag új keletű, csak a II. Világháború után kezdődött, nagyrészt a náci emberkísérletekkel kapcsolatos széleskörű visszaélések eredményeként.[3]
Az emberkísérletek, az embereken való kutatás története azt bizonyítja, hogy visszaélésekre általában akkor kerül sor, amikor a kísérletezők háborúban elfogott ellenségeiken, rabszolgáikon, vagy olyan alanyokon végeznek kísérletet, akik fogalmaik szerint nem rendelkeznek ugyanolyan morális státusszal, mint ők: nem számítanak teljesen embernek, vagy ugyanolyan állampolgárnak, mint a kísérletezők.[4]
A náci kísérletek elítélésének eredményeként született meg 1948-ban a kutatásokat szabályozó első nemzetközi etikai kódex, a Nürnbergi kódex, majd annak elégtelensége miatt 1964-ben a Helsinki Deklaráció. Ez utóbbit rendszeresen felülvizsgálják, s legutóbbi változatát 2000-ben fogadták el. (lásd melléklet.) Számos más nemzetközi szabályozás, etikai kódex, irányelv, stb. született, melyek közül néhányat részletesen elemezni is fogunk. Ezen kódexek hasonlóak egy-egy nemzet alkotmányához. Ahogyan az Alkotmányba is az alkotmányozók korábbi tapasztalataik alapján keletkezett félelmeiket írják be, vagyis szeretnék az általuk legjobban félt visszaélések lehetőségét jogilag kizárni, ugyanígy a kutatásetikai kódexek is a korábbi visszaélések szülte reakciók “lenyomatai”.
A Nürnbergi kódex--a náci visszaélésekre adott reakcióként--például annyira szigorú, hogy megfogalmazása szerint a kísérletbe bevont alanyok önkéntes beleegyezése “abszolút szükséges”.[5] Ez tulajdonképpen lehetetlenné tenne minden olyan kutatást, melyet beleegyezni nem tudókon végeznének, s ily módon nem lenne

kutatás végezhető kisgyerekeken, s sok pszichiátriai betegen sem.[6] A Nürnbergi kódex ezen hiányosságai kiküszöbölésére vált szükségessé a Helsinki Deklaráció megalkotása.
Fontos azonban felhívni a figyelmet, hogy etikátlan kísérletek nemcsak a náci Németországban folytak. Ma már alaposan dokumentált tény, hogy példamutató demokráciákban is számos etikátlan kísérletet folytattak le a II. Világháború után is. Ennek okai között szerepel, hogy a mai kompetitív tudományos életben a publikálás a kutatók számára alapkövetelmény. A kutatásban érvényesülő fontos elv, a "publish or perish!" ("publikálj, vagy pusztulj!") szerint egy kutató előmenetele, karrierje alapvetően azon múlik, hogy mennyit tud publikálni. Publikálni azonban jórészt csak empirikus kutatások alapján lehet, ezért a klinikum területén dolgozó kutatóra nagy nyomás nehezedik, hogy klinikai kutatásokat is végezzen. Ez azonban megnöveli az etikátlan kutatások gyakoriságát. Ezért abból kell kiindulnunk, hogy etikátlan kutatások végzésének veszélye mindenütt fennáll, mely ellen folyamatosan védekeznünk kell. Nagyrészt ezt a célt szolgálják a kutatással kapcsolatos etikai és jogi szabályozások is.

Morálisan miért különösen érzékeny terület a pszichiátriai, magatartástudományi kutatás?

Két tényező teszi morálisan különösen kényessé a szociálpszichológiai, magatartástudományi, pszichiátriai kutatásokat. Az egyik tényező az, hogy pszichiátriai kutatás esetén, ha az betegeken történik, a kutatás alanya--betegségéből kifolyólag--különösen sérülékeny. Nem mindig tud a kutatáshoz tájékozott beleegyezést adni, nem mindig van érdekeit védő hozzátartozója, s a pszichiátriai betegek stigmatizáltsága, "nem kedveltsége" könnyebbé is teszi a velük való visszaélést. Számos ilyen visszaélésre derült fény. Pszichiátriai betegeket használtak fel például Európában és az USA-ban számos nem-pszichiátriai orvosi kísérlet elvégzése során. Ilyen volt a II. Világháborúban az influenzával kapcsolatos vizsgálat, melyet pszichiátriai betegeken végeztek, vagy az 1950-es, 60-as évek titkos USA-beli katonai kísérletei a meszkalin túladagolásával kapcsolatban. Sem az ezekbe a kísérletekbe bevont értelmi fogyatékosok, elmebetegek, s egyéb pszichiátriai betegek, sem hozzátartozóik megfelelő tájékoztatása nem történt meg.[7] Számos más hasonló visszaélésre derült fény, melyek mindegyike már a II. Világháború után történt. Dementálódott betegeknek tudtuk és beleegyezésük nélkül például élő ráksejteket juttattak be injekciók formájában, hogy tanulmányozzák a szervezet ráksejtekre adott immunreakcióját[8], értelmi fogyatékos gyerekeket fertőztek meg hepatitis vírussal a hepatitis járvány megelőzési lehetőségeinek vizsgálata céljából[9], stb. Az értelmi fogyatékos, s egyéb intézetben ápolt pszichiátriai betegek hagyományosan könnyen elérhető, standard körülmények között élő populációnak számítottak, akiken pszichiátriai betegségükkel kapcsolatban nem levő kutatásokat is el lehetett végezni, tájékoztatásuk vagy hozzátartozóik tájékoztatása nélkül, pusztán az intézmény igazgatójának a beleegyezése alapján.[10]
A másik tényező, mely főleg a magatartástudományi, szociálpszichológiai kutatásokat teszi morálisan érzékennyé, az, hogy sok ilyen kutatás csak a kutatási alanyok becsapásával, félrevezetésével végezhető el, teljes informálásuk ugyanis meghamisítaná a vizsgálat eredményét. Az ilyen jellegű kutatások ugyanis sokszor

azt vizsgálják: hogyan reagálnak az emberek bizonyos sajátos helyzetekben? Ilyen esetekben azonban el kell kerülni a “Hawthorne-effektust” mint hibaforrást. A Hawthorne-effektus azt jelenti, hogy ha a pszichológiai kísérlet alanyai tudják, hogy kísérletben vesznek részt, melynek keretében viselkedésüket a kutatók megfigyelik, akkor hajlamosabbak olyan módon viselkedni, melyről feltételezik, hogy a megfigyelő helyesli.[11] Az alanyok becsapásával végzett pszichológiai, viselkedéstudományi kísérletek a Hawthorne-effektus kivédését szolgálják, hiszen az alanyok becsapása nélkül a kísérlet eredményei hamisak lennének, nem lehetne belőlük következtetni a nem-megfigyelt alanyok viselkedésére.

A kísérleti alanyok becsapásával végzett kutatás néhány példája

Folytattak olyan pszichológiai kísérleteket, amelyekben a kísérleti alanyoknak azt mondták, hogy bizonyos teljesítménytesztеken rosszul teljesítettek (ez nem volt igaz), s az így keletkező feszültség, szorongás hatását vizsgálták más teszteken nyújtott teljesítményre.[12] Más esetben megoldhatatlan feladatokat adtak a kísérleti alanyoknak azt mondva azonban nekik, hogy a feladatok megoldhatóak. Az így keletkező frusztráció és düh hatását vizsgálták a kísérleti személyekben.[13]
A nagy hatású Rosenhan-féle kísérletben kutatók--hallucinációról panaszkodva--pszichiátriai osztályokra vetették fel magukat, majd a felvétel után szokásos, egészséges módon viselkedtek, s azt vizsgálták, mennyi idő alatt derül ki a személyzet számára is az, hogy ők nem pszichiátriai betegek.[14]
Sok vitát keltett az 1954-ben a chicagói egyetemen végzett “Wichita Study”, melyben a kutatók titkokban elhelyezett magnetofon segítségével felvették 6 esküdtszék konkrét ügyekben lefolytatott döntés előtti vitáit, hogy vizsgálják: hogyan születnek a valóságban az esküdtszéki döntések. A problémát az okozta, hogy az USA alkotmánya szerint az esküdtszék vitája—a szabad vita biztosítása céljából—titkos. A kutatók viszont úgy érveltek, hogy más módszerrel nem lett volna lehetséges információkat nyerni egy olyan fontos jogi intézmény működéséről, mint az esküdtszék. A vita eredményeként azután az esküdtszéki tárgyalások--akár kutatási célú--titkos rögzítését 1956-ban törvény által megtiltották. [15]
Nagy vitát kiváltó és etikailag problematikus kísérlet volt a Milgram-féle kísérlet.[16] Ez a 60-as évek elején elvégzett szociálpszichológiai vizsgálat azt kutatta, hogy mennyire érvényesül a “parancsra tettem” védekezési mechanizmus nem háborús körülmények között. Mennyire hajlandók emberek engedelmeskedni egy tekintélyszemélynek, s a büntetlenség tudatában annak utasítására kegyetlen cselekedeteket végrehajtani? Önként jelentkező kísérleti személyeknek azt mondták, hogy a büntetésnek a tanulásra és az emlékezésre gyakorolt hatását vizsgáló kísérletben vesznek részt. A kísérletbe előre beavatott “tanítványt” egy másik szobában elhelyezett székbe szíjazták, s a be nem avatott (naiv) kísérleti személy (“a tanár”) a másik szobából elektromos áramütéseket mérhetett egy kapcsolótábla segítségével a “tanítványra”, ha az a feltett kérdésekre rosszul válaszolt. Előzőleg “a tanár” is kipróbálhatott egy 45 V-os áramütést, hogy ismerje annak fájdalomkeltő hatását. A kapcsolótáblán 15 V-tól 450 V-ig lehetett áramütést mérni a “tanítványra”, s szövegesen is meg volt jelölve, hogy az áramütés enyhe, közepes, erős, nagyon erős, vagy rendkívül súlyos-e. Amikor a "tanítvány” hibázott, a szigorú kinézetű kísérletvezető utasította a "tanárt”, hogy mérjen áramütést a “tanítványra”. Az újabb

és újabb “hibázásokat” egyre nagyobb és nagyobb erejű áramütéssel rendelte büntetni a kísérletvezető. A “tanítvány”--szerepének megfelelően--egyre hangosabban kiabált a kapott “áramütések” hatására (természetesen nem érte áramütés, csak tettette azt), s hangosan követelte, hogy a kísérletet fejezzék be, és őt engedjék el. Az ilyenkor általában habozó “tanárt” a kísérletvezető utasította, hogy folytassa tovább a “büntetést”, ne törődjön a tiltakozással. A tanítvány idővel egyre hangosabban kiabált, majd sikoltozott, végül halálos csend lett a szobában, mintha elájult volna. A kísérlet tanúsága szerint a kíséreti alanyok 62%-a elment a maximumig (450 V-ig), vagyis hajlandó volt nagyon súlyos fájdalmat okozni egy tekintélyszemély utasítására egy másik embernek. A kísérlet eredménye a szakembereket is sokkolta, előtte neves pszichiáterek azt jósolták, hogy 450 V-ig elmenni 1000 emberből legfeljebb csak 1 lesz hajlandó. Milgram kísérletei tehát igazolták, hogy a kísérletre önként jelentkező “átlagemberek” még akkor is, amikor nem kiszolgáltatottak egy hatalmi helyzetben levőnek, utasításra szélsőségesen kegyetlen viselkedésre is hajlandók. Szociálpszichológiailag tehát ez egy nagyon nagy jelentőségű kísérlet, melyet nyilvánvalóan nem lehetett volna elvégezni a kísérleti személy tájékoztatásával, hiszen a kísérlet valódi céljának a felfedése meghamisította volna annak eredményét.

A becsapással végrehajtott pszichológiai kísérletek problémája: a ráerőltetett önismeret

Kritika a kísérletet főleg amiatt érte, hogy a “tanárok”, noha legtöbben engedelmeskedtek, s a maximális áramütést is hajlandók voltak a “tanítványra” mérni, lelkileg nagyon nehezen viselték a tanítvány sikoltozását, s azt, hogy nekik tovább kell folytatni a kínzást. Többen a kísérlet 20 perce alatt szinte az “idegösszeroppanás” határáig jutottak. Noha a kísérleti személyeket a kísérlet végén tájékoztatták, hogy mindez csak “játék” volt, nem okoztak fájdalmat senkinek, s a “tanítvány” mosolyogva kezet is fogott a “tanárral”, a kísérlet mégis okozhatott pszichológiai kárt, hiszen még legtöbbünk azzal áltathatja magát, hogy nem úgy viselkedett volna a kísérleti helyzetben, mint a többség, hanem nemet tudott volna mondani a kísérleti személynek, a kísérletben résztvevők többsége viszont szembesülni volt kénytelen azzal a ténnyel, hogy ő az emberek azon csoportjába tartozik, aki olyan mértékben engedelmeskedik a hatalomnak, hogy komoly kegyetlenségre is képes annak utasítására. Ez az önbecsülés jelentős csökkenéséhez vezethet. Thomas Nagel használja az ilyen helyzetekre a “morális szerencse” és a “morális pech” fogalmát. Szerinte egy ember lehet, hogy kegyetlen tetteket hajtott végre például a náci Németországban, holott egy demokráciában tisztességes, átlagos, törvénytisztelő állampolgár lett volna. Morális pechje volt tehát, hiszen nem feltétlenül volt rosszabb mint sokan mások, de a többieket nem “próbálták ki” az események, míg őt igen. Így róla kiderült, hogy kapható a rosszra, másokról nem. Hasonlóképpen morális szerencse, mikor valaki, aki kegyetlen tettekre is kapható lenne, ha úgy hoznák az események, nyugodt, nem “kipróbáló” körülmények között éli le az életét, s köztiszteletben álló emberként hal meg.[17] Nagel kifejezését használva tehát a kutatásban részvevőknek morális pechük volt: ők megmérettek, és sokan könnyűnek találtattak, s ezzel a tudattal kell leélniük az

életüket, holott nem rosszabbak, mint sokan mások, akiknek nem kell ezzel a tudattal élniük.
Röviden tehát az ilyen jellegű, becsapással végrehajtott kísérletek komoly etikai problémája a “ráerőltetett önismeret” jelensége. A kísérleti alany a kísérlet végén saját magával kapcsolatban olyan—nem hízelgő—ismeretekhez jut, melyekre nem számított, s melyekre nem is tartott volna igényt.[18]
Sok más, hasonlóan nagyhatású szociálpszichológiai kísérletet is végeztek, melyek a Milgram-kísérlethez hasonló etikai problémákat vetnek fel: a kísérlet célját meghamisítaná a kísérleti alanyok előzetes tájékoztatása, ezért azt e nélkül lehet csak végrehajtani. Ez azonban etikailag mindig problematikus, s a kísérleti eredmények--mint azt a Milgram-féle kísérletben is láthattuk--pszichológiai kárt okozhatnak a kísérleti alanyoknak, s jelentősen ronthatják önbecsülésüket.

Alapelvek, fogalmak

A kutatás végzése mint etikai imperatívusz

A kutatás az orvosi haladás alapvető feltétele. Kutatás nélkül az orvostudomány fejlődése lehetetlenné válna, s mivel ma is számos pszichiátriai betegség kezelése rossz hatásfokú, ezért a kutatás a betegek alapvető érdeke.
Noha kutatást ma relatíve kevesen végeznek, kutatási alannyá bármelyikünk válhat élete során, hiszen bármelyikünk lehet beteg, s bármely betegség lehet kutatás tárgya.[19] Ezért mindannyian haszonélvezői vagyunk régebbi kutatásoknak, melyek segítettek az orvostudomány mai, fejlett formájának a létrejöttében, másrészt mindannyian potenciális alanyai vagyunk jövendő kutatásoknak, melyek segíteni fognak az orvostudomány további fejlődésében.
A kérdés tehát ma nem úgy vetődik fel, hogy végezzünk-e kutatásokat vagy sem, hanem úgy, hogy hogyan kell etikailag korrekt módon kutatásokat végezni. A kutatásnak azonban ma nincs alternatívája, hiszen a kutatástól való tartózkodás azt jelentené, hogy tudományosan nem megvizsgált, ellenőrizetlen eljárásokat alkalmaznánk a betegeken, s így tömegméretekben “szétterítenénk” azt a kockázatot, melyet ma a kutatások alanyaira lehet korlátozni.
A mai kutatásetika egyik elhanyagolt területe a kutatás el nem végzésének morális vizsgálata: az el nem végzett kutatás meg nem válaszolt tudományos kérdéseket jelent, s így sok felesleges emberi szenvedést.[20]
A probléma tehát ma nem is annyira a túl sok kutatás, hanem inkább a túl kevés. A kezelésnek, gyógyításnak ugyanis még ma is túl sok olyan formája van, melynek hatásossága kutatásokkal nem ellenőrzött, mely puszta hipotéziseken, s nem empirikus bizonyítékokon alapul.[21] Noha például egy új gyógyszer bevezetésének engedélyezése előtt ma kutatáson alapuló bizonyítékokat követelnek meg hatásosságának bizonyítására, ugyanez a szigorú feltétel általában nem érvényesül egy új nem-gyógyszeres kezelési eljárás esetén. A pszichiátriában számos olyan kezelési forma létezett és létezik ma is, melyet bevezetésekor nem ellenőriztek hatásosság szempontjából. Sokat idézett példája ennek a régi, hatalmas "tébolydák", pszichiátriai zárt intézetek létesítése. Ezek kusztodiális, nagyrészt a betegek társadalomtól való elzárását és "megőrzését" biztosító intézmények voltak. Úgy terjedtek el, s úgy intézményesültek a társadalomban, hogy előzőleg nem

vizsgálták meg a pszichiátriai betegek kezelésével kapcsolatos hatásosságukat. Ma már tudjuk, hogy ezek a totális intézmények károsak voltak, s sok pszichiátriai problémát éppen ezek hoztak létre.[22] Ma ezen intézmények lebontása, a dezinstitucionalizálás a modern tendencia. A pszichiátriai betegeket nem elzárni kell a társadalomtól, hanem oda őket visszaintegrálni, s a modern felfogás ezt próbálja megvalósítani a közösségi pszichiátriai megközelítéssel. Ilyen--ma egyértelműen elutasított--de a kortársak által szinte kritikátlanul elfogadott kezelési forma volt a korábbi fejezetben már tárgyalt lobotómia is. A példákat még hosszan sorolhatnánk. Összegezve tehát etikailag soha nem a kutatás, és az ennek nyomán keletkező ellenőrzött, megbízható ismeretek gyakorlati alkalmazása a probléma, hanem a megfelelő kutatás nélkül, kritikátlanul elfogadott elméletek, vagy sokszor az egyszerű előítéletek alapján történő gyakorlati tevékenység. A kutatás tehát a betegek számára nélkülözhetetlen, mert a tökéletlen kezelési formák tökéletesítése csak ily módon lehetséges.
Ugyanakkor látni kell, hogy az orvosi kutatások nem csak a betegeknek, de a kísérletező kutatóknak is előnyösek. A kutató szakmai előmenetele, hírneve, karrierje, s sok esetben jövedelme is erősen függ az általa elvégzett kutatások mennyiségétől és minőségétől. Mivel tehát egyénileg is érdekelt a kutatásban, bizonyos érdekkonfliktus mindig van a kutatás és a gyógyítás között, s ez teszi szükségessé a kutatással kapcsolatos szigorú etikai és jogi szabályozást.
A kutatás alanya hozzásegíti a kutatót mindezen személyes előnyök eléréséhez. Ennek fejében azonban a kutató felelősséggel tartozik a kutatásban résztvevő alanyokért. A kutatás a kutató részéről nem jog, hanem privilégium, s ezt a privilégiumot az etikai és jogi szabályok betartásával “hálálhatja meg” a kutatási alanyoknak.[23]

A kutatás, a szokásos klinikai gyakorlat és az innovatív klinikai gyakorlat elkülönítése.

Fontos a szokásos klinikai gyakorlat és a kutatás elkülönítése, már csak azért is, mert utóbbira sokkal szigorúbb etikai szabályok vonatkoznak.
A szokásos klinikai gyakorlat olyan beavatkozás, melynek kizárólagos célja a konkrét beteg jóllétének az előmozdítása, s melynek sikere ésszerűen elvárható.[24] A siker természetesen még a szokásos gyakorlat mellett is bizonytalan, ez a bizonytalanság azonban minden orvosi beavatkozás elválaszthatatlan eleme, ezért az, hogy egy beavatkozás sikere némiképp bizonytalan, még nem tesz valamit kísérletivé.[25] Bizonyos értelemben minden klinikai tevékenység, így a rutin, standard klinikai gyakorlat is tartalmazza a kutatás, kísérlet némely elemét, hiszen a klinikumban nincs két egyforma eset, annak a betegnek azt a bizonyos gyógyszert még sohasem adták, vagy azt a bizonyos beavatkozást még soha nem végezték el rajta. Ettől azonban a standard gyakorlat még nem válik kutatássá.
A kutatás egy kutatási terv alapján végzett módszeres megfigyelés és adatgyűjtés abból a célból, hogy általánosítható ismereteket szerezzünk.[26] [27] Ezért kutatásról akkor beszélünk, mikor az azt végző elsődleges célja általános ismeretek szerzése, mely segíthet a jövőbeli betegek kezelésében. Kutatás esetén tehát a jövendő beteg érdeke az elsődleges, s a kutatási alany érdeke ehhez képest csak másodlagos.[28]
Az orvosi kutatás keretében sor kerülhet új gyógyszerek vagy orvosi eszközök bevezetésére és emberen történő kipróbálására, új besugárzási és képalkotó

eljárások tesztelésre, sebészeti eljárások, technikák vizsgálatára, az orvosi dokumentáció elemzésére, illetve a betegtől származó biológiai anyagok vizsgálatára. Ide tartoznak továbbá az epidemiológiai, a társadalmi és a pszichológiai kutatások is.[29]
Némely esetben elmosódik a határ az innovatív klinikai gyakorlat és a kutatás között. Innovatív klinikai gyakorlat esetén a kezelőorvos eltér a szokásos gyakorlattól (másképp alkalmaz például egy gyógyszert, némiképp módosít egy szokásos műtéti eljáráson, stb.) Ily módon egy olyan diagnosztikus vagy terápiás módosítást alkalmaz, melynek biztonságossága, hatásossága vagy megbízhatósága még nincsen bizonyítva.[30] Mindez nem számít formális értelemben kutatásnak, mert nem egy előre megalkotott kutatási terv szerint történik, mégis kutatás abban az értelemben, hogy a beteg számára többletbizonytalansággal jár. Voltaképpen ellenőrizetlenül zajló kutatásnak tekinthető.[31] Az is igaz továbbá, hogy a klinikai tevékenység során a klinikusok folyamatosan módosítják az addigi gyakorlatot, sokszor apró változtatások százait alkalmazva, s annak következményeit megfigyelve. Ilyen "mikroevolúciós" folyamaton keresztül történik egy klinikus egyéni tanulási folyamata , s így történik a klinikai gyakorlat kollektív tökéletesítése is. Eszerint tehát a klinikai gyakorlat lépésről-lépésre történő tökéletesítésének fontos elemét képezik a fent említett nem-deklarált és nem is mindig felismert kutatási elemek[32]. Ez a kutatási forma azért láthatatlan, mert sem a klinikusban, sem a betegben nem tudatosul, hogy mindketten egyfajta kutatásban vesznek részt. A klinikai gyakorlatnak az ilyen láthatatlan "mikrokutatások" fontos részét képezik, s bizonyos értelemben itt is egyfajta jéghegyjelenséggel állunk szemben: a klinikai innováció nem kis része ilyen fel nem ismert mikrokutatásokon keresztül megy végbe. Ennek azonban veszélye is van, hiszen mivel itt nem ismerik fel, hogy kutatásról van szó, nem is érvényesülhetnek az ennek kapcsán alkalmazandó többlet biztonsági előírások: a részletes betegtájékoztatás, a kutatási protokoll, s az etikai bizottsági ellenőrzés. Mivel a kutatás és az innovatív klinikai gyakorlat közötti határ elmosódó, ha egy klinikusnak kétsége van afelől, hogy amit végez, az melyik kategóriába tartozik, akkor etikailag megnyugtatóbb, ha kutatásnak tekinti, s kutatásetikai bizottsághoz fordul.[33] Ebben az esetben ugyanis sokkal szigorúbb etikai szabályok vonatkoznak rá, melynek betartása végső során az alanyok biztonságát szolgálja. Általában is igaz, hogy az a helyes, ha a klinikumban az újítás lehetőleg formalizált kutatás keretében történik meg, mert ez védi legjobban a beteg biztonságát és a jogait.[34]

Terápiás és nem-terápiás kutatások.

Sokan megkülönböztetnek terápiás és nem-terápiás kutatásokat. A terápiás kutatás az a kutatás, melyből a kutatás alanyának közvetlen haszna lehet. Ezzel szemben nem-terápiás kutatásból az alany számára közvetlen haszon nem származhat. Ilyen pl. az egészséges önkénteseken végzett kutatás, mely általában a gyógyszerkipróbálás Humán I. fázisa. Mások ezt a megkülönböztetést félrevezetőnek érzik. Azt mondják ugyanis, hogy a kutatás célja soha nem a kutatás alanyainak a gyógyítása, hanem egy tudományos bizonytalanság eloszlatása, s ezzel általánosítható ismeretek szerzése. Az alanynak ugyan bizonyos esetekben terápiás haszna is lesz a kutatásban való részvételből, de nem ez a kutatás célja, s

ha a kutatást terápiásnak nevezzük, akkor ezzel az alanyok elől elfedjük ezt a tényt. Terápiásnak nevezve egy kutatást voltaképpen becsapjuk a kutatási alanyokat, félrevezetjük őket, hiszen sohasem az ő közvetlen hasznuk a célja egy kutatásnak.[35] A kutatás a majdani betegek érdekében történik, de nem azoknak az érdekében, akik éppen most az alanyai. A kutatási alanyok tájékoztatása során fontos ennek hangsúlyozása, s a terápia téves feltételezésének az eloszlatása. A kutatásban részt vevő betegeknek a tájékoztatás során meg kell érteniük, hogy a kutatásnak nem célja az ő jóllétük növelése, betegségük gyógyítása, hanem jövendőbeli betegek kezelési lehetőségeinek a bővítése. Egy kutatás során természetesen az abban részt vevő betegek egy része közvetlen hasznot is nyerhet a kutatásból. Ha a kipróbálni kívánt szer a kutatásban hasznosnak bizonyul, akkor ők idő előtt hozzájutottak egy olyan új gyógyszerhez, mely széles körben csak évek múlva lesz hozzáférhető. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a kutatás célja ebben az esetben sem ezen betegek terápiája volt, hanem egy tudományos bizonytalanság eloszlatása.[36] S mindenképpen igaz marad az is, hogy a kutatás egyik legalapvetőbb jellemzője, hogy még terápiás kutatás esetén is általában nem azok fognak annak hasznából leginkább részesülni, akik annak kockázatát, terheit viselték.[37]
Ezt a gondolatmenetet elfogadta a Helsinki Deklaráció is, melynek különböző változatai egészen 1996-ig tartalmazták a terápiás és a nem-terápiás kutatások közötti megkülönböztetést, ez a különbségtétel azonban a 2000. évi változatból már hiányzik. Ugyanakkor a terápiás és nem-terápiás kutatások közötti megkülönböztetést ma is széles körben használják, hiszen--noha a kutató szándéka szerint ugyan valóban nincs terápiás kutatás--a végeredményt tekintve sok kutatás a beteg számára terápiás hatású. Ha egy betegnek egy kutatásból közvetlen haszna lehet, akkor ez etikailag is jelentős szempont a kutatás elbírálásánál. Ezért ha a kutatásba bevont alany világosan érti, hogy a kutatás célja nem az ő betegségének a kezelése, s a terápiás-kutatás kifejezést nem ebben az értelemben használják, akkor ez a megkülönböztetés a gyakorlatban továbbra is jól használható.

A gyógyszerek kifejlesztésének fázisai

A gyógyszerfejlesztés első lépése egy új vegyület felfedezése vagy szintetizálása, majd biológiai hatásának tesztelése. Minden 5000—10000 ily módon megvizsgált vegyületből csak kb. 250 jut el a következő fázisba: a gyógyszer preklinikai vizsgálatának a szakaszába.[38]
A preklinikai vizsgálatok laboratóriumi és állatkísérleteket jelentenek, melyben bizonyítékokat gyűjtenek arra, hogy az új vegyület emberen alkalmazva valószínűleg biztonságos és hatásos lesz. A preklinikai tesztelés általában 3-6 évig tart, s az ily módon vizsgált vegyületek csak mintegy 2%-a jut el az emberen való kipróbálás stádiumába.[39] Ezt követik a klinikai vizsgálatok, melyek során először próbálják ki az új vegyületet emberen. Mivel a mellékhatások akár 50%-a sem jelentkezik az állatkísérletek során, ezért az emberen való kísérleti kipróbálás szükséges és nem veszélytelen.[40] A gyógyszerek klinikai vizsgálatát hagyományosan 4 fázisra osztják.

Humán I. fázis (kliniko-farmakológiai vizsgálatok): Ezt a szakaszt kis számú (20-80 fő) egészséges önkéntesen végzik. Ekkor adják az új, kipróbálni kívánt szert az állatkísérletek után először embernek. Ennek a szakasznak a célja a gyógyszer

toxikus tüneteket okozó szintjének a megállapítása és a biztonságosan adható maximális dózis meghatározása.[41] További cél a gyógyszer farmakokinetikai tulajdonságainak a meghatározása (a gyógyszer felszívódásának, plazmaszintje alakulásának, metabolizmusának, eliminációjának, az egyes szervekbe való eloszlásának a vizsgálata). Mivel egészséges önkénteseken végzik ezeket a vizsgálatokat, így ezek természetesen nem-terápiás kutatások.[42] Az önkénteseket némi kár biztosan éri, hiszen a gyógyszer adagját a toxikus szint eléréséig emelik. Az önkéntesek anyagi ellenszolgáltatást kapnak a kutatásban való részvételért. Etikailag ezt a kutatási elrendezést azzal szokták bírálni, hogy egészséges önkéntesek alkalmazása mind tudományosan, mind etikailag problematikus. Etikailag azért problematikus, mert egészséges önkénteseknek nem lehet hasznuk a kipróbálandó új szerből, esetükben tehát nem megfelelő a haszon/kár arány, ugyanis a nulla haszonhoz bármely nagyságú kár is végtelen nagyságúnak tekinthető.[43] Másfelől ez az elrendezés tudományosan is problematikus, hiszen, ha gyógyszereket egészségeseken próbálnak ki, akkor az így kapott eredmények nem lesznek általánosíthatók betegekre, akiknél más lehet a gyógyszer metabolizmusa. Márpedig a gyógyszer betegeknél tapasztalható tulajdonságai a lényegesek, hiszen betegeken fogják azokat használni. Így—a fenti érvek hatására—sok országban az új gyógyszert betegeken próbálják ki először. Bizonyos toxikus gyógyszereket (pl. citosztatikumokat, HIV/AIDS ellenes szereket) minden esetben más standard terápiára nem reagáló, a betegség előrehaladott stádiumában levő betegeken próbálnak ki először., hiszen ilyen súlyos mellékhatásokkal rendelkező szerek egészségeseken való kipróbálása nem lenne etikailag elfogadható.[44]

Humán II. fázis (klinikai vizsgálat): Ennek a szakasznak a célja a gyógyszer hatásosságának a megállapítása randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatás keretében, placebo vagy aktív kontrollal. Itt azt igyekeznek tisztázni, hogy a gyógyszernek van-e klinikailag jelentős pozitív hatása. További cél az optimális dózis-hatás összefüggések megállapítása, az optimális adagolási mód és adag kérdéseinek a megválaszolása. Ezért itt már olyan kis számú (100-300) betegnek adják a gyógyszert akik a gyógyszer tervezett indikációs területének megfelelően részesülnek “kezelésben”.[45] (Azért szerepel a kezelés szó idézőjelben, mert ekkor még nem lehet tudni, hogy a gyógyszer valóban alkalmas lesz-e az adott betegség kezelésére. Éppen ennek tisztázása a kutatás célja.) Ezért itt már olyan betegeken alkalmazzák az új gyógyszert, akik attól—ideális esetben—hasznot remélhetnek. Ez tehát már terápiás kutatás.

Humán III. fázis (klinikai kipróbálás): Ebbe a szakaszba csak a korábbi fázisokon átment, terápiásan ígéretes, s a betegek által jól tolerálható gyógyszerek kerülnek. Ez a gyógyszer törzskönyvezése és piacra kerülése előtti utolsó kutatási fázis, melynek végére pontosan meghatározzák a gyógyszer indikációit, kontraindikációit, az adagolás optimális módját, stb.[46] Ezt a szakaszt már nagyobb számú (több ezer) betegen végzik, sokszor kontrollcsoportos vizsgálat formájában, általában multicentrikus, sokszor nemzetközi vizsgálat keretében. A szakasz végére döntés születik, hogy a gyógyszer kellően biztonságos és hatásos-e a tervezett indikációban.[47] A klinikai kipróbáláson átmenő gyógyszerek csak mintegy 25%-a jut

túl ezen III. fázison. A klinikai vizsgálatok (Humán I.—III fázis) elvégzéséhez átlagosan 7 év szükséges. [48]

Humán IV. fázis (a forgalmazást követő klinikai kipróbálás) : Ez már a gyógyszer piacra kerülésének engedélyezése utáni (un. postmarketing) fázis, melyben nagyon nagy számú emberen vizsgálják a gyógyszer esetleges további, addig nem ismert mellékhatásait, más gyógyszerekkel való interakcióit, stb. [49] A nagy számú beteg azért szükséges, mert a Humán III. fázisban csak az 1:1000-nél nagyobb gyakoriságú mellékhatásokra derül fény, míg ez a szakasz alkalmas az ennél lényegesen kisebb (pl. 1:50000) gyakoriságú mellékhatások felfedezésére is.[50] Ebbe a fázisba sorolhatók azok a kutatások is, amikor egy—már piacon lévő—gyógyszer hatásosságát és biztonságosságát új indikációban próbálják ki, vagy a gyógyszer új betegcsoportokban (pl. gyerekeknél) történő alkalmazhatóságát vizsgálják. Ide tartoznak azok a nagy beteganyagon végzett longitudinális vizsgálatok is, melyek egy törzskönyvezett gyógyszer alkalmazásának a morbiditásra vagy mortalitásra való hatását vizsgálják. [51]

A kutatás etikai alapelvei

A pszichiátriai kutatások során érvényesülő konkrét követelmények levezethetők a bioetika alapelveiből.[52] Az autonómia tiszteletének az elve teszi kötelezővé a kutatási alany tájékozott beleegyezésének az elnyerését a kutatás megkezdése előtt, a jótékonyság elve követeli meg a haszon/kár arány elemzést a kutatók és a kutatásetikai bizottság részéről a kutatás megtervezése illetve engedélyezése során, s az igazságosság elvéből vezethető le a kutatási alanyok igazságos kiválasztásának a követelménye. [53]
Levine szerint a kutatás 6 legfontosabb etikai követelménye a következő:[54]

- A kutatási terv legyen tudományosan korrekt
- A kutató legyen szakmailag és etikailag megfelelő
- A kutatás haszon/kár aránya legyen kedvező
- A kutatás alanyok adjanak a kutatásba tájékozott beleegyezést
- A kutatási alanyok igazságosan legyenek a kutatáshoz kiválasztva
- A kutatással kapcsolatos károkért az alanyok részesüljenek kártalanításban

A tudományosan jó kutatási terv, mint követelmény: ez azt a fontos szabályt fogalmazza meg, hogy a kutatási tervnek tudományosan jól felépítettnek kell lennie ahhoz, hogy etikailag elfogadható legyen. A tudományosan nem megfelelő kutatás ugyanis általánosítható ismeretek szerzésére alkalmatlan, s így haszontalan. Ez azért etikátlan, mert a kutatásba bevont alanyok felesleges veszélyeztetését, a kutatásra fordított erőforrások pazarlását jelenti.[55]

A kutató szakmai és etikai kompetenciája, mint követelmény: ezen elv az előző folytatása. Jó kutatást csak színvonalas kutatási terv alapján és csak szakmailag és

etikailag színvonalas kutató fog tudni végezni. Fontos az etikai kompetencia hangsúlyozása is. A kutatást engedélyező etikai bizottságnak nem csak a kutató szakmai alkalmasságáról kell meggyőződve lennie, hanem etikai alkalmasságáról is. A múltban etikátlanul viselkedő kutató komoly morális kockázatot jelent a kutatás során.[56]
Az etikátlan kutatás megelőzése céljából ma konszenzus van abban, hogy az ily módon végzett kutatásokat ne fogadják el publikálásra. Ez szerepel a Helsinki Deklarációban is. Ezt a szabályozást utilitarista oldalról azzal szokták támadni, hogy így sok tudományosan korrekt, de etikátlanul elvégzett kutatás eredménye megy veszendőbe, mert publikálási lehetőség híján az így felfedezett igazságokról nem szerez tudomást a szakmai közvélemény. Javaslat volt ezért, hogy az etikátlanul végzett kutatást a folyóiratok fogadják el publikálásra, de szerkesztőségi kommentár keretében hívják fel az olvasók figyelmét a kérdéses kutatás etikai hibáira, s egyben adjanak lehetőséget a kutatónak a válaszadásra, s álláspontjának (érveinek, hogy a kutatás mégis etikus volt) a megvédelmezésére. Ez nemcsak a kutatásetikai vitákat serkentené, de egyben nem engedné veszendőbe menni a—noha esetleg etikátlanul elvégzett—kutatások tudományosan korrekt eredményeit sem, s ezáltal nem kényszerülnének más kutatók arra, hogy az egyszer már—noha etikátlanul—elvégzett kutatásokat—most már etikusan—ismét elvégezzék.[57]
A mai konszenzus azon az alapon jött létre, hogy az etikátlan kutatások publikálása, majd az így létrejött cikkekre való utólagos hivatkozások olyan mértékben legitimálnák akaratlanul is az etikátlan kutatásokat, hogy az túl nagy vonzerőt jelentene a kutatók számára etikátlan kutatások végzéséhez. Nem jelentené-e a náci kísérletek legitimálását, ha egy tudományos cikkben például dr. Mengelére hivatkoznának? Mindezen érvek alapján tehát a Helsinki Deklaráció az etikátlan kutatások publikációjának tilalmát írja elő, s ezt a világ vezető orvosi folyóiratai a gyakorlatban be is tartják.
A költség/haszon elemzés, a tájékozott beleegyezés, és az alanyok igazságos kiválasztásának követelményeiről később külön szólok. Ehelyütt a károsodásért való kártalanítás, kártérítés követelményét említem részletesen.

<u>A kutatási alanyok károsodása esetén történő kártalanítása, kártérítése mint követelmény.</u>
Ennek a követelménynek a kikényszerítése a gyakorlatban ellenérdekeltséget teremt a nagyon veszélyes kutatások végzésével szemben, a kutatókat arra ösztönzi, hogy maximálisan óvják a kutatási alanyok biztonságát.[58] A tájékozott beleegyezés része, hogy a kutatás előtt tájékoztatják a kutatás alanyait arról, hogy a kutatásban történő károsodás esetén milyen módon lesznek kártalanítva, s arról is, hogy az esetlegesen bekövetkezhető károsodások milyen természetűek lehetnek, azokra létezik-e orvosi kezelés, s ha igen, az hogyan történik.[59]

Kockázat/haszon elemzés a kutatás során

A kutatás kockázatának viselői: a kutatás alanya és a tágabb társadalom.

A kutatás során általános feltételezés, hogy a kockázatot a kutatás alanya viseli, a haszon pedig azoké a jövendő betegeké lesz, akik a kutatás eredményeként esetleg

majd jobb ellátásban fognak részesülni. Általában nem számítják bele a kutatás kockázatai közé a kutatási eredmények és innovációk hosszú távú társadalmi-gazdasági következményeit, vagyis a kutatásnak a társadalom számára felmerülő kockázatait. Minden kutatásnak azonban számos ilyen kockázata lehet. Ez lehet fizikai kockázat, pl. egy új, rezisztens kórokozó létrehozása,[60] de lehet pszichológia kockázat is, például az, hogy egy később helytelennek bizonyuló tudományos hipotézis másoknak szenvedést okozhat. Ilyen volt a pszichiátriában Ida Fromm-Reichmann koncepciója a skizofrenogén anyáról, mely később tévesnek bizonyult ugyan, de sok skizofrén beteg édesanyjában keltett bűntudatot, akik azt gondolták, hogy felelősek gyermekük betegségéért. Ilyen volt az autizmus Leo Kanner által adott 1940-es, 50-es évekbeli magyarázata, aki úgy vélte, hogy a gyermekkori autizmust az intelligens. de hideg, kényszeres szülők (un. frizsider-szülők) által teremtett otthoni légkör hozza létre. Ez a felfogás is tévesnek bizonyult, de komoly károkat okozott a szülőknek, akik úgy gondolhatták: gyermekük betegségéért ők a felelősek.[61]
A kutatásnak lehet társadalmi kockázata is, például társadalmi csoportokkal szembeni előítéleteket erősíthet, illetve velük kapcsolatos pejoratív ítéletek levonására ad lehetőséget.[62] A kutatásnak lehet a társadalom számára gazdasági kockázata is. Ilyen lehet például, ha egy új gyógyszer vagy terápiás technika elterjedése nagy költségekkel jár, mely így más betegek kezelésétől vonja el a forrásokat.[63] A kutatás kockázatait tehát nemcsak a kutatási alanyok viselik, hanem mások is, ezt azonban külön az etikai bizottságok ritkán vizsgálják.

A kockázatok fajtái.

A kockázat félrevezető és homályos fogalom, mert kétféle jelentése van. Jelenti egyrészt egy kár bekövetkezésének a valószínűségét, másrészt jelenti a bekövetkezhető kár nagyságát. Amikor tehát pl. azt mondják, hogy valami kis kockázatú, akkor nem világos, hogy ez azt jelenti-e, hogy egy kár kis valószínűséggel jön-e létre, vagy azt, hogy a létrejöhető kár csekély mértékű.[64] Ezért amikor kockázatról beszélünk, mindig jelölni kell, hogy a szót milyen értelemben használjuk.
A kockázatok következő formáit különíthetjük el.

A testi (szomatikus) károsodás kockázata: Ez a legjobban ismert , s a gyakorlatban ez kapja általában a legtöbb figyelmet. E kockázat megbecsülésének nehézségét az okozza, hogy egy beavatkozás s káros utóhatása között hosszú látenciaidő lehet. Mivel ezt az időt nem ismerjük, ésszerű elv, hogy egy új beavatkozás, gyógyszer, stb. veszélytelenségét mindaddig nem állíthatjuk biztonsággal, míg alkalmazásával kapcsolatban megfelelő mennyiségű tapasztalat össze nem gyűlik. [65]

A pszichológiai károsodás kockázata: Ennek lehetőségét a gyakorlatban kevésbé veszik figyelembe, ezt nem tartják annyira “komolynak”, noha ez is jelentős szenvedésekkel járhat. Ide tartozó kockázat például, hogy a kutatásba bevont személyek orvosi kivizsgálása olyan betegségek fennállását mutathatja ki, melyről nem tudtak, s mely számukra pszichológiai szenvedést okozhat.[66]

A szociális károsodás kockázata: Ilyen kockázat lehet például egy diagnózis kitudódása kapcsán létrejövő stigmatizáltság.[67]

A gazdasági károsodás kockázata: Ide tartozik az, ha egy kutatás során kipróbálandó eszköz alkalmazásáért a kutatás keretében anyagi ellenszolgáltatást kérnek a betegtől, mely azután—az eszköz hatástalansága esetén—pénzkidobásnak bizonyulhat.[68]

Kockázatai és költsége azonban nemcsak a kutatás elvégzésének vannak, hanem a kutatás el nem végzésének is. A kutatás el nem végzésének a "költsége" az a haszon, amitől elesnénk, ha azt nem végeznénk el. Ezt is mindig figyelembe kell venni a kutatás kockázat és haszon arányának az elemzésénél.[69]
A kutatási tervben részletesen fel kell sorolni a kutatással járó kockázatokat s azokat az intézkedéseket is, melyeket ezek minimalizálására tettek.

A kutatások fajtái a kockázat/haszon arány szempontjából

Kockázat szempontjából a kutatásokat két nagy csoportra szokták felosztani:
- minimális kockázatú kutatás
- a minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás

A haszon szempontjából is két nagy kategória hozható létre:
- az alany számára közvetlen haszonnal nem járó kutatás
- az alany számára közvetlen haszonnal kecsegtető kutatás

Ezek alapján—felnőtt kutatási alanyok esetén—a következő három csoportba lehet a kutatásokat osztani: 1. minimális kockázatú kutatás; 2. a minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás, mely a kutatás alanya számára közvetlen haszonnal kecsegtet (terápiás kutatás); 3. a minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás, mely a kutatás alanya számára valószínűleg nem jár közvetlen haszonnal (nem-terápiás kutatás).

Gyerekek esetén a 3. kategórián belül az USA szabályozása két alkategóriát különít el[70]:
- a minimálist csekély mértékben meghaladó kockázat
- a minimálist a csekélynél nagyobb mértékben meghaladó kockázat

A 3. kategória eme további alkategóriákra bontását gyerekeken kívül csökkent belátási képességű személyeken történő kutatás során is használni javasolják.[71]

A minimális kockázatú kutatás. Itt a kutatási alany károsodásának a kockázata--a kár nagyságát és valószínűségét tekintve--nem nagyobb, mint az a kockázat, mellyel a mindennapi életben találkozik. Ennek nagysága természetesen csak közelítőleg állapítható meg, s további kérdés, hogy kinek a mindennapi életében felmerülő kockázatát vegyük figyelembe: egy utcán lakó hajléktalan skizofrén beteg mindennapi életében felmerülő kockázatok egészen más jellegűek és nagyságúak, mint pl. egy tehetős ügyvédé vagy orvosé. Ez a probléma azonban csak a nem-terápiás jellegű kutatásoknál jelentkezik. Terápiás kutatásoknál ugyanis mondhatjuk,

hogy minimálisnak az a kockázat tekinthető, mely nem nagyobb, mint az, melyet a kutatási alany amúgy is vállalni kényszerülne azon betegsége rutin kezelése során, mellyel kapcsolatban a kutatást végzik. Ha tehát a kutatás ehhez a "normál" kezeléshez képest nem jár többlet kockázattal, akkor minimálisnak tekinthető.[72] A minimális kockázat tehát a normál-standard kezeléshez képest többlet kockázattal nem rendelkező kutatás. Ebbe a csoportba tartoznak a non-invazív beavatkozások, a pszichometriai tesztek, az orvosi dokumentáció elemzése, a vérvétel, egészséges emberek rutin orvosi vizsgálata során végzett beavatkozások.[73] [74]
A tájékozott beleegyezéstől eltekinteni általában csak ebben a kockázati kategóriában elfogadható a következő 3 feltétel fennállása esetén[75]:

- a tájékozott beleegyezésről való lemondás nem befolyásolja hátrányosan a kutatás alanyainak jólétét és jogait
- a kutatás a gyakorlatban nem lenne végrehajtható a tájékozott beleegyezésről való lemondás nélkül
- a kutatás befejeztével a kutatás alanyai megfelelő tájékoztatást fognak kapni.

A fenti kritériumok kapcsán azért szerepel az, hogy "a gyakorlatban a kutatás nem lenne végrehajtható...", mert olyan kutatásoknál, melyben a kutatás fő módszere régebbi orvosi dokumentációk vizsgálata, természetesen elvben elképzelhető lenne, hogy a dokumentumokban szereplő minden egyes beteget külön-külön megkeresik, s engedélyt kérnek tőle dokumentációja áttekintésére. Ez azonban akkora költséggel és időráfordítással járna, hogy "a gyakorlatban" nem lenne keresztülvihető, s ezt ebben az esetben tájékozott beleegyezés nélkül is el lehet végezni a többi feltétel fennállása esetén.[76]

A minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás, mely a kutatás alanya számára közvetlen haszonnal kecsegtet (terápiás kutatás). Ide tartoznak a minimális mellékhatással rendelkező gyógyszerkipróbálások, a minimális sugárterheléssel járó, de potenciálisan hasznos diagnosztikus információkat adó kutatások, stb.[77] A kutatásnak ezt a típusát terápiásnak nevezni néha félrevezető, hiszen lehetséges, hogy egy kutatás keretében a kutatási alanyok placebót kapnak, melynek nincs terápiás hatása a számukra. Itt a tájékozott beleegyezés követelményéről soha nem szabad lemondani.[78]

A minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás, mely a kutatás alanya számára valószínűleg nem jár közvetlen haszonnal (nem-terápiás kutatás) de az alany állapotával, betegségével kapcsolatban valószínűleg általánosítható ismeretekhez vezet. (Ilyen pl. a kutatási célból végzett lumbálpunkció, ionizáló sugárzással történő vizsgálat, stb.)[79] Mivel a kutatásnak ez a típusa közvetlen haszonnal a kutatási alanyok számára nem jár, etikailag csak akkor elfogadható, ha annak a csoportnak, betegkategóriának, stb. számára potenciálisan hasznos lehet, melyhez a kutatás alanyai tartoznak.[80] Ilyen kutatást általában nem tartanak megengedhetőnek pusztán a törvényes képviselő beleegyezése alapján, ezért beleegyezni nem tudó pszichiátriai betegeknél, gyerekeknél ilyen kutatás általában nem végezhető el.[81] [82]

Általában meg szokták követelni, hogy a kutatás során a haszon/kár arány kedvező legyen. Ha ez a követelést azt jelentené, hogy a haszon/kár aránynak a kutatási alany számára kell kedvezőnek lennie, akkor ez azt jelentené, hogy nem-terápiás jellegű kutatást nem lehetne végezni (pl. egészséges önkénteseken nem lehetne kutatást folytatni), mert számukra egyénileg a kutatásnak csak kára lehet, haszna nem.[83] Ezért ezt a követelményt úgy értelmezik, hogy a kutatás céljának hasznossága általában legyen arányban a kutatási alanyok számára jelentkező kockázattal.

A kockázat minimalizálásának ellenőrzése.

A kutatás fontos követelménye, hogy a kockázatot a lehetséges minimális mértékűre kell leszorítani. A következő kérdések segítenek abban, hogy áttekintsük: egy adott kutatási protokoll megkísérelte-e minimalizálni a kutatás kockázatát?[84]

- van-e a kutatásnak nullhipotézise? (segít-e a kutatás megválaszolni az általa feltett kérdést?)
- jól meghatározottak-e a kutatási alanyok toborzása során a kizárási kritériumok?
- világosan és előre meghatározott-e, hogy a kutatás során hogyan lehet azonosítani a kontraindikációkat, s hogyan kell azokra reagálni?
- eléggé mentes-e a kutatás olyan ösztönzőktől (pl. ilyen a tételenkénti tevékenységfinanszírozás), melyek a kutatás által szigorúan megkövetelthez képest felesleges invazív beavatkozásokra késztetik a kutatót?
- megfelelő-e a tájékoztatás és a beleegyezés folyamata, különösen akkor, ha placebo-kontrollált randomizált kutatást végeznek?
- a kutatás előtt, alatt és lezárta után megfelelően figyelemmel fogják–e kísérni a kutatási alanyok egészségi állapotát?
- meg van-e szervezve az, hogy mi a teendő nemkívánatos események jelentkezésekor?
- vak illetve kettős vak kutatás esetén meg van-e oldva, hogy szükség esetén azonnal fel lehessen törni a kódot?
- meg van–e szervezve, hogy szükség esetén folyamatos orvosi (pszichológiai) kezelést illetve támogatást kapjon a beteg?

A kutatások kb. 1/3 része a minimális kockázatú kutatások csoportjába tartozik, s csak a pszichiátriai kutatások kb. 5%-a jár a minimálisnál nagyobb kockázattal.[85] Általában is, mint tévest el kell utasítanunk azt a régebben szinte közkeletűnek számító feltételezést, hogy kutatásban kutatási alanyként részt venni nagyon komoly veszélyekkel jár, s ezen veszélyek jelentős része nem is pontosam látható előre. Egy vizsgálat szerint pl. Humán I. fázisú gyógyszerkipróbálásban részt venni

körülbelül akkora kockázattal jár, mint titkárnői munkát végezni, s ez a kockázat kb. 1/7-e az ablaktisztító, s 1/9-e a bányász foglalkozási kockázatának.[86] A kockázat természetesen azért is kicsi, mert a kutatók pontosan ismerik a kutatással járó bizonytalanságokat, s annak tervezésekor igyekeznek minimalizálni azt.[87]
A legtöbb kutatás inkább kényelmetlenséget (pl. többlet időráfordítást) jelent az alanyok számára mint kockázatot. [88]

A kutatási módszerrel, a kutatás megtervezésével kapcsolatos etikai kérdések.

A placebo-kontroll használatával kapcsolatos etikai problémák

A probléma jelentkezése

A placebo-kontrollált kutatásokkal kapcsolatos etikai vita--noha már régóta ismert--új lendületet Rothman és Michels 1994-es, a New England Journal of Medicine-ben megjelent cikkével kapott, amelyben a szerzők arra hívták fel a figyelmet, hogy noha a Helsinki Deklaráció tiltja a placebo-kontrollos kutatásokat akkor, ha az adott betegség kezelésére bizonyítottan hatásos terápia is létezik, ilyen kutatások mégis világszerte és széleskörűen folynak, ami etikátlan. A szerzők ennek okát részben abban látták, hogy az USA-ban a Food and Drug Administration egy gyógyszer törzskönyvezése előtt megköveteli annak placebo-kontrollal bizonyított hatásosságának a bizonyítását.[89] Ezt követően éles vita kezdődött a placebo-kontrollos kutatásokkal kapcsolatban, s--az USA vezetésével--kampány indult a Helsinki Deklaráció olyan módosítására, mely megengedné--hatásos terápia létezése esetén is-- a placebo-kontrollal végzett kutatásokat. Ez a törekvés nem járt sikerrel. A Helsinki Deklaráció 2000. évi módosítása továbbra is fenntartja a placebo-kontrollos kutatás tilalmát bizonyítottan hatásos terápia létezése esetén. Előírja, hogy "Egy új eljárás előnyeit, kockázatait, terheit és hatásosságát a jelenlegi legjobb profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás eljárásokkal kell összehasonlítani." (29. pont) Az ezt követő nagyon komoly vita hatására a Deklarációt kibocsátó World Medical Association 2001-ben minden magyarázat nélkül egy tisztázó nyilatkozatot tett közzé, mely jelentős módosulást jelez a szervezet placebo-kontrollos kutatással kapcsolatos álláspontjával kapcsolatban. A nyilatkozat enyhít az addigi abszolút tiltáson, s a placebo-kontrollos kutatásokat megengedhetőnek nyilvánítja a következő két feltétel fennállása esetén:[90]

"(1) Amikor kényszerítő és tudományosan helyes metodológiai okokból következően annak használata szükséges egy profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás módszer hatásosságának vagy biztonságosságának a megállapításához.
(2) Amikor egy profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás módszert egy csekély megbetegedés kapcsán vizsgálnak, s a placebót kapó betegek nem lesznek kitéve komoly vagy irreverzibilis károsodás bármiféle többletkockázatának."

A placebo használatának különböző formái.

Új gyógyszer kutatás keretében történő kipróbálásakor a beteg által addig szedett gyógyszer adását rövid időre (általában 1 hétre) felfüggesztik, s azt placebóval helyettesítik, hogy az aktív szer kiürülhessen a szervezetből (washout). Erre több okból is szükség van. Így meg lehet bizonyosodni a beteg kezelés nélküli állapotáról. Ezáltal a kipróbálandó szer terápiás hatása nagyobb és könnyebben detektálható lesz. Az egy hetes megfigyelés a beteg által szedett egyéb szerek (pl. kábítószerek) kiürülését is lehetővé teszi, mely differenciáldiagnosztikailag segít pl. szkizofréniakutatásoknál az akut intoxikációs pszichózistól való elkülönítésben. További érv, hogy az előző gyógyszer kiürülése révén elkerülhetők a zavaró gyógyszer-interakciók. A rövid, egy hetes bevezető placebo-adással kiszűrhetők a placebo-responderek is.[91] Az aktív gyógyszerelés abbahagyásával azonban az addig kompenzált állapotban levő beteg tünetei ismét fellángolhatnak, szenvedései növekedhetnek vagy visszatérhetnek.[92] Ezért pl. szkizofréniakutatásoknál orálisan szedett antipszichotikum esetén legfeljebb 1 hetes, depot-antipszichotikumok esetén legfeljebb 1 hónapos aktív gyógyszermentes időszakot tartanak elfogadhatónak, mely idő a valóságban általában nem elegendő a beteg által szedett előző gyógyszernek a szervezetből való teljes kiürüléséhez.[93] Hosszabb kezelésmentes periódus azonban etikai okokból nem vállalható.

A placebo használata elleni érvek.

A placebo-kontrollos kutatásokat elsősorban azért szoktak etikai szempontból kritizálni, mert így beteg emberek, akiknek a kezelésére létezne hatásos terápia, a kutatás ideje alatt hatásos kezelés nélkül maradnak. A hatásos kezelés mai definíciója ugyanis éppen az, hogy egy kezelés (gyógyszer) akkor hatásos, ha hatásosabb, mint a placebo. Nem elfogadható—szól az érvelés—hogy betegek a kutatás relatíve hosszú idején át hatásos kezelés nélkül maradjanak, s így olyan komoly egészségkárosodás veszélyének legyenek kitéve, mely kezeléssel egyébként elkerülhető lenne. Még abban az esetben is, ha a nem-kezelés nem jár komoly testi károsodás vagy esetleg a halál veszélyével, nem elfogadható, hogy betegek olyan szenvedéseket, fájdalmakat éljenek át, melyek hatásos kezeléssel megszüntethetők vagy csökkenthetők lennének. Az orvosnak fennáll a terápiás kötelessége a kutatásba bevont betegeivel szemben is, s nem hagyhatja őket kezelés nélkül. Az, hogy az orvos a betegét kutatásba vonja be, nem hatalmazza fel őt arra, hogy az általánosan elfogadottnál sokkal alacsonyabb színvonalú kezelést nyújtson neki. Az orvosnak a betegeket--akár kutatási alanyok, akár nem--egyforma gondossággal kell ellátnia. A medicinában nincs kétféle standard, egy magasabb a kutatásban részt nem vevő betegek ellátására, és egy alacsonyabb, a kutatásban részt vevő betegek számára. Ez mind etikailag, mind jogilag abszurd lenne.[94] A kétfajta standard ugyanis a gyakorlatban azt jelentené, hogy a kutatónak jogában állna a kutatásba bevont betegeket az elfogadott szakmai standard alatt kezelni. Ezt azonban a jogban gondatlanságnak nevezik. Az orvos jogilag ugyanolyan szigorú, vagy esetleg még szigorúbb felelősséggel tartozik a kutatási alanyok egészségéért, mint a nem kutató klinikus.[95] A beteg akkor, amikor beleegyezik a kutatásban való részvételbe, nem mond le az optimális orvosi ellátáshoz való jogáról. Ha a kutatásba való beleegyezés ezt jelentené, akkor ezt fel kellene tüntetni a tájékoztató nyomtatványon, s ekkor racionális beteg soha nem egyezne bele kutatásba.[96]

Látni kell azonban, hogy az esetleg hatástalan kezelés problémája nemcsak placebo-kontrollos kutatások esetén merül fel, hanem minden más olyan kutatás esetén is, melyek nem un. „add on" protokoll szerint történnek. (Ilyenkor a kísérleti csoport a standard terápia mellé „ráadásként" kapja az új, kipróbálni kívánt szert, míg a kontroll csoport a standard terápia mellé „ráadásként" placebót kap.) Egy kipróbálni kívánt új eljárás, gyógyszer ugyanis éppen azért lesz kutatás tárgya, mert hatásosságára még nincs meggyőző bizonyíték. Szerencsés esetben a kutatás során az új szer vagy eljárás hatásossága bebizonyosodik. Előfordulhat azonban, hogy az bizonyosodik be, hogy az új szer nem hatásos. Ez azt jelenti, hogy a kutatás során az új szert kapók hatásos kezelés nélkül maradtak. Egy kutatás során tehát mindenképpen jelentkezik az a kockázat—akár az új kezelésben részesül valaki, akár placebo-kezelésben—hogy hatástalan kezelést fog kapni. Ez nagyon sok kutatás inherens kockázata. A placebo-kontrollos kutatások azonban a fentiekhez képes azért jelentenek többlet etikai problémát, mert új, kipróbálás alatt levő eljárás, gyógyszer esetén az orvos bizonytalan abban, hogy az hatásos-e, de annak hatásosságára általában már vannak előzetes, ígéretes adatok, míg placebo esetén az orvos biztos abban, hogy hatástalan kezelést ad a betegnek, Ez utóbbi pedig—súlyosabb betegség, s létező hatásos kezelés esetén--elfogadhatatlan.
Metodológiai érv a placebo-kontrollált kettős vak próbákkal szemben, hogy ilyen kutatási elrendezésnél nagyon nehéz biztosítani, hogy a kutatás valóban vak legyen, vagyis se a betegek, se a kutatók ne találhassák ki, hogy ki részesül aktív kezelésben és ki placebóban. Ezért ma--gyakran figyelmen kívül hagyott--követelmény, hogy a kutatásokról szóló beszámolók, publikációk mindig térjenek ki arra, hogyan vizsgálták, hogy a próba "vakságát" fenn lehetett-e tartani, vagyis a próba valóban vak volt-e?[97]
További érv a placebo-kontrollos kutatás ellen, hogy vannak területek, ahol általában ezt nem használják, hanem aktív kontrollt alkalmaznak. Például az infektológiában és az onkológiában széles körben elfogadott, hogy a placebo-kontroll bizonyítottan hatásos alternatíva létezése esetén etikátlan lenne, s ezért ilyenkor aktív kontrollt kell használni. Ha tehát a placebo-kontroll metodológiailag valóban szükséges lenne a tudományosan megbízható kutatáshoz, akkor ebből az következnék, hogy az infektológiában és az onkológiában tudományosan kevésbé megbízható kezeléseket fogadnak el. Mivel azonban az onkológia és az infektológia is magas szintű tudomány, ezért ebből az következik, hogy az aktív kontrollos kutatás is képes tudományosan megbízható eredményeket nyújtani. S az onkológia illetve az infektológia példája azt is bizonyítja, hogy mégha a placebo használata tűnik metodológiailag a legjobb kutatási elrendezésnek, etikai okokból sokszor mégsem elfogadható, s enélkül is lehet tudományosan megbízható ismereteket szerezni.[98]

A placebo-kontrollos kísérletek melletti tudományos érvek.

Ma a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérleteknél (RKK) a placebo-kontrollált kettős vak próba jelenti a tudományosan legkorrektebb kutatási formát. A mai álláspont szerint új orvosi eljárás, gyógyszer hatékonyságát annak elterjedése előtt mindig placebo-kontrollált kutatással kell bizonyítani. Az orvostudomány története arra tanít, hogy számos orvosi eljárás, melyet a szakmai közvélemény hatásosnak

fogadott el, s széles körben alkalmazott, utóbb, placebo-kontrollált kutatás során megvizsgálva hatástalannak, vagy sok esetben egyenesen ártalmasnak bizonyult. Így--mégha igaz is az a tétel, hogy bizonyítottan hatékony kezelés helyett nem szabad placebót alkalmazni--ez csak abban az esetben igaz, ha a kezelés hatékonyságára valódi (placebo-kontrollált) bizonyíték van. Mivel etikátlan tudományosan nem bizonyított, noha személyes meggyőződés szerint hatékony terápiát alkalmazni, ezért a placebo-kontrollált kutatások végzése egyenesen etikai kötelesség akkor, amikor nincs bizonyítottan hatékony terápiás alternatíva.[99]
Ma egy gyógyszer piacra juttatása előtt az engedélyező hatóságok általában megkövetelik a gyógyszer hatásosságának tudományos bizonyítását, ezt pedig leginkább placebo-kontroll alkalmazásával lehet elérni. Ha ugyanis egy gyógyszer hatásosabb, mint a placebo, akkor ez hatásosságának tudományos bizonyítéka.[100]
A placebo használatának pártolói amellett érvelnek, hogy az új, kipróbálandó kezelést azért nem elégséges a már bizonyítottan hatásos terápiával összehasonlítani (ez az un. aktív kontroll), mert—mivel a kettő közötti hatásbeli különbség valószínűleg kisebb lesz, mint a placebo és az új, hatásos terápia közötti különbség--ezért aktív kontroll esetén a hatásosság kimutatására az elemszámot növelni kell, vagyis a kutatásba több alanyt kell bevonni. A placebo-kontrollos kísérlet elégséges szenzitivitása viszont már kisebb elemszámmal is biztosítható. Ez egyben kevesebb kutatási alany veszélyeztetését is jelenti, s az szintén etikai követelmény, hogy a kutatásba a szükséges legkisebb számú személyt vonjanak be, ami biostatisztikailag még megbízható eredményt ad. Máig eldöntetlen vita, hogy az elemszám növelése tudományosan kiküszöbölhetővé teszi-e a placebo alkalmazását. [101] Mivel placebo-kontrollal a kutatás kevesebb személy bevonásával és gyorsabban elvégezhető, a kutatási eredmények is korábban lesznek felhasználhatók, vagyis mindenkit korábban lehet a hatásosnak bizonyuló kezelésben részesíteni. Így tehát több ember és gyorsabban részesülhet hatásos kezelésben—szól az érvelés—mintha a kutatást placebo helyett aktív kontrollal végeznék.[102]
Metodológiai okokból még aktív-kontrollos kutatás esetén is javasolni szokták egy placebo-csoport képzését a kutatás keretében. Ennek oka az, hogy ha az új szert kipróbáló kísérleti csoport és az aktív-kontroll csoport között a kutatás során nem lesz szignifikáns különbség a javulásban, akkor placebo nélkül ekkor még mindig nem lehet majd eldönteni, hogy mindkét terápia egyformán hatásos volt-e, vagy mindkettő egyformán hatástalan. Ez csak a placebo-kontroll beiktatásával lesz egyértelmű.[103] Ez azért van így, mert ha egy standard kezelés bizonyítottan hatásosabb is mint a placebo, előfordulhat, hogy egy bizonyos mintán nem hatásosabb. Így nem lehet azzal érvelni, hogy az aktív kontroll hatásossága egy korábbi kutatásban placebóval szemben már bebizonyosodott, s így elegendő a jelenlegi kutatásban már csak az aktív kontrollhoz hasonlítani a kísérleti terápiát.[104]
A placebo melletti alapvető érv tehát az, hogy tudományosan megbízható kutatás csak placebo-kontrollal végezhető. Az is alapvető kutatásetikai elv, hogy a tudományosan nem korrekt kutatás egyben etikátlan is, hiszen alkalmatlan általánosítható tudás szerzésére, s így ez a kutatási alanyok indokolatlan, haszon nélküli veszélyeztetését jelentené. Ezen alapelvek alapján azonban az a paradoxon lenne felállítható, hogy a placebo-kontrollos kutatás is etikátlan, mert azt jelenti, hogy az egyik csoport nem jut hatásos kezeléshez, s a placebo-kontroll nélküli (aktív

kontrollos) kísérlet is az a tudományosan nem korrekt tervezése miatt. Eszerint tehát lehetetlen lenne etikailag korrekt módon kutatást végezni.
Ezt a paradoxont jól tükrözi a Helsinki Deklaráció 2000 évi módosítását megelőző heves nemzetközi vita, majd a Deklaráció elfogadása utáni pontosítások.

A Helsinki Deklaráció 2000. évi változatával kapcsolatos viták

Már a Helsinki Deklaráció 2000. évi változatának előkészítése előtt intenzív etikai viták folytak, s ezek az elfogadást követően sem fejeződtek be, hanem sok esetben a nemzetközi politika szintjére emelkedtek. A Deklaráció--főleg a placebo-kontroll megengedhetősége tekintetében--igen szigorú álláspontot foglal el, s hatásos kezelés esetén a placebo-kontrollos kutatás tiltásával egyértelműen a kutatási alany érdekének az elsődlegességét védi a tudományosan egyértelmű válaszokat szolgáltató kutatásokkal szemben. Ez váltotta ki a vitát, melyben az USA--hivatalos kormánydelegációk által képviselt állásfoglalások formájában is--a placebo-kontrollos kutatások szélesebbkörű elfogadhatósága mellett szállt síkra, mint ahogyan azt a Deklaráció megengedi. Az USA hatósága, a Food and Drug Adminstration--noha az USA Orvosszövetsége szintén aláírta a Deklarációt--azt az álláspontot képviselte, hogy új gyógyszert mindig placebo-kontrollált kutatás keretében kell kipróbálni, kivéve, ha a hatásos terápia megvonása a kutatási alany halálát illetve maradandó károsodását okozná.[105]
Az új Deklaráció 29. paragrafusa azt követeli, hogy egy új eljárást mindig a létező legjobb eljárással kell összehasonlítani, s placebo-kontroll csak akkor alkalmazható, ha az adott betegségre nincs elfogadottan hatásos kezelés. A jelenlegi nemzetközi kutatási gyakorlat ezzel szemben az, hogy gyakran alkalmaznak placebo-kontrollt olyan esetben is, mikor a betegségnek van hatásos terápiája, de a placebo alkalmazása az alanyok számára csak minimális kockázatot jelent, s annak alkalmazásába az alanyok szabadon beleegyeztek.[106] Ez--az USA álláspontja szerint--ütközik ugyan a Deklaráció 29. paragrafusával, összhangban van viszont a Deklaráció 11. paragrafusával, mely szerint minden kutatást a tudomány elfogadott alapelvei szerint kell elvégezni. Mivel az aktív kontroll alkalmazása sok esetben nem ad tudományosan ugyanolyan megbízható eredményt, mint a placebo-kontroll alkalmazása, ezért az a paradoxon áll elő, hogy vagy a Deklaráció 29. paragrafusát tartjuk be, s ekkor vétünk a 11. paragrafus ellen, vagy a 11. paragrafusát s ekkor vétünk a 29. paragrafus ellen.[107]
Más azonban ezt az érvelést elfogadhatatlannak tartja, s alapvetően “kapitalista” indokokat lát mögötte. A placebo alkalmazása az aktív kontrollal szemben ugyanis a gyógyszerkipróbálásokat gyorsabbá és olcsóbbá teszi, vagyis--e szerint az álláspont szerint--alapvetően üzleti és nem tudományos érdekek szólnak az aktív-kontroll helyett a placebo-kontroll alkalmazása mellett.[108] A vitának ezt az ágát majd a profit orientált kutatások etikai problémáinak tárgyalása során ismertetem.
A placebo-használat tilalmát illető kritika szerint a 29. paragrafus ellentétben áll a 19. paragrafussal is, mely előírja, hogy a kutatásnak ama közösség egészségügyi igényeire kell reagálnia, melyben azt végzik, vagyis annak eredményeiből az adott közösségnek potenciálisan haszna kell legyen a kutatás etikussága esetén. A 29. paragrafus azonban nem tesz lehetővé olyan fontos kutatásokat, melyek egy szegény ország érdekében állnának. Ha például egy gazdag ország számára

rendelkezésre áll egy betegség ellen olyan hatásos kezelés (“A”), melyet egy szegényebb ország nem engedhet meg magának, s a közeljövőben előreláthatólag anyagilag az nem is lesz megengedhető, viszont létezik egy olyan ígéretes és sokkal olcsóbb kezelés is (“B”), mely hatásossága esetén az adott szegényebb ország számára megengedhető lenne, akkor a szegény ország számára nem az a releváns kérdésfeltevés, hogy B kezelés hatásosabb-e vagy legalábbis egyenértékű-e A-val, hanem az, hogy B kezelés hatásos-e egyáltalán. Ha igen, akkor--mégha esetleg kevésbé hatásos is, mint A--olcsósága és ezért széleskörű bevezethetősége miatt népegészségügyi szempontból a szegény ország számára B kezelés hatásosságának megállapítása nagy jelentőséggel bír. A szegény országban a releváns kérdésfeltevés úgy szól, hogy az új, ígéretes kezelés (B) jobb-e, mint az adott országban addig elérhető legjobb kezelés, ami sok esetben egyszerűen a nem-kezelést jelenti. Egy szegényebb országban tehát--ahol eddig az adott betegség ellen semmiféle kezelés nem volt elérhető--indokolt a B kezelést placebo-kontrollal összehasonlítani, melyet azonban a Deklaráció 29. paragrafusa nem tenne lehetővé, hiszen az adott betegség esetén létezik hatásos kezelés (A).[109] Az USA részvételével tehát ilyen nemzetközi kutatás nem folyhatna, mely elfogadhatatlan következménye a Deklaráció 29. paragrafusának.

A hatásos kezelés létezése esetén a placebo-kontrollt tiltó Helsinki Deklarációt bírálta az Orvosi Termékeket Értékelő Európai Hivatal (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products= EMEA) is[110]. A placebo-probléma kiküszöbölésére végzett aktív kontroll vizsgálatoknak ugyanis két formájuk van[111]:

- szuperioritási vizsgálat: itt az a hipotézis, hogy az új gyógyszer hatásosabb, mint az aktív kontroll
- ekvivalencia (non-inferioritási) vizsgálat: itt az a hipotézis, hogy az új gyógyszer egyenlő hatású (nem-rosszabb hatású), mint az aktív kontroll.

A Hivatal álláspontja szerint azonban az új, kipróbálandó szert az aktív kontrollal összehasonlító ekvivalencia vizsgálatok--természetükből adódóan--szükségszerűen kevésbé megbízhatóak, mint az új szert placebóval vagy aktív kontrollal összehasonlító szuperioritási vizsgálatok. Így új szer kipróbálása esetén a szuperioritási vizsgálat elengedhetetlen tudományos követelmény. Ha azonban a szuperioritási vizsgálatban az új szert nem placebóval, hanem aktív kontrollal hasonlítják össze, akkor ez azt jelenti, hogy egy új szernek mindig hatékonyabbnak kellene lennie a már ismert hatásos terápiánál, hogy elfogadhatónak számítson. Ez azonban túl szigorú követelmény, hiszen sokszor már az is haladást jelent, ha egy új szer nem hatásosabb ugyan egy bevált réginél, azonban annál biztonságosabb, pl. kedvezőbb mellékhatás-profillal rendelkezik.[112] A Hivatal szerint ezért a placebo alkalmazása tudományos okokból elkerülhetetlen, s inkább az ezzel okozott kár minimalizálására kellene törekedni. Ez pedig az alanyok--illetve törvényes képviselőik--megfelelő tájékoztatásával, a kutatásból való kilépés bármely időpontban való lehetővé tételével s ekkor hatásos kezelés biztosításával érhető el, s azzal, hogy a placebót úgy alkalmazzák, hogy az ne járjon irreverzibilis kár okozásának kockázatával a kutatási alanyok számára.[113]

A placebo-kontrollos kutatás végzésének a megtiltása azokban az esetekben, amikor hatásos terápia áll rendelkezésre, lehetetlenné tenné, hogy tudományosan megbízható információkhoz jussunk új orvosi termékekkel kapcsolatban. Mivel új orvosi termékekre és új terápiás alternatívák kifejlesztésére a továbbiakban is

szükségünk van, ezért a placebo-kontrollos kutatások végzése--a fenti feltételekkel--a Hivatal álláspontja szerint szükséges. Enélkül ugyanis nem megfelelő tudományos bizonyítékok alapján döntenének új termékek piacra kerülésének az engedélyezéséről vagy eme engedély megtagadásáról, s ez népegészségügyi szempontból komoly kárt jelentene.[114]

Kísérletek a placebo-probléma megoldására

Számos kísérlet született a placebo-probléma megoldására. Az egyik olyan kutatási terv alkalmazása, mely csökkenti a placebóban részesülő betegek számát. Ez sem teszi nélkülözhetővé ugyan a placebo alkalmazását, de az abban részt vevő betegek számát minimalizálja.
A másik megoldás a kutatás olyan módon való kivitelezése, hogy kezdetben a kutatásban résztvevő összes beteg aktív kezelést kap, míg egy előre meghatározott javulási szintet el nem érnek, majd ezt követően random módon, kettős vak próbában a betegek egy részénél megvonják az aktív kezelést. Itt a kutatás tervezése garantálja, hogy csak jó állapotban levő betegtől vonják meg az aktív kezelést, s az--ha a rosszabbodás egy bizonyos szintet meghalad—azonnal ismét újra alkalmazható. [115]
A placebót feleslegessé tenni törekvő másik kísérleti elrendezés akkor használható, amikor ismerjük az aktív kezelés dózis-hatás görbéjét. Ilyenkor ugyanis az aktív kezelést az egyik csoportban alacsony, szubterápiás dózisban alkalmazzák egy RKK keretében. Ha ez az alacsony dózis mégis nagyobb százalékban gyakorol pozitív hatást a betegekre, mint amilyenben a placebo gyakorolna, akkor—szól az érvelés—ez a csoport bizonyos értelemben rosszabbul járt ugyan, mintha az aktív kezelést terápiás dózisban kapta volna, de jobban is járt, mert bizonyos dózisfüggő mellékhatások is kisebb százalékban jelentkeztek.[116]
Ez az érvelés azonban megkerüli a problémát. Minden aktív szer ugyanis előnyös és hátrányos hatással egyaránt rendelkezik, s akkor használható, ha előnyös hatása jelentősen felülmúlja a hátrányos hatását. A fenti aktív szer esetén tehát, ha azt szubterápiás, de a placebónál nagyobb százalékban pozitív hatást gyakorló dózisban alkalmazzák, akkor az aktív szer megfelelő haszon/ kár aránya esetén több hasznot veszít a beteg, mint amennyi kártól megmenekül. Így a placebo-kontroll problémáját elvileg ez a kísérleti elrendezés sem oldja meg: rosszabbul járnak így is azok a betegek, akik szubterápiás dózisban kapják a hatásos szert, mintha terápiás dózisban kapták volna.
Látható tehát, hogy ezek a kutatási elrendezések sem oldják meg elvileg a placebo-problémát, csak annak a betegekre háruló terheit csökkentik.

Néhány elv a placebo-kontrollos kutatásokkal kapcsolatban.

Konszenzusnak tekinthető, hogy etikailag elfogadhatatlan placebo-kontrollált kísérletet végezni olyan betegség fennállása esetén, melyre létezik hatásos kezelés, s mely kezelés nélkül életet veszélyeztető vagy irreverzibilis károsodás kialakulásával fenyeget. Ez még abban az esetben is igaz, ha a fenti betegségnek nincs elfogadott hatásos kezelése. Ugyanis ilyenkor is azt kell mondani, hogy a

placebo-kezelés---definíciószerűen—*biztosan* hatástalan, míg az új, még nem bizonyított hatású gyógyszer csak *lehet*, hogy hatástalan. Ígéretes gyógyszer esetén tehát—életet veszélyeztető, “halálos” betegség esetén placebo-kontroll nélkül minden betegnek fel kell ajánlani az új, ígéretes kezelés lehetőségét, hiszen jobb választásuk nincs: nincs elfogadott hatásos kezelés.[117] Kinek jutna eszébe például a ma 100%-ban halásos lyssa (veszettség) esetén placebokontrollált kutatást végezni egy olyan új szer kipróbálására, mely a lyssás beteg hatásos kezelésével kecsegtetne. Mit veszíthet a beteg, ha az új szert kapja? Itt néhány megmentett beteg is bizonyíték lenne a hatásosságra, s a placebokontrollált kutatás etikátlan lenne.[118] Akkor is etikátlan a placebo adása, ha a súlyos szenvedésekkel járó betegség tüneteinek az enyhítésére van lehetőség. (pl. skizofrénia, súlyos depresszió). Ilyenkor pontosan azért etikátlan placebót adni, mert a kutatás keretein kívül minden szakmailag jól felkészült orvos ilyen esetben hatásos gyógyszert adna a betegnek, s az orvos nem szűnik meg orvosnak lenni azért, mert betegét egy kutatásba vonta be. Ilyen esetben tehát nem teheti meg, hogy figyelmen kívül hagyja terápiás kötelességét.[119]
Általános elvként az is megfogalmazható, hogy minél kevésbé súlyos egy betegség, illetve minél kisebb a hatásos terápia fölénye a placebóhoz képest, tudományosan annál indokoltabb, etikailag pedig annál megengedhetőbb placebokontrollált kutatást végezni. Ki kifogásolná etikailag például azt, hogy placebo-kontrollos kutatást végezzenek egy új, ígéretes szerrel kapcsolatban allergiás rhinitis terápiájára? Noha allergiás rhinitis ellen létezik hatásos kezelés, s a placebót kapó betegek így némi többlet kellemetlenséget élnek át a kutatás rövid ideje alatt, ez azonban egészségüket nem veszélyezteti, s sok ember a rhinitises tüneteket olyan enyhének találja, hogy a mindennapi (kutatáson kívüli) életben nem is kér rá kezelést.[120]
Ezt figyelembe véve, s egyben elvnek tekintve egy kanadai etikai testület megfogalmazása szerint a placebo-kontroll csak akkor alkalmazható kutatás során, ha "..a betegek a standard terápiát tájékozottan visszautasították, s olyan csekély elváltozásban szenvednek, melyben a betegek általában vissza szokták utasítani a kezelést, s a terápia visszautasítása nem vezet túlzott szenvedéshez illetve irreverzibilis károsodás bármilyen lehetőségéhez." [121]
Ha a placebo használata a betegeknek nem okoz kárt, legfeljebb csak kényelmetlenséget, vagy a hatásos kezelés csak csekély előnyt biztosít a placebóhoz képest, akkor a placebo használata--a beteg tájékozott beleegyezésével-- etikailag elfogadható.[122] A pszichiátriai betegségek jelentős része kielégíti ezt a két kritériumot. Pl. még akut szkizofrénia esetén is az így diagnosztizált betegek 30-40%-a placebo hatására javulást mutat.[123] A nem-pszichotikus egyéb zavarokra, pl. az enyhe szorongásos és depressziós zavarok többségére is igaz, hogy a ma létező standard gyógyszerek fölénye a placebóval szemben elég kicsi ahhoz, hogy az új szerek placebóval való összehasonlítását tudományosan indokolttá és etikailag elfogadhatóvá tegyék.[124]
Az a feltétel is teljesül, hogy ezekkel a tünetekkel sok beteg nem fordul orvoshoz, nem is mindig tekinti azt betegségnek.
Természetesen még enyhe tünetek esetén is igaz, hogy a placebo-kontrollos kutatás csak akkor elfogadható, ha a kutatás során megfelelő biztonsági intézkedéseket foganatosítanak. Ezek közé tartozik, hogy a betegek állapotát folyamatosan

monitorozzák, a placebót csak rövid ideig alkalmazzák, továbbá az alanyt azonnal kiléptetik a kutatásból, s standard terápiát alkalmaznak nála, mihelyt állapota rosszabbodik. S természetesen feltétel a beteg tájékozott beleegyezése is.[125]
Placebo-kontrollra általában olyan betegségek kutatása során van szükség, melyek hullámzó lefolyásúak, periodikusan romlásra, javulásra és spontán remisszióra hajlamosak, s így el kell különíteni a kipróbálandó gyógyszer hatását az esetleges spontán remisszióétól. [126]
A placebo alkalmazása a következő esetekben tekinthető etikailag egyértelműen problémamentesnek[127]:

- a terápiarezisztens betegeknél
- amikor a placebót hozzáadják egy aktív terápiához a kontroll csoportban és kísérleti terápiához a kísérleti csoportban, (add on vizsgálatok) s a két csoport közti különbséget mérik. Itt egyik csoport sem marad hatásosnak tekintett kezelés nélkül.

A placebo-kontroll alkalmazásának kérdései konkrét pszichiátriai betegségkategóriáknál.

Az alábbiakban csak a gyógyszerek placebo-kontrollal szembeni kipróbálásának etikai kérdéseit vizsgálom. Pszichoterápia esetén placebo-kontroll nem lehetséges, mert nem lehet tudni, hogy a pszichoterápiának pontosan mely eleme, mely komponense hatékony, tehát nem lehet tudni, hogy a pszichoterápia mely részeinek elhagyása teszi azt placebo-terápiává.[128]

Szkizofrénia: Mivel az antipszichotikumok tartós alkalmazása jól dokumentáltan csökkenti mind a szkizofrén relapszusok gyakoriságát mind azok súlyosságát, ezért szkizofrén betegek placebo-kontrollos fenntartó kezelése kutatás keretében etikailag nem elfogadható. Ez alól csak a szkizofrénia első epizódja jelent kivételt, ami után a hosszú távú antipszichotikus kezelés előnyei még nem tekinthetők bizonyítottnak.[129]
Új gyógyszer kísérletes kipróbálása előtt a régi leállítása az addig szedett szer "kimosódásának" az elérése céljából standard gyakorlat. Ez alatt az időszak alatt sokszor placebót kap a beteg. Ez az időszak azonban orálisan szedett antipszichotikumnál--mint láttuk--nem haladhatja meg az 1 hetet. Ennél hosszabb aktív gyógyszermentes periódus etikailag azért nem elfogadható, mert megnövekszik a beteg visszaesésének veszélye, mely--még ha rövid időtartamra korlátozódik is--a betegnek hosszú távú hátrányokat okozhat. Például egy alkalmazásban levő szkizofrén beteg tünetei kiújulása esetén elveszítheti munkáját, s ez akkor is hosszú-távú hátrány a számára, ha tünetei kiújulása esetén azonnal kezelést kap, s gyorsan kompenzált állapotba kerül.[130] Még a rövid, 1 hetes aktív kezelés nélküli periódus is csak olyan betegeknél vállalható, akiknél az anamnézisben nem szerepel heteroagresszív vagy autoagresszív cselekmény. A rövid, aktív gyógyszermentes periódusban a betegek szoros megfigyelése szükséges , hogy relapszus esetén azonnali kezelés legyen elkezdhető.[131]

Gyógyszerkipróbálás esetén aktív kontrollként általában haloperidolt szoktak használni, melynek antipszichotikus hatása jól bizonyított. [132]
Add-on szkizofrénia-kutatásban placebo-kontrollt--a standard kezelés kiegészítőjeként-- a szkizofrénia olyan specifikus tünetei mérséklésére szoktak használni (pl. negatív tünetek, kognitív komponensek, stb.), melyek ellen ma még nincs bizonyítottan hatásos kezelés. Így ilyenkor az egyik csoport a standard kezelés mellé a kipróbálandó új, adjuváns kezelést kapja, a másik csoport adjuváns kezelésként placebót.[133] Mivel a szkizofrénia említett tüneteire ma még nincs bizonyítottan hatásos kezelés, így ilyenkor a placebo adjuváns alkalmazása etikailag elfogadható.

Bipoláris zavar:
Ha egy beteg fenntartó kezelésben részesül és kompenzált állapotban van, akkor a kutatás keretében a fenntartó kezelés megszüntetése nehezen indokolható. Ez ugyanis azzal a veszéllyel jár, hogy bipoláris zavarának mániás vagy depressziós epizódja ismét kiújul, s ilyenkor nem biztos, hogy a már korábban hatásos gyógyszer ismételt alkalmazása ugyanolyan jó terápiás hatású lesz, mint amilyen korábban volt.[134] Gyógyszerelvonásra kutatás keretében csak akkor kerülhet sor, ha az elvonandó gyógyszer nem biztosított stabil állapotot a beteg számára. Ilyenkor is -- ambuláns körülmények között-- csak akkor szabad a korábban beállított gyógyszert elvonni, ha a beteg családban él illetve egyéb módon támogató környezet veszi körül. Ez ugyanis biztosítja, hogy a beteg rosszabbodásának már korai jeleit észreveszik, s így azonnali kezelésben részesülhet.[135]
Mánia: Mánia esetén többféle hatékony kezelés lehetséges. Ezért akut mánia esetén ugyanúgy csak egy rövid ideig tartó gyógyszerelvonás engedhető meg az új gyógyszer adagolás előtt, mint szkizofrénia esetén. Célszerű a régi gyógyszert lassan elvonni, s még a teljes leállítás előtt az új, kipróbálandó szer adagolását elkezdeni. (ez az un. kereszt-titrálás)[136] Itt is a kutatás elkezdése előtt pontosan rögzíteni kell, hogy egy bizonyos időn belül milyen mértékű rosszabbodás vagy a várt javulás milyen mértékű elmaradása esetén kell a beteget a gyógyszerkipróbálásból kiemelni, s kipróbált hatékony kezelésben részesíteni.[137]
Depresszió: Mivel a súlyos (pszichotikus) depresszió a betegnek nagyon komoly szenvedést okoz, s depresszió ellen ma hatásos terápia létezik, ezért súlyos depresszióban placebót adni etikátlan. Etikátlan ilyenkor placebót adni azért is, mert a súlyos depresszióban fennálló siucidium veszély—mely hatásos kezeléssel csökkenthető—a hatásos kezelés megvonását vagy el sem kezdését önmagában is etikátlanná teszi. Placebo adása legfeljebb a depresszió enyhe formáiban tűnik elfogadhatónak.[138] Emellett nemcsak etikai, hanem tudományos-metodológiai érvek is szólnak. Súlyos depresszió esetén ugyanis a placebo-responder betegek aránya 20% alatt van, így itt a placebo-kontrolltól metodológiailag is könnyebb eltekinteni.[139] Ezzel szemben nem-pszichotikus major depresszió esetén a placebo-responderek aránya 25-35%, szemben az antidepresszánsokra javulók 50-55%-ával. Több nem-publikált vizsgálat nem is talált különbséget nem-pszichotikus major depresszió esetén a placebo és az antidepresszánsok hatása között. Ilyenkor tehát tudományosan és etikailag is jobban indokolható a placebo-kontroll alkalmazása, hiszen e nélkül nagy esélye van annak, hogy nem hatásos gyógyszert fogadnak el hatásos antidepresszánsként.[140]

Jól beállított fenntartó antidepresszáns terápia az ismétlődő depresszió visszatérésének esélyét csökkenti. Mivel azonban a depresszió hosszú évek múlva is kiújulhat, a betegek pedig általában nem szedik élethossziglan az antidepresszánst, ezért az ilyen gyógyszerelés elvonása kutatás keretében viszonylag csekélyebb többletkockázattal jár. Egy kiújuló depresszió azonban súlyos károkat okozhat a betegnek (válás, munkahely elvesztése) ezért gyógyszerelvonással járó kutatás csak a beteg szoros megfigyelésével, a kezdődő depresszió korai jeleinek időbeni detektálása biztosításával tűnik indokoltnak.[141]
Meg kell jegyezni, hogy a szakirodalomban van olyan vélemény is, mely depresszió esetén nem a placebo-kontrollt tartja etikailag problematikusnak, hanem a modern, SSRI-típusú antidepresszánsokkal való kezelést. Eme álláspont szerint ugyanis az SSRI típusú antidepresszívumok--gyógyszerfajtától függően--háromszorosára, vagy még ennél is nagyobb mértékben növelik a depressziós betegek suicid kockázatát a nem-kezeltekhez vagy a placebóval kezeltekhez képes. Eme—ma kisebbségi--vélemény szerint a mai pszichotrop gyógyszerekkel kapcsolatos kutatás nagy része alapvetően üzleti-piacra jutási és nem tudományos célokat szolgál, az így keletkező nyers adatok magántulajdonnak számítanak és nem hozzáférhetőek. Így eme vélemény szerint nem az antidepresszívumokkal végzett placebo-kontrollos kutatást kellene etikailag megindokolni, hanem a ma használt antidepresszívumokkal kapcsolatos kezelési protokollokat.[142] Eme vita hazánkban is elkezdődött, s immár kiterjedt irodalma van.[143] [144] [145] [146] [147]

Szorongásos zavarok.
Itt is azt az elvet lehet követni, hogy azoknál a betegségformáknál, amelyeknél a placebo-responderek százalékos aránya magas, metodológiailag és etikailag is jobban indokolható a placebo használata, mint azoknál, ahol a placebo-responderek aránya alacsony. Alacsony a placebo-responderek aránya obszesszív--kompulzív zavarban és szociális fóbiában, míg relatíve magas pánikbetegségben és generalizált szorongásos zavarban.[148]

A „jelenlegi legjobb eljárás" értelmezésével kapcsolatos vita.

Mint láttuk, a Helsinki Deklaráció 2000. évi változatának 29. pontja előírja, hogy egy új eljárást mindig a jelenlegi legjobb eljárással kell a kutatás során összehasonlítani. Ez tehát azt jelentené, hogy minden országban és minden kutatás során a kontrollcsoportban levő betegek számára a világon elérhető legjobb ellátást kellene biztosítani. A kritikusok szerint azonban ez túl szigorú standard, s etikailag elfogadható, ha bizonyos körülmények között a kontrolcsoport tagjainak kevesebbet biztosítanak, mint a világon létező lehetséges legjobb ellátás.[149]
Az egyik kivétel ez alól az—mint láttuk—ha egy szegény ország egy olyan új gyógyszert akar kipróbálni (esetleg egy gazdagabb szponzorálásával), mely rosszabbnak tűnik ugyan, mint az adott betegség kezelésére a világon elérhető legjobb szer, de olcsósága miatt megvan a remény rá, hogy általánosan elérhető lesz a szegényebb országban. Ebben az esetben ugyanis a szegény ország számára a releváns tudományos kérdés nem az, hogy az új gyógyszer jobb-e mint a világon jelenleg létező legjobb, hanem az: jobb-e az új gyógyszer, mint az adott szegényebb országban általánosan elérhető legjobb? S ez utóbbi általában

kevesebbet jelent mint a világon elérhető legjobb kezelés. Szegényebb országban végzett kutatás során tehát bizonyos esetekben a Helsinki Deklaráció 29. pontja úgy módosulhat, hogy nem a világon elérhető legjobb kezelést kell megkapnia a kontrollcsoportnak, hanem az adott országban elérhető legjobb kezelést. Ez az UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) követelménye.[150] A Nuffield Council on Bioethics állásfoglalása még ennél is szűkebben fogalmaz: az adott ország közfinanszírozású egészségügyi rendszere által biztosított ellátást tekinti az adott országban elérhető legjobb ellátásnak, s csak ezt követeli meg a kutatások során. [151] Ehhez még azt lehetne hozzátenni, hogy etikailag csak akkor elfogadható a „jelenlegi legjobb eljárás"-nál kevesebbet adni a kontroll-csoport tagjainak, ha ők így nem részesülnek rosszabb ellátásban, mint amilyenben a kutatáson kívül részesültek volna.[152]

Egyéb kutatástervezési kérdések.

A statisztikai analízis kérdései.

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatások csak akkor kezdhetők el, ha tudományos bizonytalanság áll fenn egy új kezelési forma hatásosságával kapcsolatban. A vizsgálat során azonban kirajzolódhatnak olyan trendek, melyek az egyik terápiás eljárás nyilvánvalóan nagyobb hatásosságára utalnak. Ilyen esetben etikátlan lenne a kutatás további folytatása. A kutatás során ezért a protokollban előre meghatározott időpontokban az adatokat elemezni kell, s ezek alapján a kutatást idő előtt abba kell hagyni, ha az derül ki, hogy a kipróbálás alatt lévő szer mellékhatásai túl súlyosak, vagy az egyik kezelés nyilvánvalóan hatásosabb, mint a másik.[153] A kutatási adatok kutatás közbeni folyamatos megfigyelésére külön bizottságot szoktak szervezni (Data and Safety Monitoring Board= Adat és Biztonság Monitorozó Bizottság) mely a kutatás leállításáról dönthet abban az esetben, ha a randomizált vizsgálatban összehasonlított két eljárás relatív hatásosságával kapcsolatos bizonytalanság többé nem áll fenn, mert az adatok az egyik eljárás nyilvánvaló fölényét mutatják a másikhoz képest. Ilyen esetben--mint láttuk-- a kutatás folytatása etikátlan lenne.[154]
Mivel a negatív eredmény (vagyis az, hogy a vizsgált kezelések között hatásosságban nincs különbség) rossz hír a kutatók számára, ilyenkor nagy a kísértés az adatok "megtisztítására", inkonzisztens adatok "kigyomlálására", mely módosítással már különbségeket lehet felfedezni. Ezen hiba kiküszöbölésére javasolni szokták, hogy a vizsgálat statisztikai elemzése is "vakon" történjen.[155]
A kutatás lezárását követően törekedni kell az adatok lehető legteljesebb mértékű felhasználására, kiaknázására. Ezért 3 év elteltével ajánlható valamennyi adat nyilvánossá tétele, hogy mások azokat olyan célokra is felhasználhassák, melyek az eredeti protokollban nem szerepeltek. Mivel ez tudományos-metodológiai problémákat vet fel (van aki ezt "adat-kotrásnak", "adat halászásnak" nevezi), ezért

követelmény, hogy ha egy publikáció ilyen adatokra építve születik, akkor ezt fel kell tüntetni, hogy a tudományos közvélemény megítélhesse, metodológiailag mennyire elfogadható az eredetileg más célra gyűjtött adatok eltérő célú felhasználása.[156] Alapelv azonban, hogy publikált cikkek alapját képező nem publikált adatok nyilvánosan hozzáférhetőek kell legyenek tudományos ellenőrzés céljaira. A gyógyszeripar—üzleti érdekekre hivatkozva—ezeket az adatokat általában nem teszi elérhetővé.[157]
A kutatók, tudományos folyóiratok fontos kötelessége a kutatási eredmények nyilvánosságra hozatala, hiszen a nem publikált adatok azt jelentik, hogy a kutatás résztvevői feleslegesen vállalták a kutatással járó kockázatot. Noha sokféle érdek húzódhat meg a publikálás elmulasztása mögött (pl. egy kutató nem akarja megbántani a kollégáját, egy gyógyszergyárat, stb. az általa talált negatív eredménnyel, s a folyóiratok sem szívesen publikálnak negatív eredményeket) a publikálásra még negatív esetben is (mikor nem találnak egy új eljárást hatásosnak) törekedni kell.[158]

A kutatási alanyok sérülékenysége, vulnerábilitása.

A Belmont Report használta először a "sérülékeny" (vulnerábilis) kutatási alany fogalmát. Ide azok a kutatási alanyok tartoznak, akik érdekeiket nem vagy kevésbé képesek megvédeni, mint az átlagember.[159] Ilyenek pl. a faji-etnikai kisebbségek tagjai, a gazdaságilag vagy iskolázottság tekintetében hátrányos helyzetű csoportok, az olyan súlyos betegek, akiknek a betegsége az ismert standard terápiákra nem reagál, s így bármilyen kockázatot hajlandók vállalni az esetleges gyógyulás érdekében.[160] Ide taroznak tovább az intézeti körülmények között ápoltak, a gyerekek, az elítéltek (foglyok), a terhes anyák, a pszichiátriai betegek.[161] Azonban bárki vulnerábilissá válhat, ha a kutatótól annyira függő helyzetbe kerül, hogy nem képes szabadon elutasítani a kutatásban való részvételt. Így vulnerábilis lehet például egy orvostanhallgató az oktatója által szervezett kutatás vonatkozásában. Bizonyos kutatásokban való részvételre előszeretettel kérnek fel orvostanhallgatókat, egyebek mellett azért is, mert a kutatók számára könnyen elérhetők, s sokkal könnyebben tájékoztathatók. Így komplex információk esetén is sokkal könnyebben biztosítható részükről a tájékozott beleegyezés. Függőségük s így vulnerábilitásuk miatt sok helyen azonban nem tartják megengedhetőnek, hogy orvostanhallgató a minimálisnál nagyobb kockázatú kutatásban részt vegyen.[162]
A Humán I. fázisú kutatásokat, melyek során egy gyógyszert először próbálnak ki emberen, általában olyan egészséges önkénteseken végzik, akik pénzért vállalják az így jelentkező kockázatot. Az erre vállalkozók sokszor munkanélküliek, szegények, s az teszi őket vulnerábilissá, hogy rá vannak szorulva az így kapott pénzre.[163]
Sérülékeny kutatási alanyok esetén alapelv, hogy minden esetben meg kell indokolni az ilyen személyeknek a kutatásba való bevonását. Bizonyítani kell ilyenkor, hogy a kutatás nem lenne ugyanolyan jól elvégezhető kevésbé sérülékeny kutatási alanyok bevonásával.

A vulnerábilis kutatási alanyok védelme.

Vulnerábilis személyeket a kutatásba csak akkor szabad bevonni, ha a kutatás célja kapcsolatban van a személy vulnerabilitását okozó állapottal, így abból a kutatás alanyának, vagy annak a vulnerábilis csoportnak, melyhez az alany tartozik, haszna lehet.[164]
Még ebben az esetben is igyekezni kell a alanyok vulnerabilitását csökkenteni (pl. kezeléssel,) s a vulnerábilis személyek közül is a legkevésbé vulnerábilisakat kell megkérni a kutatásban való részvételre.[165] Lehetőség szerint nem-vulnerábilis személyeket is be kell vonni a kutatásba. Ugyanis, ha ők is vállalják az abban való részvételt, ez egyben annak is bizonyítéka, hogy a kutatás etikailag elfogadható, s ilyenkor a vulnerábilisabb személyek bevonása is könnyebben indokolható.[166]

A kutatók sérülékenysége, vulnerábilitása.

Nemcsak a kutatási alanyok lehetnek vulnerábilisak, hanem maguk a kutatók is. A kutatás finanszírozója—a kutatásba bevont betegek számának növelése érdekében—sok esetben az orvosnak minden bevont beteg után meghatározott összegű térítést fizet. Ha ez az összeg az orvos fizetéséhez képest túl nagy, ez lehetetlenné teszi az orvos számára a kimaradást, illetve jelentősen megnehezíti azt, hogy kellő körültekintéssel járjon el a betegek beválogatása során. Mivel anyagilag a betegeknek a kutatásba való bevonásában érdekelt, ezért nehezebb ilyenkor pártatlanul felmérnie, hogy a beteg kellő belátási képességgel rendelkezik-e a beleegyezéshez szükséges információk megértése vonatkozásában, s nehéz ilyenkor a pártatlan informálás is a kutatással járó elkerülhetetlen kockázatokról, hiszen az orvosnak az az érdeke, hogy a beteg ne utasítsa vissza a kutatásban való részvételt. [167] Nagy ilyenkor az orvos számára tehát a kísértés, hogy a jövedelmét maximalizálja, vagyis minél több beteget vonjon be a kutatásba. Hasonló sérülékenységet eredményez, amikor a kutató a kutatásba bevont betegeken elvégzett beavatkozások száma után, tételenként kap finanszírozást. Ilyen esetben ugyanis az ilyen beavatkozások számának a növelésével tudja jövedelmét maximalizálni, s ez a kutatót a kutatás szempontjából is felesleges beavatkozásokra ösztönzi.

Védekezés a kutatói vulnerábilitással szemben.

Az etikai bizottsághoz benyújtott kutatási terv fontos része kell legyen annak részletezése, hogy a kutatók és az őket foglalkoztató intézetek milyen módon lesznek díjazva. Fel kell tüntetni, ha a díjazás természetben történik, pl. nagy értékű műszereket telepítenek a kutatást végző intézetbe a kutatás idejére, melyeket azután a kutatás végeztével az intézménynek adományoznak vagy nagyon olcsón kölcsönöznek. Azt is fel kell tüntetni, ha a kutatókat részesítik természetben fizetségben, pl. támogatják őket konferenciákon való részvételben. Természetesen a kutatási tervben azt is részletesen le kell írni, hogy a kutatási alanyok részesülnek-e díjazásban illetve költségtérítésben, s ha igen, milyen módon.[168]

A kutatási alanyok kiválogatása

Régebben a kutatás terheit általában a szegényebb, intézeti körülmények között ápolt betegek viselték, akik könnyen hozzáférhetőek voltak a kutatás számára. A kutatás során nyert ismeretek hasznát pedig elsősorban a gazdagabb magánbetegek élvezhették.[169] Az igazságosság elve azonban azt követeli, hogy a kutatással járó előnyök és hátrányok igazságosan legyenek elosztva a társadalom egyes csoportjai között, különös tekintettek a kor, nem, gazdasági helyzet, kultúra és etnikai hovatartozás szerinti elosztásra.[170] Azonban nemcsak arra kell ügyelni, hogy a kutatás alanyainak a kiválasztása ne korlátozódjon a szegényekre, a hátrányos helyzetűekre, hanem egy ellenkező előjelű válogatási hibát is ki kell küszöbölni. Hagyományosan ugyanis nem szívesen vonnak be kutatásokba kisebbséghez tartozókat az etikai vádak elkerülése végett, illetve szülőképes korú nőket, nehogy a kutatás során esetleg terhessé váló nőnél embrió- vagy magzati károsodás lépjen fel. Ez azonban nemcsak etikailag hanem tudományosan is problematikus, hiszen azzal jár, hogy a kutatás eredményei nem lesznek kellőképpen általánosíthatók kisebbségekre vagy nőkre. Ez azzal a veszéllyel jár, hogy az eljárás, gyógyszer elterjedése után, kísérletes előzmények s a kutatás biztosította megfelelő ellenőrzés nélkül lesznek az új eljárások alkalmazva ezeken a betegkategóriákon. Ennek elkerülésére tehát fontos elv, hogy kellő arányban be kell vonni kisebbségeket, szülőképes korú nőket is a kutatásba. Ugyanakkor az asszonyokat tájékoztatni kell a kipróbálandó szernek a magzatra való lehetséges veszélyeiről. Etikailag nem kifogásolható ilyenkor, ha a kutatásban való részvételt előzetes negatív terhességi teszthez és ahhoz a feltételhez kötik, hogy fogamzásgátló segítségével, vagy a nemi élettől való tartózkodással az asszony vállalja, hogy a kutatás ideje alatt nem lesz terhes.[171]

A kutatási alanyok díjazása.

A hazai szabályozás szerint a Humán I. fázisú--egészséges önkénteseket bevonó--gyógyszerkipróbálástól eltekintve a kutatási alanyok díjazásban nem, csak költségtérítésben részesülhetnek.[172]
Természetesen fontos, hogy a költségtérítés valóban csak az alany felmerülő költségeit, illetve a kutatás miatt elszenvedett anyagi veszteségeit térítse meg.
A Humán I. fázisú gyógyszerkipróbálásnál, ahol olyan egészséges alanyokat vonnak be a kutatásba, akiknek közvetlen hasznuk nem származhat a kutatásban való részvételből, fontos, hogy a részvételért járó díjazás, mely kárpótol a részvétellel kapcsolatos kényelmetlenségekért, ne legyen olyan nagy, ami már nem-elfogadható mértékű ösztönzést vagy egyenesen ellenállhatatlan kényszert jelent a kutatásban való részvételre. A már-nem elfogadható mértékű ösztönzést olyan módon lehet meghatározni, hogy erre akkor kerül sor, amikor egy kutatási alany visszautasítaná a kutatásban való részvételt, mert annak kockázatát vagy kényelmetlenségeit túl nagynak tartja, s csak azért egyezik mégis bele, mert azért anyagi vagy egyéb ellenszolgáltatást kap.[173]
A már-nem elfogadható mértékű ösztönzés mértékét nehéz pontosan meghatározni, jó megközelítés azonban, hogy kb. annyi díjazás tekinthető megengedhetőnek, mely egy hasonló (szakképzetlen) munka révén ugyanazon idő alatt megkereshető lenne. Ez bizonyos értelemben igazságtalan, mert csak a szakképzetlenek, munkanélküliek számára fog vonzerőt gyakorolni, s így főleg közülük fognak kikerülni a Humán I.

fázisú kutatások alanyai. Ha azonban úgy állapítanánk meg a díjazás mértékét, hogy az minden egyes kutatási alany esetén az ő szakmájában az adott idő alatt szokásos díjszabáshoz igazodjék, akkor ugyan igazságosabb lenne a kutatási alanyok kiválogatása, hiszen többé nem csak szegények lennének a Humán I. fázisú gyógyszerkipróbálások alanyai, de azon az áron, hogy ugyanazért a munkáért (a kipróbálásban való részvételért) az egyik ember (a szakképzettebb) sokat, a másik (a szakképzetlen) kevesebbet kapna. Az sem jelentene megoldást, ha mindenki a szakképzettebb által kapott magasabb összeget kapná, mert ebben az esetben ez az összeg egy szakképzetlen számára akkora vonzerőt (olyan nagy kereseti lehetőséget) jelentene, mely a kutatásba való beleegyezés szabad voltát veszélyeztetné.
Így az az elv, hogy a Humán I. fázisú gyógyszerkipróbálás során alkalmazott díjazás nagyjából egy szakképzetlen ember által ugyanannyi idő alatt kereshető pénz összegével legyen összevethető, egyfajta kizsákmányolás (hiszen csak a szegényebbek fognak ilyen kipróbálást vállalni), de nem nagyobb, mint az élet egyéb területein, ahol szintén elfogadott, hogy pénzzel motiválnak embereket olyan munka elvégzésére, melyet kevesebb pénzért vagy fizetség nélkül nem végeznének el.[174]
Komoly vita folyik arról, hogy egy szegényebb országban, ahol az egészségügyi ellátás vagy annak bizonyos formái nehezen vagy egyáltalán nem hozzáférhetők, az ahhoz való hozzáférés biztosítása egy kutatás keretében nem tekinthető-e már-nem elfogadható mértékű ösztönzésnek? Előfordulhat ugyanis, hogy valaki csak azért egyezik bele egy kutatásban való részvételbe, mert így olyan gyógyszerekhez, orvosi ellátáshoz is hozzájuthat, melyekhez egyébként nem jutna hozzá. Ezt azonban nem lehet megengedhetetlen ösztönzésnek tekinteni, hiszen elvben megfelelő színvonalú egészségügyi ellátáshoz mindenkinek hozzá kellene jutnia, ezért ennek biztosítása—mégha csak néhány, a kutatásban részvevő személy számára is—semmiképpen sem tekinthető megengedhetetlennek.[175]

Nem-terápiás, tünetprovokáló kutatások.

Sok támadás érte azokat a pszichiátriai kutatásokat, melyekben bizonyos tüneteket provokálnak nem-terápiás, kutatási célból. Ilyen például, mikor dopamin agonistákkal szkizofrénia szerű tüneteket hoznak létre, dementiában tüneteket provokálnak antikolinerg hatású anyagokkal, depresszióban triptofán-szegény diétát alkalmaznak, szorongásos zavarokban nátrium-laktát infúziót adnak, stb. Az ilyen provokáló tesztek pártolói hangsúlyozzák, hogy ez nem csak a pszichiátriában fordul elő, hanem az orvostudomány más ágaiban is, ahol nagyon hasznos diagnosztikus eszköznek bizonyul (pl. terheléses EKG, terheléses vércukor vizsgálat, stb.) Így a pszichiátriában sem vetődnek fel a terheléses tesztekkel kapcsolatban elvileg új etikai problémák.[176] Provokációs teszteknél azonban természetesen számítani kell arra, hogy a tünetek kiújulása vagy rosszabbodása a betegnél auto- vagy heteroagresszív cselekedeteket provokálhat. Így ennek kivédésére a megfelelő óvintézkedéseket meg kell tenni.[177]

A kutató kötelességei a kutatásban résztvevő alanyokkal szemben a kutatás befejeződése után.

A kutatási alany bármikor, indoklás nélkül kiléphet a kutatásból, s alapelv, hogy a kutatás befejeződése után nem kerülhet rosszabb állapotba, mint amilyenben a kutatás megkezdése előtt volt.[178] Ha az alany idő előtt lép ki a kutatásból, a kutatónak segítenie kell őt abban, hogy kezelést kapjon betegségére illetve visszatérhessen kezelőorvosához, vagy az őt kezelő intézményhez, ha a kutatás nem ott folyt le. Ha a beteg "eltűnne", a kutatónak érintkezésbe kell lépnie a beteg családjával a további kezelés biztosításának megszervezése végett.[179]
A kutatás befejeződése után részletesen fel kell világosítani a kutatás alanyait arról, hogy a kutatók milyen eredményeket találtak az adott betegnél: hatásos volt e például számára a kipróbált új gyógyszer, vagy milyen új információkat nyújtott a kipróbált új teszt, becslőskála, stb.[180] A kutatás befejeződése után a kutatási alanyoknak lehetőséget kell kapniuk, hogy elmondhassák véleményüket a kutatással kapcsolatban, a kutatási tervet megbírálhassák, illetve javaslatokat tegyenek későbbi, hasonló kutatások jobb megszervezése érdekében.[181]
Ha egy betegnek a kutatás keretében kapott gyógyszer hasznosnak bizonyult, akkor joga van ahhoz a kutatás befejeződése után is hozzájutni, még abban az esetben is, ha az adott gyógyszer még nincs jóváhagyva forgalmazásra az arra illetékes hatóságok által.[182] Ez a követelmény a Helsinki Deklaráció 2000. évi módosításában is szerepel. Ha a kutatás befejezése után a sikeresnek bizonyuló gyógyszerhez való hozzájutás csak korlátokkal lehetséges, ezt világosan közölni kell a beteggel a kutatás megkezdése előtt.[183] A kutatás alanyait tehát tájékoztatni kell arról, hogy ha a kipróbálandó új szer a kutatás során hatásosnak bizonyul, akkor az a kutatás befejeződése után elérhető lesz-e a számukra, s ha igen, mennyi ideig és milyen feltételekkel.[184] A kutatásban bebizonyosodott legjobb kezelésnek a kutatás után történő biztosítása a kutatásban részt vett betegek számára főképp a szegényebb országokban probléma. Itt a kutatás végeztével a kutatók hazatérnek, a betegek pedig kezelés nélkül maradhatnak. A Helsinki Deklaráció 2000. évi változatának 30. paragrafusa, mely előírja a betegek gyógyszerrel való ellátását a kutatás befejeződése után is, azonnal komoly támadást kapott, s az USA kormánya és nyugati gyógyszercégek nyomást gyakoroltak a Deklarációt megfogalmazó WMA-ra (World Medical Association=Az Orvosok Világszövetsége) a 30. paragrafus megváltoztatására. Az érvelés szerint ez a paragrafus a kutatók és a kutatás szponzorai vállára teszi azt a felelősséget, mely a szegényebb ország egészségügyi rendszerének lenne a felelőssége: a kutatási alanyok gyógyszerrel való ellátásának a felelősségét a kutatás befejezése után. Ez az érvelés azonban helytelen. A szponzornak előnyös szegény országban végezni a kutatást, hiszen ott a költségek kisebbek, a betegség prevalenciája nagyobb és így gyorsabb a kutatási alanyok toborzása. Fontos ezért, hogy ezen előnyöket a szponzor megnövekedett felelőssége is kísérje a kutatási alanyokért. Mivel gazdag országban kutatási alanyok mindenképpen hozzájutnának a kutatásban legjobbnak bizonyult készítményhez, fontos, hogy ne érvényesüljön kettős standard, egy magasabb, a gazdagabb országok számára, s egy alacsonyabb, a szegényebb országoknak, hanem csak egyetlen, közös standard legyen.[185]

A mai kutatásetikai követelmények azonban továbbmennek a fenti elvnél, s a Helsinki Deklaráció 2000-es változata is rögzíti ezt a többletkövetelményt. Megköveteli ugyanis, hogy ne csak a kutatásban résztvevő alanyoknak, hanem az adott országban annak a populációnak, melyből a kutatási alanyok kikerülnek is legyen valamiféle közvetlen haszna a kutatás eredményeiből. Nem elegendő ugyanis pusztán a kutatásban résztvevő alanyok számára biztosítani a kutatás által bizonyított legjobb terápiát. A kutatás ugyanis egy szegényebb országban csak akkor indokolt, ha annak egészségügyi igényeit is kielégíti. Azonban, ha olyan gyógyszert próbálnának ki a szegényebb ország lakosain, mely hatásosnak bizonyulása esetén sem lesz általánosan elérhető az illető ország betegei számára annak drágasága miatt, akkor ez voltaképpen a szegényebb ország kizsákmányolását jelentené, azt, hogy olyan gyógyszert próbálnak ki rajtuk, melyből csak a gazdagabb országok betegeinek lesz haszna, nekik azonban nem. Ekkor tehát az adott gyógyszerkipróbálás nem a szegényebb ország egészségügyi érdekei kielégítése érdekében történt, ebben az esetben viszont etikátlan. Ezen elv szerint tehát a kutatás során egy ország betegein kipróbált és hatásosnak bizonyuló gyógyszer ne csak a kutatásban részvevő betegek számára legyen elérhető, hanem szélesebb körben, az adott ország betegei egy része, vagy akár az összes betege számára. Az igazságosság azt követeli , hogy annak az országnak a kutatásban részt nem vevő betegei vagy azok egy része is közvetlen hasznot húzhasson a kutatásból, amelyik szegényebb országban azt a kutatást végzik.[186] Ma már inkább az a kérdés, hogy kinek a kötelessége biztosítani egy szegényebb ország betegei számára a kutatásban hatásosnak bizonyuló új terápiát? A kutatóknak ehhez természetesen nincsenek meg az anyagi eszközeik, azonban fontos katalizáló szerepet játszhatnak ezen feltétel biztosításában. Már a kutatási tervben figyelemmel kell lenniük erre a szempontra. Mint szószóló, mint a kutatási alanyok érdekeinek a képviselője a kutatónak már előzetesen egyeztetnie kell a kutatás szponzoraival, s a kutatást fogadó ország egészségügyi vezetőivel arra vonatkozóan, hogy hogyan lesz elérhető az új gyógyszer az ország betegei számára abban az esetben, ha az a kutatás során hatásosnak bizonyul?[187] Sok esetben a szponzor és az adott ország kormánya illetve egészségügyi hatóságai a kutatás megkezdése előtt előzetes egyezségre tudnak jutni erről. Ez az előzetes egyezség (prior agreement) az utóbbi években kedvelt és többször használt módszer lett a szegényebb országokban a kutatásban hatásosnak bizonyuló új gyógyszerek elérhetővé tételének a biztosítására.[188] Ez sok esetben nem a gyógyszer ingyenes rendelkezésre bocsátását jelenti a szponzor részéről, hanem olyan—alacsonyabb áron történő—biztosítását, melyet az adott ország hatóságai, biztosítója, stb. már megengedhetőnek tekintenek.[189] Az sem szigorú feltétel, hogy a kutatás csak akkor kezdődhet el, ha a szegényebb ország minden betege számára elérhetővé lehet majd tenni az új, hatásosnak bizonyuló gyógyszert. Elegendő, ha elég nagy számú beteget lehet majd az illető kezelésben részesíteni ahhoz, hogy a kutatást az adott ország egészségügyi szükségleteire reagálónak, s így etikusnak lehessen tekinteni.[190] Ha a kutatás megkezdése előtt nem sikerül ilyen előzetes egyezséget elérni, s a kutató úgy látja, hogy reálisan nincs is esély arra, hogy az esetleg a kutatásban hatásosnak bizonyuló gyógyszer azon szegényebb ország lakosai számára is hozzáférhetővé váljon, amelynek betegeit az adott gyógyszer

kipróbálásába bevonnák, akkor a gyógyszerkipróbálást az adott országban ilyen feltételek között etikailag problematikusnak kell tekinteni, s attól el kell állni.[191] Sokan ezt a szigorú követelményt azzal utasítják el, hogy ily módon a gyógyszercégeknek és egyéb szponzoroknak nem lesz érdekük a szegényebb országokban kutatásokat folytatni, mert a fenti kötelesség teljesítése esetén az túl drágává válik. Ha azonban ez a kritika igaz, ez még mindig nem szól a fenti követelmény helyessége ellen. Ugyanis, ha a gyógyszercégek ezt követően nem mennek szegényebb országokba az új gyógyszereket kipróbálni, a szegényebb országok ezzel mit veszítenek? Az adott gyógyszer úgysem lett volna számukra elérhető, ez a szabályozás azonban megvédte őket az egészségügyi kizsákmányolástól: attól, hogy olyan gyógyszereket próbáljanak ki rajtuk, melyekből nekik nem, csak a gazdagabb országoknak lesz hasznuk.[192] Fontos, hogy erre a szempontra az etikai bizottságok is figyelemmel legyenek a kutatás etikai engedélyezése során.

Az orvosi kezeléssel összekapcsolt kutatás etikai kérdései.

Előfordul, hogy egy beteget a kezelőorvosa von be egy általa vezetett kutatásba. Ilyenkor érdekkonfliktus keletkezik az orvos kutatói szerepe és klinikusi feladatai között. Az orvosnak mint klinikusnak a feladata ugyanis elsősorban a konkrét beteg konkrét orvosi igényeinek a kielégítése. Ezzel szemben az orvos mint kutató fő törekvése általánosítható tudás szerzése a jövendő betegek érdekében. Azt is mondhatnánk, hogy a klinikusnak elvben mindig azt kell tennie, amit a betegnél a lehető legelőnyösebbnek lát, ezzel szemben az orvosnak mint kutatónak azt, amit az adott helyzetben a kutatási protokoll előír. A standard orvosi gyakorlat során elfogadott a “kísérletezés”, például egy gyógyszer adagjának a változtatása, hogy a beteg igényeinek leginkább megfelelő, individualizált adagolást megtaláljuk. Ezzel szemben a kutatás során az ilyen “kísérletezés” nem megengedett: itt a gyógyszert nem adhatjuk a beteg individuális igényei szerint, hanem csakis a protokoll által meghatározott módon és dózisban.[193]
Fontos ezért a terápia téves feltételezésének az eloszlatása: a kutatásba bevont betegnek meg kell értenie, hogy a kutatásba való belépésével az eddigi orvos-beteg viszony megváltozik, s a kutatás időtartamára orvosa nemcsak az ő érdekeit tartja szem előtt, hanem egyben a kutatás érdekeit is, mert kutatóként is tevékenykedik. Így meg kell értenie, hogy a kutatás sok esetben nem jelent kezelést, annak célja nem a beteg állapotának a javítása, hanem a tudomány előmozdítása jövendő betegek érdekében. A terápia téves feltételezésének az eloszlatása tehát a kutatási alany tájékoztatásának fontos része. Ez gyakran hiányos a gyakorlatban. Kutatásba bevont pszichiátriai betegeknél például egy empirikus vizsgálat során azt találták, hogy tévesen úgy gondolták, hogy a kutatás során azt a kezelést fogják kapni, melyet kezelőorvosuk a legjobbnak tart az ő állapotukban.[194] Egy másik vizsgálat szerint, mely kutatások széles skáláját tekintette át, a betegek--kutatási alanyok kb. 70%-ára volt jellemző a terápia téves feltételezése. Ez a tény azt sugallja, hogy a kutatási alanyok tájékoztatásának az egyik leglényegesebb eleme kell, hogy legyen annak megértetése, hogy a kutatás célja nem betegségük

kezelése , hanem egy tudományos bizonytalanság eloszlatása, illetve új ismeretek szerzése.[195] Ez még akkor is igaz, ha a kutatásból sok esetben az alanyoknak egyéni előnyük is származik.

A kutatói és a kezelőorvosi szerep közötti érdekkonfliktus kiküszöbölésére szokták javasolni, hogy a kutatás időtartamára a kezelőorvos adja át a beteg kezelését egy--a kutatásban részt nem vevő--kollégájának. Ha ez valamilyen okból nem lehetséges, akkor helyes egy--a kutatástól független--klinikust konzultánsként alkalmazni a beteg kezelése során.[196]

Különösen éles az érdekkonfliktus akkor, ha az orvos a beteg kutatásba való bevonásáért anyagi ösztönzésben is részesül. Ilyenkor ugyanis érdekében áll, hogy a beteg beleegyezését adja a kutatásban való részvételbe, s azt a kutatás során ne vonja vissza. Általában a kezelőorvos az a személy, aki elbírálja, hogy a beteg kellő belátási képességgel rendelkezik-e az információk megértéséhez és a beleegyezés megadásához. Az orvos érdekeltsége befolyásolhatja a beteg belátási képességének a megítélését is. Az orvos erősen érdekelt ilyenkor abban, hogy a kutatásba esetleg beleegyező beteg belátási képességét ne kérdőjelezze meg, illetve az orvos--öntudatlanul--esetleg elfogultan tájékoztathatja a beteget, kidomborítva a kutatás előnyeit, várható hasznát, s alábecsülve annak kockázatát. Ennek a problémának a kezelésére sok helyen alkalmazzák a tájékozott beleegyezés auditálását. A tájékoztatást auditáló személy maga nem vesz részt a kutatásban, s így nem érdekelt a beleegyezés elnyerésében. Feladata az, hogy tanúsítsa, hogy a beteg tájékoztatása megfelelően történt, a beteg kellő belátási, megértési képességgel rendelkezik a beleegyezés megadásához, s a beteg beleegyezése önkéntes. Kétség esetén a beleegyezést auditáló javasolhatja, hogy a beteget ne vonják be a kutatásba, illetve tanácsért, további tisztázásért etikai bizottsághoz fordulhat.[197]

Ha a kutató és a klinikus nem ugyanaz a személy, komoly etikai problémát jelenthet az, ha a kutató például egy kérdőív segítségével vagy más módon tudomást szerez valamiről, melyet a kezelőorvos valószínűleg nem tud, de a beteg kezelése szempontjából jelentős. Ilyen eset lehet például, amikor a kutató tudomást szerez a beteg suicid szándékáról. Ilyenkor szólnia kell a klinikusnak, de természetesen a beteggel is közölnie kell, hogy ezt az információt továbbítja a kezelőorvosnak. Mivel ezt a beteg a titok elárulásának, a bizalmával való visszaélésnek élheti meg, hasznos már a kutatás elején a beleegyező nyilatkozatban felhívni a beteg figyelmét arra, hogyha a kutatás kapcsán a kutató róla olyan információk birtokába jut, melyeket a beteg vagy mások védelme érdekében másokkal közölnie kell, akkor ez az információ nem lesz titkosan kezelve.[198]

Előfordulhat, hogy a kutatás során egy betegnél olyan klinikai probléma lép fel, melynek adekvát értelmezéséhez illetve kezeléséhez a klinikusnak tudnia kell, hogy milyen kezelésben részesül a beteg. Ilyen esetben természetesen a beteget ki kell vonni a kutatásból, hiszen "fel kell törni" a vak próbában használt kódot, s meg kell nézni, hogy milyen kezelést kap a beteg. Mivel ez hirtelen is felmerülhet, megfelelő mechanizmust kell kidolgozni arra, hogy szükség esetén a kód azonnal megfejthető legyen.[199]

A kutatásba való tájékozott beleegyezés etikai kérdései.

Történeti előzmények.

A tájékozott beleegyezés követelménye ma már alapvető elv mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatásban. A XX. század 50-es, 60-as éveit megelőzően ez az elv egyik területen sem érvényesült. Sokféle kutatást végeztek az alanyok tájékoztatása és beleegyezése nélkül, s a klinikai gyakorlatra is a paternalizmus volt a jellemző. Míg azonban a tájékozott beleegyezés elve a klinikai gyakorlatba csak lassan, fokozatosan szivárgott be, s a paternalizmus számos eleme a legtöbb országban még ma is felfedezhető, addig a Nürnbergi Kódex, a Helsinki Deklaráció, illetve az egyes országok saját törvényei az 50-es évektől kezdve szigorú követelménnyé tették a kutatás során az alanyok tájékozott beleegyezését. Míg a klinikai gyakorlat kapcsán a mai napig fellángolnak néha a viták, hogy megengedhető-e a hagyományos orvosi paternalizmus és ha igen, milyen mértékig, addig a kutatásban ilyen vita nem folyik. Konszenzus és szigorú követelmény a kutatás során a kutatási alanyok tájékozott beleegyezésének az elnyerése. Így a tájékozott beleegyezés elve sokkal radikálisabban változtatta meg a kutatás gyakorlatát, mint a klinikai gyakorlatot, s a mai napig a mindennapi klinikai gyakorlat sokkal kevésbé ellenőrzött törvényekkel és különböző bizottságokkal, mint a kutatási gyakorlat.[200]

Belátási képesség és a kutatásba való tájékozott beleegyezés

Természetesen bármiféle kutatáshoz a kutatás alanyának vagy--belátási képesség hiánya esetén-- törvényes képviselőjének a tájékozott beleegyezése szükséges. Orvosi beavatkozások esetén a tájékozott beleegyezés feltétele, hogy a beteg megfelelő belátási képességgel rendelkezzen. Ennek eleme, hogy a beteg a neki adott információkat megértse, az egyes kezelési alternatívák között mérlegelni tudjon, az egyes alternatívák különböző következményeit figyelembe véve-- értékrendje, értékei alapján--döntést hozzon, s ezt a döntését világosan ki tudja fejezni. A kutatás vonatkozásában a tájékozott beleegyezés megadásához szükséges belátási képesség nem különbözik az orvosi beavatkozásokba való beleegyezéshez szükséges belátási képességtől.
Hagyományosan úgy tekintették, hogy általában a betegek nem rendelkeznek elegendő belátási képességgel ahhoz, hogy az orvosi beavatkozással kapcsolatos információkat megértsék és ezek alapján azt elfogadják vagy visszautasítsák. A hagyományos, paternalisztikus modell tehát a beteg tájékoztatását lehetetlennek tartotta, és e nélkül javasolta a kezelést. A XX. században azonban fokozatosan elfogadottá vált, hogy épelméjű beteg elegendő belátási képességgel rendelkezik a tájékoztatás megértéséhez. A pszichiátriai beteget azonban továbbra is kizárták a beleegyezésre képesek kategóriájából. Az volt a vélemény, hogy az elmebetegnek definíciószerűen nincs meg a belegyezéshez szükséges belátási képessége.[201]
Ma már ez a vélelem is egyre jobban megkérdőjeleződik, s alapelvként elfogadható, hogy bizonyos pszichiátriai betegségkategóriák kivételével a pszichiátriai betegnél is a belátási képesség meglétét kell feltételezni mindaddig, míg ennek ellenkezője be nem bizonyosodik. Pszichiátriai betegek esetén a belátási képesség

csökkenésének vagy hiányának lehetősége főleg a pszichózisoknál, az AIDS betegeknél, az időskori dementia különböző formáinál, az organikus agyi betegségeknél és a szenvedélybetegeknél szokott felmerülni.[202] A belátási képesség fent említett négy feltétele közül bármelyiknek a hiánya olyan mértékben csökkentheti a belátási képességet, hogy lehetetlenné teheti a kutatásba való tájékozott beleegyezést.

Az információk megértésének a képessége hiányozhat például egy Wernicke-Korszakov szindrómás betegnél, hiszen a rövid-távú emlékezet hiánya lehetetlenné teszi a korábban adott információkra való visszaemlékezést, s így az azok közötti mérlegelést. Egy akut mániás epizód esetén a beteg figyelmi terjedelme olyan rövid lehet, hogy képtelen türelmesen végighallgatni a neki adandó információkat, s jó előre közölheti, hogy mindenbe beleegyezik. Egy krónikus szkizofrén betegnél hiányozhat az a stabil értékrend, melynek alapján el tudja kötelezni magát döntése mellett. Egyetlen nap során esetleg többször is megváltoztathatja véleményét, hogy beleegyezik-e a kutatásba vagy nem. Egy paranoiában szenvedő beteg esetén a téveseszméje akadályozhatja meg, hogy mérlegelje a kutatás előnyeit és hátrányait, hiszen meg lehet győződve róla, hogy meg akarják mérgezni Mindezek az esetek tehát a belátási képesség olyan mértékű hiányát mutatják, mely lehetetlenné teszi a kutatásba való tájékozott beleegyezést.[203] Látni kell azonban, hogy a belátási képesség megállapítása, de még elméleti kritériumainak kialakítása is mindig hordoz magában némi önkényességet. Ez igaz mind a kvantitatív, mind a kvalitatív kritériumok kialakításánál. A kvantitatív kritériumokat tekintve például hogyan döntsük el, hogy a közölt információ hány százalékának megértését tekintsük elegendőnek a belátási képesség kimondásához? Követeljük meg a 90% megértését vagy elégedjünk meg a 70% megértésével? Az is nyilvánvaló, hogy a határ különböző pontokon való meghúzásával más-más típusú hiba elkövetésének az esélyét növeljük. Ha túl kevés megértést követelünk meg, olyan embereket is belátási képességgel rendelkezőnek fogunk tekinteni, akik nem azok. Ha túl magasan állapítjuk meg a határt, akkor viszont ezzel csökkentjük a betegek autonómiáját, s elvehetjük önrendelkezési jogukat: olyanoknál is a belátási képesség hiányát fogjuk vélelmezni, akiknél az alapvetően megvan.[204] Nem könnyebb a helyzet a kvalitatív kritériumok megállapításánál sem. Mennyire lehet megkövetelni a kutatási alanytól a randomizáció lényege megértésének a képességét? Bizonyos statisztikai fogalmak megértését, például azt, hogy a kutatás a szignifikanciaszint eléréséig folyik? Ezekre a kérdésekre hasonló válasz kínálkozik, mint amit a belátási képességről az orvosi beavatkozásba való beleegyezés során mondtunk. Itt is a belátási képesség “csúszó” standardja alkalmazása látszik célszerűnek. Attól függ tehát, hogy milyen jellegű és milyen mennyiségű megértést kell elegendőnek tartanunk ahhoz, hogy egy kutatásba való beleegyezéshez belátási képességgel rendelkezőnek nyilvánítsunk egy beteget, hogy mi a kutatás tétje? Mekkora a kutatás kockázata, mennyit nyerhet és mennyit veszíthet a beteg a kutatás során, mi annak a haszon/kockázat aránya? A belátási képesség tehát nem egy rögzített követelmény, hanem a kutatás tétjétől függő, csúszó skálán mozgó kritérium. Egy minimális kockázatú, az alanyok számára közvetlen haszonnal nem kecsegtető kutatás esetén alacsonyra kell helyezni a belátási képesség mércéjét, vagyis meg lehet engedni, hogy kis fokú belátási képesség birtokában is szabadon dönthessen a potenciális kutatási alany, hogy részt vesz-e a kutatásban vagy sem. Ilyenkor

ugyanis--kicsit leegyszerűsítve--bárhogyan is dönt, valószínűleg nem jár rosszul, ezért itt fontos, hogy önrendelkezési joga szabadon érvényesülhessen. Ezzel szemben ahogy nő a kutatásban való részvétel--vagy az abból való kimaradás--kockázata, úgy lehet a döntéshez szükségesnek tartott belátási képesség szintjét egyre magasabbra emelni.[205]
Helyes, ha egy kutatás megkezdése előtt előre meghatározzák, hogy az abba való tájékozott beleegyezéshez milyen szintű belátási képességet tartanak szükségesnek. Jó konkrétan meghatározni, hogy melyek azok a kulcsinformációk, melyek megértését az alanyoktól feltétlenül elvárják a bevonhatósághoz, s melyek azok a betegségek illetve állapotok, melyek az adott kutatás vonatkozásában kizárják a belátási képességet. [206] Mivel a kutatás során általában fontos cél minél több kutatási alanyt toborozni, ezért szükség lehet előre megállapítani, hogy az a populáció, melyből az alanyokat toborozzák, körülbelül milyen arányban nem fog rendelkezni a kutatáshoz szükséges belátási képességgel. A tájékoztatást adó kutatók figyelmét pedig fel lehet hívni arra, hogy a vizsgált populáció kb. pl. 10%-a valószínűleg nem lesz alkalmas--a belátási képesség hiánya miatt--a kutatásba való bevonásra. Ha az egyes kutatóknál--akik azonos populációból toboroznak alanyokat--ettől lényegesen eltérő arányok alakulnak ki, akkor célszerű megvizsgálni, mi okozza ezt a különbséget, hiszen valószínű, hogy más-más kritériumot használnak a bevonhatóságot meghatározó belátási képesség szintjének a megállapítása során.[207] Általában helyes, ha a kutatásba bevont beteg belátási képességét a kutatástól független szakember állapítja meg.[208]
A belátási képesség azonban--a pszichiátriai betegség jellegéből következően--hullámzó, időben változó is lehet. Az is előfordulhat, hogy a kutatás kezdetén egy adott betegségben (pl. AIDS, Alzheimer-kór) szenvedő belátási képessége még megtartott, de valószínűsíthető, hogy a kutatás relatíve hosszú ideje alatt az jelentősen csökkenni fog vagy meg is szűnik. Ilyen esetben fontos segédeszköz a kutatási alanytól--a kutatás részleteire kiterjedő alapos tájékoztatás után-- előzetes akaratnyilvánítást nyerni vagy tartós meghatalmazottat megneveztetni vele. Részletesen meg lehet ilyenkor vele beszélni--még belátási képessége birtokában--hogy ha azt elveszíti, hozzájárul-e a kutatás folytatásához, s ha igen, milyen feltételekkel, illetve kit nevez meg, aki helyette a kutatásban való folyamatos részvételéhez tájékozott beleegyezést adhat, illetve az abból való kilépését kezdeményezheti.[209] Ezzel biztosítható, hogy a kutatás az ő beleegyezésével, az ő értékrendje által elfogadhatóan menjen végbe.

A tájékozott beleegyezés segédeszközei: többfázisú beleegyezés és előzetes akaratnyilvánítás

A hosszú időtartamra tervezett, longitudinális vizsgálatoknál a kutatások sokszor több szakaszra oszthatók. Ilyen esetben célszerű a tájékoztatás és a tájékozott beleegyezés elnyerésének folyamatát is több fázisra bontani. Ilyenkor a kutatásba bevont alanyok a kutatás minden fázisa előtt külön kapnak tájékoztatást annak a fázisnak a jellemzőiről, s döntenek a kutatás folytatásába való beleegyezésről. Ez tehát szakaszonként megismétli az alanyok tájékoztatását, annak megértését megkönnyítve, s így az alanyok autonómiáját növelve.[210] Hosszú időtartamú kutatás esetén pszichiátriai betegeknél—mint láttuk--felmerülő probléma, hogy a kutatás

alatt esetleg cselekvőképtelenné válhatnak , s így a kutatásba való további beleegyezésük kérdésessé válik. Ha számítani lehet erre, akkor helyes az előzetes akaratnyilvánítás eszközét alkalmazni, vagy pedig tartós meghatalmazottat megneveztetni a beteggel. A "kutatási élő végrendelet" az a dokumentum, melyben a kutatás alanya kinyilváníthatja, hogy belátási képessége elvesztése esetén is szeretne a kutatásban résztvenni. Itt azt is rögzítheti, hogy a kutatás során mit enged meg, illetve mihez nem járul hozzá. Itt jobb általános elveket megfogalmazni, mint konkrétumokat, mert ez inkább segít konkrét döntések meghozatalánál.[211] A tartós meghatalmazott intézménye segítségével az alany megnevezheti azt a személyt, aki cselekvőképtelensége idejére helyettes döntéshozója lesz a kutatás folytatásának a kérdésében. A tartós meghatalmazottnak a helyettesített döntés standardja alapján kell döntenie. Vagyis ilyenkor az illető nem a saját értékrendje szerint dönt, hanem megpróbálja rekonstruálni a beteg (kutatási alany) értékrendjét, s így megpróbálja megállapítani: hogyan döntene az illető, ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét s a döntéshez szükséges minden információval rendelkezne. A tartós meghatalmazott tehát a kutatás előrehaladtával (ahogyan a kutatás alanyának belátási képessége csökken) egyre nagyobb mértékben vonódik be a kutatás folytatásával kapcsolatos döntésekbe. [212] Ha a kutatás során tartós meghatalmazottat alkalmaznak, azt a kutatásetikai bizottságnak jóvá kell hagynia. Fontos azonban még tartós meghatalmazott esetén is a lehetséges érdekkonfliktusokra figyelemmel lenni. A beteg gondozását ellátó családtag, mint tartós meghatalmazott például örülhet annak, hogy a beteget bevonják egy többhónapos, intézeti elhelyezéssel járó kutatásba, mert így ő mentesülhet a beteg ellátásával járó napi terhektől.[213] Ilyen esetben különös gonddal kell mérlegelni, valóban a beteg érdekében áll-e a kutatásban való részvétel.
Fontos elv, hogy minimálisnál nagyobb kockázatú kutatásba nem szabad bevonni olyan személyt, aki nem képes abba tájékozott beleegyezést adni, illetve tartós meghatalmazottat megnevezni, és nincs elérhető közeli hozzátartozója. Ettől az elvtől csak sürgős szükség esetén végzett kutatás esetén lehet eltérni.[214]
Az is fontos elv, hogy ha a cselekvőképtelen állapotba került alany tiltakozna a kutatás folytatása ellen, helyettes döntéshozója csak akkor egyezhet mégis bele a kutatás folytatásába, ha úgy ítéli meg, hogy a kutatásból való kilépés az alany számára nagyobb kárt okozna, mint annak folytatása.[215]
A nem-önkéntes intézményi pszichiátriai kezelésben részesülők (pl. kötelező kezelés, a kezelés bírói elrendelése, kényszergyógykezelés) olyan inherensen "kényszerítő" körülmények között vannak, mely a kutatásba való szabad beleegyezés lehetőségét elvileg megkérdőjelezi.[216]

Nem-cselekvőképes személyek kutatásba való bevonása

Nagyon fontos pszichiátriai betegek vonatkozásában az amerikai Belmont Report[217] által tett megkülönböztetés a kutatásba való beleegyezés (consent) és annak jóváhagyása (assent) között. Kutatásba jogilag érvényesen csak cselekvőképes személy egyezhet bele. Ha tehát kutatást nem cselekvőképes személy bevonásával akarnak elvégezni, akkor ehhez törvényes képviselőjének beleegyezése szükséges. A Belmont Report fontos követelménye szerint azonban, ha ilyen nem-cselekvőképes személy elég belátási képességgel rendelkezik ahhoz, hogy a

kutatással kapcsolatos fontosabb tényeket megértse, akkor törvényes képviselője beleegyezésén túl az ő jóváhagyását is meg kell a kutatónak szereznie ahhoz, hogy a kutatásba bevonható legyen. Ilyen esetben tehát a törvényes képviselő beleegyezése etikailag nem elégséges feltétele az illető kutatásba való bevonásának.[218] A jóváhagyás a kutatásban való részvételbe adott kifejezett hozzájárulást jelenti s nem pusztán a tiltakozás hiányát.[219]
Nem-cselekvőképes beteg tehát csak a törvényes képviselő beleegyezésével és az ő jóváhagyásával vonható be a kutatásba. Ez alól csak az olyan terápiás kutatások jelentenek kivételt, ahol a törvényes képviselő megítélése szerint a kutatásban való részvétel a nem-cselekvőképes személy érdekében áll, mert egy fontos terápiás lehetőséghez a kutatáson kívül nem juthatna hozzá.[220] Ha egy—a törvényes képviselő megítélése szerint nagy terápiás haszonnal kecsegtető, s a kutatás keretein kívül nem elérhető—kutatásba való bevonás ellen a nem-cselekvőképes személy kifejezetten tiltakozik, akkor bevonását jó, ha bíróság hagyja jóvá.[221]
Fontos, hogy ha a nem-cselekvőképes személy kutatásba való bevonását a törvényes képviselő beleegyezése alapján végzik, akkor a törvényes képviselőnek lehetősége legyen a kutatás megfigyelésére, a nem-cselekvőképes személy reakcióinak a nyomon követésére, hogy el tudja dönteni, érdekében áll-e az illető személynek a kutatásban való részvétel folytatása vagy nem.[222]
Ha a nem-cselekvőképes személy jóváhagyást adni tudó képessége kérdéses, akkor—minimálisnál nagyobb kockázatú kutatás esetén--jó, ha a beleegyezést auditáló személyt (“consent auditor”) alkalmaznak a beleegyezési folyamat megfelelő minősége biztosítása céljából. Ez az USA-ban jogilag ilyen esetben kötelező.[223]

A tájékoztatás során közölt információ fontos elemei.

Természetesen soha nem lehet egy beteget vagy egy kutatásba bevont személyt minden részletre kiterjedően tájékoztatni. Ez nem is kívánatos, hiszen a túlinformálás paradox módon hasonló hatású, mint az alulinformálás: a beteget megzavarja, aki ezáltal nem lesz képes elkülöníteni a lényeges információt a lényegtelentől, s ezért voltaképpen a szükségesnél kevésbé lesz informált.
Alapelvként azt lehet elfogadni, hogy a kutatással kapcsolatban azokat a releváns információkat kell közölni, mely egy--a beteg helyzetében levő--racionális személynek fontos lenne ahhoz, hogy eldönthesse: beleegyezik-e a kutatásban való részvételbe, vagy visszautasítja azt.[224]
A túlinformálás különösen a súlyos pszichiátriai betegeknél vezethet a kívánttal ellentétes hatáshoz. Kutatások szerint pl. szkizofrén betegek verbális emlékezetet vizsgáló szótanulási teszteken kb. fele annyi szóra voltak képesek visszaemlékezni, mint egészséges kontrollszemélyek. Ebből az következik, hogy súlyos pszichiátriai betegnél kb. fele olyan mennyiségű információt lehet adni, mint pszichiátriailag egészséges személyeknek. Ez természetesen az adandó információ gondos megválogatását teszi szükségessé, hogy azért a közölt információk a fontos elemeket még tartalmazzák.[225] A tájékozott beleegyezés filozófiájával inkább összhangban van, ha a kutatással kapcsolatban néhány kulcsinformációt

kiválasztunk és azt világosan, sokoldalúan közöljük, mintha minden részletet—a jelentőst és a jelentéktelent egyaránt-- ömlesztve ismertetjük.[226]

A tájékoztatásnak minimálisan a következő információkra kell kiterjednie[227] [228]

- A kutatás címe. Ha ennek tudományos megfogalmazása túl hosszú, egyszerűsített címet kell adni, s azt kell közölni.[229]
- Közölni kell, hogy kutatásról van szó, el kell mondani annak célját, és a kutatás során alkalmazandó módszereket. (A cél ismertetése azért is fontos, mert ezt megismerve visszautasíthatja a kutatásban való részvételt az, aki annak céljával nem ért egyet.[230]) El kell mondani, milyen gyógyszer vagy milyen eljárás vizsgálatát tűzi ki célul a kutatás. Ezek rövid leírása, s alkalmazási módjának, adagolásának ismertetése után jó, ha a kutatásban részt vevő minden alany a hitelkártyához hasonló kártyát kap, melyen feltüntetik, hogy kutatásban vesz részt, s feltüntetik annak legfontosabb adatait is. Az alanyt meg kell kérni, hogy a kutatás ideje alatt ezt a kártyát állandóan hordja magánál.[231]
- Közölni kell, hogy miért választották be az alanyt a kutatásba (pl. betegsége, vagy egyéb jellemzői miatt-e, stb.)[232] Ha betegsége miatt választották be, akkor közölni kell betegsége diagnózisát és prognózisát.
- Közölni kell, hogy várhatóan az alanynak mennyi ideig kell részt vennie a kutatásban, milyen beavatkozásokat fognak rajta ennek során végezni, s a végzett beavatkozások közül melyeket végeznek a kutatás elvégzése érdekében. (Pl. el kell mondani, hogy a kutatás érdekében mennyi időt kell kórházban töltenie, illetve—ha a kutatást ambulánsan végzik—hányszor kell majd ennek érdekében hetente befáradnia.) El kell mondani, hogy a kutatás során az egyes beavatkozások kb. mennyi ideig fognak tartani. Itt kell elmagyarázni a betegnek a randomizáció, a placebo-kontroll és a kettős vak próba lényegét. El kell neki mondani, hogy a kutatás során mekkora a valószínűsége annak, hogy placebót fog kapni, s aktív terápia létezése esetén milyen hátrányok fogják érni akkor, ha ahelyett csak placebót kap [233]
- Ismertetni kell az előrelátható kockázatokat illetve az alanyra váró kényelmetlenségeket. A kockázatok lehetnek szomatikusak, pszichológiaiak, s anyagi természetűek. Beszélni kell ezen kockázatok nagyságáról és bekövetkezésük valószínűségéről, s arról is , hogy milyen módon lehet ezek bekövetkezésének valószínűségét csökkenteni. Itt kell elmondani, hogy melyik beavatkozás mennyire lesz fájdalmas, milyen mellékhatások léphetnek fel, ezeket hogyan lehet felismerni, s fellépésük esetén mit lehet tenni megszüntetésük érdekében. Ha a beteg addigi standard kezelése helyett a kutatás keretében más terápiát vagy placebót kap, akkor ennek során rosszabbodhat állapota, s erre őt figyelmeztetni kell. Fel kell sorolni a kutatás során esetleg fellépő pszichológiai kockázatokat is, s az esetlegesen az alanyra váró anyagi terheket, vagyis azt, mi lesz ingyenes, s miért kell fizetnie. A kockázatok közlését jobb úgy kifejezni, hogy pl. 100-ból 1, mint úgy, hogy 1%, mert utóbbi az alanyok számára általában kevésbé érthető. Szavakkal is ki lehet fejezni a kockázatot (kis, közepes, nagy, stb. kockázat), de mivel ezek jelentése homályos, ezt mindig ki kell egészíteni azzal, hogy pontosan mekkora kockázatot tartanak kis, közepes, stb. kockázatnak. Az ilyen kifejezések után tehát számnak mindig szerepelnie kell. A

kényelmetlenségekhez tartozik, s közölni kell, ha az alanyt a kutatás keretében életmódjának megváltoztatására kérik, vagy étrendi megszorításokat kell betartania. (Pl. nem vezethet, nem ihat, nem folytathat bizonyos sportot, nem adhat vért, nem szedheti addig szedett bizonyos gyógyszereit, stb.)[234]

- El kell mondani, hogy az alany vagy mások milyen előnyöket remélhetnek a kutatástól, mi lesz annak a haszna. El kell mondani, hogy a kutatásból a betegnek direkt haszna lehet-e, vagy nem-terápiás kutatásról van-e szó. Itt kell részletezni, hogy—minimálist meg nem haladó kutatási kockázat esetén-- az alany milyen anyagi vagy egyéb ellenszolgáltatást kap a kutatásban való részvételért cserébe. Ha bizonyos sejtek, szövetek eltávolítása révén kereskedelmi forgalomba hozható és a gyártóknak anyagi haszonnal kecsegtető terméket kívánnak előállítani, akkor el kell mondani, hogy ennek hasznából az alany nem fog részesülni, de az ebből esetleg keletkező anyagi veszteség terheit sem fogja viselni.[235] Van olyan beteg, aki azért fogadja el a kutatásba való bevonást, mert azt reméli, hogy így olyan új, ígéretes kezeléshez juthat hozzá, mely a kutatás keretein kívül nem elérhető. Főleg a hagyományos, standard kezelésre nem vagy kevéssé reagálók egyeznek bele ilyen okból a kutatásba. Éppen ezért a tájékoztatás során ki kell térni arra, hogy a kutatás alanya a kutatás során nem feltétlenül kerül a kísérleti csoportba, s így nem feltétlenül kap új, ígéretes kezelést.[236]
- A kutatáson kívül milyen alternatív eljárások, kezelési formák lehetségesek az alany számára. Az egyik alternatíva mindig az, hogy az alany nem vesz részt a kutatásban. Ezt világosan közölni kell.
- El kell elmondani, hogy a kutatási eredmények publikálásakor, ismertetésekor hogyan lesz biztosítva az azonosítható adatok titkossága. El kell mondani, hogy kik tekinthetnek be a kutatási adatokba, s milyen óvintézkedéseket tesznek a kutatók az ellen, hogy az adatok illetéktelenek kezébe kerüljenek.
- Ha a kutatás során szerzett információk befolyásolhatják az alany biztosíthatósági (pl. életbiztosítás megkötése esetén) státuszát, ezt közölni kell. Ha a betegnek már van életbiztosítása vagy egyéb kiegészítő egészségbiztosítása, meg kell kérni, hogy a kutatásban való részvétel előtt kérdezze meg a biztosítótól, hogy a kutatásban való részvétele befolyásolja-e biztosítottsági státuszát illetve ezzel kapcsolatos jogosultságát. Itt kell azt is tisztázni, hogy a kutatási terv szerint mi történik akkor, ha a kutatás során az alanynál egy általa nem ismert betegséget fedeznek fel. Ezt közölni kell a beteg családorvosával illetve egyéb kezelőorvosával, de ebbe a betegnek előzetesen bele kell egyeznie.[237]
- Ha a kutatás kockázata a minimálist meghaladja, s az alanyt károsodás éri, annak milyen orvosi kezelése lehetséges, s milyen kártalanításra tarthat igényt ebben az esetben az alany. (El kell mondani, hogy kihez lehet fordulni károsodás esetén, elérhető lesz-e ebben az esetben ingyenes gyógykezelés, lesz-e kompenzálás a kieső jövedelemért, stb.)
- Közölni kell, hogy a kutatásban való részvétel önkéntes, s a részvétel visszautasítása nem jár a potenciális alany számára büntetéssel, vagy olyan előny elvesztésével, melyre egyébként az alany jogosult, s hogy a kutatásban való részvételt annak elkezdése után is bármikor megtagadhatja bármiféle büntetés nélkül. (Ez például azt jelenti, hogy a beteg kezelőorvosa nem szakíthatja meg az addig fennálló orvos-beteg kapcsolatot azért, mert a beteg

nem egyezik bele a kutatásban való részvételbe vagy annak folytatásába, ez ugyanis büntetésnek minősülne, ami a fenti kikötés szerint tilos.)[238]

- Közölni kell, hogy a kutatásnak az alany (illetve az alany terhessége esetén az embrió illetve a magzat) számára lehetnek előre nem látható kockázatai is.
- Ismertetni kell azokat a kutatási tervben előre rögzített körülményeket, feltételeket, melyek fellépte esetén a kutatásból az alanyt kiléptetik. (Ilyen lehet pl. hogy az alany nem működik együtt, vagy olyan mellékhatások, nem várt események jelentkeznek, melyek—a kutatás folytatása esetén—biztonságát veszélyeztetik.)
- Ismertetni kell azokat a kutatás során felmerülő költségeket, melyeket az alanynak kell viselnie (pl. a vizsgálatokra való bejárással kapcsolatos utazási költségek, stb.)
- Közölni kell, hogy az alany számára milyen következményekkel járhat, ha hirtelen lép ki a kutatásból, s hogy ezért—ha a kutatásból ki akar lépni—milyen eljárást javasolnak a kutatók ennek végrehajtására (pl. bizonyos gyógyszerek hirtelen elvonása nemkívánatos tünetekkel járhat, ezért ilyen esetben célszerű, ha fokozatosan vonják el az alany által addig kapott gyógyszert)
- Ismertetni kell, hogy a kutatás során az alanyt tájékoztatni fogják azokról az új ismeretekről, melyek befolyásolhatják őt annak eldöntésében, hogy folytassa-e a kutatásban való részvételt.
- Ismertetni kell, hogy a kutatásban hány kutatási alany vesz részt.
- A kutatással kapcsolatos tájékoztatásnak folyamatosnak kell lennie. Így közölni kell a kutatás közben felmerülő fontos információkat, (pl. az általa nem tapasztalható, de a kutatás során feltárt szövődményeket) s a kutatás végeredményét is.[239]
- Tájékoztatni kell a résztvevőket arról, hogy a kutatás során kapott előnyök (pl. új gyógyszer) elérhetők lesznek-e a kutatás befejezése után is, s ha igen, milyen feltételekkel.
- Közölni kell, hogyan történik a kutatási eredmények jelentése illetve publikálása, mikor publikálják azokat, s kaphatnak-e a résztvevők példányt a publikációból illetve a kutatási jelentésből?[240]
- Közölni kell, hogy milyen szervezet szervezi és finanszírozza a kutatást, s hogy az azt vezető orvos kap-e pénzt az alanyoknak a kutatásba való bevonása után és a kutatás lefolytatása miatt.[241]
- Közölni kell, melyik kutatásetikai bizottság adott engedélyt a kutatás lefolytatásához. [242]

A kutatásba bevont pszichiátriai beteg családjának a tájékoztatása.

Pszichiátriai betegeknél a tájékoztatás során nemcsak a beteget fenyegető kockázatokat kell ismertetni, hanem a beteg családját fenyegető kockázatokat is. A pszichiátriai betegek ugyan általában nem veszélyesebbek a nem-betegeknél, s veszélyességük mítoszát mindenképpen törekedni kell szertefoszlatni, de némely esetben egy dekompenzálódó pszichiátriai beteg veszélyessé válhat a családjára.

Mivel a pszichiátriai kutatás során a beteg dekompenzálódásának a veszélye fennáll (hiszen gyógyszereit időlegesen elvonják, más gyógyszerre állítják át, stb.) ezért a tájékoztatásnak ki kell terjednie erre a tényre. Ezért—a beteg előzetes hozzájárulása után-- a beteg családját is célszerű tájékoztatni arról, hogy a beteget kutatásba vonják be, melynek során esetleg dekompenzálódhat, s ez milyen veszélyt jelenthet a családjára. Hasonlóan, bizonyos pszichiátriai betegségek esetén (pl. depresszió, evészavarok) a beteg állapotának rosszabbodása a család gondozási terheit növelheti, s erre az együtt élő családtagokat figyelmeztetni kell.[243]
A beteg családtagjának bevonása a tájékoztatásba azért is hasznos, mert ambuláns kutatás esetén a család fogja valószínűleg először észrevenni a beteg viselkedésének az esetleges változását, kezdődő dekompenzálódásának első jeleit.[244]
Nehéz probléma áll elő, ha a beteg nem adja hozzájárulását ahhoz, hogy családját tájékoztassák a kutatásba való bevonásáról. A betegnek ehhez joga van ugyan, másfelől azonban a beteg dekompenzálódása a családra többlet ellátási terheket is róhat, s némely esetben számukra közvetlen fizikai veszélyt jelenthet. Ezért elvben a családnak is joga van a rá háruló terhekről, s az őket fenyegető veszélyről előzetesen tudomást szerezni. Ha ezt a beteg nem engedi meg, ezt tiszteletben kell tartani, de ez egyben azt jelenti, hogy a beteg ilyen feltételekkel nem vonható be a kutatásba, hiszen ilyenkor a családot nem lehet megfelelően informálni.[245]

A tájékozott beleegyezés technikai vonatkozásai

A tájékoztatás, mint folyamatos kommunikáció a kutatók és a bevont alanyok között.

A tájékoztatás sohasem egy egyszeri aktus, hanem inkább egy folyamat. Nem zárul le a tájékoztatást tanúsító formanyomtatvány aláírásával, hanem azt követően is folyamatosan zajlik. [246] Az alanyok tájékoztatása a kutatás során hasonló ahhoz, mint ami a jó klinikai gyakorlatban megfigyelhető: az orvos és a beteg illetve a kutató és a kutatás alanya közötti olyan folyamatos kommunikáció, melyben a kutatás alanya minden lényeges kérdésről alapos tájékoztatást kap, azt megérti, s azok alapján dönt a kutatásban való részvétel folytatásáról vagy beleegyezésének a visszavonásáról.

Az alanyok individuális sajátosságainak figyelembevétele a tájékoztatás során.

Pszichiátriai betegeknél különösen fontos a tájékoztatás során néhány szabály betartása. Ilyen, hogy egyszerre csak relatíve kis mennyiségű információt adjunk a betegnek, továbbá az, hogy a beteg a tájékoztatás során saját tempójában haladhasson, s azt ne a kutató diktálja. Ennek főleg olyan pszichiátriai betegek tájékoztatásánál van jelentősége, akiknél a figyelem, s az információ-feldolgozásért felelős kognitív képességek rosszabbul funkcionálnak.[247]
Jó, ha az információt először szóban közöljük, majd írásban is elérhetővé tesszük. Szóbeli közlés esetén rögtön ellenőrizni is lehet a megértést: a beteg visszakérdezhet, vagy viselkedéséből kiolvasható, hogy mennyire érti, amit mondanak neki. Az írásbeli tájékoztató pedig többször elolvasható, másnak megmutatható, s így teljesebbé teszi a szóbeli tájékoztatást.[248]

Ha egy kutatásban többféle kutatási alany is részt vesz (pl. egészségesek és betegek egyaránt), akkor többféle tájékoztatási nyomtatványt kell készíteni, s mindegyik résztvevőnek azt kell kapnia, ami rá vonatkozik.[249]

A tájékoztatás érthetősége javításának módszerei.

A tájékoztatás minőségének a javítását, érthetőségének a növelését sokféle módszerrel lehet elősegíteni. Először is fontos, hogy a tájékoztatásra nyugodt környezetben, a beteget, kutatási alanyt megnyugtató körülmények között kerüljön sor. Időhiány, nyüzsgés, stresszes környezet, a beteg fájdalma, érzelmi szenvedései elvonhatják a figyelmét és rontják a megértést.[250]
Akár írásban, akár szóban történik a tájékoztatás, ennek során egyszerű szavakat kell használni. Gyakori probléma, hogy a kutatást végző szakemberek kollégáik olvasási és megértési képességét veszik alapul, s nem a kutatás alanyáét.[251] Egy szakembernek sokszor nehéz, hogy laikus nyelven fejezze ki magát, s általában azt a pontosabb szakmai terminológiát használja, mely a laikus számára érthetetlen. Fontos ezért, hogy a tájékoztatás olyan nyelven íródjon, melyet egy alapfokú iskolát elvégzett személy is megért. Ezért a tájékoztatás során rövid mondatokat és rövid szavakat használjunk. Hasznos a lényeges információk többszöri elismétlése, a tájékoztatás során bizonyos információs blokkok rövid összefoglalása. Egyszerre ("egy ülésben") nem szabad túl sok információt közölni, mert azt az alanyok nem értik meg. Fontos, hogy a tájékoztatást adó a tájékoztatás során néha visszakérdezzen, hogy felmérje, az alanya mit értett meg abból, amit eddig elmondtak neki. Így el lehet oszlatni az esetleges félreértéseket is.[252]
Hasznos eszköz olyan személy kijelölése, akinek egyedüli feladata a tájékoztatás, s aki a felmerülő kérdésekre ismételten hajlandó válaszolni. Hasznos lehet a kutatók által adott szóbeli tájékoztatás magnóra való felvétele és utólagos többszöri visszahallgatása. A videomagnó igénybevétele a tájékoztatás során szintén hasznos segítség.[253] A tájékoztatásnál is fontos segítség lehet a kutatásba bevont személy családja, akit--mint láttuk, beleegyezésével--célszerű bevonni a tájékoztatás folyamatába. A családtag maga is segíthet azután a kutatás alanyának az informálásában.[254]
A tájékoztatásnak mindig az információ megértésének illetve az arra való visszaemlékezésnek az ellenőrzésével kell végződnie. Ez történhet egyszerű kérdések segítségével, amikor a beteg saját szavaival mondhatja el, mit értett meg a tájékoztatásból, de kérdőívekkel, feleletválasztós tesztek segítségével is ellenőrizni lehet a kutatásba bevont alanyok tájékozottságát.[255]

A kutatási alanyok csoportos tájékoztatása, mint kiszolgáltatottságukat csökkentő módszer

A tájokoztatás során asszimetriát jelent, hogy a kutatási alany egyedül, izoláltan “áll szemben” egy nagy kutatási teammel. Az ilyen izolált alany könnyebben meggyőzhető, s ezt a “fogást” sok reklámcég is jól ismeri és alkalmazza a kereskedelem területén. Elkülönítik egymástól a meggyőzendő klienseket, s egyenként győzik meg őket olyasmiről, melyről csoportban, ahol a kliensek egymás

támogatását éreznék, illetve egymással is tudnának kommunikálni, nehezebben lennének meggyőzhetők. Fontos ezért, hogy—a kutatási alanyok izoláltságát megszüntetendő—csoportban is történjen tájékoztatás a kutatásról. Ez csökkenti a megfélemlítettségüket. A csoport biztonságot ad, ha kiderül, hogy más sem ért valamit, magabiztosabban meri valaki felvállalni saját tájékozatlanságát, stb. A csoportban az alanyok egymást támogathatják. Így—túl azon—hogy a csoportos tájékoztatás a kutatóknak is könnyebb, mert időkímélőbb, a kutatási alanyok szempontjából is kedvezőbb, a kutatási team és a magányos kutatási alany közötti asszimetria megszüntetése végett. [256]

A kutatás helyszínének bemutatása, mint a tájékozottságot növelő módszer.

Pusztán verbális információk alapján nem mindig érti meg a kutatási alany a kutatás sok lényeges elemét. Ajánlható ezért, hogy előzetesen tegyék lehetővé a kutatási környezet meglátogatását a számára. Ott helyben világosabb fogalmat alkothat a kutatással járó rutinról, s annak kényelmetlenségeiről.[257]

A tájékozott beleegyezés hasznai a kutatás számára.

A tájékozott beleegyezés--túl azon, hogy fontos etikai követelmény--a kutatás számára komoly előnyökkel jár. Még rövid klinikai kísérletek esetén is a kutatásból kiváló alanyok aránya (dropout) igen magas, elérheti az 50%-ot is.[258] Ilyen magas kiválási arány veszélyeztetheti a kutatás hitelességét, sikerét. Mivel a kutatás során az alanyt érő bármilyen kellemetlen meglepetés a kutatásból való kilépésre késztetheti őt, ezért kutatási érdek is, hogy alaposan felkészítsék minden várható kellemetlenségre. Ha előre számít rá, kevésbé fog megijedni, s inkább lesz hajlandó folytatni a kutatásban való részvételt. Így az alapos, a kutatás kellemetlen oldalát is jó előre részletező tájékoztatás nemcsak etikai és jogi követelmény, hanem a kutatás kivitelezhetőségét is elősegítő tényező.[259]

Mi a teendő, ha a kutatási alany ki akar lépni a kutatásból?

A kutatási alanynak joga van bármikor, indoklás nélkül kilépni a kutatásból. Célszerű azonban ilyenkor felmérni, hogy mi ennek az oka, s ha a kutatási protokoll megengedi, nem lehet-e a beteg gyógyszerelését, a kutatás körülményeit olyan módon megváltoztatni vagy kiegészíteni, mely megszünteti a beteg azon panaszait, melyek miatt a kutatásból ki akar lépni.
Mivel tiltakozó beteget kutatásban benntartani nem szabad, ezért a tiltakozását akkor is tiszteletben kell tartani, ha az nyilvánvalóan megalapozatlan. Például, ha egy szkizofrén beteg egy gyógyszerkipróbálás keretében nem hajlandó többé bevenni az addig rendszeresen beszedett, kísérleti gyógyszert, mert szerinte az például székletet tartalmaz, akkor ezt tiszteletben kell tartani, noha elutasítása nyilvánvalóan téveseszméje hatására alakult ki.[260]

Tájékozott beleegyezés pszichológiai, magatartástudományi kutatásokba. A kutatási alanyok becsapása

Alapelvként fogadható el, hogy a tájékozott beleegyezés a pszichológiai, magatartástudományi kutatások esetén is fontos követelmény. Mint láttuk azonban, viselkedéstudományi kutatások során gyakran alkalmazzák az alanyok becsapását, félrevezetését a Hawthorne-effektus kivédésére, s így a hiteles kutatási eredmények biztosítására. Becsapásnak tekinthető minden, melyben valaki úgy hitet el valakivel valamit, hogy azt nem tartja igaznak.[261] Ez történhet valamilyen tettel vagy mulasztással. A hazugság a becsapás egy alesetének tekinthető, amikor szavakkal jelentünk ki valamit, amiről tudjuk, hogy nem igaz, s mindezt a másik félrevezetésének a szándékával.[262]
A becsapás etikailag azért problematikus, mert—annak kitudódása után—csökkenti a becsapott bizalmát a kísérletezőben és a tudományban. Rontja továbbá az illető önbecsülést, hiszen azt sugallja, hogy az illető nem bízhat a saját ítélőképességében.[263] A becsapás sokszor mégis nélkülözhetetlen a kísérlet hiteles elvégezhetősége érdekében. Fontos feltétel azonban, hogy ilyen kísérleti terv csak a következő feltételek együttes fennállása esetén hagyható jóvá a kutatásetikai bizottság által[264]:

- a kutatás csak minimális kockázattal jár
- a kutatási cél nagy fontosságú és nem lehet becsapás nélkül elérni, s a becsapás az alanyok számára valószínűleg nem ártalmas
- utólag, a kísérlet befejeztével az alanyokat részletesen felvilágosítják, s e tájékoztatás után az alanyok maguk is indokoltnak érzik és elfogadhatónak tartják a félrevezetésüket.
- a kutatási alanyok bármikor kiléphetnek a kísérletből
- bármely alany--ha utólag nem tud egyetérteni félrevezetésével--az összes rávonatkozó adat megsemmisítését. és így adatainak a kísérletből való utólagos kivonását kérheti.[265]
- a kutatók teljes felelősséget vállalnak a kísérlet, vagy a ráerőltetett önismeret által keltett stressz utóhatásainak a felismeréséért és megszüntetésért.

Soha nem szabad a kutatási alany tájékoztatásától azért eltekinteni, hogy így könnyebben egyezzen bele a kutatásba. Az információk elhallgatásának sohasem lehet oka a kutató kényelme. A becsapás, félrevezetés fontos korlátja az is, hogy a kutatás alanyának közvetlen kérdésére mindig igazat kell válaszolni.[266]
Ha kételyek merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy egy kísérlet során a becsapás, félrevezetés az abban részt vevő személyek számára pszichológiailag ártalmas-e, akkor legjobb a célpopulációhoz hasonló csoportot kifejezetten megkérdezni erről, s csak az így megkérdezett személyek túlnyomó többségének (pl. 95%-nak) jóváhagyó véleménye esetén lehet etikailag elfogadhatónak tekinteni a kutatást.[267]
Általában nem tartják szükségesnek a kutatáshoz az alanyok tájékozott beleegyezésének elnyerését a következő feltételek esetén[268]:

- Mások viselkedésének nyilvános helyen, a magánszférát nem sértő módon történő megfigyelése.

- Nyilvánosan elérhető adatok gyűjtése, elemzése, mégha az adatok személyek azonosításra alkalmasak is.
- Kis kockázatú kérdőívek, tesztek, interjúk használata, melyeknél az alany részvétele egyben a beleegyezését is jelzi. (Ez a jog által ráutaló magatartásnak nevezett beleegyezési forma)

Pszichiátriai kutatás és titoktartás.

A magánszférához való jog az egyén azon jogát jelenti, hogy szabadon döntheti el, hogy véleményét, hiedelmeit, szokásait, preferenciáit mások tudomására hozza-e, illetve milyen mértékben, milyen időpontban és milyen körülmények között teszi ezeket nyilvánossá.[269] Ez azt jelenti tehát, hogy a kutatási alanynak joga van ahhoz, hogy titkai legyenek, s eldöntse, hogy ezeket kiknek és mikor tárja fel.[270]
A kutatásból esetleg eredő szociális kár nagy része bizonyos titkok napvilágra kerülésével érheti az egyént. A kutatás során olyan "érzékeny" adatok juthatnak a kutató tudomására, melyek más személyekkel való közlése az alany számára komoly hátrányokkal járhat. Ilyen "érzékeny" adatok[271]:

- A szexuális irányultsággal, szokásokkal kapcsolatos adatok
- Alkohol, kábítószer és egyéb hozzászokást okozó szer fogyasztásával kapcsolatos információk
- Nem-jogkövető viselkedéssel (pl. bűncselekmény elkövetésével) kapcsolatos adatok
- Olyan információ, melyek nyilvánosságra kerülése káros hatást gyakorolhat az illető anyagi helyzetére, munkavállalási lehetőségeire, jó hírnevére
- Olyan információ, melynek nyilvánosságra kerülése az illetőt társadalmilag stigmatizálja illetve hátrányos megkülönböztetésnek teszi ki
- Az illető pszichológiai állapotával, mentális egészségével kapcsolatos adatok
- Az illető genetikai felépítésével kapcsolatos adatok

Ezen adatok nyilvánosságra kerülése sokféle módon történhet. A kutató az adatokat elveszítheti, azt tőle ellophatják vagy az utcán elrabolhatják. Mivel a kutatás során a kutató tudomására jutó információ közlését a kutató számára hatóság, bíróság kötelezővé teheti, ezért az USA-ban ilyen esetben a kutatás megkezdése előtt a kutató mentességet kérhet ez alól a kötelezettsége alól. Ha nem kap ilyen mentességet, vagy egy országban (pl. Magyarországon) nincs ilyen törvényes lehetőség mentesség elnyerésére, akkor a kutatás alanyait tájékoztatni kell arról, hogy bizonyos információk titkosságát a kutató nem tudja teljes mértékben garantálni. Ennek oka lehet az, hogy azt bizonyos—törvényben előírt esetekben—megkeresésre fel kell fednie (pl. válóperben a kutatót megidézhetik, hogy beszámoljon egy kutatási alanya kapcsán szerzett tapasztalatairól, stb.)
Bizonyos adatok felfedése a kutatók számára megkeresés nélkül is kötelező lehet (pl. gyermekbántalmazás, gyermekekkel való szexuális visszaélés, más személy életének veszélyeztetése a kutatás alanya által, stb.). Ezt a tényt is a kutatás alanyának a tudomására kell hozni a tájékoztatás során.[272] Szükséges lenne Magyarországon is jogi lehetőséget teremteni arra, hogy a kutató mentességet kapjon a kutatás során megtudott érzékeny adatok hatósági, bírósági , stb.

megkeresésre való kiszolgáltatásának kötelezettsége alól, mert ilyen mentesség hiányában nem várható el, hogy a kutatási alany--ezt a kockázatot ismerve--együttműködjön a kutatóval ilyen érzékeny adatokat is érintő kutatások esetén. Ez azonban bizonyos fajta--főleg pszichiátriai és magatartástudományi--kutatások tudományosan korrekt elvégezhetőségét Magyarországon lehetetlenné teheti.
A kutatás megkezdése előtt tehát a kutatás alanyát tájékoztatni kell arról, hogy az adatok titkossága milyen mértékben biztosítható illetve garantálható. Ha előre látható, hogy az adatok titkosságát veszély fenyegeti, ezt az alanyokkal közölni kell. Például, ha kutatás során gyerekeket kérdeznek szexuális tapasztalataikról, akkor a szülőket tájékoztatni kell arról, hogy az esetlegesen felfedezett szexuális abúzus gyanúját a kutatóknak ki kell vizsgálniuk, illetve megalapozottság esetén azt a hatóságokkal közölniük kell. [273] Ha a kutatási eredményekkel kapcsolatos titoktartás korlátairól a kutatás alanyának előzőleg nincs tudomása, akkor számára később nagy kárt okozó információt közölhet a kutatóval.[274] Fontos ezért a kutatás alanyával a kutatás megkezdése előtt tudatosítani, hogy titkai megőrzésére abszolút garancia nincsen.[275] Ha a kutatás során feltárt adatok bekerülnek a beteg orvosi dokumentációjába, ennek tényét is ismertetni kell a kutatási alanyokkal.[276]
Különösen érzékeny adatok esetén többlet óvintézkedéseket kell tenni, s erről az alanyokat is tájékoztatni szükséges. Ilyen óvintézkedés lehet pl. az adatok összegzése után az azonosításra alkalmas elemek 60 napon belüli megsemmisítése.[277]
A kutatás eredményeként esetleg születő pszichiátriai, pszichoterápiás esettanulmányok publikálásánál is gyakori probléma, hogy az alanyra utaló személyes vonatkozások nem torzíthatók el anélkül, hogy ezzel az eset hitelességét és tudományos értékét is el ne torzítanák. A hitelesség megőrzése ezzel szemben a titoktartás megsértésével járhat. Ezért fontos szabály, hogy publikálás előtt az esettanulmányt fel kell ajánlani elolvasásra annak, akiről az eset szól, hogy eldönthesse: jóváhagyja-e esete ilyen formában való közlését.[278]

Gyerekek, serdülők pszichiátriai, magatartástudományi kutatásba való bevonásának speciális kérdései.

A gyerekek mint terápiás árvák.

Gyerekek, serdülők gyakran válnak “terápiás árvává”: mivel rajtuk sokkal nehezebb etikailag megfelelő módon kutatást végezni, ezt sok esetben elkerülik. Ennek azonban az az eredménye, hogy bizonyos gyógyszerek, eljárások gyerekeken való alkalmazásának biztonságossága és hatásossága kutatásokkal nem megvizsgált. Ez az oka, hogy a legtöbb gyógyszer használati előírásának egyik eleme a figyelmeztetés: gyerekeknek, terhes anyáknak nem szabad adni. Ugyanis nem lehet tudni, mi lesz a hatása.[279] A mindennapi gyakorlatban ezt a figyelmeztetést általában figyelmen kívül hagyják, azt feltételezve, hogy gyerekeken a gyógyszer hatása hasonló lesz, mint felnőtteken. Ez az un. „off-label” (nem az előírás szerinti)

felhasználás, amikor egy gyógyszert olyan korcsoportnak adnak, melyben hatását kutatásban nem vizsgálták, illetve nem engedélyezett módon, indikációban vagy dózisban adják a kérdéses gyógyszert. Az a feltételezés azonban, hogy gyerekeken a gyógyszer ugyanúgy fog hatni, mint felnőtteken, nem megalapozott következtetés. Mindez azt jelenti, hogy a mindennapi gyakorlatban a kutatás során alkalmazható biztosítékok és óvintézkedések nélkül próbálnak ki kellően nem vizsgált hatású eljárásokat. Egyszóval nem néhány gyereken fognak—gondosan ellenőrzött körülmények között--kutatásokat végezni, hanem minden orvoshoz kerülő gyereken. Ez nem minimalizálja, hanem maximalizálja a gyógyszerhatásokból eredő kár lehetőségét, s ezért nyilvánvalóan elfogadhatatlan.[280] Ma az USA-ban forgalmazásra engedélyezett gyógyszerek 80%-a biztonságosság és hatásosság tekintetében nem lett gyermekeken kipróbálva.[281] Éppen ezért fontos, hogy—megfelelő körültekintéssel—gyerekeket is bevonjanak kutatásokba, hogy ne váljanak terápiás árvává. Nem szabad őket sem megfosztani a kutatás által bizonyítottan hatásos és biztonságos terápiás eljárásokhoz, gyógyszerekhez való hozzáférés lehetőségétől. Az USA-ban—a gyógyszerek gyerekeken való kipróbálásának az ösztönzésére—1997-ben törvény született (FDAMA=Food and Drug Administration Modernization Act), mely 6 hónappal hosszabb szabadalmi oltalmat biztosít azon gyógyszerekre, melyeket gyerekeken is kipróbáltak.[282] Hasonlóképpen, az USA-ban a National Institutes of Health (NIH) 1998-ban előírást fogadott el, mely szerint minden általa támogatott vagy végzett kutatásba gyerekeket is be kell vonni, hacsak a gyerekek kizárására nincsenek kényszerítő tudományos vagy etikai okok.[283] A kérdés az Európai Unióban is napirendre került, Uniós törvény azonban ezzel kapcsolatban csak 2006 körül várható.[284]

Gyerekek kutatásba való bevonásának feltételei.

Gyerekek, serdülők esetén csak olyan kutatás tekinthető etikailag elfogadhatónak, melyből vagy közvetlen hasznuk származhat (terápiás kutatás), vagy amely olyan ismereteket eredményezhet, melyekkel a kutatásban részt vevő gyermek vagy serdülő állapota, betegsége jobban megérthető (nem-terápiás kutatás). [285] Ilyen nem-terápiás kutatás azonban gyermeken illetve serdülőn csak akkor végezhető, ha az azzal járó kockázat a minimálist csak csekély mértékben haladja meg, s ennek a kockázatnak a gyermek illetve serdülő—a betegsége illetve állapota által igényelt orvosi beavatkozások miatt—a kutatáson kívül is ki lenne téve. [286] Mint már említettük, nem-terápiás kutatás során a gyermek illetve a serdülő jóváhagyása a kutatás elvégezhetőségének éppúgy feltétele, mint a törvényes képviselő tájékozott beleegyezése. Bár alapvetően ennek elnyerésekor a gyerek kognitív és emocionális érettsége a mérvadó, s ez nagy egyéni ingadozásokat mutat, általában 7 éves kor körül szokták meghúzni a határt, ami felett már várható, hogy a gyerek érettsége elég nagy ahhoz, hogy jóváhagyást tudjon adni kutatásokkal kapcsolatban.[287] A gyerek tiltakozásának hiánya még nem jelent jóváhagyást, kifejezett jóváhagyásra van szükség a gyermek részéről.[288] Ha egy gyerek (bármely korú vagy belátási képességű) kifejezetten tiltakozik egy nem-terápiás kutatásban való részvétel ellen, ezt mindenképpen tiszteletben kell tartani. Olyan--terápiás haszonnal kecsegtető--kutatás esetén, ahol a haszon csak a kutatásban való részvétel által érhető el, a

gyerek tiltakozását a szülő felülbírálhatja.[289] Mivel a gyerek jóváhagyása a kutatás elvégezhetőségének a feltétele, ezért etikailag az a helyes, ha ilyen jóváhagyást adni tudó gyerekeken végzik el a kutatást. Vagyis jobb kezdetben nagyobb, mint kisebb gyerekeket bevonni a kutatásba, mert előbbiek képesek jóváhagyást adni. Az a helyes, ha a fiatalabbak bevonására csak a későbbi szakaszban kerül sor.[290]
A kutatások 25%-ában pénzt is fizetnek a gyermek részvételéért. Ez lehet puszta költségtérítés, de lehet annál több is. A költségtérítés fizetése etikailag mindenképpen helyeselhető, hiszen annak hiányában a szegényebb gyerekek teljesen kiszorulnának a kutatásból. A költségtérítésen túlmenő direkt kifizetés Európa nagy részén tilos, az USA-ban azonban megengedett. [291]

A minimális kockázat gyermekek esetén.

A minimális kockázat—mint láttuk—a mindennapi élet szokásos tevékenységei kapcsán fellépő kockázatnál nem-nagyobb kockázatot jelent. Ilyen minimális kockázatú kutatás gyerekeknél pl. a kisebb étrendi változtatásokat, napirend-módosítást, vér-vizeletvizsgálatot, testmagasság- és testsúlymérést stb. involváló vizsgálatok. Ide tartoznak továbbá a pszichológiai tesztvizsgálatok is (pl. kérdőívek, tesztek kitöltése stb.) [292] Minimálisnál nagyobb kockázatúnak lehet tekinteni azonban pl. az olyan kérdőíveket, teszteket, melyek kérdései komoly szorongást kelthetnek a gyermekben, továbbá azon információk gyűjtését is, melyek esetleges napvilágra kerülésével a kutatási alanyt kár érheti.[293] Gyerekek esetén a mindennapi élethez tartozónak tekinthetjük pl. a kerékpározást, az autóban való utazást, az úszást, a síelést, stb.[294] Ezek nem nulla kockázattal rendelkező tevékenységek, s így a minimális kockázatú kutatás nem jelent kockázat nélküli kutatást. Ezeknek a kockázatoknak a vállalását azonban a legtöbb szülő, s a társadalom egésze is általában elfogadhatónak tekinti a gyermekek számára.

A gyerekek bevonásával végzett kutatás és a titoktartás.

Gyerekek, serdülők esetén különösen fontosak lehetnek a titoktartással kapcsolatos kérdések. A kutatás során nyert adatok (pl. drogfogyasztásról, viselkedési zavarokról, stb.) ugyanis bírósági eljárás során (pl. a szülők válópere) felhasználhatók. Így valamelyik szülő esetleg hátrányos helyzetbe kerülhet ezen adatok közlése esetén. Ilyen kutatások esetén--mint már láttuk-- az USA-ban a kutató a kutatás elkezdése előtt mentességért folyamodhat az illetékes hatóságokhoz, mely feljogosítja őt arra, hogy a kutatás során a gyermekről, serdülőről megtudott információkat ne kelljen megosztania a bírósággal, s a hatóságokkal.[295] Magyarországon ilyen mentességre nincs lehetőség. Ezért ilyen jellegű kutatás megkezdése előtt fontos a szülőket s a gyermeket, serdülőt is tájékoztatni arról, hogy bizonyos információk titokban tartása bírósági, hatósági megkeresés esetén nem lehetséges.
Közölni kell azt is, hogy ha a kutatás során múltbeli vagy aktuálisan folyó gyermekbántalmazásra, a gyermekkel kapcsolatos elhanyagolásra, visszaélésre

derül fény, azt a kutatónak kötelessége közölni a szülővel (kiskorú gyerek esetén, ha a bántalmazó más személy volt), illetve a hatóságokkal.[296]
Figyelmeztetni kell a kutatás alanyait, s a szülőket is arra , hogy ha bizonyos tesztmódszerek, interjúk során egy gyermek komoly suicid veszélyeztetettségére derül fény, azt a kutató kötelessége a szülővel közölni még a gyermek, serdülő tiltakozása ellenére is.[297]
Bizonyos esetekben (családi erőszak, fiatalkorú bűnözés, pedofília kutatása, stb.) egy kutató tudomására juthat, hogy más személyek veszélyeztetettek az általa vizsgált személy által. Ilyen esetben világossá kell tenni a kutatás elején, hogy a törvény elvárja-e a veszélyeztetett személy figyelmeztetését vagy a hatóság értesítését. Ha igen, a kutatási alanyoknak joguk van tudni a kutatónak az ezzel kapcsolatos figyelmeztetési, feljelentési kötelezettségéről.

A kérdőíves kutatások etikai kérdései

A pszichiátriai és magatartástudományi kutatások gyakran alkalmazzák a kérdőíves módszert. Míg a gyógyszervizsgálatok vagy a kísérleti sebészi beavatkozások potenciálisan kárt okozhatnak a kutatási alanynak, s ezért etikailag nagy figyelmet kaptak, a kérdőíves vagy pusztán a megfigyelésen alapuló vizsgálatoknál az volt a feltételezés, hogy kérdések puszta feltevése nem számít beavatkozásnak, nem gyakorol hatást a kutatási alanyra, nem jár veszéllyel s így etikailag ritkán kifogásolható.
Érdemes azonban egy fontos megkülönböztetésre rámutatni. Míg ugyanis az epidemiológiai kutatások kétségtelenül nem invazívak, ugyanakkor lehetnek intruzívak. [298] Bizonyos kérdések például szorongást kelthetnek a kutatásban résztvevőknél, különösen ha betegeket kérdeznek meg kérdőíves módszerrel, akik olyan betegségek fennállásának lehetőségére is gondolhatnak, melyben nem szenvednek. További probléma, hogy a beteg a vele kapcsolatba kerülők segítségére számít, míg a kérdőívet felvevőknek nem ez a feladatuk. Így a betegben indokolatlan elvárás alakulhat ki, melyet a kérdőívet felvevő nem tud kielégíteni. Ez a kérdezőkben is bűntudatot, lelkiismeret furdalást kelthet, így kérdőíves felmérésnél előfordulhat, hogy a kérdezőbiztos „sérül” a kutatás eredményeként, s nem a kérdezett.[299] Ezekre a szempontokra az ilyen kutatások engedélyezésénél gondolni kell.

A kutatás etikai jóváhagyása és ellenőrzése.

Az etikai bizottsági ellenőrzés kialakulása, okai.

Az a gyakorlat, hogy kutatásokat etikai bizottságok hagynak jóvá, csak a II. Világháború után fejlődött ki, elterjedt gyakorlattá azonban csak az 1970-es években vált. Mindez védekezésként jött létre a napvilágra került számos visszaélés ellen, melyet embereken való kutatások során tapasztaltak.[300] Csak a Helsinki Deklaráció 1975-ös, Tokiói módosítása vezette be azt, hogy a kutatási tervet egy etikai bizottságnak kell jóváhagynia. Ez a Helsinki Deklaráció 1964-es változatában még

nem szerepelt.[301]Dániában 1992 óta bűncselekménynek számít oly módon kutatást végezni emberen, hogy azt előzetesen egy kutatásetikai bizottság nem hagyta jóvá.[302] Az engedély nélkül vagy az engedélytől eltérően végzett kutatás Magyarországon is bűncselekménynek számít.[303]
Az a követelmény, hogy bármely kutatás elvégzéséhez a kutatási alanyok tájékozott beleegyezésén kívül egy kutatásetikai bizottság jóváhagyására is szükség van (sőt, sorrendileg a kutatásetikai bizottsági jóváhagyásnak meg kell előznie a kutatási alanyok tájékoztatását) annak felismerése eredményeként született, hogy a kutatási alanyok tájékozott beleegyezése önmagában nem elég garancia az etikátlan kutatások végzése ellen. A valóságos életben a kutatási alanyok-betegek túl vulnerábilisak, túl kevéssé informáltak ahhoz, hogy érdekeiket elég hatékonyan meg tudják védeni.[304] Az alanyok kutatásba való tájékozott beleegyezése tehát csak szükséges de nem elégséges feltétele a kutatás elkezdésének.

A kutatásetikai bizottság feladatai.

A kutatásetikai bizottságnak két ellentétes érdek közötti egyensúlyt kell megtalálnia:[305]

- A kutatási alanyok érdekeinek a védelme
- A tudományos ismeretek fejlődésének az előmozdítása

A jó kutatás jellemzőinél korábban említett 5 feltétel közül az első kettőt (a kutatók kompetenciáját és a kutatási terv tudományosságának az ellenőrzését) általában a kutatást támogató, szponzoráló szervezet elvégzi, ezért a kutatásetikai bizottságnak elsősorban a kutatás haszon/kár arányának a felmérése, s az alanyok tájékozott beleegyezése biztosításának a vizsgálata tartozik a feladatai közé.[306]
Jó, ha az etikai bizottság évente a nyilvánosság számára elérhető jelentésben számol be a munkájáról, melyet—egyebek mellett-- elküld mindazoknak az intézményeknek, melyekben kutatás folyik.[307] A nyilvános éves jelentések fontos tájékoztató és továbbképző szerepet töltenek be: ha elég részletesek, világossá teszik a kutatással kapcsolatos etikai követelményeket. Fontos ugyanakkor az is, hogy az etikai bizottság ülésein minden tag szabadon nyilvánulhasson meg. Ezért fontos ezen ülések jegyzőkönyveinek a titkossága. Ez utóbbi mellett szól az is, hogy az etikai bizottság tudomására juthatnak olyan adatok is, melyek nyilvánosságra kerülése üzleti érdeket (pl. gyógyszergyárak érdekei) sérthet.[308] Az etikai bizottság éves jelentésének tehát megfelelő egyensúlyt kell fenntartania: nem lehet túl részletes, mert ez megakadályozná a bizottság tagjainak szabad vitáját, ugyanakkor elég részletesnek kell lennie ahhoz, hogy tájékoztató és továbbképző szerepét betölthesse. [309]

A kutatási tervdokumentáció

A kutatásetikai bizottsághoz benyújtott dokumentációnak minimálisan a következőkre kell kiterjednie:[310]

- Dátummal és aláírással ellátott kérvény

- A tervezett kutatás terve (az annak alapját képező dokumentumokkal és függelékekkel együtt)
- A kutatási terv nem-szakmai nyelven írt összefoglalása, szinopszisa, esetleg folyamatábrája
- A kutatással kapcsolatos etikai szempontok leírása
- A kutatási alanyoknál felhasználni kívánt kérdőívek, s egyéb nyomtatványok
- Ha a kutatás egy terméket vizsgál, (pl. gyógyszert, orvosi eszközt, stb.) a kérdéses termékkel kapcsolatos minden biztonsági , farmakológiai, toxikológiai stb. adat összefoglalását mellékelni kell, továbbá a kérdéses termékkel addig szerzett klinikai tapasztalatok rövid összefoglalását is.
- A kutatók aláírt, dátumozott önéletrajza
- A potenciális kutatási alanyok toborzására használni kívánt szóróanyagok (beleértve a hirdetéseket is)
- A beleegyezés elnyerésének és tervezett dokumentálásának leírása
- A kutatási alanyok számára készített írásos és egyéb tájékoztató anyagok azon a nyelven, melyeket a kutatási alanyok értenek.
- A tájékozott beleegyezést tanúsító nyomtatvány azon a nyelven, melyet a kutatási alanyok értenek
- A kutatásban résztvevő alanyok részére nyújtott kompenzáció leírása (pl. költségtérítés, orvosi ellátás, stb.)
- A kutatási alanyok esetleges kártalanítására tett intézkedések
- A kutatási alanyok részére kötött biztosítás leírása
- Annak kinyilvánítása, hogy a kutatás a megfelelő etikai szabályok betartásával történik
- Minden korábbi, a kutatással kapcsolatos más etikai bizottsági, vagy hatósági döntést mellékelni kell (az elutasítókat is), akár ugyanott, akár máshol történt a kutatás korábbi kérvényezése. Azt is meg kell jelölni, hogy milyen módosításokat hajtottak végre a kutatási terven ezt követően. A korábbi esetleges elutasító határozat okait fel kell tüntetni.

A bizottság tagjainak legalább 1 héttel a bizottsági ülés előtt meg kell kapniuk a kutatási tervet ahhoz, hogy azt elolvashassák majd az ülésen érdemben megvitathassák.[311] Szükség esetén a kutatásetikai bizottság személyesen is meghallgatja a kutatási tervet benyújtó kutatót, hogy bizonyos kérdéseket tisztázhassanak.[312]

A kutatás terv jóváhagyása során mérlegelendő etikai bizottsági szempontok

A bizottságnak a benyújtott kutatási terv vizsgálata során a következő szempontokat kell figyelembe vennie:[313]

<u>A kutatás tudományos terve és végrehajtása:</u>

- A kutatási terv mennyire felel meg a vizsgálat céljának, milyen statisztikai eljárásokat alkalmaznak, megfelelő-e a tervezett mintanagyság? A lehető

legkisebb számú kutatási alanyt vonják-e e be a vizsgálatba, mely még érvényes következtetések levonását teszi lehetővé?

- Az előre látható kockázatok és kényelmetlenségek indoklása a kutatási alanyok illetve az érintett közösségek számára várt előnyök fényében.
- A kontrollcsoport alkalmazásának indokoltsága.
- Melyek a kutatási alanyok kutatásból való idő előtti kivonásának kritériumai?
- Melyek a kutatás egésze felfüggesztésének illetve abbahagyásának kritériumai?
- Mennyire megfelelőek a kutatás folyamatát vizsgáló intézkedések, pl. van-e az adatbiztonságot monitorozó testület (data safety monitoring board) (DSMB) ?
- Mennyire megfelelő a kutatási hely, beleértve a kiszolgáló személyzetet, az infrastruktúrát, a sürgős szükség esetén elérhető lehetőségeket?
- Milyen módon lesznek a kutatási adatok jelentve illetve publikálva?

A kutatási alanyok toborzása

- Annak a csoportnak a jellemzői, melyből a kutatási alanyokat toborozzák (kor, nem, írni-olvasni tudás, kulturális jellemzők, gazdasági helyzet, etnikai jellemzők)
- Milyen eszközökkel lépnek kapcsolatba az alanyokkal és hogyan történik a toborzás?
- Milyen eszközökkel történik a kutatási alanyok vagy képviselőik teljes körű tájékoztatása?
- A kutatásba való beválasztási kritériumok
- A kutatásból való kizárási kritériumok

A kutatási alanyok ellátása és védelme

- A kutató(k) képzettsége és tapasztaltsága megfelelő-e a javasolt kutatás szempontjából?
- Tervezik-e a kutatás során standard terápia megvonását vagy el nem kezdését, s ha igen, mi ennek az indoka?
- Milyen orvosi ellátásban részesülnek a kutatási alanyok a kutatás alatt és a kutatás befejezését követően?
- Megfelelő-e a kutatási tervben szereplő orvosi ellenőrzés, s a kutatási alanyok számára nyújtott pszichológiai és szociális támogatás?
- Milyen eljárást terveznek arra az esetre, ha a kutatási alany ki akar lépni a kutatásból?
- A kutatásban vizsgált termék hozzáférhető lesz-e az alanyok számára a kutatás befejezése után, s ha igen, milyen feltételekkel?
- Milyen módon tervezik tájékoztatni a kutatásban résztvevő családorvosát, s hogyan kérik ehhez az alany beleegyezését?
- Annak leírása, hogy milyen módon kívánják a vizsgálni kívánt terméket hozzáférhetővé tenni a kutatási alanyoknak a kutatás lezajlása után?
- A kutatási alanyok költségeinek a leírása
- A kutatási alanyok számára felajánlott ellenszolgáltatások leírása (pénz, ajándékok, szolgáltatások elérhetővé tétele, stb.)

- Milyen intézkedéseket tettek a kutatás során keletkező károsodás miatti kezelésre illetve az azzal kapcsolatos kártalanításra?
- A biztosítási és kártérítési intézkedések

A kutatása alanyok adatai titkosságának védelme

- Azon személyek felsorolása, akik a kutatási alanyok személyes adataihoz hozzáférhetnek.
- Azon intézkedések leírása, melyeket a kutatási alanyok személyes adatainak biztonsága és titkosságának megőrzése érdekében hoztak.

A tájékozott beleegyezés folyamata

- A tájékozott beleegyezés elnyerése folyamatának teljes leírása, beleértve azt is, hogy ki fogja kérni azt?
- A tájékoztatás során nyújtandó szóbeli és írásbeli információ megfelelőségének, teljességének, érthetőségének értékelése a kutatási alanyok illetve törvényes képviselőik szempontjából.
- Ha a kutatásba beleegyezni nem képes személyeket kívánnak bevonni, ezt világosan megindokolták-e? Ilyen esetben meg kell vizsgálni. milyen módon terveznek beleegyezést kapni vagy a kutatási alanyok bevonására felhatalmazást elnyerni?
- Annak biztosítása, hogy a kutatás alanyai részesülhessenek a kutatás folyamata során elérhetővé váló, s a kutatás folytatása szempontjából lényeges információkból.
- Annak leírása, hogy milyen módon tervezik fogadni a kutatás során az alanyoktól vagy képviselőiktől eredő panaszokat illetve kérdéseket?

Közösségi megfontolások

- Milyen hatása illetve jelentősége van a kutatásnak a helyi közösségre illetve azokra a csoportokra, melyekből a kutatási alanyokat toborozták?
- A kutatás megtervezése során tanácskoztak-e a kutatók az érintett közösség tagjaival?
- Milyen mértékben befolyásolja a közösség a kutatásba bevont egyének beleegyezését?
- Milyen módon tanácskoznak a kutatók a közösség képviselőivel a kutatás folyamata alatt?
- Milyen mértékben járul hozzá a kutatás a helyi lehetőségek növeléséhez, pl. a helyi egészségügyi ellátás, kutatás fejlesztéséhez, a helyi népegészségügyi igények kielégítéséhez?
- Annak leírása, hogy milyen módon lesz a kutatást követően elérhető illetve az érintett közösség számára megengedhető a kutatás során esetleg sikeresnek bizonyuló termék, eljárás?

Ma, amikor a kutatás során fellépő érdekkonfliktusok kezelésének kérdése előtérbe került, különösen fontos a kutatás pénzügyi tervének az ellenőrzése. Ez ugyanis felhívhatja a figyelmet lappangó, nem deklarált érdekkonfliktusokra. Ebből kiderül, hogyan történik a kutatók díjazása, nem lényegesen nagyobb –e az a szokásosnál. Gyakori, hogy a kutatás szponzora a kutatónak a kutatásba bevont alanyok száma után differenciáltan fizet. A kutató tehát egy bizonyos számú kutatásba bevont alany fölött alanyonként nagyobb összeget kap, mint az említett küszöb alatt. Ez a kutatót arra ösztönözheti, hogy anyagi érdeke kedvéért arra nem alkalmas alanyokat is bevonjon a kutatásba. Olyan is előfordul, hogy az alanyok toborzásának gyorsaságáért külön megfizetik a kutatót. Ezen részletek megismerése tehát segíti a bizottságot a kutatás etikai elbírálásában.[314]
Egy kutatás etikai elfogadhatóságának, haszon/kockázat arányának a felmérése szempontjából fontos szubjektív teszt a kutatásetikai bizottság tagjai számára, hogy saját gyereküket, hozzátartozójukat, férjüket, felségüket--hasonló körülmények fennállása esetén—engednék-e az adott kutatásba bevonni vagy sem. Ha a válasz erre a kérdésre nemleges, akkor az adott kutatásetikai bizottsági tagnak nemmel kell szavaznia a kutatás engedélyezését eldöntő bizottsági szavazás során.[315]

Kérdőív kutatási terv egységes formában való elkészítése érdekében.

Evans és Evans egységes kérdőív bevezetését javasolja, melynek mindig csak a megfelelő kérdéseit kellene a kutatónak a kutatási kérelemben megválaszolnia, azokat, melyek az általa benyújtani kívánt kutatás számára relevánsak. A kérdőív nem helyettesítené a kutatási tervet. Szerepe elsősorban a kutatásetikai bizottság munkájának a megkönnyítése lenne. A kérdőív a kutatási tervben is meglevő információt a bizottság tagjai számára könnyen feldolgozható, strukturált formában prezentálná, s így a bizottság munkáját megkönnyítené.[316] Egy ilyen egységes módon kitöltött kérdőív előnye, hogy egyben a kutatási terv is egységes szempontok szerint készül el, s így jelentősen csökken a rosszul, hiányosan benyújtott kutatási tervek száma. Ez időt és energiát takarít meg a kutatók és az etikai bizottság tagjai számára egyaránt, hiszen nem kell a kutatási tervet kiegészítésre, átírásra visszaadni, nem kell az etikai bizottságnak ugyanazt a protokollt ismét és ismét tárgyalni. A kutatók számára pedig egy ilyen kérdőív fontos vezérfonal, mely biztosítja, hogy ne maradjon ki semmilyen lényeges etikai megfontolás a kutatási terv összeállítása során. A következő kérdések explicit megválaszolását tartják egy etikai elbírálás alapvető feltételének:[317]

A kutatás céljával és végrehajtásával kapcsolatos kérdések

- Mi a kutatási terv címe, hivatkozási száma?
- Mi a kutatás célja?
- Ki a felelős helyileg a kutatás elvégzéséért?
- Multicentrikus kutatás esetén ki a felelős a kutatás központi koordinálásáért?
- Milyen helyiségeket, eszközöket használnak helyileg a kutatás során? Jár-e ez költséggel a helyi intézmény finanszírozója számára?
- A javasolt kutatással egyidejűleg milyen más kutatásban vesz részt a kutató?

- A kutatásba egészséges önkénteseket vagy betegeket vonnak-e be? Hány fő bevonását tervezik?
- Lesznek-e kutatási alanyok a következő csoportokból: újszülöttek, gyerekek, magzatok, terhes anyák, idősek, terminális betegek, pszichiátriai betegek, értelmi fogyatékosok? Ha igen nem lehetne-e a kutatást ezen csoportok bevonása nélkül is elvégezni?
- A kutatás során betegek bizalmas adataihoz hozzá fognak–e jutni a kutatók?
- A kutatás során adnak-e gyógyszert, vakcinát, vagy alkalmaznak-e valamilyen gázt a betegeknél?
- A kutatás során használnak-e radioaktív anyagokat?
- A kutatás során alkalmaznak-e invazív beavatkozásokat, pl. rtg-vizsgálatot, biopsziát, endoszkópiát?
- Milyen hosszú ideig fog tartani a kutatás?
- Prospektív vizsgálat esetén mikor fejeződik be a kutatás? Milyen kritériumok fennállása esetén hagyják abba idő előtt a kutatást?
- Milyen hasonló kutatást végeztek már a múltban?

Kérdések a kutatási termékek formális státuszával kapcsolatban

- Ha a kutatás során gyógyszert, gázokat, vakcinákat alkalmaznak, van-e ezeknek a termékeknek engedélye?
- A jóváhagyott indikációban alkalmazzák-e ezeket a termékeket? Ha igen, milyenekben?
- Új (nem jóváhagyott) indikációban alkalmazzák-e ezeket a termékeket? Ha igen, milyenekben?

Kérdések prospektív vizsgálat esetén a kontrollszemélyekkel kapcsolatban

- A kutatás során alkalmaznak-e kontrollcsoportot?
- Ha igen, a kontrollcsoport tagjai aktív kezelést kapnak-e?
- Ha aktív kezelést kapnak, ez az elismert legjobb kezelés vagy standard kezelés? Ha nem, miért nem az, s mi ennek az indoklása?
- A kutatás placebo-kontrollos kutatás? Ha igen, s ha létezik a betegségre hatásos kezelés, akkor mi az indoklása annak, hogy mégis placebót használnak a kontrollcsoportban?
- Ha van olyan kutatási alany, aki csak placebót kap, akkor ki van-e téve kockázatnak azáltal, hogy viszonylag hosszú időn keresztül nem kap hatásos kezelést?
- Hogyan döntik el, hogy a kutatási alanyok közül ki kerül a kísérleti csoportba és ki a kontrollcsoportba? Randomizációt alkalmaznak-e a besorolás során?
- Alkalmaznak-e kimosódási (washout) periódust a kutatás során, amikor is az addig szedett gyógyszert a betegtől elvonják, újat azonban még nem adnak a régi kiürülésének biztosítása érdekében? Ha van kimosódási periódus, jelent-e kockázatot a kutatási alanyok számára, hogy ez alatt az idő alatt nem részesülnek hatásos kezelésben?
- Nyílt vagy vak illetve kettős vak próba formájában kerül–e sor a kutatásra?

Kiegészítő kérdések a kutatási alanyok jóllétével kapcsolatban.

- Milyen kényelmetlenségek, mellékhatások vagy egyéb kár előfordulására számíthatnak a kutatás alanyai?
- Milyen óvintézkedéseket terveznek ezek elkerülésére?
- Hogyan kerülnek a nemkívánatos események észlelésre? Milyen intézkedéseket terveznek előfordulásuk esetén?
- Kettős-vak próba esetén a kód sürgősségi feltörésére milyen módon nyílik lehetőség?
- Van-e olyan invazív diagnosztikus beavatkozás, melyet kizárólag a kutatás érdekében végeznek el? El kellene-e végezni ilyen vagy hasonló beavatkozást a kutatásban való részvétel nélkül is?
- Milyen módon lesznek kártalanítva a kutatás alanyai, ha a kutatás során olyan kárt szenvednek, mely nem gondatlanságból ered? Milyen kártérítési, biztosítási mechanizmusok elérhetők a kutatók illetve az őket alkalmazók számára?

Kérdések a kutatási alanyok toborzásával kapcsolatban

- Milyen korú alanyokat terveznek bevonni a kutatásba?
- Melyek az alapvető bevonási illetve kizárási kritériumok?
- Kell-e helyileg egy bizonyos minimális számú kutatási alanyt toborozni ahhoz, hogy a kutatás elkezdődhessen?
- Hogyan történik a kutatási alanyok toborzása? A kórház vagy a családorvos betegei közül kerülnek az alanyok kiválasztásra?
- Az őket kezelő klinikus fogja nekik felajánlani a részvétel lehetőségét, aki a kutatásban is részt vesz?
- Tájékoztatják-e a beteg családorvosát illetve konzultálnak-e vele, mielőtt a betegnek felajánlják a részvétel lehetőségét?
- A részvétel lehetőségének felajánlása levélben történik? Ha igen, mellékelték a levél másolatát a kutatásetikai bizottság számára?
- Részesülnek –e a kutatási alanyok fizetségben vagy más ellenszolgáltatásban a kutatásban való részvételért? Ha igen, milyenben?
- Azt mondják-e a kutatási alanyoknak, hogy orvosi hasznuk lehet a kutatásban való részvételből? Ha igen, milyen hasznot említenek?

Kérdések a tájékoztatással és a beleegyezéssel kapcsolatban

- Bevonnak-e a kutatásba olyan alanyokat, akik jogilag valószínűleg nem lesznek képesek a részvételbe tájékozott beleegyezést adni? (nem-cselekvőképes alanyok)
- Ha igen, ki fog helyettük tájékozott beleegyezést adni? Ilyen kutatás esetén minden részvevő részesül-e aktív kezelésben?

- Ha a kutatásban nem-cselekvőképes alanyokat is részt vesznek, akkor részvételük feltétlenül szükséges-e a kutatás kivitelezéséhez?
- Randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatás esetén a betegek világosan értik-e, hogy azt hogy a kutatás keretén belül milyen kezelésben részesülnek, a véletlen fogja eldönteni?
- Placebo-kontrollált kutatás esetén világosan értik-e a betegek, hogy lehet, hogy nem fognak hatásos (aktív) kezelésben részesülni?
- A tájékoztató nyomtatvány és a beleegyező nyilatkozat egy példánya mellékelve van–e a kutatásetikai bizottsághoz benyújtott kutatási tervhez?

Kérdések a kutatás anyagi vonatkozásaival kapcsolatban

- A kutatás kivitelezéséért részesül-e a kutató (illetve intézménye, szakmája) anyagi ellenszolgáltatásban?
- Ha igen, ezt világosan megmondják-e a kutatásban részt vevő alanyoknak a kutatásban való részvételbe adott beleegyezésük előtt?
- Összesen mekkora összeg kerül kifizetésre a kutatás befejezésekor? Kinek kerül ez kifizetésre?
- Ha pénzt a helyi kutatási vagy oktatási alapítvány számára fizetnek ki, ki az alapítvány vagyonának a kezelője?
- Meghatározták-e a kutatásban résztvevők olyan minimális számát, melynek elérése előtt nem fizetnek a kutatóknak?
- A kutatók díjazása a résztvevő kísérleti alanyok száma alapján kerül-e megállapításra, vagyis minden bevont beteg után kap-e a kutató egy meghatározott összeget?
- Vannak-e olyan kutatási, diagnosztikus vagy terápiás beavatkozások, melyek után tételenként kap az azt végrehajtó kifizetést? (tételenkénti tevékenység-finanszírozás)
- Csatolták-e a kutatással kapcsolatos anyagi megállapodást a kutatásetikai bizottsághoz benyújtott kutatási tervhez?

A kutatási terv kiegészítéseként a kutatásetika bizottság a fenti kérdések explicit megválaszolását kérné a kutatótól, aki nem válaszolhat egyetlen kérdésre sem úgy, hogy “lásd a protokollt.”[318]

A kutatásetikai bizottság összetétele.

A kutatásetikai bizottságokban kulcskérdés a bizottság összetétele. Fontos, hogy a bizottság politikai, intézményi, szakmai és piaci-üzleti befolyásoktól független legyen.[319] Mivel a kutatók a tudomány iránt elkötelezett, s ezért a tudományos ismeretek fejlesztését az átlagosnál fontosabbnak tartó emberek, ezért ezen elfogultság kiküszöbölése céljából fontos, hogy az ilyen bizottságokban nem-kutatók is vegyenek részt. [320] Nagy Britanniában például elv, hogy a kutatásetikai bizottságnak vagy az elnökének, vagy az alelnökének laikusnak kell lennie. Ez is aláhúzza az ilyen bizottság független jellegét.[321]

Az etikai bizottság összetételének multidiszciplinárisnak és multiszektoriálisnak kell lennie. Megfelelő tudományos szakértelem biztosítására, kiegyensúlyozott kor- és nem szerinti összetételre kell törekednie, s a társadalom érdekeit és szempontjait képviselő laikusoknak is részt kell venniük a bizottságban.[322] A szavazóképesség feltételeit is úgy kell meghatározni, hogy nem csak az ahhoz szükséges minimális jelenlevő létszámot kell megkövetelni, hanem azt is, hogy az egyes szakmákból, csoportokból illetve nemenként minimálisan hány személynek kell jelen lennie ahhoz, hogy a bizottság szavazóképesnek számítson. Nem lehet például szavazóképesnek tekinteni azt a bizottságot, melyben csak az egyik szakma vagy csak az egyik nem képviselői vannak jelen. A szavazóképességhez ezen kívül legalább egy nem-tudományos területet képviselő tag, s egy, a kutatóhelytől független tag részvételére is szükség van.[323]
A kutatásetikai bizottság tagjai között szükségszerűen vannak aktív kutatók is. Előfordulhat, hogy a tárgyalandó kutatási tervvel kapcsolatban érdekkonfliktus áll fenn a bizottsági tag és a tervet benyújtó kutató vagy a bizottsági tag és a kutatási terv témája között. Érdekkonfliktus esetén a bizottság tagjának jeleznie kell az érdekkonfliktus tényét s ebben az esetben az adott kutatási terv elbírálásában nem vehet részt.[324]

Az etikai bizottsági tagok képzése és továbbképzése.

Fontos, hogy az etikai bizottság tagjai rendszeres képzésben illetve továbbképzésben részesüljenek.[325]
Magának a kutatásetikai bizottságnak is van szerepe az etikai szempontok oktatásában. Működésével képzi és továbbképzi a kutatókat a kutatás etikai vonatkozásaival kapcsolatban. Helyes ezért, ha a fiatal, kezdő kutatók lehetőséget kapnak az etikai bizottság munkáját megfigyelni, hogy ne a saját bőrükön kelljen—már egy kutatási terv tárgyalása során—megtapasztalniuk az etikai bizottság szempontjait és követelményeit.[326]

Speciális szempontok a kutatásetikai bizottság munkájában pszichiátriai kutatások jóváhagyása során.

Pszichiátriai kutatások esetén javasolni szokták. hogy a bizottság tagjai között szerepeljenek gyógyult vagy kompenzált állapotban levő pszichiátriai betegek illetve betegek olyan családtagjai is, akiknek közvetlen tapasztalatuk van az adott (a kutatásban vizsgálni kívánt) betegséggel kapcsolatban. Fontos, hogy a bizottság tagjainak képzésében, továbbképzésében is kapjanak szerepet a kompenzált állapotban levő betegek illetve családtagjaik, akiknek személyes élményeik vannak a betegségnek az egyén illetve a családja életére gyakorolt hatásáról.[327]

A folyó kutatások etikai bizottság általi ellenőrzése

Sok kutatás nem az eredeti--a kutatásetikai bizottság által jóváhagyott--tervnek megfelelően megy végbe. Ezért is fontos, hogy a kutatásetikai bizottságok a kutatási terv engedélyezése után a kutatás folyamatát is ellenőrizzék. Az ellenőrzésnek a következőkre kell kiterjednie[328]:

- A tájékozott beleegyezés folyamatának az ellenőrzése
- A kutatási tervhez való ragaszkodás ellenőrzése
- Annak ellenőrzése, hogy nem végeznek-e nem jóváhagyott kutatást?

Az ellenőrzésnek rendszeresnek kell lennie.[329] Legalább évente egyszer ellenőrizni kell a folyó, jóváhagyott kutatásokat,[330] bizonyos esetekben azonban a kutatás rendkívüli, soron kívüli ellenőrzésére is szükség van. Ezek:[331]

- A kutatási terv bármilyen olyan kiegészítése, módosítása, mely befolyásolja a kutatási alanyok jogait, biztonságát, jóllétét, vagy a kutatás menetét.
- Olyan komoly, nem várt mellékhatások jelentkezése, melyek a kutatással illetve az általa kipróbált termékkel kapcsolatosak. Itt vizsgálni kell a kutatók, a hatóságok és a szponzorok által tett intézkedéseket.
- Bármely olyan esemény fellépése vagy új információ elérhetővé válása, mely befolyásolja a kutatás haszon/kockázat arányának megítélését.

Elv, hogy az etikai bizottságot azonnal értesíteni kell a kutatás folyamán az olyan mellékhatások jelentkezéséről, mely a tájékoztató nyomtatványon, illetve a beleegyezési nyilatkozaton nem szerepelt. A "tervezett" mellékhatások jelentkezése csak akkor jelentendő, ha az olyan komoly, hogy külön orvosi kezelést vagy az esetleges kórházi benntartózkodás meghosszabbítását igényli.[332] Azt is azonnal jelenteni kell az etikai bizottság felé, ha olyan esemény történt, mely az alanyok magánszféráját fenyegeti. (pl. a kutatási dokumentumokat vagy azok egy részét valaki elvesztette, s így az alanyok adatainak további titkossága nem garantálható.)[333]
Hosszabb időn át folyó kutatások esetén fontos, hogy az engedély csak 1 vagy 2 évre szóljon. Ennek lejárta után az engedélyt meg kell újítani. Ez alkalmat teremt az ezt kérvényező kutatónak az addigi eredmények rövid összefoglalására, az esetleges apróbb változások leírására.
A kutatónak értesítenie kell az etikai bizottságot a kutatás befejezéséről és a bizottság rendelkezésére kell bocsátania a kutatásról szóló összefoglaló jelentést.[334]

A profit-orientált kutatás által felvetett etikai problémák

Az alábbiakban elsősorban a modern profit-orientált kutatás USA-beli jellemzőivel foglalkozunk. Ennek oka az, hogy a vizsgált jelenség ott kezdődött először és ezért ott a legkialakultabb. Például a tudomány és az ipar szorosabb összekapcsolódását lehetővé tevő, nagy hatást gyakorló és később tárgyalandó Bayh-Dole Act 1980-ban született, míg a hasonló célú magyar innovációs törvény 2005. január 1.-vel lépett hatályba.[335] Az USA jelenségeinek kiemelt vizsgálata másfelől azért is fontos, mert az ott kidolgozott új eljárások, gyógyszerek gyorsan elterjednek, s ezért az egész világ tudományosságára és orvosi gyakorlatára nagy hatást gyakorolnak. Ugyanakkor látni kell, hogy a mai globalizált világban a többi országban is—bár esetleg jelentős késéssel—de hasonló tendenciák érvényesülnek. Így a tárgyalandó problémák—bár sokszor kisebb mértékben, s némiképp módosulva—de Magyarországon is jelentkeznek.

A profit-motívum és a tudomány összekapcsolódásának története

Ma az USA-ban az emberen történő orvostudományi kutatás 60%-át a gyógyszer- és a biotechnológiai ipar finanszírozza.[336] A gyógyszergyárakon és a biotechnológiai vállalkozásokon kívül az orvosi eszközöket gyártó vállalatok és a magánbiztosítók is azon üzleti szervezetek közé tartoznak, melyek egyre nagyobb szerepet játszanak a kutatások finanszírozásában. Ezek a kutatások azonban a tudomány és az üzlet olyan összekapcsolódását eredményezik, mely a mai kritikusok szerint elfogadhatatlan etikai következményekkel jár, s ezért speciális óvintézkedéseket tesz szükségessé. Számos publikáció foglalkozik ma már ezekkel a problémákkal.[337] [338]

A profit-motívum és a tudomány szorosabb összekapcsolódásának folyamata nem új keletű. 1961-ben az USA akkori elnöke, Dwight Eisenhower óvott először nyilvánosan az un. katonai-ipari komplexumtól, vagyis a fegyvergyártás és a hadsereg egészségtelenül szoros összefonódásának jelenségétől, mely—úgy érezte—az amerikai demokráciát is fenyegetheti. Ahogyan Schafer megjegyzi, ha Eisenhower ma élne, valószínűleg tudományos-ipari komplexumról beszélne. [339]

A fizika tudományában azonban az egyetem-ipar kapcsolat, mely régóta létezett, sohasem keltett akkora vitát, mint az orvostudományban. Ennek oka, hogy az élettudományokban embereken végzik a kutatást, s így ők lesznek az eszközei bizonyos kereskedelmi érdekek előmozdításának.[340]

Az orvostudományban ez a folyamat az USA-ban az 1980-ban elfogadott Bayh-Dole Acttel gyorsult fel, mely törvény lehetővé tette, hogy egyetemek és kutatóintézetek az állami finanszírozású kutatások során felfedezett eljárásokat, termékeket is szabadalmaztathassák, és így ezekkel üzleti vállalkozásokat indíthassanak. A törvény célja az volt, hogy lehetővé tegye a kutatás közvetlen hasznosulását, a technológiai transzfert. Ezáltal a pénzben szegény, de szellemi tőkében gazdag kutatócentrumok üzleti kapcsolatba kerülhettek a tőkével rendelkező, de kutatói kapacitásban szegényebb iparral. Úgy tűnt, ez mindkét fél számára előnyös lesz, az egyetemek és a kutatók pénzhez jutnak, az ipar pedig hasznosítható ötletekhez.

A törvény eredménye azonban az üzleti érdek, a profit-motívum és a tudományos kutatás veszélyes mértékű összefonódása lett. Ma az USA-ban a kutatók kb. 20-30%-nak van az iparral üzleti kapcsolata.[341]Ez a kapcsolat azonban nem korlátozódik a kutatókra. Az ipar—különböző formákban—anyagilag képes ösztönözni illetve befolyásolni az alapellátás orvosait, különböző fogyasztói és betegképviseleti szervezeteket, s intézményeket is.[342] A kutatókat arra bíztatják, hogy kutatásaik termékeit szabadalmaztassák, alapítsanak vállalatot, vagy legyenek az őket támogató iparvállalat részvényesei. S mindez igaz az egyetemekre is, amelyek egyre kevésbé engedhetik meg maguknak, hogy a falaik között születő felfedezéseket ne szabadalmaztassák, hanem szabadon hozzáférhetővé tegyék mindenki számára, ahogyan azt a régi tudományetika íratlan kódexe diktálta. Ha ma egy egyetem a régi szabályokhoz ragaszkodik, komoly bevételektől esik el, s hátrányba kerül az „üzletbarátabb” egyetemekhez képes.[343]

Vannak, akik a tudomány „privatizálásáról” beszélnek, arról, hogy az ipar gyarmatosította a tudományt, s a tudományra hagyományosan jellemző pártatlan, a kíváncsiságtól hajtott kutatás helyét a profit keresése váltotta fel. A tudós és a

vállalkozó közötti határ egyre jobban elmosódóban van, s az egyetemek és kutatóintézetek is egyre inkább kvázi-üzleti vállalkozásokként működnek.[344] Ugyanazok a szakértők, akik az ipar alkalmazásában is állnak, egyszersmind részt vesznek gyógyszer-engedélyezési bizottságokban, terápiás irányelveket megfogalmazó szakmai testületekben.[345] Az ez által keletkező érdekkonfliktus nyilvánvaló.

A jelenség illusztrálására jó példa dr. Charles Nemeroff-nak 2003-ban a Nature Neuroscience-ban megjelent összefoglaló tanulmánya, mely 20 kísérleti stádiumban levő gyógyszeres terápiát vizsgált különböző pszichiátriai betegségekben. Nemeroff bizonyos gyógyszereket ígéretesnek, másokat viszont kiábrándítónak minősített. A cikket olvasó Dr. Bernard Carrolnak feltűnt, hogy a Nemeroff által dicsért gyógyszerek közül három olyan volt, melynek sikeréből Nemeroffnak üzleti haszna származott volna. Az egyik gyógyszerre például Nemeroffnak szabadalmi oltalma volt bejegyezve! Hogyan írhat azonban értékelő cikket valaki a saját gyógyszeréről? Mikor Dr. Carroll levelet írt a tudományos folyóiratnak, azt állítva, hogy a szerző érdekkonfliktusát fel kellett volna tüntetni a cikk végén, levelét nem közölték. Ekkor a New York Timeshoz fordult, amely természetesen közölte a levelet, óriási botrányt robbantva ki ezzel. A példa jól mutatta azt az ellentmondást, hogy orvosi területen ma megengedett, hogy valaki saját érdekeltségeiről (pl. olyan gyógyszerről, melynek sikeréből üzleti haszna származik) írjon „elfogulatlan" értékelő cikket.[346]

Ma szinte általános, hogy a kutatók nem ismerik fel, hogy ítéleteik elfogulatlanságára mekkora veszélyt jelent esetlegesen fennálló anyagi érdekeltségük. Egy újságíró ma nem írhat egy magára adó demokráciában értékelő-elemző cikket saját üzleti vállalkozásáról. Azt nem tényfeltárásnak, hanem reklámnak tekintenék. Egy bíró ma egyetlen jogállamban sem ítélhetne olyan ügyben, melyben neki magának érdekeltsége van. Egy tudós viszont ma véleményt mondhat egy olyan gyógyszer hatásáról, melynek gyártójának részvényese.[347] Ez azt jelenti, hogy ha a gyógyszerről negatív véleményt publikál, részvényeinek árfolyama jelentősen esni fog, vagyis negatív ítélete saját elszegényedését jelentheti. Elvárható ilyen esetben az objektivitás? Úgy tűnik tehát, hogy ma a tudomány és a kutatás elüzletiesedésének veszélyeit alábecsülik. Olyan érdekkonfliktusokat engednek meg a medicinában, melyet az újságírásban vagy az igazságszolgáltatásban elfogadhatatlannak találnának. Egy olyan „poszt-akadémiai" tudományos élet jött ma létre, mely a kutatás azonnali anyagi hasznosulásában érdekelt, s mely nem képes azt az érdekektől független, pártatlan, kritikus racionalitást képviselni, s ilyen jellegű elfogulatlan elemzéseket végezni, melyre minden döntéshozónak szüksége van.[348] Ahogyan Lemmens fogalmaz: ha a kutatást finanszírozó vállalat tervezi meg a kutatási protokollt, ő választja ki a kutatási alanyokat, saját maga végzi el a kutatást, gyűjti össze az adatokat, értelmezi az eredményeket, határozza meg, hogy az eredményeket hol és mikor publikálják, ő támogat olyan érdekvédő- és betegeket képviselő csoportokat, melyek igyekeznek nyomást gyakorolni a kormányra az adott gyógyszer engedélyezése és társadalombiztosítási támogatása érdekében, akkor minden okunk megvan kételkedni az így keletkező adatok megbízhatóságában illetve az ilyen döntések objektivitásában.[349]

A titkolódzás kultúrája

A profit-orientált kutatások előtérbe kerülése a titkolódzás kultúráját teremtette meg. Míg a tudományra a nyíltság, a következtetések levonására alkalmas nyers adatok közlése a jellemző, addig az iparra az üzleti érdekek védelme érdekében a titkolódzás. Ahogyan szorosabb lesz az üzlet és a tudomány közti kapcsolat, úgy hatol be a tudományba is a titkolódzás kultúrája. A titkolódzás ma már nagyobb mértékű, mint amit az üzleti érdekek szigorúan megkövetelnének.
Például ma a legtöbb nemzeti illetve nemzetközi gyógyszer-engedélyező hatóság, s ide tartozik az Európai Gógyszerértékelő Hatóság is (European Medicine Evaluation Agency=EMEA) titokban tartja, hogy döntéseit milyen nyers adatok alapján hozta meg. Érthető lenne természetesen az adatok bizalmas kezelése egy gyógyszer előállításával kapcsolatos információk vonatkozásában, hiszen ezek üzleti érdekeket sérthetnének. Miért titkosak azonban a gyógyszer farmakológiájával, toxicitásával, mutagenitásával, carcinogenitásával kapcsolatos adatok? Titkos ma az is, hogy az engedélyező bizottság milyen arányban szavazott a gyógyszer engedélyezésekor. Ez a titkolódzás ma alapvetően a gyógyszeripar, s részben az engedélyező hatóság érdekeit szolgálja. Nem akarnak nyilvános vitát arról, hogy az engedélyező döntés helyes volt-e, mely vita csak a nyers-adatok ismeretében lenne lefolytatható. Mindez alapvetően sérti a betegek információhoz való jogát.[350]

A nemzetközi gyógyszerpiac néhány trendje.

A gyógyszeripar ma nemzetközileg egyike a legprofitábilisabb iparágaknak. A gyógyszerárak mindenütt növekednek és egyre nagyobb szeletet hasítanak ki az egészségügyre fordított költségekből.
A jelenségnek a gyógyszeripar részéről adott magyarázata az, hogy azért magasak a gyógyszerárak, mert csak így lehet fedezni egy új készítmény kifejlesztésének csillagászati költségét. Az árak csökkentése a kutatásra fordítható pénz csökkenését és így a gyógyszerfejlesztés lelassítását jelentené.
A kritikusok ezzel szemben rá szoktak mutatni, hogy a gyógyszeripar általában sokkal többet költ hirdetésre és marketingra, mint kutatás-fejlesztésre. Így nem a gyógyszerfejlesztés igényli a magas gyógyszerárakat, hanem a hirdetéshez és marketinghez szükséges nagy költségek.
A kritikusok szerint az is mítosz, hogy a gyógyszeripar különösebben innovatív lenne. A piacon megjelenő „új" gyógyszerek nagy része nem is új, hanem un. „én-is gyógyszer" („me-too drug"): már régóta ismert hatóanyagok csekély módosításai vagy kombinációi. Ez csak a régi gyógyszer lejárt szabadalmi oltalma okozta profitkiesés pótlására szolgál (hiszen egy új gyógyszer szabadalmi oltalma is újra kezdődik), orvosilag azonban nem jelent javulást a régi gyógyszerhez képest, hiszen annak csak csekély módosítása. Az új gyógyszer azonban általában jelentős költségnövekedést jelent a fogyasztónak. Az igazán új, áttörést jelentő hatóanyagokat általában államilag finanszírozott, nem profitorientált kutatóintézetekben fejlesztik ki.[351] Ez egyébként az üzlet logikájából következik is. Az igazi áttörésekhez szükséges alapkutatás relatíve kevésbé célorientált, nagyon költséges és a közvetlen eredménye mindig bizonytalan. Ezzel szemben egy profit-orientált üzleti szervezetnek, mint amilyen egy gyógyszergyár „biztosra kell mennie", s ezért nem fektetheti be pénzét egy üzletileg annyira kockázatos és rövid távú eredményeiben annyira bizonytalan vállalkozásba, mint az alapkutatás. Ezért a

gyógyszeripar stratégiája az, hogy a már ismert és hatékony alapanyagok változtatásaival, csekély módosításaival és kombinálásával igyekszik rövid távon is biztosan profitábilis eredményt produkálni. Ezért olyan magas a piacon az „én-is" gyógyszerek száma. A sokféle variációban piacon levő SSRI-k, statin-készítmények, ACE-gátlók az „én-is" gyógyszerek példái. S nincs olyan vizsgálat, mely igazolná, hogy ennyi—hasonló hatású—készítmény jelenlétére szakmailag szükség van. [352]
A kiút a jelenlegi helyzetből az lenne, ha a gyógyszergyárak többet költenének kutatásra és fejlesztésre, s az „én-is" gyógyszerek helyett innovatív módon valóban új vegyületeket gyártanának.[353]
Az is jellemző, hogy az igazán profitábilis gyógyszerkészítmények azok, melyek általánosan előforduló, élethosszig tartó, de relatíve enyhe zavarokat—betegségeket kezelnek. Az allergia vagy az enyhe depresszió tipikus példáknak számítanak. Mivel szinte mindenki szenvedhet ilyen problémákban, ezért óriási a piaca az ezeket kezelő gyógyszereknek, melyeket évekig lehet szedni. Az akut, rövid ideig tartó vagy ritka betegségek kezelése sokkal kevésbé profitábilis, ezért ezek a területek a gyógyszerfejlesztés mostohagyermekei.[354] Ez azért van így, mert a gyógyszerfejlesztést a profit hajtja, s nem a betegek érdeke. Ezért nem szívesen fejlesztenek ki gyógyszert a ritka betegségek kezelésére, hiszen az gazdaságtalan lenne.[355] S a szegény országokban gyakori betegségek kezelése sem élvez prioritást, hiszen az ottani betegek úgysem tudnák a gyógyszert megfizetni, ezért üzletileg nem éri meg az iparnak a szert előállítani. Erre jó példa az eflornithine története. Ezt a gyógyszert eredetileg a rák kezelésére fejlesztették ki, rákellenes szerként azonban hatástalannak bizonyult. Kiderült azonban, hogy rendkívül hatásos a Harmadik Világban gyakori álomkór esetén. Noha ott életmentő, a gyógyszergyár mégsem folytatta a gyártását, mert ennek üzleti szempontból nem lett volna értelme. Később azonban az is kiderült, hogy a szer nagyon hatékony szőrtelenítő is egyben. Mivel a jó szőrtelenítő iránt a gazdag nyugati országokban óriási kereslet van, ezért gyártása ismét elkezdődött, s most már elérhetővé tették a szert majdnem ingyen a szegény országokban előforduló álomkór kezelésére is.[356]
Jellemző továbbá ma a klinikai kutatás un. farmako-centrikus megközelítése. Eszerint betegségek kezelésére elsősorban gyógyszereket igyekeznek kifejleszteni, holott sok betegség nem biztos, hogy gyógyszerekkel gyógyítható a legjobban. [357]
Gyakran hallható érvelés, hogy a profit-motívum okozta torzítást kiküszöböli a piaci verseny. A piacon levő sok gyógyszervállalat egymást figyeli, egymás eredményeit kritikusan szemléli és—márcsak üzleti érdekből is--rámutat a másik termékének problémáira, esetleges félrevezető adatértelmezéseire. A valóságban azonban a verseny ellenére az egyes ipari vállalatok érdekei sok szempontból azonosak. Mindegyik érdekelt például a korábbi fejezetekben részletesen elemzett medikalizációban, abban, hogy kellemetlen állapotokat patológiásnak, enyhe patológiát súlyosnak és főképp gyógyszerrel kezelhetőnek állítsanak be. Eme közös érdekek tehát komoly korlátjai annak, hogy valóban kritikusan elemezzék a versenytárs kutatási eredményeit.[358]

Mennyire tekinthető valódi piacnak a gyógyszerpiac.

A profit-motívum a mindennapi üzleti életben hasznos célokat szolgál, s részben ez az oka, hogy a piac a javak elosztásának ma is a leghatékonyabb mechanizmusa.

Ugyanakkor a gyógyszer—s általában az egészségügyi ellátás—tekintetében nem beszélhetünk hagyományos értelemben vett piacról, s ezért ezek elosztása nem történhet a szokásos piaci mechanizmusokkal. Ennek figyelmen kívül hagyása, s az, hogy a gyógyszert ugyanolyan árunak tekintik, mint bármi mást, okozza azokat az anomáliákat, melyek ma a gyógyszeriparban mindenütt a világon megfigyelhetők.[359] A gyógyszerek és általában az egészségügyi ellátás piaca azért nem „normális" piac, mert a piacra jellemző a kereslet és a kínálat függetlensége. A fogyasztó megítéli, hogy szüksége van-e egy termékre, s azt is meg tudja ítélni, hogy egy bizonyos termék kielégíti-e az igényeit vagy sem. Orvosi ellátás és gyógyszer esetén egyik feltétel sem teljesül. Itt nem a beteg, hanem az orvos mondja meg, hogy a nála jelentkező ember egyáltalán beteg-e, s szüksége van-e pl. gyógyszerre, s ha igen, akkor melyikre, s azt is az orvos fogja megmondani, hogy annak használata kielégíti-e a beteg igényeit. Így a keresletet az orvos gerjeszti, s nem a beteg. Ezért nem véletlen, hogy a gyógyszergyárak alapvetően az orvosokat célozzák meg reklám- és marketingtevékenységük során, hiszen a gyógyszerek eladásához az orvoson keresztül vezet az út. Az USA-ban a gyógyszergyárak évente és orvosonként 8000-13000 $-t költenek marketingre.[360]

Az ipar és a tudomány összefonódásának veszélyei.

Míg az üzleti vállalkozás célja alapvetően a profit maximalizálása, addig a tudomány feladata az igazság lehetőleg érdek- és elfogultságmentes feltárása. A két cél sok esetben egyszerre nem elérhető. A tudomány kommercializálódása, a kutatás profitmotívum általi befolyásolódása számos negatív hatással jár. A teljesség igénye nélkül az alábbiakban felsorolunk néhányat.

A kutatási eredmények szelektív publikációja

Régebben a gyógyszervizsgálatok nagy része kutatóintézetekben történt, s a vizsgálatnak a gyógyszeripar inkább passzív szemlélője, mint aktív szereplője volt. Ez azonban az utóbbi 20 évben megváltozott. Ma már a gyógyszeripar finanszírozza a gyógyszerkipróbálások jelentős részét, sokszor általa történik a vizsgálatok tervezése is, ezért a döntés is az övék, hogy a vizsgálat eredményét publikálják-e, illetve a vizsgálat adatait nyilvánosan hozzáférhetővé teszik-e?[361] Szinte rutinszerű, hogy azokat a vizsgálatokat, melyek egy gyógyszer csekély hatását bizonyítják, nem vagy csak késve publikálják. Ma a pozitív eredményekkel záruló kutatások háromszor gyakrabban kerülnek publikálásra, mint a negatív eredményekkel zárulók.[362] Azon vizsgálatok nagy része, melyek a modern SSRI típusú antidepresszánsokat nem találták hatékonyabbnak a placebónál, soha nem kerültek publikálásra a szakmai folyóiratokban.[363] Például a gyerekkori depresszió kezelésében alkalmazott SSRI antidepresszánsokat az FDA-hoz beadott 15 vizsgálatból csak 3 találta hatásosnak.[364] Egy—a publikált és nem publikált vizsgálatokat egyaránt figyelembe vevő--angol meta-analízisen alapuló vizsgálat a gyerek- és serdülőkori depresszió kezelésében egy kivételével az összes vizsgált SSRI-nél összességében negatív haszon/kár arányt talált. Így--szemben a publikált vizsgálatok sugallta konklúzióval--ezek alkalmazását gyermekek és serdülők esetén

nem javasolták.[365] A szelektív publikációs gyakorlat, vagyis az, hogy csak egy termék, gyógyszer hatásosságát bizonyító kutatásokat publikálják, s a hatástalanságot bizonyító, esetleg nagyobb számú kutatást nem, a kutatást egyszerű marketing tevékenységgé fokozza le. Ez a gyakorlat a szakirodalmat eltorzítja, hiszen azt olvasva jórészt csak egy adott termék, gyógyszer kedvező hatását bizonyító cikkekre lehet bukkanni, hiszen a kedvezőtlenek nem kerülnek publikálásra. [366]
A szelektív publikáció azért is etikátlan, mert a publikálatlan eredmények a kutatási alanyok becsapását, s a kutatás eredményeinek az elherdálását jelentik. Az alanyok ugyanis részben azért vállalták a kutatásban való részvételt, hogy annak eredménye hasznos legyen a tudománynak illetve a többi betegnek. A nem publikált kutatás azonban nem hasznos, a nem hasznos kutatás pedig az alanyok felesleges veszélyeztetését jelenti, s ezért etikátlan.[367]
A szelektív publikációk métaanalíziseket eltorzító hatásának és veszélyeinek felismerése vezetett oda, hogy elfogadottá vált minden elkezdett kutatás regisztrációjának elve és gyakorlata. Minden elkezdett kutatást egy számmal látnak el (International Standard Randomized Controlled Trial Number=ISRCTN)[368] 2004 szeptemberében pedig az International Committee of Medicinal Journal Editors (Orvosi Folyóiratok Szerkesztőinek Nemzetközi Bizottsága) megállapodást tett közzé, mely szerint a körükbe tartozó rangos nemzetközi folyóiratok egyike sem fog közlésre elfogadni olyan cikket, melyet nem előre bejelentett, s nyilvánosan (az interneten) közzétett regisztráltságú kutatás eredményei alapján írtak meg.
A megállapodás a 2005. július 1. után kezdődő kutatásokra vonatkozik, s a Humán I. fázisú kutatásokra nem terjed ki.[369]

Egy kedvezőtlen gyógyszerhatásra való bizonyíték hiányát a gyakorlatban tévesen a kedvezőtlen hatás nemlétezése bizonyítékának tekintenek

A mai nagy randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatások (RKK)—melyek a modern Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás (BAO) legmegbízhatóbb eszközeinek tekinthetők-- más módon is eltorzíthatják a kutatást. Nagy, statisztikailag is bizonyító erejű RKK végzése ugyanis igen költséges, s ez legtöbbször csak az ipar finanszírozásával lehetséges. Az ipar célja azonban csak egy gyógyszer engedélyezéséhez szükséges RKK lefolytatása, s az ilyen vizsgálatokat nem bizonyos—később előtérbe kerülő, a vizsgálat idején azonban még nem ismert, ritkábban előforduló-- mellékhatások detektálására tervezik. Ha egy gyógyszert már engedélyeztek, de egyedi megfigyelések alapján egy új mellékhatásnak, vagy kedvezőtlen hatásnak merül fel a gyanúja, annak létezése vagy hiánya megbízhatóan csak egy újabb RKK végzésével lenne lehetséges. Ennek elvégzése azonban sokszor az adott vállaltnak már nem érdeke, hiszen a gyógyszer már a piacon van, s komoly bevételt termel. Ilyenkor egyszerű a mellékhatásokat bizonyító RKK hiányában azt mondani, hogy „nincs statisztikailag meggyőző bizonyíték” a kérdéses mellékhatás létezésére, s elhallgatni azt a tényt, hogy azért nincs, mert az azt bizonyítani képes RKK-t finanszírozás és érdekeltség hiányában el sem végezték. Így ma, a BAO korában az RKK-k széles körű elterjedése kétélű fegyver. Mivel statisztikailag meggyőző módon csak egy elvégzett RKK birtokában lehet érvelni, egyedi esetekre hivatkozva nem, RKK-t viszont csak tőkeerős vállatok

végezhetnek, ezért a tőkeerőt nélkülöző egyedi klinikus fegyvertelen marad a tudományos vitában. Nem lesznek statisztikailag meggyőző érvei, legfeljebb csak statisztikailag semmit sem bizonyító gyanúit lesz képes megfogalmazni. A vitát eldönteni képes RKK-t pedig csak annak a tőkeerős vállalatnak lesz lehetősége elvégezni, amelynek az anyagilag nem érdeke. Így a tudományos vita egyoldalú lesz, alapvetően az abban résztvevő felek anyagi lehetőségei által meghatározott.[370]

Az „én-is gyógyszerek" („me too drugs") dominanciájának hatásai

Ma a gyógyszeripar—a profit maximalizálása érdekében—számtalan olyan „új" gyógyszert dob a piacra, melyek egy már régebben ismert hatóanyag csekély mértékben megváltoztatott változatait jelentik. Ezeket a szakirodalom—mint láttuk--„én-is gyógyszereknek" („me-too drugs") nevezi. Az „én-is" gyógyszer hatásában és hatásosságban gyakorlatilag azonos a már régebben ismert hasonló hatóanyagú más készítményekkel, vagyis nem jelent terápiás előnyt a korábbi szerekhez képest. Azért kerül mégis piacra, mert a réginek lejár a szabadalmi oltalma, ezért a profit fenntartásához egy új, a szabadalmi oltalmat még élvező szert kell a piacra dobni és ott elfogadtatni.
Az USA gyógyszerpiacán az 1998-2004 között megjelent új gyógyszerek 78%-a nem tartalmazott új hatóanyagot, így „én-is" gyógyszer volt. S az új gyógyszerek 68%-a az FDA szerint valószínűleg nem jelentett javulást a terápiás lehetőségekben.[371] 2002-ben az USA-ban az FDA által engedélyezett 78 új gyógyszerből csak 17 tartalmazott új hatóanyagot, s az FDA csak 7-et minősített valódi haladásnak a már létező korábbi gyógyszerekhez képest.[372]
Marcia Angell szerint az „én-is gyógyszerek" széles körű elterjedése az egyik magyarázata annak, miért olyan gyakoriak ma a placebo-kontrollos vizsgálatok az aktív-kontrollos vizsgálatokhoz képest. Az „én-is gyógyszerről" ugyanis aktív kontrollos vizsgálat esetén azonnal kiderülne, hogy nem jobb, mint a régen használt és olcsóbb hasonló szer, míg placebo-kontrollal vizsgálva csak az derül ki róla, hogy hatékonyabb, mint a placebo, vagyis hatásos gyógyszer. Ez eltorzítja a mai kutatást, hiszen a gyakorló orvost nem az érdekli, hogy egy új gyógyszer hatásos-e egyáltalán, hanem inkább az, hogy hatásosabb-e, mint a piacon hasonló indikációra már található többi gyógyszer. Éppen ez az a kérdés azonban, amit a kutatások nem vizsgálnak, hiszen az „én-is gyógyszerek" placebo-kontrollos vizsgálatai erre a kérdésre nem adnak választ.[373] Kicsit leegyszerűsítve úgy is fogalmazhatnánk, hogy a mai—profit-által irányított—kutatás nem azt vizsgálja, ami a betegek és a klinikusok számára igazán fontos lenne, hanem azt, ami a gyógyszergyárak profit-maximalizálása szempontjából fontos. Más érdekelné a tudományt, és más érdekli az üzletet, s ilyen esetben az üzleti szempont győzedelmeskedik.
Az „én-is gyógyszerek" piaci okokból történő bevezetésére Relman és Angell számos példát sorol fel.
Az antihisztamin hatású, antiallergikumként használatos Claritin (loratadine) 1981-ben került bevezetésre a piacon, s óriási siker lett, mivel kevésbé okoz aluszékonyságot, mind a korábbi standard antihisztaminok. Számítva a szabadalmi oltalom lejárására már 1987-ben szabadalmaztatták új gyógyszerként a Claritin aktív metabolitját, vagyis azt az anyagot, amivé a Claritin a szervezetben lebomlik, s ami a tényleges hatást kifejti.

Az „új” gyógyszert az USA-ban Clarinexnek nevezték, s óriási kampányt indítottak, hogy a betegek térjenek át a Clarinexre. Ennek nyilvánvalóan csak profit okai voltak, hiszen aki Claritint szed, annak a szervezetében rögtön átalakul a szer Clarinexxé, így Clarinexet szedni Claritin helyett csak annyi különbséget jelent, hogy sokkal többet kell érte fizetni.[374]
Hasonló utat járt be a Prozac (fluoxetin), melyet 1987-ben vezettek be a piacra az SSRI-típusú antidepresszánsok első képviselőjeként, s mely—kedvezőbb mellékhatásprofilja miatt—háttérbe szorította a régebbi antidepresszánsokat. A Prozac szabadalmi oltalma 2001-ben lejárt, ezért már előtte jóformán megszűnt a hirdetése, viszont ekkor újabb SSRI típusú antidepresszánsokat kezdtek hirdetni, mert ezek szabadalmi oltalma még megvolt. Ugyanakkor a fluoxetint (ami a Prozac hatóanyaga) ugyanolyan dózisban, de más színű tablettában kiszerelve Sarafem-ként szabadalmaztatták, speciálisan premenstruális diszfóriás zavar kezelésére. Így ugyanazt a hatóanyagot szabadalmi oltalommal piacon lehetett még 2003-ig tartani, magasabb áron, mint amennyibe korábban a Prozac került.[375]

A szakemberek profit-maximalizálás érdekében folytatott befolyásolása

A befolyásolás indirekt formái

A gyógyszeripar a bevételeinek kb. 30%-át fordítja marketingre. Azért van erre az óriási összegre szükség, mert a marketing feladata arról meggyőzni az orvost, hogy az új gyógyszert írja fel a betegének, mely—mivel sok esetben „én-is gyógyszer”--ezért nem jobb a már régen ismertnél, annál viszont sokkal drágább. [376] Így óriási erőfeszítést kell tenni azért, hogy az orvosok azt írják fel a régi helyett. Mivel ez sem az orvosnak sem a betegnek nem érdeke, a gyógyszeripar által működtetett hatalmas marketing-apparátus feladata ennek elérése. Ez csak a szakemberek indirekt vagy direkt formában történő befolyásolásával lehetséges, hiszen a gyógyszert ők írják fel a betegeknek.
A reklám- és marketingtevékenység ezért kitüntetett jelentőségű. Mára az ajándékozás valóságos kultúrája alakult ki a gyógyszerforgalmazásban. Ma alig van olyan orvosi konferencia, ahol a gyógyszergyárak finanszírozóként ne lennének jelen, s a finanszírozásért cserébe ne kapnának lehetőséget termékeik bemutatására, s tudományos előadásnak álcázott reklámelőadás tartására. Az ilyen konferenciákon osztogatott ajándékcsomagok, ingyen ebéd- és vacsorameghívások, s a konferencia résztvevőinek egyéb módon való szórakoztatása kedvező környezetet teremt a szakemberek befolyásolására. Nehezen képzelhető el, hogy egy ilyen hatásnak kitett szakember ezután pártatlanul tud dönteni a konferencián bemutatott termékekről.[377] Az ipar támogatja az orvostovábbképzést is, az USA-ban a folyamatos orvostovábbképzés (continuing medical education) 60%-a az ipar által támogatott. [378]
Jól ismert és megszokott az orvoslátogatók tevékenysége is. Ők rendszeres és személyes kapcsolatot tartanak fenn orvosokkal és egészségügyi intézményekkel. Az általuk szétosztott kisebb ajándékok, az ebédre hozott pizzák és szendvicsek, s a munkahelyi ebéd keretében általuk tartott előadások feladata a termékismertetés, s így az adott gyógyszer felírására való motiválás. Noha a legtöbb orvos úgy érzi,

hogy ezek az alkalmak, s a kis ajándékok nem befolyásolják a gyógyszerfelírási szokásait, ez sokszorosan megcáfolt tévedés. Az ipar nem is költené bevételének tekintélyes részét orvoslátogatókra, ha nem lehetne igazolni, hogy tevékenységük valóban befolyásolni képes, hogy mit ír fel az általuk meglátogatott orvos.[379]
Az ajándékozás kapcsán a legtöbb orvos azzal nyugtatja magát, hogy a gyógyszerlátogató előadásai egyszerűen segítik őt a naprakész információk megszerzésében, az ingyenes gyógyszerminták pedig a rászorulók gyógyszerrel való ellátásában. Sok orvos ugyanakkor nem veszi észre, hogy az ajándékozás a megajándékozottban a lekötelezettség érzését kelti, s öntudatlanul a viszonzás szándéka lép fel ilyenkor. S ilyen esetben nem lényeges, hogy kis vagy nagy ajándékról van e szó. A kis ajándék éppoly hatásos lehet, mint a nagy. S fellép egy bizonyos fajta habituáció, hozzászokás is: minél több ajándékot kap az orvos, annál kevésbé hiszi, hogy az befolyásolja gyógyszerfelírási szokásait. [380] A kulturális antropológiában az ajándékozás gyakorlatának vizsgálata azt a jól ismert következtetést erősítette meg, hogy az ajándékozás mindig feltételez valamiféle viszonzást, s általában maga is egy korábbi ajándék viszonzása. A viszonzott ajándéknak legalább olyan értékűnek kell lennie, mint az eredetinek, s az ajándékozás ceremóniája az ajándékozó és a megajándékozott között további, jövőbeli kapcsolatot és együttműködést sejtet illetve azt segíti.[381]
Ez a gyakorlat ma annyira megszokott, hogy már fel sem tűnik. Brownlee írja le azt az esetet, amikor egy USA orvosnő kapott egy több száz dolláros csekket egy gyógyszergyártól köszönetképpen azért, mert néhány nappal azelőtt egy tudományos konferencián kedvezően nyilatkozott annak gyógyszeréről.[382] Az ilyen „finom” módszerek ma annyira áthatják a medicinát, hogy egyre természetesebbnek tűnnek, s elaltatják a kezdetben mindenkiben meglevő érzékenységet és idegenkedést. Az eredmény pedig a tudományos függetlenség erodálódása és a tudományos ítéletek üzleti érdekeknek való öntudatlan alárendelődése.
A szakemberek befolyásolása azonban itt nem ér véget. Ma elfogadott eljárás, hogy minden országban az adott szakma véleményformáló, vezető orvosait (Key Opinion Leaders=KOL) igyekeznek az egyes gyógyszergyárak megnyerni. A véleményformálók egy adott szakma kiemelkedő képviselői: cikkeket és tankönyveket írnak, tudományos folyóiratok szerkesztőbizottságának tagjai, ők határozzák meg az adott szakmában a helyes kezelés irányelveit, vezető szerepet töltenek be szakmai társaságokban, kollégiumokban stb. Mivel tehát döntő befolyást gyakorolhatnak a szakma irányelveire, s így gyógyszerrendelési szokásaira, ezért ők a gyógyszergyárak érdeklődésének középpontjában állnak. Őket meghívják a gyógyszergyár által felállított tudományos bizottságokba tanácsadóként vagy konzultánsként. E feladatok ellátásáért komoly honoráriumot fizetnek. Hasonlóképpen, tiszteletdíj jár egy-egy-- az ipar által szponzorált-- szakmai előadás megtartásáért, mely sok esetben a folyamatos orvosi továbbképzés keretében történik. Az ipar támogatni tudja—a számára kedvező álláspontot képviselő véleményformálót –nemzetközi tudományos konferenciákon való részvételben, a saját kutatás finanszírozásában, s a gyógyszergyár számára kedvező nézetei terjesztésében.[383] Ez a gyakorlat ma olyan elterjedt, hogy sok szakterületen alig lehet találni olyan kiemelkedő szakértőt, aki ne lenne anyagilag kapcsolatban valamilyen gyógyszergyárral.[384]

Természetesen nem minden véleményformáló kerül az iparral ilyen szoros kapcsolatba, s az azzal szoros kapcsolatba kerülők becsületessége sem kérdőjelezhető meg. Még abban az esetben is, amikor valaki egy adott gyógyszerrel kapcsolatos kedvező véleményét hangoztatja, emögött legtöbbször őszinte meggyőződés és szubjektív becsületesség áll. Az illető valódi tudományos meggyőződésből mondja, amit mond, s nem érzi úgy, hogy őt az ipar eszközként használja a profit maximalizálása érdekében. E látszatot az is segít fenntartani, hogy az ipar maga is bátorítja az ilyen véleményformálókat, hogy más, rivális cégnél is vállaljanak szakértői, konzulensi munkát.[385] Látszólag tehát megmarad a pártatlanság és az objektivitás. Az is könnyen lehetséges, hogy az illető szakembernek bármiféle befolyásolás nélkül is ugyanaz lenne a véleménye a kérdéses gyógyszerről, vagyis a vélemény nem a befolyásoltság eredményeként jött létre. Fontos azonban látni, hogy az érdekkonfliktus nem azt jelenti, hogy valakinek az anyagi befolyásolás hatására szükségszerűen megváltozik a véleménye. Az érdekkonfliktus csak ennek lehetőségét jelenti.[386]

Az anyagi befolyásoltság pedig öntudatlanul is befolyást gyakorolhat valaki meggyőződésére, másrész azzal, hogy ez a gyakorlat bizonyos—az ipar számára kedvező—nézeteket és azok képviselőit „helyzetbe hoz", míg más nézetek képviselői—anyagi támogatás híján—a háttérbe szorulnak, eltorzítja a csak érveken és tényeken alapuló pártatlan tudományos vitát. Az igazság helyett a profit érdeke érvényesül, a tudomány helyét az üzlet veszi át. S a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás korában egyre nehezebb valódi, pártatlan bizonyítékokhoz jutni.

Az ipar nemcsak egyéneket támogat, de intézményeket, szervezeteket, tudományos társaságokat is. Ez utóbbi különösen problematikus, hiszen a klinikai diagnosztikus és terápiás irányelvek megfogalmazásában tudományos társaságok vesznek részt. Ha anyagilag függenek az ipartól, nem várható, hogy tudományos ítéleteikben függetleníteni tudják magukat tőle.[387] USA vizsgálatok szerint a terápiás irányelveket megfogalmazó szakemberek 59%-a üzleti kapcsolatban áll olyan gyógyszergyárakkal, melyek gyógyszereinek szedését az adott irányelv befolyásolhatja.[388]

Ma a megítélés azonban már fokozatosan változik. Az USA-ban például már egyre inkább korrupciónak tekintik, s jogilag is büntetik, ami régen általánosan elfogadott volt: azt, hogy úgy ösztönöznek orvosokat gyógyszerfelírásra, hogy nekik egy gyógyszergyár konzultációs díjat fizet, de nem kér cserébe munkát. [389]

A szakemberek, döntéshozók befolyásolásának indirekt formái közé tartozik az is, amikor az ipar olyan betegszervezeteket támogat, melyek az ipar számára kedvező véleményeket képviselnek vagy egyenesen az ipar „mozgatja" a betegszervezeteket. Például amikor a USA Kentucky államában a szegények ellátását finanszírozó Medicaid programban költségtúllépés miatt költségcsökkentésre kényszerültek, s emiatt—egyéb intézkedések mellett—az illetékes bizottság az antipszichotikumok új generációjába tartozó Zyprexa-t (olanzapine) magas ára miatt levenni javasolta a támogatott gyógyszerek listájáról, tiltakozó faxok százai érkeztek a bizottság ülésére, busszal szállítottak tiltakozókat az ülésező bizottsági épület elé, s egész oldalas tiltakozó hirdetések jelentek meg az újságokban. A tiltakozást az USA National Alliance for the Mentally Ill (A Mentális Betegségben Szenvedők Országos Szövetsége) szervezte. Kiderült azonban, hogy az akció költségeit a Zyprexat

előállító gyógyszergyár fedezte, sőt, az újságban megjelenő hirdetést, mely a NAMI helyi szervezete elnökének aláírásával jelent meg, valójában a gyógyszergyár írta.[390]

A publikációkkal kapcsolatos befolyásolási lehetőség.

A szelektív publikációval kapcsolatos problémákról már szóltunk. Az orvosi folyóiratokban megjelenő cikkek azonban más formában is eltérést jelenthetnek az elfogadott tudományos standardoktól.
Gyakori például, hogy egy gyógyszergyár szponzorál egy tudományos konferenciát. Meghívnak olyan előadókat, akikről tudják, hogy a gyógyszerükkel kapcsolatban kedvező véleményük van, s előadásukért komoly honoráriumot fizetnek nekik. A konferencia anyagát ezt követően a gyógyszergyár kommunikációs részlege előadásokká állítja össze, s ezeket egy rangos folyóirat szupplementumaként megjelentetik. A folyóiratnak több százezer dollárt fizetnek ezért a lehetőségért, ugyanakkor a szupplementum tartalmának a kialakításában a szerkesztők alig vehetnek részt, érdemi lektorálás alig folyik. Ily módon a pénzmosás analógiájára Horton szerint információ-mosásról beszélhetünk: egy kétséges igazságtartalmú, alapvetően reklámcélokat szolgáló cikk egy jó nevű folyóirat fejléce alatt jelenik meg, s így az olvasók szemében hitelessé válik. A továbbiakban a cikk s a benne közölt információ már idézhető, s érvként hozható fel a gyógyszer orvosoknak történő reklámozása során. A hirdetés így tudományként jelenik meg. [391]
Ha ez a gyakorlat még a legkiválóbb folyóiratokra is jellemző, akkor alig lehet csodálkozni, hogy a kevésbé kiválóak nagy része nem tudja megőrizni függetlenségét, s szakmailag alig több, mint reklámanyag. [392]
Ma az is egyre gyakrabban fordul elő, hogy a gyógyszergyár PR részlege készít el megrendelésre egy tudományos cikket, melyet azután egy arra pénzért vállalkozó jó nevű szakember neve alatt publikálnak egy tudományos folyóiratban. [393] Ezt nevezik a szakirodalomban „szellemírásnak” (ghostwriting). A szakember által ily módon hitelesített cikk könnyebben publikálható egy rangos nemzetközi folyóiratban, holott a „szerző” sok esetben még csak nem is látta a nyers adatokat, s nem vett részt azok értelmezésében.[394] Az ilyen cikkeknek szabott áruk van. Egyszerűbb esetben 1000-1500 $-t kap a „szerző”, aki engedi, hogy nevét a cikkre rátegyék, de amikor az 1990-es évek elején intenzív vita folyt arról, mennyire ártalmas a passzív dohányzás, a dohányipar 10000 $-t fizetett egy biostatisztikusnak a JAMA-ban közölt egyetlen—az ő álláspontjukat támogató—levélért.[395] Ma már tudjuk, hogy a rangos nemzetközi szakirodalomban megjelenő cikkek egy része ilyen „szellemírt” cikk, nem ismerjük azonban e jelenség kiterjedését. Mivel—a dolog természetéből következően-- erről az érintettek hallgatnak, ezért csak sejteni lehet, hogy itt is a jól ismert jéghegyjelenséggel állunk szemben: minden ismert ilyen esetre sokkal több nem ismert jut. Egy 1998-as vizsgálat szerint 6 rangos USA folyóirat cikkeinek 11%-a tűnt „szellemírtnak”.[396] Ez az adat azonban—mint láttuk—valószínűleg jelentősen alábecsült. Healy és Cattell ugyanis megvizsgálta—egy folyó perben szabaddá vált dokumentumokat felhasználva— az SSRI antidepresszáns Zoloft (sertralin) kapcsán 1998, 1999 és 2000-ben megjelent összes cikket. Úgy találták, hogy a gyógyszerről megjelent cikkek közül 41 volt valódi szerző által írt, míg 55 az ipar által írt, de neves szerzők neve alatt megjelent szellemírt cikk. Érdekes módon utóbbiak rangosabb

folyóiratokban jelentek meg, s ennek megfelelően sokkal többször idézték is őket, mint a hagyományosan megírt cikkeket. S nem meglepő módon az ipar által írt cikkek sokkal kedvezőbb képet festettek a Zoloftról, mint a pártatlannak tekinthető szerzők.[397] A „szellemírt" cikkek természetesen a tudomány álarcában megjelenő reklámnak tekinthetők.
Még a legkiválóbb orvosi folyóiratokra is komoly nyomás nehezedik ma, hogy az ipar számára kedvező eredményeket publikáljanak.[398] A világ talán legpatinásabb orvosi folyóirata, a The New England Journal of Medicine követte azt a politikát, hogy nem engedte szerkesztőségi cikket írni azt a kutatót, akinek anyagi kapcsolata volt azzal a vállalattal, melynek termékét értékelte a cikkben. Az ipar és a tudomány mai összefonódásának mértékére jellemző azonban, hogy a folyóiratnak ezzel a gyakorlattal fel kellett hagynia: túl nehéznek bizonyult ugyanis megfelelő számban olyan prominens kutatót találni, akinek nincs kapcsolata az iparral.[399]
Nemcsak az fordul elő azonban, hogy egy gyógyszerről szóló elfogult beszámolók jelennek meg tudományos cikk képében a szakfolyóiratokban. Ennél „finomabb" befolyásolás, amikor egy gyógyszergyár „elönti" a szakirodalmat egy bizonyos betegségről szóló beszámolókkal, melyek kezelésére azonban főleg az ő gyógyszereit lehet használni.[400]

A szakemberek befolyásolásának direkt formái

Az Olivieri ügy

A legutóbbi idők egyik legfontosabb és legtöbb tanulságot hordozó kutatásetikai története a torontói kórházban is dolgozó és az egyetemen professzorként kutató hematológus, dr. Nancy Olivieri esete. Ő, mint a Hemoglobinopathia Kutatási Program vezetője kapta azt a megbízást, hogy major thalassemiában szenvedő gyerekeknél egy új gyógyszert próbáljon ki. Az új szer a Deferiprone lett volna, s ennek kipróbálását végezte el—az Apotex gyógyszergyárral kötött szerződés keretében—Olivieri. A szerződés rögzítette, hogy a kutatással kapcsolatos minden információ a kutatás alatt és befejezése után számított 3 évig titkos, s ettől csak a szponzoráló írásos beleegyezésével lehet eltérni. 1996 februárjára Olivieri úgy találta, hogy az új gyógyszer a kutatásban részt vevő néhány betegnél nem hatásos. A kutatási adatoknak ily módon való értelmezésével azonban az Apotex nem értett egyet, s azon orvosok nagy része sem, akik az Apotex kutatási támogatását élvezték. Így az Apotex ellenezte, hogy Olivieri értesítse erről a kórház Kutatásetikai Bizottságát illetve a betegeket. Olivieri azonban ennek ellenére a Kutatásetikai Bizottsághoz fordult.[401] [402]A Kutatásetikai Bizottság azt javasolta, hogy a nem várt eredményt (azt, hogy bizonyos betegeknél az új szer nem elég hatásos) a kutatási alanyoknak írt tájékoztatási formanyomtatványon szerepeltetni kell, illetve azt a betegeknek el kell mondani. Mikor azonban ezt Olivieri megtette, az Apotex leállította a kutatást, levélben emlékeztetve dr. Olivierit arra, hogy a kutatással kapcsolatos minden információ továbbra is bizalmas, s bármely információ nyilvánosságra hozatala esetén az Apotex jogi lépéseket fog kezdeményezni.[403]
Dr. Olivieri ekkor megkereste a Torontói Egyetem Orvosi Karának dékánját közvetítését kérve a kutatók és az Apotex közötti vitában. Támogatását kérte ahhoz,

hogy folytathassa a kutatást, hiszen az új szer sok betegnél hatásosnak tűnt, s így fontos lett volna, hogy ők azt továbbra is kaphassák, s hogy tisztázódhasson, hogy melyik betegcsoportnál hatásos az új gyógyszer és melyiknél nem. [404]
Időközben azonban—a kutatási alanyoknál elvégzett májbiopszia segítségével—kiderült, hogy az új szer gyorsítja a betegeknél a májcirrózis folyamatát. Erről dr. Olivieri tájékoztatta a betegeket és kollégáit is, úgy találva, hogy emiatt az új szert többé egyáltalán nem szabad betegeknek adni. Eredményeit pedig publikálta egy nemzetközi hematológiai folyóiratban. Erre azért volt szükség, mert az Apotex továbbra is kitartott álláspontja mellett, hogy az új gyógyszer biztonságos, s sok beteg-- akiknél az hatásosnak bizonyult—továbbra is szedte a gyógyszert, továbbá kutatási terv készült az új gyógyszer sarlósejtes anémiában való kipróbálására is.[405]
A betegek és a kollégák tájékoztatása s az eredmények közlése az Apotexxel kötött szerződés megszegését jelentette dr. Olivieri részéről, ugyanakkor ez természetesen etikai kötelessége volt.
A dr. Olivieri és az Apotex között egyre elmérgesedettebbé váló vitában az egyetem—saját alkalmazottjával szemben-- az Apotex mellé állt. Dr. Olivierit leváltották a Hemoglobinopathia Kutatási Program vezetőjének tisztéről. Az ezt követő tiltakozás és sajtónyilvánosság miatti vizsgálat végül oda vezetett, hogy 2002-ben visszahelyezték korábbi státuszába, s elismerték, hogy ő helyesen cselekedett, s a Torontói Egyetem nem tett eleget dr. Olivieri tudományos és kutatói szabadságának a megvédelmezése érdekében.[406] Az is kiderült, hogy az egyetemnek az Apotexet pártoló hozzáállása saját kutatójával szemben részben azzal is volt magyarázható, hogy az Apotex éppen tárgyalásokat folytatott a torontói egyetemmel egy kb. 20 millió dolláros felajánlásról. Az egyetem így nem akart eme felajánlástól elesni, melyre a kutatások és az oktatás finanszírozásához szüksége lett volna. Sőt, az egyetem elnöke személyesen lobbizott a kanadai miniszterelnöknél az Apotex érdekében. [407]

Az Olivieri ügy néhány tanulsága

Az Olivieri ügy egyik tanulsága, hogy közfinanszírozású intézmények (pl. egyetem, kórházak) és profit-orientált vállalkozások szoros kapcsolata, s az előbbiek anyagi függése az utóbbiaktól érdekkonfliktust teremt, mely gátolhatja a közfinanszírozású intézményt feladatai elvégzésében. Az egyetemnek illetve a kórháznak ilyen feladata lett volna a kutatásban résztvevő kutatója kutatási és publikálási szabadságának a megvédelmezése, a kutatás során az etikai szabályok szigorúbb betartatása. S főképpen feladata lett volna a kutatásban résztvevő betegek hatékony megvédelmezése illetve az, hogy ebben kutatójának segítséget nyújtson az Apotex ellenében. [408]
Fontos tanulság a kutatónak a szponzoráló intézménnyel kötött szerződése is, mely kikötötte, hogy a kutatás során szerzett információk bizalmasak, s azokat a kutató nem közölheti harmadik személlyel a szponzoráló cég írásos beleegyezése nélkül. Az ilyen típusú szerződés alapvetően a szponzor érdekeit védi, s nem a kutatásban résztvevő betegekét és a kutatókét. Eme szerződés miatt került abba a helyzetbe dr. Olivieri, hogy csak annak megszegése árán volt képes a kutatásban részt vevő betegei érdekeit megvédeni, komoly személyes kockázatot is vállalva ezzel. [409]

Fontos tanulság tehát, hogy nem szabad megengedni, hogy a kutatási szerződésben a szponzor megtilthassa a kutatónak az eredmények publikálását vagy azt, hogy nem várt eredmények jelentkezése esetén azonnal értesíthesse az illetékes Kutatásetikai Bizottságot, s a kutatásban résztvevő más kutatókat illetve a betegeket.[410] Ma már a torontói egyetem megköveteli, hogy a Kutatásetikai Bizottság áttanulmányozza és hagyja jóvá a szponzor és a kutató közötti szerződést,[411] s ez ma általános etikai követelményként is megfogalmazható. Az is fontos, hogy a kutatásban résztvevő betegek, kutatók értesítése a nem várt, káros hatást bizonyító eredményekről a kutató saját értelmezésén alapulhasson[412], hiszen az Olivieri ügyben is látható volt, hogy a kutató értelmezésével az Apotex nem értett egyet. Azt sem szabad megengedni, hogy a szponzoráló bármikor tetszése szerint befejezhesse a kutatást, például azért, mert közben üzleti érdekei megváltoztak vagy mert fél a kedvezőtlen sajtóvisszhangtól. A kutatásban résztvevő betegeket csak akkor szabad bevonni kutatásba, s részvételükkel a kutatást elkezdeni, ha attól ésszerű haszon remélhető. A haszon eléréséhez azonban be kell fejezni a kutatást, hiszen abból csak így származik megbízható eredmény. A megszakított kutatás haszontalan, s ez utólag etikátlanná változtatná az egész kutatást, hacsak a megszakítás nem a kutatási alanyok érdekében történt. Így a nem-tudományos okokból megszakított kutatás (pl. a termék nem tűnik üzletileg ígéretesnek, vagy a kutatás eredményei a szponzor számára kedvezőtlennek ígérkeznek) etikailag nem elfogadható.[413]

Az is fontos szabály, hogy a szponzoráló a szerződésben kikötheti ugyan, hogy a kutatási eredményeket azok publikálása előtt megkaphassa a szellemi tulajdon védelme érdekében, ez azonban nem válhat a publikálás végleges megakadályozásának eszközévé. A torontói egyetem új szabályzata szerint a kézirat szponzorhoz való benyújtása és publikációként folyóirathoz való leadása között idő nem lépheti túl a 90 napot, ha a kutatás egy helyen történt, s a 120 napot, ha multicentrikus vizsgálatról volt szó.[414]

2001 szeptemberében az International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) állásfoglalást tett közzé. Eszerint orvosi szakfolyóirataik nem fognak közlésre elfogadni olyan publikációt, mely olyan kutatás eredményein alapul, melynek kutatási szerződése a kutatót korlátozta a kutatás során keletkező adatokhoz való független hozzáférésben, azok független értelmezésében és publikálásában.[415]

Az is tanulságos, hogy amikor dr. Olivieri morális kötelességének teljesítése közben nem tapasztalt támogatást az őt alkalmazó intézmény részéről, s emiatt szót emelt, „közellenségnek" lett kikiáltva, fenyegető leveleket kapott s végül munkahelyéről is elbocsátották. Vagyis az intézmény azt büntette, aki kiállt az intézmény által is -- legalábbis retorikailag--elfogadott kutatásetikai elvek gyakorlati megvalósításáért.[416] Ez nemcsak a Torontói Egyetemre jellemző. Úgy tűnik, hogy ma sehol a világon nem alakult ki az az intézményrendszer az orvosláson belül, mely képes lenne megfelelően kezelni az etikátlan viselkedést. Ma az egészségügyi intézmények már szervezeti felépítésüknél fogva is hajlanak arra, hogy figyelmen kívül hagyják a komoly etikai problémákat, az ezeket mégis észrevevőket vagy az arra a figyelmet felhívókat az intézmény ellenségének tekintsék és megbüntessék, s ezáltal elmulasszák azt a kötelességüket, hogy etikus környezetet biztosítsanak a munkatársak illetve a betegek számára. [417] Mivel az egészségügyi intézmények az

etikátlan viselkedést észrevevőket és jelentőket általában nem részesítik védelemben, így kiszolgáltatják őket a többiek bosszújának. Ez sokféle formát ölthet és veszélyeztetheti az illető karrierjét, de sok esetben puszta megélhetését is. A végső eredmény az etikátlan viselkedést jelentő számára sokszor a teljes anyagi és erkölcsi ellehetetlenülés, a meghurcoltatás, a bejelentés pszichiátriai zavarral, vagy kedvezőtlen személyiségvonásokkal való megmagyarázása. Ez elvezethet a magánélet tönkremeneteléhez, váláshoz, tényleges mentális zavarhoz és öngyilkossághoz is.[418] Ez utólag azután látszólag az intézmény védekezését igazolja: a bejelentő vádjai megalapozatlanok voltak, azok összeférhetetlen személyiségéből, végső soron mentális betegségéből eredtek. Tehát egy rejtett megfélemlítés működik: mivel mindenki tudja, mire számíthat, ha bejelentést tesz etikátlanságot tapasztalva, rendkívüli bátorság és önfeláldozás szükséges attól, aki ezt mégis megteszi. Az egészségügyi intézményeknek kötelességük lenne lehetővé tenni, hogy ne csak óriási kockázatvállalással hívhassa fel valaki a figyelmet az etikátlan viselkedésre. Ennek általános biztosítása azonban ma még egyelőre várat magára. Olyan környezetet és szabályokat kellene teremteni, melyben az etikátlan viselkedésre a figyelmet felhívókat nem ellenségnek, hanem segítőnek tekintik, akik nélkülözhetetlenek egy intézmény etikus működésének a biztosításához.[419]
Az akkreditációs intézményeknek is úgy kellene tekinteniük, hogy egy kutató vagy egy orvos erkölcsileg nem megfelelő viselkedéséért mindig az őt foglalkoztató intézmény is felelős, amiért eltűrte ezt a viselkedést illetve nem dolgozott ki megfelelő mechanizmusokat az ilyen viselkedés bejelenthetőségének és a bejelentő védelmének, egyszóval az intézet etikai kultúrája kialakításának az érdekében.[420]
Minden orvosi-egészségügyi intézménynek morális kötelessége, hogy ne kényszerítse dolgozóit arra, hogy morálisan vaknak tettessék magukat és szó nélkül eltűrjenek olyan etikátlan gyakorlatot, amellyel nem értenek egyet.[421]
Látni kell azonban, hogy ma az orvosképzés általában nem ezt az attitűdöt erősíti a hallgatóban. Egy külföldi vizsgálat szerint az orvostanhallgatók orvosi tanulmányaik kezdetén sokkal jobban hajlottak a nyilvánvalóan etikátlan viselkedés bejelentésére, mint a tanulmányaik végén. Ez azt bizonyítja, hogy az orvosképzés során működik egy rejtett kurrikulum, mely hatékonyan átadja a hallgatónak az egészségügyi intézményrendszer mindennapi gyakorlatának elveit. Ez azt, aki az etikátlan viselkedésre a figyelmet felhívja, bajkeverőnek, személyiségzavarban szenvedőnek, összeférhetetlennek tartja, aki árt az intézmény jó hírének, s ezáltal minden egyes dolgozónak. Az etikai elvekért való kiállást, az etikátlan viselkedés bejelentésének kötelességét az orvosképzés egyik központi elemévé kellene emelni, megszüntetve így a baj eltitkolásának ma elterjedt intézményi kultúráját. [422]
Itt ki kell térnünk azonban egy fontos tényre, mely fájdalmas ugyan a bioetika mint tudomány számára, fontos azonban bizonyos mítoszok eloszlatásához az etikával kapcsolatban. Az Olivieri ügy egyik további fontos tanulsága ugyanis, hogy noha a torontói egyetemen, s Kanadában is egy igen tekintélyes létszámú bioetikai oktató és kutató szakembergárda működik, az Olivieri ügy kapcsán a kanadai bioetika kezdetben néma maradt.[423] Olivieri maga sem bioetikus, hanem kutató hematológus volt, s a mellette kiálló kollégái is kivétel nélkül klinikusok, kutató-orvosok voltak komolyabb bioetikai képzettség nélkül. Ez nagyon jól leképezi az élet egyéb területén is tapasztalható tényt: az etikai képzettség önmagában nem elegendő a morálisan megfelelő viselkedéshez, bizonyos etikai elvek melletti kiálláshoz.

Példamutatóan etikus viselkedést, morális kiállást sokszor tapasztalni olyanoktól, akiknek maguknak nincs is különösebb etikai előképzettségük. Az etikai elvekért való kiállás ugyanis sokkal inkább személyes bátorságot, „civil-kurázsit" igényel, mint elméleti tudást.

A David Healy ügy

2000-ben a torontói Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) későbbi időponttal kezdődően a Hangulat- és szorongásos zavarok klinikájának igazgatójává nevezte ki David Healy-t aki nemzetközileg is elismert kutató-pszichiáterként dolgozott Walesben. Healy azonban röviddel ezután egy tudományos előadásában felvetette, hogy az Eli Lilly által előállított Prozac növelheti bizonyos depressziós betegeknél az öngyilkosság kockázatát. További vizsgálatokat javasolt, s egyben kritikusan szólt arról a gyakorlatról, hogy gyógyszergyárak által írott cikkeket azt elvállaló neves szerzők neve alatt jelentetnek meg. [424] Az előadást követően 1 hét múlva Healy-t a CAMH írásban értesítette, hogy igazgatói megbízatását visszavonják. A CAMH nem sokkal Healy előadása előtt 1,5 millió dolláros támogatást kapott az Eli Lillytől. Sokakban felvetődött, hogy vajon a CAMH döntését nem befolyásolta-e tudatosan vagy öntudatlanul az, hogy nem akarta viszonyát elrontani az Eli Lillyvel. Az esetet komoly felháborodás követte, 2001 szeptemberében a nemzetközi orvosi közélet több kiválósága, közöttük 2 Nobel-díjas nyílt levelet intéztek a Torontói Egyetem elnökéhez azt állítva, hogy az egyetem és a CAMH nem teszi lehetővé a tudományos élethez nélkülözhetetlen szabad véleménynyilvánítást és vitát.[425]
6 hónappal a kanadai eset előtt Healy egy cikket publikált az USA egyik neves bioetikai folyóiratában, a Hastings Center Reportban, amelyben már megemlítette a későbbi felháborodást kiváltó előadásának fő témáit: a Prozac és az öngyilkosság kapcsolatát s a gyógyszergyárak által írt, de neves szerzők neve alatt megjelenő „tudományos" cikkek kérdését. A cikket követően az Eli Lilly, mely addig a Hastings Center legnagyobb támogatója volt, megvonta anyagi támogatását a bioetikai kutatóközponttól.[426]
Healyt sokan vádolták felelőtlenséggel a Prozaccal kapcsolatos kijelentései miatt. Azzal érveltek, hogy ha emiatt a depressziós betegek nem fogják szedni a Prozacot, s öngyilkosságot követnek el, azért Healy kijelentései is felelősek lesznek. Ez az érvelés azonban az orvos-beteg viszony több évtizeddel ezelőtti, paternalisztikus modelljén alapul, mely ma egyértelműen korszerűtlennek tekinthető. Ma az etikai és jogi irodalomban konszenzus van arról, hogy egy belátási képességgel rendelkező betegnek (így általában a Prozacot szedő betegnek is) joga van egy gyógyszer összes előnyét, hátrányát megismerni, s eme információ birtokában dönteni, hogy szedi-e azt a gyógyszert vagy sem. Ha tehát egy kutatónak kételyei merülnek fel egy szer biztonságosságával kapcsolatban, etikai kötelessége azt nyilvánosságra hozni, s Healy ezt a kötelességét teljesítette.[427] Az azóta végzett vizsgálatok egyébként Healy gyanúját megerősítették. Ma már például az USA-ban az FDA döntése értelmében minden SSRI-típusú antidepresszáns tájékoztatójába be kell írni, hogy 18 év alattiak kezelésekor fokozhatja a suicidium kockázatát.[428] Az Egyesült Királyságban az összes SSRI közül csak a Prozacot (fluoxetin) tartják elég biztonságosnak ahhoz, hogy 18 év alattiaknak is felírható legyen, ezért minden más

SSRI adását ennek a korosztálynak 2003-ban megtiltották. (Vannak, akik szerint a szigetország azért döntött így, mert olyan adatokhoz is hozzájutott, melyekbe mások nem tekinthettek bele. Ezzel azonban nem mindenki ért egyet.)[429]
A Healy ügy tanulsága nagyon hasonló, mint az Olivieri ügyé. A kutatás mai világában az üzleti érdek sokszor fontosabb, mint a tudományos igazság, s ezért utóbbi kimondása a tudomány és az üzlet mai összefonódottságának viszonyai között az etikai elveket betartó kutató számára nagyon komoly személyes kockázatot jelent.

Betty J Dong példája

Sokat idézett példa a farmakológus Betty J. Dong példája, aki egy gyógyszergyárral szerződést kötött, hogy annak új—már piacon levő s piacvezető-- szintetikus pajzsmirigy-hormonjának hatását hasonlítsa össze három riválisi készítménnyel egy klinikai vizsgálat keretében. A vizsgálat során azonban az derült ki, hogy a gyógyszergyár piacvezető terméke nem jobb a másik háromnál, lényegében mindegyik egyforma hatású. A kutató 1990-ben ezt az eredményt publikálni szerette volna a JAMA-ban, de kéziratát vissza kellett vonnia, mert a gyógyszergyár szerződésszegéssel s perrel fenyegette meg, ha eredményeit publikálja. Az USA-ban az FDA és az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health and Human Services) támogatása kellett, hogy a gyógyszergyár a fenyegetését visszavonja, a cikk azonban így is csak 1997-ben jelenhetett meg, vagyis 7 évvel sikerült késleltetni a gyógyszer piacvezető szerepét fenyegető cikk megjelenését.[430]
A fentiekhez hasonló események nemcsak azért károsak, mert egy fontos tudományos igazság publikálását évekre megakadályozzák, hanem megfélemlítő hatásuk miatt is. Az ilyen ügyek üzenete ugyanis az, hogy a kutató nem léphet fel az ellen, akitől a támogatást kapja, mert ha szerződésszegés miatt perre esetleg nem is kerül sor, több támogatást attól a vállalattól biztosan nem fog kapni. Mivel pedig a kutató kutatásai és személyes anyagi jóléte is függ az ilyen támogatásoktól, nem csoda, ha a vizsgálatok szerint előfordul, hogy kutatók egyfajta öncenzúrát gyakorolnak: mindenféle nyílt fenyegetés nélkül is késleltetik a finanszírozó számára hátrányos publikációk megjelentetését, vagy attól el is állnak, hiszen ellenkező esetben támogatásuk elapad.[431]

Egyéb esetek

Számos más példa is idézhető. A kutatásetika szomorú eseménye volt 1999-ben a 18 éves Jesse Gelsinger halála. Ő önként jelentkezett a Pennsylvania egyetemen folyó génterápiás kutatásba. Mint a vizsgálat során kiderült, mind a kutatásnak otthont adó egyetem, mind a kutatást végző laboratórium vezetője, annak a vállalatnak a részvényesei voltak, mely hasznot húzott volna, ha a génterápiás kutatás sikeres. A kutatás során sok biztonsági szabályt megszegtek, s ismét felmerült a kérdés, nem veszélyezteti-e a kutatás és a kutató integritását, ha azt az ipar támogatja? Ekkor ugyanis a kutatónak is anyagi haszna származik a kutatás sikerességéből, így erősen motiválva van annak végbevitelére, sikeresnek tartására még komoly kockázatok és kérdőjelek felmerülése esetén is.[432]

Komoly visszhangot kiváltó és jelenleg is folyó per a 90-s évek közepén népszerű fogyasztószer, a Fen-Phen kapcsán folyó eljárás. A szer többféle kiszerelésben és név alatt került forgalomba, fenfluramint (vagy dexfenfluramint) és phentermint tartalmazott. Noha a szer az előállító gyógyszervállalat saját adatai szerint is csak 3%-al volt hatásosabb mint a placebo, óriási reklámkampány kísérte a bevezetését. A kampány hangsúlyozta, milyen veszélyes az obesitás, a vállalat bőkezűen támogatott az obesitással foglalkozó szakmai szervezeteket, azt tárgyaló konferenciákat, neves szakértőket fizetett meg, akik cikkeket írtak patinás orvosi folyóiratokban a Fen-Phen előnyeiről, s tanúskodtak az új szer érdekében az annak engedélyezését tárgyaló bizottság előtt. Több „szellemírt" cikk jelent meg a Fen Phen érdekében folytatott kampány keretében, melyekből a kommunikációs cég minden olyan utalást, mely a szer már akkor is gyanított veszélyeire utalt volna (primer pulmonális hipertónia) kihúzott. 1997-ben végül ki kellett vonni piacról, mert bebizonyosodott a szer szívbillentyű-károsító hatása. Becslések szerint a szert szedő kb. 7 millió ember 30%-nál fog kifejlődni szívbillentyűkárosodás, s a per jelenlegi állása szerint a vállalatnak több, mint 16 milliárd dollárt kell fizetnie a kártérítés keretében. [433]
Az egyik legutóbbi—komoly vitát kiváltó példa a rofecoxib (Vioxx) visszavonása. A Vioxx 1999 májusában kapta meg az FDA-tól az engedélyt a forgalmazásra, s 2004 szeptemberében vonta ki a szert az azt előállító gyógyszergyár a piacról, mert kiderült, hogy a szer növeli a myocardiális infarktus és a stroke kockázatát. A forgalmazás öt és fél éve alatt kb. 80 millió beteg szedte a szert (főképp reumás fájdalmakra, hiszen a Vioxxot úgy hirdették az orvosoknak, hogy az jobb alternatíva, mint a hagyományos nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek, mert kevesebb gastrointestinális mellékhatása van.) Így valószínűleg több tízezer beteget érintettek a Vioxx mellékhatásai. A rofecoxib kivonása azért keltett heves vitát, mert már sokkal korábban voltak adatok a szer fokozott veszélyeire, ezt csak randomizált kontrollcsoportos vizsgálatokkal lehetett volna igazolni, ilyet azonban a gyógyszergyár nem végzett, s az FDA sem kötelezte erre, noha erre törvényadta lehetősége lett volna.[434]
A vizsgálatok során úgy tűnt, hogy a gyógyszergyár már a 90-es évek közepétől tisztában volt a rofecoxib cardiovascularis mellékhatásaival, de ezeket az eredményeket eltitkolta.[435]

Az érdekkonfliktusok kezelésének kérdései

Az érdekkonfliktus fogalma

Érdekkonfliktus fennállásáról—Schafer definícióját kis mértékben módosítva-- akkor beszélhetünk „A" személy szempontjából „B" vonatkozásában, ha „A" nak morális kötelessége lenne „B" érdekében döntéseket hozni, de olyan egyéb érdeke is van, mely akadályozhatja őt, hogy valóban „B" érdekében álló döntéseket hozhasson.[436]
A medicinában ma ez leggyakrabban azt jelenti, hogy az orvosnak—kutatónak elsősorban a beteg vagy a kutatási alany érdekének a képviselete lenne az elsőrendű kötelessége, érdekkonfliktus fennállása esetén azonban olyan anyagi vagy egyéb érdekeltséggel is rendelkezik, mely akadályozhatja, hogy eme kötelességét teljes egészében teljesítse.[437]

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy az érdekkonfliktus nem jelenti feltétlenül azt, hogy a kutató háttérbe szorítja a kutatási alany érdekeit a saját érdekei kedvéért. Az érdekkonfliktus csak azt a szituációt jelenti, amikor a kutató vagy orvos erre bizonyos mértékig motiválva van. Az érdekkonfliktus tehát egy „kísértés" fennállásának ténye, s nem a kísértésnek való engedés. Az érdekkonfliktus egy olyan helyzet, ahol valaki erősen motiválva van arra, hogy ne teljesítse morális kötelességét vagy amelyben—saját eltérő érdekei miatt--nem tud pártatlan, elfogulatlan ítéletet alkotni.

Az érdekkonfliktus okozta veszélyek

Az érdekkonfliktus azért veszélyes, mert a legtöbb szakember nincs tudatában annak, hogy ítéletét saját érdekei befolyásolhatják. Ma a legtöbb orvos és kutató úgy érzi, hogy a gyógyszergyári juttatások egyáltalán nem befolyásolják ítéletét. Ugyanazt a gyógyszert írná fel, ugyanazt a terápiát alkalmazná akkor is, ha semmiféle hatás nem érné az ipar részéről. Ez azonban nyilvánvaló tévedés. A bőkezű adományok mintegy megvásárolják a megajándékozott jóindulatát, elfogadó figyelmét, s ez az első lépés a szkepszis felfüggesztésére , mely mindenfajta tudományos kutatásnak az alapja. S nem szabad elfelejteni: egy profit-orientált iparág aligha engedhetne meg magának olyan mértékű jótékonykodást, mint amilyenek a kutatóknak-orvosoknak nyújtott juttatások. Ezek a juttatások valójában befektetések, melyek bőségesen megtérülnek az ipar számára. Az élet más területén senki sem olyan naiv, hogy azt feltételezné, hogy egy döntési helyzetben levő ember—ha komoly ajándékot kap attól, akiről dönt-- meg tudja őrizni az objektivitását. Ezért nem fogadják el sehol a világon, hogy például egy bíró ajándékot fogadjon el attól, akinek ügyében ítéletet kell mondania. Egy kutató vagy orvos azonban ma minden további nélkül elfogadhat ajándékot egy olyan gyógyszergyártól, melynek gyógyszerét meg kell ítélnie vagy fel kell írnia betegei számára.
Úgy tűnik tehát, hogy az orvoslás és az orvostudományi kutatás területén ma nincsenek kellőképpen tudatában annak a veszélynek, amit az érdekkonfliktusok jelentenek. Ahogyan Schafer fogalmaz: a mindennapi életben mindenki által elfogadott és gyakorolt elv a reciprocitás elve. Ha valakitől valamit ajándékba kapunk, valamilyen formában igyekszünk is azt viszonozni, nem akarunk „az adósa maradni". Ez az emberi természet alapvető törvénye, s a gyógyszeripar tud valami fontosat az emberi természetről, amit a mai orvostudományi kutatás és orvosi gyakorlat hajlamos elfelejteni.[438]

Az érdekkonfliktusok kezelésének jelenlegi gyakorlata

Ma érdekkonfliktus esetén az az elfogadott megoldás, hogy a folyóiratcikk végén a kutató jelzi, hogy van-e érdekkonfliktusa, vagyis áll-e olyan üzleti kapcsolatban az iparral, mely a cikkben kifejtett szakmai álláspontja elfogulatlanságát esetleg veszélyeztetné. Ez azért szükséges, mert vizsgálatok szerint az ipar által finanszírozott kutatás nagyobb valószínűséggel találja az adott gyár termékét előnyös hatásúnak, mint a semleges kutatók által lefolytatott vizsgálat. Az érdekkonfliktusnak a cikk végén történő deklarálásának gyakorlata ma egyre

gyakrabban megjelenik a tudományos előadásoknál is, melyekre járulékos szabályok vonatkoznak. A Folyamatos Orvosi Továbbképzés előadásai függetlenségének biztosítása—mivel ezek nagy részét az ipar szponzorálja—külön előírásokat igényel. A Torontói Egyetem szabályai szerint például ilyen esetben a tudományos szervezőnek és nem a szponzornak kell kiválasztani a továbbképzés témáját, előadóit, anyagát. Az előadók, szervezők pedig, ha valamilyen formában pénzt kaptak az ipartól, ezt közölniük kell a konferencia résztvevőivel.[439]
Az érdekkonfliktus puszta deklarálása tehát a ma elfogadott megoldás. Ez azonban nem elegendő. Egy átlagos olvasó—mégha szakember is-- egyszerűen nincs abban a helyzetben, hogy felfedezzen olyan tévedéseket és elfogultságokat a cikkben, melyeket az adott folyóirat szerkesztői és szakértői sem tudtak felfedezni, hiszen ellenkező esetben nem engedték volna a cikket publikálni. Az érdekkonfliktus deklarálása tehát szükséges, de távolról sem elegendő az általa okozta problémák kiküszöbölésére.

A jelenlegi gyakorlaton túlmenő megoldási javaslatok

A mérsékeltebb javaslatok, mint láttuk az érdekkonfliktusok kezelhetőségéből indulnak ki. E felfogás mintegy Lewis és munkatársai sokat idézett hasonlatát fogadja el, miszerint a tudomány és az ipar kapcsolata olyan, mintha valaki egy tarajos süllel táncolna: ha óvatlanul táncol, sérüléseket szenvedhet, ezért lehet ugyan táncolni, de csak óvatosan. Hasonlóképpen, a tudomány és az ipar kapcsolatának is megvannak a veszélyei, a tudomány könnyen az ipar szolgálóleányának a szerepébe süllyedhet, de megfelelő óvatossággal ez elkerülhető.[440]
A radikálisabb javaslatok azonban nem az érdekkonfliktusok kezelését, hanem megszüntetését tartják az egyedül megbízhat megoldásnak. Szerintük a tudománynak az iparral való kapcsolata nem annyira a tarajos süllel való tánchoz, hanem inkább a cápákkal való együttúszáshoz hasonlítható. Utóbbi veszélyei pedig csak a közös úszás megszüntetésével háríthatók el.[441] Hogyan tudja egy egyetem, vagy egy kutatóintézet biztosítani, hogy a kutatás az etikai szabályok szigorú betartásával történjen, ha mind a kutatónak mind az intézménynek komoly anyagi érdekeltsége van a kutatás eredményében?[442] Ezért Schafer s sokan mások a tudomány és az üzlet teljes elkülönítését tartja az egyedül elfogadható megoldásnak. Eszerint tehát kutató nem írhatna szerkesztőségi cikket olyan gyógyszerrel, eljárással kapcsolatban, melyben anyagi érdekeltsége van. Az USA-beli FDA-ban, mely a gyógyszerek forgalmazását engedélyezi, nem szavazhatnának az engedélyezendő gyógyszerről olyanok, akik abban anyagilag érdekeltek.[443]
A szellemírt cikket annak kellene tekinteni, ami: becsapásnak. Az ilyen cikkre a nevüket ráíró kutatókra Elliott szerint ugyanúgy kellene tekinteni, mint arra a diákra, aki az interneten talált cikket adja be saját neve alatt az egyetemen szakdolgozatként.[444]
Egyáltalán, a gyógyszerek klinikai kipróbálását független szervezetnek és szakértőknek kellene végezniük az elfogultságok kiküszöbölése céljából. Meg kell

szüntetni az ajándékozásnak az orvostudományi konferenciákon és a gyógyszerismertetéseknél uralkodó kultúráját.
Általánosabban is fel lehet vetni, hogy a gyógyszer-engedélyezés egész rendszerének szigorítására lenne szükség. Új gyógyszer engedélyezésénél arra lenne szükség, hogy az új szer egy már létező gyógyszerhez valamilyen bizonyítható klinikai előnyt legyen képes felmutatni. Ez megszüntetné az „én-is gyógyszerek" kifejlesztése iránt meglevő mai ösztönzést, s azt a hirdetési és marketing rendszert, melynek célja az egyik „én-is gyógyszer" eladásának elősegítse egy másikkal szemben. [445]
Általában is igaz, hogy akinek komoly érdekkonfliktusa van, annak nem szabad azt a kutatást elvégeznie, mellyel kapcsolatban az érdekkonfliktusa fennáll. Ettől a szabálytól csak rendkívül indokolt esetben lehetne eltérni.[446]
Horton a következőképpen foglalja össze Marcia Angell javaslatait az érdekkonfliktusok kiküszöbölésére[447]:

1. Az új gyógyszereket a régiekkel (a már a piacon levőkkel) kell összehasonlítani és nem placebóval. Ez az USA-ban az FDA jelenlegi gyógyszer-engedélyezési szabályainak a megváltoztatását igényelné.
2. Független intézetnek kellene végeznie a gyógyszerek klinikai kipróbálását és értékelését.
3. A gyógyszergyáraknak az orvostovábbképzésben való részvételének a megszüntetése.
4. Az orvosi-szakmai szervezetek önfenntartásának a biztosítása, s így az ipartól való anyag függésük megszüntetése.
5. A gyógyszerhirdetések lehetőség szerinti figyelmen kívül hagyása.

Egy 2005-ös angol parlamenti bizottság—egyebek mellett—a következőket javasolta a gyógyszeripar hatásának a kiegyensúlyozása érdekében[448]:

1. A betegszervezeteknek is nyilvánosságra kell hozniuk, ha az ipartól anyagi vagy egyéb támogatásban részesülnek. (12. pont)
2. A kormánynak kell finanszíroznia azon területek kutatását, melyeket az ipar—üzleti okokból—nem végez, de melyek a betegeknek fontosak. (15. pont)
3. A kutatásoknak sokkal inkább a napi klinikai gyakorlat által felvetett kérdésekre kell válaszolniuk. Ezért javasolt, hogy az új gyógyszereket a kutatásban a régi bevált gyógyszerekkel és nem-gyógyszeres eljárásokkal is hasonlítsák össze. (19. pont)
4. Ha egy betegséggel kapcsolatos felvilágosító kampányt egy olyan gyógyszergyár finanszíroz, mely annak a betegségnek a kezelésére szolgáló gyógyszert állít elő, akkor ezt a felvilágosító anyagokon, nyomtatványokon fel kell tüntetni. (40. pont)
5. A kormánynak olyan kutatásokat is érdemes finanszíroznia, melyek a medikalizáció egészségkárosító hatásait, illetve a kezelések nem-gyógyszeres lehetőségeit is vizsgálják. (44. pont)

Meg kell azonban jegyezni, hogy eddig az orvosi szakma nem volt sikeres az üzleti befolyásolás csökkentése terén tett erőfeszítésekben, s nem reagált megfelelően azokra a mélyreható változásokra, melyek az 1980-as évektől kezdve közelebb hozták az orvostudományt és a kutatást az üzleti vállalkozáshoz.[449] Bár vannak ezzel kapcsolatos irányelvek, kódexek, ezek általánosságokat tartalmaznak, nagyon sok kivétellel és szankciók nélkül. Az USA-ban például az orvosi szervezetek, társaságok által kiadott irányelvek közül egyedül az Amerikai Orvostanhallgatók Egyesülete (American Medical Student Association) szavazott meg egyértelmű és abszolút tiltást, miszerint hallgató nem fogadhat el gyógyszervállalattól semmiféle ajándékot és kedvezményt. Noha a hallgatók hasonló tiltást javasoltak elfogadni a gyakorló orvosok szervezetei számára, ez idáig nem történt meg.[450]
Mindenképpen szükség lenne pedig arra, hogy a klinikusok visszanyerjék korábbi függetlenségüket a gyógyszeripar befolyásától, mert csak így képesek megfelelően képviselni a betegek érdekeit. Ma már több modern etikai kódex hívja fel a figyelmet az üzleti szempont klinikai gyakorlatot korrumpáló szerepére.
Ugyanakkor a kritikusok arra is rámutatnak, hogy a szigorúbb törvények elfogadtatása rendkívül nehéz. A gyógyszeripar az egyik legerősebben lobbizó iparág, Washingtonban pl. 625 lobbizót alkalmaz, tehát minden kongresszusi képviselőre több jut, mint egy.[451]
Az ipar—bőséges anyagi erőforrásokkal rendelkezvén—képes arra, hogy akár a választásokat is befolyásolja. Betegszervezeteket támogathat vagy egyenesen létre is hozhat abból a célból, hogy azok gyógyszergyári érdekekért szálljanak síkra, noha látszólag a betegek érdekében kampányolnak. S természetesen az ipar érdekei képviseletet találnak a politika legfelsőbb köreiben is. Rá szoktak mutatni, hogy a mai Bush kormány egyik legbefolyásosabb embere, Donald Rumsfeld maga is egy gyógyszergyár elnöke és igazgatója volt, s Bush elnök apja, George Bush korábbi amerikai elnök is egy gyógyszergyár igazgatótanácsának tagja volt elnökké választása előtt.[452]
Amikor az USA gyógyszer-engedélyezési hivatala, az FDA tagjai sorába ki akarták nevezni Dr. Alastair Woodot, azt a közmegbecsülésnek örvendő kliniko-farmakológust, aki a gyógyszer-engedélyezés és a gyógyszerpiac sokkal szigorúbb szabályozásának pártolójaként volt ismert, ezt a gyógyszeripari lobbi képes volt megakadályozni. Már a kinevezési folyamat alatt is volt, aki hangoztatta, hogy senki nem nyerheti el ezt a tisztet, akinek határozott (és nem iparpárti) véleménye van erről a kérdésről.[453] Mindez azért érdemel említést, mert jól mutatja, hogy itt nem pusztán etikai, hanem politikai kérdésekről is szó van, s a jogalkotást s a kinevezéseket nem mindig az dönti el, hogy mi tűnik etikusabbnak, hanem az, hogy ebből a politikai erőviszonyok realitásai között mit lehet érvényesíteni. Itt azonban már a bioetika területéről a biopolitika területére érkezünk, melynek tárgyalása nem e könyv feladata.

A kutatás szegényebb országokban, fejlődő demokráciákban felvetődő speciális etikai kérdései.

A mai globalizálódó világban az orvostudományi kutatások is globalizálódnak. A nagy, multicentrikus, általában több országot érintő kutatások a kutatásetikai kérdéseket is nemzetközi szinten vetik fel. Sok szó esett a szakirodalomban arról, hogy mennyire nemzetköziek az orvosetikai, s ezeken belül a kutatásetikai normák? Még az a vád is elhangzott, hogy a kutatásetikában domináns szerepet játszó USA-t egyfajta etikai imperializmus jellemzi akkor, amikor az általa vallott szigorú kutatásetikai normákat más országokra is rá akarja kényszeríteni. Például Vietnámot, Kínát is érintő multicentrikus nemzetközi, randomizált kontrollcsoportos kutatásokban a kínai, vietnami kutatók nem akarták elfogadni azt az USA kutatásetikai normái által megkövetelt elvet, hogy a kutatási alanyok tájékoztatásához hozzátartozik annak elmondása, hogy az alanyok kísérleti illetve kontrollcsoportba való beosztása a véletlen alapján történt. Vagyis nem akarták az alanyoknak elmondani a randomizáció tényét, mert úgy ítélték meg: ennek hatására a kínai, vietnámi betegek nem fognak beleegyezni a kutatásba, mert számukra fontos az a tudat, hogy orvosuk nem a véletlen alapján dönt a kezelésükről, hanem abban a kezelésben részesíti őket, amelyet esetükben a legjobbnak tart. Az USA kutatói ragaszkodtak a randomizáció tényének az elmondásához, s ekkor hangzott el az etikai imperializmus vádja: az USA rá akarja kényszeríteni saját etikai normáit más országokra. Ez a vád azonban könnyen cáfolható volt, hiszen a kutatási alanyok részletes tájékoztatását olyan nemzetközi kutatásetikai normák is előírják, mint pl. a Nürnbergi Kódex, vagy a Helsinki Deklaráció. Ezek a normák tehát nem tekinthetők pusztán USA-beli normáknak.
A kérdés azonban újból és újból és általánosan is felvetődik: mennyire lokálisak a kutatásetikai normák? Ma már erre elég határozott válasz adható: a nemzetközivé, globálissá vált kutatás korában a kutatásetikai normáknak is nemzetközieknek kell lenniük, s egyre inkább azok is. Csak lokálisan érvényes kutatásetikai normák--az abortusz-turizmus mintájára--a kutatási-turizmus veszélyét vetítik előre. Az abortusz-turizmus jól ismert jelenség abban az esetben, ha az egyes országok eltérő szigorúsággal szabályozzák az abortusz elérhetőségét. Ekkor ugyanis a szigorúbban szabályozó országokból a kevésbé szigorúan szabályozóba áramlanak az abortuszt kérelmezők. Hasonlóképpen, ha a kutatásetikai normák és a kutatást szabályozó jogi környezet országonként eltérő, akkor fennáll a veszélye annak, hogy a nemzetközi kutatások a kutatást kevésbé szigorúan szabályozó országokba fognak áttevődni. Ez azonban nemkívánatos jelenség, hiszen a kutatás kevésbé szigorú szabályozása egyben a kutatási alanyok kevésbé szigorú védelmét jelenti. Ennek megelőzése érdekében fontos tehát, hogy a kutatásetikai normák mindenütt hasonlóan szigorúak, vagyis globálisak, nemzetköziek legyenek.
Kérdés, hogy Magyarország a fejlődő, vagy a már fejlett demokráciákhoz tartozik-e, illetve a szegényebb vagy a kevésbé szegény országokhoz sorolható-e? A kérdés megválaszolása itt nem lehet célunk, azonban bizonyos kutatásetikai problémák indokolják némely magyarországi problémának a fejlődő demokráciák között való tárgyalását. A közelmúltban nemzetközi sajtóorgánumban komoly kifogások

hangzottak el a kutatások, s főképp a pszichiátriai kutatások kelet-európai és közöttük magyarországi gyakorlatával szemben. A kérdés komoly nemzetközi visszhangot kapott, s meglehetősen egybecsengett a szaksajtóban már korábban is felvetett problémával, mely szerint kevésbé fejlett országok--a kutatásetikai kérdések iránti csekélyebb figyelem illetve a kisebb hazai problémaérzékenység miatt--kiszolgáltatott helyzetbe kerülhetnek a nemzetközi kutatási mezőnyben. Általában az ugyanis a tendencia, hogy a gazdag, fejlettebb országokban a kutatásetikai szabályokat szigorúbban, míg a szegényebb országokban ugyanezeket a szabályokat „rugalmasabban" alkalmazzák. Ez egyben azt a fontos etikai kötelességet is felveti, hogy a gazdagabb országok számára etikátlan a szegényebb országok eme „rugalmasságát" kihasználni.[454] Az utóbbi évtizedek általános nemzetközi tendenciája a kutatás területén, hogy a klinikai kipróbálások egyre nagyobb részét nem állami forrásokból, hanem magántőkéből, a gyógyszeripari, biotechnológiai és orvosi műszereket, eszközöket előállító cégek szponzorálásával finanszírozzák. A piaci viszonyok azonban ezeket a magánvállalkozásokat a profit növelésére ösztönzik, amely nem mindig áll összhangban a kutatási alanyok védelmével. Ezért ez ellen jogi és etikai szabályozással kell védekezni.[455]

Problémák a Közép- és Kelet-Európai kutatásban

Nagy figyelmet keltett a Washington Postban megjelent cikksorozat[456] [457], mely a Közép- és Kelet- Európai kutatás helyzetét elemző tényfeltáró riportként jelent meg. Mivel ezzel kapcsolatban empirikus hazai vizsgálatról nincs tudomásom, érdemes—a részletek említése nélkül—a cikk néhány fontosabb megállapítását közölni, mert ennek segítségével kiviláglik, hogy a kutatásetika mely elvei jelentenek különösen égető problémát Közép- és Kelet Európában.

A Washington Post tényfeltáró riportjának főbb megállapításai.

Az 1990-es évektől kezdve megfigyelhető tendencia, hogy a nagy gyógyszergyárak új gyógyszereiket olyan kevésbé felett országokban kísérletezik ki, ahol az ezzel kapcsolatos kutatási költségek alacsonyabbak, a szabályozás kevésbé szigorú, ahol a kutatásban résztvevő alanyok kevésbé gyanakvóak, s ahol ezért a kutatás sokkal gyorsabban elvégezhető, mint a fejlettebb országokban. Afrika, Dél-Amerika, Kelet-Európa és a volt Szovjetunió lettek azok az országok, amelyek ezeknek a kritériumoknak megfelelnek. Az USA gyógyszerészeti hatóságának, az FDA-nak (Food and Drug Administration) egyik képviselője szerint ezekben az országokban a kutatási alanyok védelme azon a szinten áll, mint az USA-ban állt 30 évvel ezelőtt. Sok esetben azért történik az új gyógyszer kipróbálása ezekben a kevésbé fejlett régiókban, mert a szabályozó hatóságok az USA-ban túl kockázatosnak ítélik és ezért csak újabb állatkísérletek elvégzése után engedélyeznék az új gyógyszer kipróbálását. Ez a gyógyszergyárnak komoly időveszteséget okozna, hiszen becslések szerint egy új gyógyszer piacra dobásában elszenvedett minden egyes nap késedelem kb. 1.3 millió US$ veszteséget okoz. Ilyen esetben nemegyszer előfordult, hogy a fejletlen régió országaiban rövid idő alatt elvégezhetőnek

nyilvánították ugyanazt a kutatást, amit az amerikai hatóság túl veszélyesnek ítélt és nem engedélyezett. Jogilag ilyenkor minden szabályt betartanak, hiszen csak a fejletlenebb régióban lefolytatott szabályos engedélyezési eljárást követően kerül sor a gyógyszerkipróbálás lefolytatására. Etikailag viszont mindez azért problematikus, mert kihasználják a fejletlen régióban élők kisebb tájékozottságát, az engedélyezési folyamat lazaságait, s természetesen ilyenkor nem tesznek említést arról sem, hogy az engedélyezésre benyújtott vizsgálat tervét az USA hatóságai egyszer már elutasították.
A kutatásban részt vevő orvos az általa bevont minden egyes kutatási alany után "fejpénzt" kap, mely általában 1000—2000 US$. A régió egyik legfejlettebbikének számító Magyarországon tehát egyetlen beteg bevonása egy orvos majdnem félévi fizetésének felel meg, s egy orvos természetesen nem egy beteget szokott bevonni a kutatásba. Így az orvos nehezen engedheti meg magának anyagilag, hogy ne vegyen részt ilyen kutatásokban. Mindez a kutatás minőségét azonban veszélyezteti, hiszen az orvos maximálisan igyekszik megfelelni a gyógyszergyárak vélt elvárásainak, s esetleg nem jelent olyan mellékhatásokat, melyek jelentősek lennének. Pszichiátriai kutatások esetén további probléma ilyenkor, hogy ugyanaz az orvos bírálja el, hogy a beteg a kutatásba való beleegyezéshez szükséges belátási képességgel rendelkezik-e, aki anyagilag érdekelt abban, hogy beleegyező beteg esetén a beteget belátási képességgel rendelkezőnek nyilvánítsa. Ez az érdekkonfliktus nem teszi ilyen esetben lehetségessé az orvos tárgyilagosságát.
Pszichiátriai kutatás során előfordul, hogy kötelező gyógykezelésben részesülő (zárt osztályon fekvő) beteget vonnak be a kutatásba az ő tiltakozása ellenére, a hozzátartozó engedélyével.
Az ilyen módon kifejlesztett gyógyszerek piacra kerülésük után sokszor annyira drágák, hogy a szegényebb országok egészségbiztosítása nem engedheti meg a megfelelő támogatását, s így az a hazai lakosság nagy része számára elérhetetlenné válik.

A fenti gyakorlat kritikája.

A fenti gyakorlat—mint a korábbiak alapján látható—több fontos etikai szabályt megsért.
Mindenekelőtt--mint később látni fogjuk--sérti azt a fontos etikai elvet, hogy egy ország betegeit csak olyan gyógyszer kutatásába szabad bevonni, melyből az adott ország lakosságának haszna lehet, vagyis mely gyógyszer—annak sikeressége setén—elérhetővé fog válni az adott ország lakossága vagy annak egy jelentős része számára. Ha erre nincs reális esély, akkor a szegényebb országban kipróbált gyógyszereket a gazdagabb országok betegei fogják elsősorban használni, ez pedig a szegényebb ország lakosainak az egészségügyi kizsákmányolása.
Fontos elv az is, hogy belátási képességgel nem rendelkező, tiltakozó beteget még abban az esetben sem lehet bevonni kutatásba, ha abba hozzátartozója beleegyezett. Ez alól csak akkor lehet kivételt tenni, ha a kutatásban való részvétel a betegnek nagyon erősen érdekében áll, ez azonban ritkán áll fenn.
A fentiek annak a fontos elvnek a sérülését is jelentik, hogy érdekkonfliktus esetén a beteg (kutatás alany) belátási képességének a megállapítása, illetve tájékozott beleegyezésének az elnyerése egy független személy által történjen (consent

auditor) akinek anyagilag nem áll érdekében az adott személyt a kutatásba bevonni, s így ezzel kapcsolatos ítélete tárgyilagosabbnak tekinthető, mint a beteg bevonásába anyagilag erősen érdekeltté tett orvosé.
Végezetül a fentiek a hazai szabályozás és etikai ellenőrzés nagyobb szigorúságának a fontosságára mutatnak rá: a globalizált tudományos kutatás világában az etikai elvek és a betegek védelme is globális standardok szerint kell, hogy történjen, hiszen ellenkező esetben a "közlekedőedény-effektus" fog érvényesülni: a kutatás nemzetközileg a legkisebb ellenállás irányába fog mozogni, s áttevődik a szigorú országokból a betegeket, kutatási alanyokat kevésbé szigorúan védő országok felé.

Néhány speciális ajánlás a fejlődő, szegényebb országokban folytatott kutatásokkal kapcsolatban.

A szegényebb országban végzett kutatások etikai indokoltsága.

Ha kutatást szegényebb országban végeznek, akkor--ezen ország nagyobb vulnerábilitása miatt--külön indoklás szükséges, hogy miért ott végzik el a kérdéses kutatást. Ez az indoklás természetesen nem lehet az, hogy azért, mert ott kevésbé szigorúak a kutatást szabályozó etikai és jogi irányelvek, illetve a lakosság és a kutatók kevésbé vannak tudatában a kutatás során felmerülő etikai problémáknak, s ezért a kutatás ezekben az országokban kényelmesebben, olcsóbban és sokkal gyorsabban végezhető el, mint egy fejlett demokráciában.[458]
Annak, hogy egy fejlett ország vagy abban működő cég egy szegényebb országban folyó kutatást szponzorál, több elfogadható oka is lehet. Néhány ezek közül:[459]

- Ahhoz, hogy egy gyógyszer, eszköz forgalmazható legyen, sok országban helyi vizsgálatokat is megkövetelnek a hatóságok még akkor is, ha az illető eszköz illetve gyógyszer forgalmazása egy másik országban már engedélyezett. Ilyenkor tehát szükséges lehet néhány vizsgálat lefolytatása helyileg is a szegényebb országban.
- Előfordulhat, hogy egy szegényebb országban azért lehet hatékonyabban egy kutatást lefolytatni, mert bizonyos betegségek ott nagyobb gyakorisággal fordulnak elő.

Néhány általános elv

Ha egy kutatást külföldön végeznek, akkor a kutatás etikailag csak akkor elfogadható, ha az az adott ország vizsgált populációja egészségügyi szükségletei kielégítéséhez is hozzájárul. Vagyis a kutatás végeztével nemcsak az abban résztvevő betegeknek, hanem annak a csoportnak (populációnak), melybe a betegek tartoznak is valamilyen haszna kell származzon a kutatás elvégzéséből.[460]
Kutatást tehát egy országban csak akkor szabad elvégezni, ha annak eredményei közvetlenül hasznosak lehetnek az ország lakossága számára, ha annak elvégeztével a kutatás eredményeit fel is használják az adott országban élő betegek helyzetének javítása céljából. Ha egy kutatás pozitív eredménye előreláthatólag nem fog változtatni az adott országban élő betegek vagy azok egy részének

állapotán, akkor azt a kutatást abban az országban etikailag nem helyes elvégezni.[461]

Minden kutatás előtt tehát fel kell tenni a kérdést: ha a kutatás befejeződik, s a kipróbált gyógyszer, termék, eljárás sikeresnek bizonyul, akkor a kutatási alanyok számára, és az ország egyéb, hasonló helyzetű betege számára az adott eljárás, gyógyszer, termék elérhető lesz-e és milyen feltételekkel?[462]
A Nuffield Council on Bioethics ajánlása az, hogy ha egy szegényebb országban végzett kutatást egy gazdagabb országból szponzorálnak, akkor a szponzoráló ország független etikai bizottságának is jóvá kell hagynia a kutatást a szegényebb ország etikai bizottsági jóváhagyása mellett.[463]

A kutatási alanyok közösségeinek bevonása a kutatás tervezésébe.

Mai trend, hogy annak a csoportnak a képviselőit is bevonják a kutatás megtervezésébe, s a kutatás kivitelezése során a felmerülő etikai problémák megválaszolásába, melyből a potenciális kutatási alanyok ki fognak kerülni. Ily módon ugyanis biztosítható, hogy a kutatás valóban azon csoport egészségügyi szükségleteire, igényeire legyen tekintettel, melyből a kutatás alanyai származnak. Ezért már a kutatási tervben le kell írni, hogy az illető csoport képviselőinek a bevonása a kutatás tervezése során hogyan valósult meg. Ha ilyen bevonás nem történik, ezt indokolni kell, s ezekre a szempontokra a kutatásetikai bizottságnak is figyelemmel kell lennie a kutatás etikai értékelése során.[464]
Komoly figyelmet kapott a szegényebb országokban végzett Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kutatások (RKK) során az a kérdés, hogy hogyan kell értelmezni azt az elvet, miszerint placebo-kontrollos kutatás –súlyos, életet is veszélyeztető állapotú betegek esetén--csak abban az esetben végezhető, ha nincs az adott állapot kezelésére hatásos gyógyszer illetve eljárás. Előfordul ugyanis, hogy egy súlyos állapot kezelésére egy gazdag országban van hatásos kezelés, ez azonban abban a szegényebb országban, amelyben a kutatást végzik, drágasága miatt nem elérhető. Ezért—szól az érvelés—ha az adott kutatást a szegényebb országban végzik el, s ha ott az RKK keretében az egyik betegcsoportnak placebót adnak, a másiknak a hatásosnak vélt új, kipróbálandó kezelést, akkor ez azért nem etikátlan, mert a placebót kapó alanyok—a szegény ország polgárai lévén—akkor sem jutottak volna hozzá a hatásos kezeléshez, ha nem vesznek részt a kutatásban. Így nem jártak rosszabbul, mint a kutatásban részt nem vevő sorstársaik. Eme felfogás tehát azt, hogy placebót—súlyos állapotú betegek esetén--csak akkor szabad alkalmazni, ha nincs az adott állapotra hatásos kezelés, úgy értelmezi, hogy ide tartozik az az eset is, amikor azért nincs egy állapotra hatásos kezelés, mert az az adott országban anyagilag nem elérhető.
A fenti érvelést azonban--néhány speciális helyzettől eltekintve-- el kell utasítani. Ugyanis, ha egy kutatást a fenti módon végeznének el, akkor ez azt jelentené, hogy egy olyan populáción végeznék el a kutatást, amelynek abból nem lenne haszna, hiszen az új (az addig alkalmazottnál hatásosabb) gyógyszer éppúgy nem lenne elérhető a kutatás végeztével a szegény országban, ahogyan a korábbi hatásos készítmény sem volt az. Így ez a kutatás nem az adott ország egészségügyi igényeit venné figyelembe, hanem az történne, hogy egy szegény országban kísérleteznének ki egy olyan gyógyszert vagy eljárást, melyet széleskörűen a gyakorlatban csak a

gazdagabbakban alkalmaznának, s melyből a szegény ország lakosainak semmiféle haszna nem lenne. Ez végső soron a szegényebb ország betegeinek a kizsákmányolása lenne, s az ilyen kutatási elrendezés ezért egészében etikátlannak tekinthető. A kutatás egy szegényebb országban—mint láttuk—etikailag csak abban az esetben elfogadható, ha annak az országnak az egészségügyi igényeire is tekintettel van, melyben a kutatást elvégzik.[465] Ez alól a szabály alól csak akkor lehet kivételt tenni, ha a szegény országban egy olyan új szert (B) akarnak kipróbálni, mely ugyan előreláthatólag kicsit kevésbé lesz hatásos, mint a fejlett országokban elérhető szer (A), viszont olyan olcsón lenne előállítható, hogy ha hatásosnak bizonyulna, a szegény ország lakosai számára általánosan hozzáférhetővé lehetne tenni. Ilyenkor indokolt lehet ezen új szert placebo-kontroll segítségével kipróbálni, hiszen a szegény ország számára ilyenkor nem az a releváns kérdésfeltevés, hogy B hatásosabb-e A-nál, hanem az: B hatásos-e egyáltalán. Ez is bizonyítja, hogy a placebo-alkalmazása etikusságának megítélése mennyire kontextusfüggő.[466]

A fejlődő és a fejlett országok kutatási együttműködésének igazságossági elvei.

Egy 1998-as svájci bizottság ajánlásokat dolgozott ki a fejlett és a fejlődő országok kutatási együttműködésének igazságossági elveire. A főbb elvek a következők:[467]

1. A kutatási célok közös kidolgozásának az elve: eszerint nem szabad, hogy a kutatás szponzora kész kutatási tervvel álljon elő, melyhez a jelentkező fejlődő országbeli partnerek egyszerűen csak csatlakozhatnak résztvevőként.
2. A közös bizalom felépítésének az elve.
3.. Az információ megosztásának s a kapcsolatok kiépítésének az elve: eszerint az együttműködő felek közötti rendszeres kommunikáció, s az ezt lehetővé tevő infrastruktúra kiépítése alapvető fontosságú.
4. A felelősség megosztásának az elve: ez azt követeli meg, hogy mind a kutatás tudományos mind adminisztratív vezetésében mindegyik fél vehessen részt, mert ekkor mindannyian azt érezhetik, hogy a terv a sajátjuk is.
5. A transzparencia biztosításának az elve: a kutatáshoz való nem-pénzbeli hozzájárulás értékét el kell ismerni, hogy mindegyik résztvevő fél érezhesse, hogy hozzájárul a terv megvalósításához.
6. Az együttműködés folyamatos értékelésének az elve: eszerint a kutatás során folyamatosan értékelni kell nemcsak a kutatás előrehaladását, hanem magát az együttműködést is.
7. Az eredmények terjesztésének a követelménye: eszerint a kutatási eredményeket nem csak tudományos folyóiratokban kell közzétenni, hanem egyéb formákban is (kiállítások, viták, előadások, stb.) hogy a laikus nagyközönség is--akik az eredmények felhasználói lesznek--megismerhessék azt.
8. Az eredmények alkalmazásának az elve: a kutatói team kötelessége annak biztosítása, hogy a kutatási eredmények valóban felhasználásra kerüljenek a célcsoport érdekében.
9. A kutatási profit igazságos megosztásának az elve: a kutatási eredményeknek kereskedelmi haszna is lehet. Nem elfogadható, hogy a fejlett ország kutatói saját nevük alatt publikálják a közös kutatási eredményeket, vagy az, hogy a terméket szabadalmaztatva kizárólagos anyagi hasznuk legyen belőle.

10. A kutatási képesség növelésének az elve: eszerint nemcsak azt kell elősegíteni, hogy a fejlődő--fejlett országok közötti kapcsolatok fejlesztése lehetővé tegye a kutatók külföldi tapasztalatszerzését, továbbképzését a fejlettebb országokban, hanem azt is, hogy a fejlődő országok kutatói egymással is kapcsolatba kerülhessenek, hiszen sokszor közös egészségügyi problémáik vannak.
11. Az elért eredményekre való építkezés elve: ezen elv szerint fenn kell tartani a kapcsolatot a kutatás befejezése után is a fejlődő és a fejlett ország kutatói között az információk illetve a szakemberek szabad mozgásának elősegítése révén. Bátorítani kell a fejlett ország kutatóit arra, hogy továbbra is működjenek együtt a kevésbé fejlett ország kutatóival, hogy azoknak a további kutatások folytatásához ne az legyen az egyetlen reményük, hogy az agyelszívás keretében a fejlett országban folytathatják munkájukat.

A kutatással kapcsolatos nemzetközi szabályozás

Az eddigiekben a pszichiátriai kutatással kapcsolatos általános elveket érintettem. Ezek az etikai elvek számos nemzetközi etikai és jogi szabályozásban szerepelnek, Az alábbiakban néhány olyan nemzetközi szabályozásra illetve ajánlásra térek ki, melyeket az eddigiek során még nem említettem. Természetesen ezen ajánlásoknak csak a pszichiátriai kutatás szempontjából releváns részeivel foglalkozok s ezek közül is--az ismétlések elkerülése végett--csak azokat említem, melyek a Helsinki Deklaráció 2000. évi revíziójában nem szerepelnek. A Helsinki Deklarációt külön nem tárgyalom, mert 2000. évi revíziója a korábbiakhoz képest olyan jelentős változásokat hozott, hogy szövegét a függelékben közlöm.

Az Európa Tanács Bioetikai Konvenciója[468] (Oviedoi Egyezmény)

Ennek az egyezménynek Magyarország is részese, azt a 2002. évi VI. törvény hirdette ki, s külön fejezetben rendelkezik a tudományos kutatásról.
A konvenció szerint beleegyezni nem tudó személyen kutatást csak abban az esetben szabad végezni, ha az számára közvetlen egészségügyi haszonnal kecsegtet, a kutatást beleegyezni tudó személyen ugyanolyan hatékonysággal nem lehet elvégezni, s a kutatásba való bevonás ellen az érintett személy nem tiltakozik.[469]
Kivételesen közvetlen egészségügyi haszonnal nem kecsegtető kutatásba való bevonás is megengedhető, ha a fentieken kívül még az a két feltétel is teljesül, hogy a kutatás csak minimális kockázattal illetve az alany számára csak minimális teherrel jár, s a kutatás célja az alany állapotának, betegségének jobb megértése, mely a hozzá hasonló helyzetűek számára, vagy potenciálisan neki magának is hasznos lehet.[470]

Az Európai Unió klinikai kutatásokkal kapcsolatos Direktívája[471]

Ez az irányelv útmutató a tagállamok számára, melyeknek legkésőbb 2004. május 1.-ig kellett megalkotniuk az ennek megfelelő jogi szabályozást.

Az irányelvek az Európai Unió tagállamai számára fogalmazzák meg az emberi használatra szánt orvosi termékek (gyógyszerek) kipróbálásával kapcsolatos helyes klinikai gyakorlat (good clinical practice) alapelveit.[472]
Az emberen történő kutatás etikai alapelvei során hivatkozik a Helsinki Deklarációra.
A Direktíva szerint a jogilag beleegyezni nem képes személyek kutatásba csak akkor vonhatók be, ha ugyanazok az eredmények beleegyezni képes személyek bevonásával nem lennének elérhetők. Alapvetően ilyen személyek csak olyan kutatásba vonhatók be, melyek számukra közvetlen haszonnal kecsegtetnek.[473] Ilyen esetben a beteg törvényes képviselőjének írásos beleegyezésére van szükség, melyet ő a beteg kezelőorvosával való megbeszélést követően ad meg.[474]
Kutatás csak etikai bizottsági engedéllyel kezdhető meg, s csak akkor végezhető, ha annak folyamatos ellenőrzése biztosított.[475]
Kiskorúakat kutatásba bevonni csak a szülő vagy a törvényes képviselő tájékozott beleegyezésével lehet. Ennek a beleegyezésnek a kiskorú feltételezett kívánságát kell képviselnie.[476] Ha a vélemény formálására és az információk megértésére képes kiskorú kifejezetten visszautasítja a kutatásban való további részvételt, azt a kutatásvezetőnek mindig mérlegelnie kell.[477] Kiskorúak kutatásba való bevonásakor a költségtérítésen kívül semmiféle anyagi vagy egyéb ösztönző alkalmazása sem fogadható el.[478]
Jogilag tájékozott beleegyezést adni nem képes felnőtteknél a törvényes képviselő adja a tájékozott beleegyezést. Ennek megadása során beleegyezésének a beleegyezni nem képes személy feltételezett akaratát kell képviselnie.[479] A belátási képességgel nem rendelkező személyt ebben az esetben is részletesen tájékoztatni kell a kutatás előnyeiről és kockázatairól.[480] Ha a belátási képességgel nem rendelkező alany kifejezetten tiltakozik a kutatásba való bevonása, vagy az abban való részvétel folytatása ellen, ezt a kutatónak minden esetben mérlegelnie kell.[481] Ilyen esetben feltétel, hogy a költségtérítésen kívül a kutatásban való részvételbe ne alkalmazzanak anyagi vagy egyéb ösztönzést.[482] Nem-terápiás kutatás beleegyezni nem tudón csak akkor végezhető el, ha ez szükséges annak a súlyos károsodást okozó állapotnak a jobb megértéséhez, melyben az alany szenved.[483] Az ilyen kutatást olyan etikai bizottságnak kell jóváhagynia, mely szakértelemmel rendelkezik azzal a betegpopulációval kapcsolatban, melynek tagjait a kutatásba bevonni szándékoznak.[484] Az etikai bizottságnak a kutatás jóváhagyása előtt--egyebek mellett--mérlegelnie kell, hogy a kutatók illetve a kutatásba bevont alanyok milyen kompenzációban részesülnek a kutatásban való részvétel ellentételezéseként, s milyen egyéb egyezség van a kutatási hely és a kutatás szponzora között.[485]
A kutatás szponzorának a kutatás befejezését követően tájékoztatnia kell a kutatásetikai bizottságot a kutatás befejezéséről. Ha a kutatást a tervezettnél előbb fejezték be, erről és ennek okáról is tájékoztatni kell a kutatásetikai bizottságot.[486] A folyó klinikai kutatásokat folyamatosan ellenőrizni kell, s az ellenőrzésről jelentést kell készíteni.[487] A kutatónak minden komoly nem várt nemkívánatos eseményt azonnal jelentenie kell a kutatás szponzorának. A szponzornak a jelentett nemkívánatos eseményekről feljegyzést kell készítenie. A szponzornak a komoly nemkívánatos reakciókról (haláleset, életveszélyes állapot) értesítenie kell az illetékes hatóságokat és az etikai bizottságot, továbbá a kutatásban részt vevő összes kutatót.[488]

A gyógyszerek klinikai kipróbálásával kapcsolatos helyes klinikai gyakorlat irányelvei. (ICH GCP) (Good Clinical Practice. International Conference on Harmonization (ICH) of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use) (1996)[489]

A Good Clinical Practice (Helyes Klinikai Gyakorlat) az emberen történő kutatás tervezésének, végrehajtásának, dokumentálásának és jelentésének olyan nemzetközi tudományos és etikai standardját jelenti, melynek betartása biztosítékot jelent arra, hogy a kutatási eredmények hitelesek lesznek, s a kutatás során az alanyok jogait tiszteletben tartják, biztonságát és jóllétét biztosítják. Ezek a szabályok egységes standardot jelentenek az USA, az Európai Unió és Japán számára.[490] Ezek az irányelvek előírják, hogy a kutatásokat a Helsinki Deklaráció elveivel összhangban kell lefolytatni, s megismétlik a Helsinki Deklaráció számos elvét.
Az irányelvek előírják, hogy a kutatásetikai bizottságnak a kutatási engedély megadása előtt--a kutató önéletrajza és egyéb dokumentumok alapján-- mérlegelnie kell a javasolt kutató alkalmasságát a benyújtott kutatással kapcsolatban. (3.1.3) A kutatásetikai bizottságnak a folyó kutatásokat a kutatás kockázatának megfelelő gyakorisággal, de legalább évente egyszer rendszeresen ellenőriznie kell. (3.1.4) A kutatásetikai bizottságnak vizsgálnia kell a kutatási alanyok számára nyújtott anyagi ellenszolgáltatás nagyságát és módját is, hogy az elfogadhatatlan ösztönzést kizárják. Az alanyok esetleges anyagi kompenzálásának előre rögzített arány szerint kell történnie, és az nem függhet teljesen attól, hogy a kutatási alany a kutatás befejezéséig résztvesz-e a kutatásban. (3.1.8) Az alanyok díjazásával kapcsolatos minden információt szerepeltetni kell az alanyok számára átadott tájékozott beleegyezési nyomtatványban. (3.1.9) A kutatást elbíráló kutatásetikai bizottság legalább öt tagból kell álljon, legalább 1 tagja nem-tudományos területen működő személy kell legyen, s legalább 1 tagjának a kutatást végző intézménytől függetlennek kell lennie. (3.2.1) A kutatási tervet benyújtó kutatót a kutatásetikai bizottság meghallgathatja, de ő nem vehet részt sem a kutatási terv megvitatásában sem a szavazásban. (3.2.5) A kutató a benyújtott és engedélyezett kutatási tervtől csak a bizottság írásos engedélye alapján térhet el. (3.3.6) Ha szükséghelyzetben előzetes engedély nélkül kell eltérnie a protokolltól (pl. a kutatási alanyokat fenyegető veszély azonnali elhárítása miatt), erről a bizottságot haladéktalanul értesítenie kell.(3.3.8) Azonnal jelentenie kell a bizottság felé minden komoly és nem várt nemkívánatos gyógyszerhatást, s azt is, ha olyan új információ jutott a tudomására, melynek birtokában az addigiakhoz képest veszélyeztetettebbnek látja az alanyok biztonságát vagy a kutatás biztonságos lefolytathatóságát. (3.3.8)
Ha olyan új információk válnak hozzáférhetővé a kutatás során, melyek befolyásolhatják az alanyok további beleegyezését, akkor ez a tájékoztatás szövegének a megváltoztatását, annak kutatásetikai bizottság általi ismételt jóváhagyását, majd a kutatási alanyokhoz való haladéktalan eljuttatását igényli. Mindezt dokumentálni kell. (4.8.2) A kutatási alanyt nem szabad a kutatás folytatására kényszeríteni, vagy ezzel kapcsolatos döntésében megengedhetetlen módon befolyásolni. (4.8.3)

Az USA National Bioethics Advisory Commission ajánlásai a kutatások etikai és politikai kérdéseivel kapcsolatban.[491]

Az irányelvek kiemelik, hogy noha a vulnerábilis kutatási alanyok számára a kutatás során többletvédelmet kell biztosítani, mindez nem jelentheti azt, hogy őket eme védelem ürügyén önkényesen ki kellene rekeszteni a kutatásokból. Így a vulnerábilisnak tekintett gyerekeket, intézetben ápolt személyeket, kisgyerekes anyákat, szülőképes korú nőket, pszichiátriai betegeket is be kell vonni a kutatásokba. Az ő bevonásuk nélkül ezen csoportok kezelésével kapcsolatban nem állna rendelkezésre tudományosan ellenőrzött ismeret, mely velük szemben elfogadhatatlan diszkriminációt jelentene. Olyan kutatási feltételeket kell azonban ilyen esetben biztosítani, mely ezen csoportok fokozott védelmét garantálja.[492]
Az irányelvek kiemelik, hogy minden olyan intézménynek, vagy szponzornak, mely emberek bevonásával tudományos kutatásokat folytat, kutatásetikai továbbképző programokat kell biztosítania a kutatók és a kutatásetikai bizottsági tagok számára. Hasonlóképpen, a szakmai szervezeteknek is teret kell biztosítaniuk a kutatásetikai témáknak a folyamatos továbbképzési programjaikon.[493] A kutatóknak, a kutatásetikai bizottsági tagoknak kutatásetikával kapcsolatos ismereteiket tanúsító bizonyítvánnyal kell rendelkezniük munkájuk elkezdése előtt.[494] Minden szponzoráló és kutatást végző intézményt, továbbá intézménytől független kutatásetikai bizottságot akkreditálni kell a munkavégzés engedélyezésének feltételeként.[495]
A kutatásetikai bizottságoknak kell olyan tagja legyen, aki a kutatási alanyok nézőpontját képviseli, kell az intézménytől független tagja legyen, s kell egy alapvetően nem-tudományos területen dolgozó személy is. Az utóbbi három feltételt akár egyetlen személy is kielégítheti, fontos azonban, hogy ilyen tagokból kell állnia a kutatásetikai bizottság legalább 25%-ának, s mindegyik csoportból jelen kell lennie legalább egy személynek a bizottság minden ülésén.[496] Az irányelvek alapvetően a kutatások folyamatos bizottsági nyomon követését és ellenőrzését írják elő. Ettől azonban el lehet térni minimális kockázatú kutatásoknál, a már rendelkezésre álló adatok elemzését végző kutatásoknál, vagy olyan kutatásoknál, melyek már az adatfeldolgozás stádiumában vannak, s így nincs szükség a kutatási alanyokkal való további kapcsolatra.[497]

Az USA National Bioethics Advisory Board ajánlása a belátási képességet esetleg befolyásoló pszichiátriai betegségben szenvedők bevonásával végzett kutatásokkal kapcsolatban. [498]

Az alábbiakban csak azon néhány ajánlást ismertetjük, melyek egyéb dokumentumokban nem szerepelnek.
Minden olyan kutatásetikai bizottságnak, mely rendszeresen vizsgál pszichiátriai betegeket is bevonó kutatási terveket, legalább két olyan tagot kell tagjai közé beválasztania, aki tájékozott a pszichiátriai betegségekkel s az ebben érintett betegek szempontjaival kapcsolatban. A kettő közül legalább egynek vagy a vizsgált populáció (pszichiátriai betegek) közül kell kikerülnie, vagy az ilyen betegek családtagjai illetve az őket képviselő érdekképviseleti szervezet tagjai közül. Az etikai bizottság ezen két tagjának jelen kell lennie és szavaznia kell a bizottság

ülésén akkor, amikor pszichiátriai betegekkel kapcsolatos kutatási terveket tárgyalnak.
Ha egy etikai bizottság csak néha tárgyal pszichiátriai betegeket bevonó kutatásokat, akkor a fenti tagok nem kell, hogy a bizottság állandó tagjai legyenek, alkalmanként meghívott tagokkal-- de a fenti feltételek betartásával--is eleget lehet tenni a követelményeknek.[499]
A kutatásetikai bizottságnak különös alapossággal kell vizsgálnia azokat a kutatási terveket, melyekben tünetprovokáló, az addigi terápiát hirtelen elvonó, placebokontrollos vagy egyéb--esetlegesen nem elfogadhatónak tekinthető--elemek szerepelnek.[500]
Ha egy pszichiátriai beteg elegendő belátási képességgel rendelkezik ahhoz, hogy egy kutatásba való bevonáshoz tájékozott beleegyezést adjon, akkor az ő beleegyezése nélkül nem szabad bevonni őt semmilyen kutatásba. A kutatásba való bevonás vonatkozásában belátási képességgel rendelkező pszichiátriai betegnek joga van arra, hogy harmadik személy bevonása nélkül egyedül döntsön a kutatásban való részvétel elfogadásáról vagy annak visszautasításáról.[501]
Bármely potenciális vagy tényleges kutatási alany tiltakozása a kutatásba való bevonása vagy annak folytatása ellen minden körülmények között tiszteletben tartandó. Az azonban megengedhető, hogy ilyen tiltakozás esetén a kutatás vezetője--megfelelő tapintattal, ismételt megkérdezés formájában--meggyőződjön arról, hogy a beteg időközben nem gondolta-e meg magát a kutatásban való részvétellel kapcsolatban.[502]
A minimálisnál nagyobb kockázattal járó kutatások esetén meg kell követelni, hogy a potenciális kutatási alany beleegyezéssel kapcsolatos belátási képességét egy független szakember állapítsa meg. Ilyen esetben a kutatási tervnek le kell írnia, hogy ki és hogyan fogja végezni a belátási képesség megállapítását. [503]
Ha egy betegnél a kutatásba való beleegyezéshez szükséges belátási képesség hiányát állapították meg, erről őt tájékoztatni kell, mielőtt törvényes képviselőjétől kérnének engedélyt a beteg kutatásba való bevonásához. Ha a törvényes képviselő ezt az engedélyt megadta, erről a beteget értesíteni kell. Ha a beteg a bevonás ellen tiltakozik, ezt tiszteletben kell tartani.[504]

A hazai jogi szabályozás.

Magyarországon az emberen végzett kutatásokat az Egészségügyi Törvény[505], illetve a gyógyszerkipróbálásokkal kapcsolatos kérdéseket a Gyógyszertörvény[506] szabályozza. 2002-ben két egészségügyi miniszteri rendelet is megjelent, mely további rendelkezéseket tartalmaz általában a kutatásokról[507] illetve speciálisan a gyógyszerkipróbálásokról, s a helyes klinikai gyakorlatról[508]. Utóbbit 2005-ben új rendelet váltotta fel,[509] s az így hatályát vesztett 24/2002-es (V.9) EüM rendeletnek a placebo használatát szabályozó 3. számú melléklete helyett a placebo használatáról új módszertani levél született.[510] Ezek a rendelkezések korszerűek, s illeszkednek a nemzetközi jogi és etikai szabályozáshoz. Részletes ismertetésük meghaladná e fejezet kereteit. A hazai jogi szabályozás korszerűségét elismerve azonban az alábbiakban néhány hiányosságra szeretnék rámutatni. Nem célom a jogi szabályozás részletekbe menő kritikája, csak néhány olyan hiányosságra szeretnék rámutatni, mely véleményem szerint jelentős, s orvoslásra szorul. Igazságtalanság

természetesen, hogy nem elemzem részletesen a hazai szabályozás erényeit is, erre azonban terjedelmi okokból itt nincs lehetőségem. Az érdeklődőknek ajánlom a kutatásokkal kapcsolatos hazai szabályozás új elemeinek rövid összefoglalását taglaló kitűnő tanulmányt.[511]

Hiányosságok a hazai jogi szabályozással kapcsolatban.

Definíciós problémák

A hazai jogi szabályozás általában nem használja a kutatások kockázat szerinti megkülönböztetését. Csak nem-cselekvőképes személyen végzett nem-terápiás kutatás esetén írja elő, hogy az--egyéb feltételek fennállása esetén-- csak akkor végezhető el, ha a kutatás alanyára nézve a minimálist jelentősen meg nem haladó kockázattal jár.[512] Nem határozza meg azonban, hogy mi tekinthető minimális, illetve mi a minimálist jelentősen meg nem haladó kockázatnak.

Zavart okoz, hogy a 35/2005 (VIII. 26) EüM rendelet "vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról" beszél, vagyis klinikai vizsgálatnak fordítja az angol "clinical trial" kifejezést, és vizsgálati készítménynek az angol "investigational medicinal product" kifejezést. Pontosabban a rendelet átveszi az 1998-as gyógyszertörvény (1998. évi XXV. Törvény) szóhasználatát és ahhoz igazodik. Ez a szóhasználat azonban már eleve problematikus, mert elfedi, hogy itt alapvetően kutatásról, kipróbálásról van szó. Ezt azért nem tükrözi a "vizsgálat" kifejezés, mert a betegek klinikai vizsgálat alatt általában a klinikai kivizsgálás során alkalmazott rutin--vagyis nem kutatási stádiumban levő--eljárásokat értik. Hasonlóképpen a vizsgálati készítmény elnevezés is olyan asszociációkat kelt, mintha itt egy olyan készítményről lenne szó, mellyel a betegek vizsgálatát végzik. Vagyis itt is a rutin-standard kivizsgálás jut az ezt olvasó eszébe. Sokkal helyesebb lett volna a "clinical trial" fordításaként a "klinikai kipróbálás" kifejezést, az "investigational medicinal product" fordításaként pedig a "vizsgált készítmény" kifejezést használni. Mindez stiláris szőrszálhasogatásnak tűnhet az első pillanatban. A szavak, kifejezések azonban sohasem ártalmatlanok. Önmagukban is bizonyos asszociációkat keltenek, melyek--ha félrevezetőek--a kutatás etikai korrektségét veszélyeztetik. Mint láttuk, a klinikai kutatások során az egyik leginkább fenyegető veszély a betegek részéről a terápia téves feltételezésének a veszélye, vagyis a beteg azon tévhiedelme, hogy a kutatás célja az ő gyógykezelése. Ezt a tévhiedelmet kell a kutatási alany informálása során eloszlatni. Ha azonban azt mondjuk neki, hogy klinikai vizsgálat történik az esetében, vagy vizsgálati készítményt alkalmaznak nála, akkor ezzel a terápiás téves feltételezése kialakulását segítjük elő, hiszen ezek--a rendelet által is használt--szavak azt a látszatot keltik, mintha egyszerű klinikai vizsgálatról és nem kutatásról lenne szó. Mivel ezek a kifejezések éppen a leglényegesebb ponton vezetik félre a kutatási alanyt (nevezetesen, hogy nem rutin orvosi beavatkozásról, hanem kutatásról, kipróbálásról van szó), ezért hozzájárulnak a terápia téves feltételezésének a kialakulásához, melynek eloszlatása lenne az alany informálásának az egyik legfontosabb célja. Ezért fontos lenne ezen kifejezések pontosabb fordításának a használata.

A kutatási alanyoknak nyújtandó tájékoztatással kapcsolatos hiányosságok.

Mindkét rendelet részletesen felsorolja a tájékoztatás során nyújtandó kötelező információ elemeit. A felsorolásból azonban mindkét helyen kimaradt néhány fontos követelmény. Néhány ezek közül:

- Annak közlése, hogy miért választották be az alanyt a kutatásba (pl. ha betegsége vagy annak speciális jellemzői miatt, akkor melyek ezek a speciális jellemzők.)
- Annak világos közlése, hogy melyek azok a beavatkozások, melyeket kifejezetten a kutatás érdekében végeznek el.
- Annak előírása, hogy az alanyt tájékoztatni kell arról, hogy milyen szervezet a kutatás finanszírozója, s az őt bevonó orvos vagy intézmény anyagilag érdekelt-e a kutatás lefolytatásában.
- A randomizáció és a kettős vak próba lényege elmagyarázásának világos megkövetelése. (Van ugyan utalás arra, hogy el kell mondani a betegnek "az egyes csoportokba való véletlenszerű besorolás százalékos valószínűségét", ez azonban még nem jelenti a randomizáció és a kettős vak próba lényegének a világos elmagyarázását.)
- Az előírások között nem szerepel, hogy közölni kell a kutatási alannyal, hogy a kutatás során megtudott adatai mikor nem tarthatók titokban, mely esetekben köteles azt a kutató feltárni. Ennek megkövetelése pszichiátriai kutatásoknál különösen jelentős lenne. Szerepel ugyan mindkét rendeletben olyan követelmény, hogy a résztvevők adatainak kezelésére, az ahhoz való hozzáférésre vonatkozó szabályokat az alanyokkal ismertetni kell, ez azonban túl általános megfogalmazás ahhoz, hogy a pszichiátriai kutatások során felmerülő problémákat "lefedje".
- Annak közlése, hogy mi történik akkor, ha a kutatás alatt az alany addig nem ismert betegségére s egyéb jellemzőire derül fény. Közlik-e ezt a családorvossal, befolyásolhatja-e ez az illető biztosíthatósági státuszát (pl. életbiztosításnál), stb. Magyarországon például az orvost a beteg háziorvosával szemben nem köti titoktartási kötelezettség, kivéve, ha a beteg az adatok továbbítását a háziorvos felé kifejezetten megtiltotta. Erre a lehetőségre tehát a figyelmét fel kell hívni.
- Annak közlése, hogy lesznek-e az alanynak költségei a kutatással kapcsolatban.
- Annak közlése, hogy milyen következményekkel jár az alany számára, ha idő előtt lép ki a kutatásból, (pl. a hirtelen gyógyszerelvonás következményei,) s ezért kilépési szándék esetén milyen eljárást javasolnak a kutatók.
- Annak közlése, hogy hozzáférhetők lesznek-e a kutatásban kipróbált gyógyszerek az alany számára a kutatás befejezése után is, és milyen feltételekkel. (Ezt a hiányosságot a 35/2005 (VIII. 26) EüM rendelet kiküszöbölte, mert 6. .§ l) pontja szerint már tájékoztatni kell a vizsgálati alanyt arról, hogy a vizsgálat befejezése után milyen további egészségügyi ellátásban részesül.)
- Bizonyos esetben (pl. pszichiátriai kutatások) a beteg családja tájékoztatásának a megkövetelése (a beteg beleegyezésével)

<u>A tájékoztatás mechanizmusával kapcsolatos hiányosságok</u>

- A beleegyezést auditáló személy megkövetelése akkor, amikor a tájékoztatást adó, illetve a belátási képességet elbíráló orvos anyagilag vagy más módon érdekelt a beteg bevonásában és ezért pártatlansága nem biztosítható. Általában a magyar szabályozásban nem esik szó a kutató lehetséges érdekkonfliktusairól, és az ezek fennállása esetén követendő eljárásról.
- Az előzetes akaratnyilvánítás, illetve a tartós meghatalmazott lehetőségének biztosítása kutatások esetén. Ez pszichiátriai betegek esetén különösen fontos, hiszen sok esetben előre lehet látni, hogy a kutatásba bevont személy a kutatás ideje alatt cselekvőképtelenné fog válni. (pl. demenciákkal kapcsolatos kutatások) Ilyen esetben lényeges lenne, hogy az alany előre rendelkezhessen arról, hogy ebben az esetben milyen feltételekkel engedélyezi a kutatás folytatását, ki rendelkezhet ebben helyette, s milyen szabályok betartásával, stb.) Erre a hazai szabályozás csak olyan formában ad lehetőséget, hogy egy cselekvőképes állapotú személy megtilthatja, hogy majd cselekvőképtelen állapotában rajta kutatást végezzenek.[513]

A beleegyezéssel kapcsolatos hiányosságok.

- Nem cselekvőképes személy esetén a két rendelet csak azt írja elő, hogy annak tiltakozása esetén nem lehet őt bevonni a kutatásba. Nem írja elő azonban követelményként az ilyen személy kifejezett jóváhagyását, mely több, mint pusztán a tiltakozás hiánya. A 24/2002-es (V.9) EüM rendelet a kifejezett beleegyezést még megkövetelte korlátozottan cselekvőképes személy esetén, ezt a követelményt azonban a 35/2005 (VIII. 26) EüM rendelet már nem tartalmazza. A nem cselekvőképes személy kifejezett jóváhagyására azért lenne szükség, mert—belátási képessége hiánya miatt—esetleg nem is tudja, hogy tiltakozhatna, s azt figyelembe is vennék. A félelemtől esetleg tiltakozni nem merő alany esetén humánusabb, ha megkérdezik, beleegyezik-e a kutatásba, mert ez oldhatja félelmeit és megbízhatóbban fejezi ki akaratát.
- A 24/2002-es (V.9) EüM rendeletben még nem szerepelt az sem, hogy a törvényes képviselőnek--olyan nem-cselekvőképes személy esetén, aki nem képes a kutatásba való bevonásáról való döntésben részt venni-- a nem-cselekvőképes személy feltételezett akaratát kell képviselnie. Vagyis meg kell próbálnia rekonstruálni, hogy az illetőnek esetleges korábbi értékrendje alapján mi lenne a döntése, ha egy pillanatra cselekvőképessé válna. (A helyettesített döntés elve.) Ezt a hiányosságot azonban a 35/2005 (VIII. 26) EüM rendelet már kiküszöbölte.[514]

Az etikai bizottság összetételével, működésével kapcsolatos hiányosságok
Ezen a területen jelentős hazai előrelépést jelent az Egészségügyi Tudományos Tanácsról szóló 34/2003. (VI. 7) EszCsm rendelet (a továbbiakban Rendelet) mely sok addigi hiányosságot kiküszöbölt. A szabályozásból azonban kimaradt néhány olyan elv, melyet ma egyre gyakrabban követelnek meg.

- Ilyen az, hogy az etikai bizottságban legyen jelen annak a betegpopulációnak (vagy családtagjainak) a képviselője, akiknek a bevonását a kutatásban tervezik. (pl. gyógyult pszichiátriai beteg) A Rendelet 1. számú melléklete ugyan lehetővé

teszi ilyen személyek szakértőnek való felkérését és a bizottságban a tanácskozási joggal való részvételüket, ezt azonban nem követeli meg. (8. pont)

- Nem szerepel az etikai bizottságok akkreditációjának, a bizottság tagjai kutatásetikai képzésének, továbbképzésének a követelménye.
- A kutatásetikai bizottságok összetételével kapcsolatos hazai szabályozás meglehetősen elnagyolt. Nem szerepel benne követelményként, hogy az ilyen bizottságban kiegyensúlyozott kor-, nem-, szakmacsoport, stb. szerinti összetételre kell törekedni, továbbá nem szerepelnek a szavazóképességet meghatározó azon szigorú kritériumok sem, melyek ahhoz nemcsak egy minimális létszámot, hanem az egyes szakmák, nemek, stb. képviselőinek jelenlevő minimális számát is megkövetelik. A Rendelet 1. számú mellékletében csak annyi szerepel, hogy a tagok kiválasztásánál „..figyelmet kell fordítani az életkor és a nem szerinti megoszlásra is." (3. pont) Nem világos, hogy ez ugyanazt jelenti-e, mint a kiegyensúlyozott kor- és nem szerinti összetétel. Szerepel a Rendeletben az is, hogy a legjelentősebb szakterületek képviselői jelen kell legyenek a bizottságban, de ez sem teljesen azonos a kiegyensúlyozott szakmacsoport szerinti összetétellel. Pozitív a hazai szabályozásban, hogy szakmai-etikai vélemény kialakításánál a bizottság kétharmadának egyetértését követeli meg, a határozatképességhez azonban azt követeli meg, hogy ahhoz—etikai-szakmai vélemény esetén—legalább két nem csak orvosi végzettséggel rendelkező tagnak is jelen kell lennie. (Rendelet, 1. számú melléklete, 7. pont)
- A szükségesnél kevesebbet szól a hazai szabályozás az etikai bizottsági tagok lehetséges érdekkonfliktusairól és arról, hogy ilyen esetben milyen eljárás követendő.
- Nem szerepel a hazai szabályozásban olyan egységes kérdőív sem, melynek tételes megválaszolását várja el a kutatásetikai bizottság a kutatási tervet benyújtó kutatótól. Ez azért lenne lényeges, mert a kutatás sokkal hatékonyabb, gyorsabb áttekintését tenné lehetővé a kutatásetikai bizottság részéről, mintha csak a kutatási terv állna rendelkezésre. Ez megkönnyítené, és hatékonyabbá tenné a kutatásetikai bizottság munkáját, s azon szempontok részletes felsorolását is jelentené, melyet a kutatásetikai bizottság vizsgál.

<u>Az etikai bizottság által vizsgált szempontokkal kapcsolatos hiányosságok</u>

A hazai szabályozás túl kevés szempontot sorol fel, s azokat sem elég részletesen. Itt csak néhány nagyobb jelentőségű hiányosságot emelek ki.

- Nem szerepel, hogy a bizottságnak vizsgálnia kell, a kutatásban vizsgált termék, gyógyszer az alanyok számára hozzáférhető lesz-e a kutatás elvégzése után és milyen feltételekkel?
- Nem szerepel, hogy a bizottságnak vizsgálnia kell a kutatási alanyok kutatás során esetlegesen felmerülő költségeit.
- A bizottságnak azt is vizsgálnia kellene, hogy a kutatásban résztvevő alanyok a kutatás alatt elérhetővé váló, s számukra fontos információkhoz való folyamatos hozzájutása biztosítva van-e?
- A rendeletekben nem szerepel az a követelmény sem, hogy a bizottságnak vizsgálnia kell, hogy a kutatók a kutatás tervezése során tanácskoztak-e azon

közösség (pl. pszichiátriai betegek) képviselőivel, akiknek bevonására a kutatás során sor kerül.
- Az sem szerepel követelményként, hogy a bevont betegcsoportok képviselőivel a kutatás folyamata alatti is folyamatosan konzultálni kell.
- Nem szerepel a követelmények között annak vizsgálata, hogy a kutatásban kipróbált termék, gyógyszer milyen módon lesz elérhető nemcsak a kutatásban résztvevő betegek, hanem a hozzájuk hasonló állapotban levő, de a kutatásban részt nem vevő betegek számára?

Nagyon fontos pozitívuma azonban a Rendeletnek, hogy előírja, hogy a betegtájékoztató dokumentumot egy orvosi végzettséggel nem rendelkező tagnak is véleményeznie kell, s az csak akkor fogadható el, ha azzal a véleményező egyetért. (1. számú melléklet, 9. pont)

A placebo-kontroll szabályozásával kapcsolatos hiányosságok

Az ezt korábban szabályozó 24/2002. (V.9) EüM rendelet 2005. szeptember 15.-i hatályon kívül helyezésével egyidőben megjelenő új módszertani levél szabályozza a továbbiakban a placebo készítmények alkalmazását a klinikai kutatásban.[515] A módszertani levél a korábbi rendelet sok hiányosságát kiküszöbölte. Hiányzik azonban belőle annak megkövetelése, hogy placebo klinikai vizsgálatban csak akkor alkalmazható, ha a tudományosan elfogadott kezelés—a beteg megítélése szerint is—csak csekély előnyt biztosít a placebóhoz képest, vagyis a tudományosan elfogadott kezelés halasztása a betegnek—saját megítélése szerint is—nem kárt, hanem csak kényelmetlenséget okoz.

Mindezek a szabályok-- mindaddig, míg meg nem jelennek a hazai jogrendszerben is--pusztán etikai szabályoknak tekintendők. A Helsinki Deklaráció 2000. évi revíziója 9. pontja azonban külön is felhívja a figyelmet arra, hogy a kutatóknak a kutatás során a nemzetközi etikai szabályokat is figyelembe kell venniük, s hogy a Deklarációban foglalt szabályokat nem gyengíti illetve nem semmisíti meg, ha azokat egy ország jogszabályai nem írják kifejezetten elő.

Összegzés

A történelem tanúsága szerint etikátlan kísérletek mindig voltak, s ezeknek akkor legnagyobb a veszélye, ha a kutatási alanyokat nem tekintik teljes értékű embernek. Ez a veszély a pszichiátriai betegek esetén jelentős, hiszen az ilyen betegség ma is az egyik legstigmatizálóbb állapotot jelenti. A mai tudományos életben uralkodó publikációs és kutatási kényszer szintén akaratlan ösztönzője lehet a nem etikus kutatások végzésének.

Noha a magatartástudományi, szociálpszichológiai kutatások nem invazívak, s így kevésbé tűnnek kényesnek, mint a pszichiátriai kutatások, mivel azonban sokszor csak az alanyok becsapásával, félrevezetésével végezhetők el, ezért a kutatás etikailag különösen kényes területét jelentik. Az így feltárt igazság ugyanis a kutatási alanyt olyan önismerethez juttathatja, melyet ő egyáltalán nem kívánt, s mely

számára legtöbbször nem hízelgő. Az ilyen kutatások fő veszély tehát a ráerőltetett önismeret.
Noha mindenfajta kutatás felvet etikai problémákat, a válasz erre ma nem lehet a kutatástól való tartózkodás, hiszen kutatás nélkül a tudomány fejlődése lehetetlenné válna. Kutatni tehát erkölcsi kötelesség, ennek a kutatásnak azonban a morális szabályok betartásával kell történnie, s a kutatásetika fontos feladata a kutatást irányító morális szabályok feltárása és rögzítése.
A kutatás, az innovatív klinikai gyakorlat és a szokásos, mindennapi orvosi tevékenység egy kontinuumon helyezkednek el, s éles határ nélkül mennek át egymásba. Kétség esetén jobb, ha az innovatív klinikai gyakorlatot kutatásnak tekintjük, hiszen a kutatásra szigorúbb szabályok vonatkoznak, melyek biztosítják a kutatási alany védelmét.
A kutatás egy kutatási terv alapján végzett módszeres megfigyelés és adatgyűjtés, melynek célja általánosítható ismeretek megszerzése. A kutatás mint kutatás közvetlen célja tehát nem a kutatási alany gyógyítása. Ezért terápiásnak nevezni egy kutatást félrevezető, s a kutatási alany részéről a terápia szándékának téves feltételezéséhez vezet. Ezért a Helsinki Deklaráció 2000. évi módosítása már elkerüli a terápiás és a nem-terápiás kutatások korábbi megkülönböztetését.
Az etikailag korrekt kutatás az, melyet tudományosan helyes terv alapján, szakmailag és etikailag megfelelő kutatók végeznek. Az ilyen kutatásnak kedvező haszon/kár aránnyal kell rendelkeznie, melybe a kutatási alanyok tájékozott beleegyezést adnak. Fontos még a kutatási alanyok igazságos kiválasztása és az általuk esetlegesen elszenvedett kárért adott kártalanítás.
A kutatási terv egyik sokat vitatott problémája a placebo-kontrollos kutatás etikai elfogadhatóságának a kérdése. Az ezzel kapcsolatos heves viták sem változtattak azonban azon a hagyományos elven, hogy placebo-kontrollt csak akkor szabad alkalmazni, ha a vizsgált betegség-- tünetei vagy következményei szempontjából-- relatíve enyhe, illetve, ha nincs rá hatékony kezelés. A placebo széleskörű használata a randomizált kontrollcsoportos klinikai vizsgálatoknál nemcsak etikai okokból problematikus, hanem gyakorlati okokból is. A placebo-kontrollos vizsgálatok ugyanis azt vizsgálják, hogy egy új gyógyszer hatásosabb-e a placebónál, s nem azt, hogy hatásosabb-e a jelenleg az adott betegségben általánosan használt gyógyszereknél. Mivel a klinikust ez utóbbi kérdés érdekli leginkább, s a placebo-kontrollált vizsgálatok ezt nem válaszolják meg, ezért a placebo-kontrollos vizsgálatok mai túlburjánzása sokszor ipari-üzleti érdekekkel (az új hatóanyagot nem tartalmazó „én is” gyógyszerek piacra juttatása elősegítése szándékával) magyarázható.
Minden kutatásnál különös figyelmet érdemelnek a vulnerábilis kutatási alanyok. Nemcsak a kutatási alanyok lehetnek azonban vulnerábilisak, hanem a kutatók is. A mai profit-orientált kutatási környezet, mely a kutatót anyagilag is érdekeltté teszi a kutatás kivitelezésében és annak eredményében, komoly csábítást jelent a kutatók számára, s az így kialakuló üzleti megközelítés eltérést jelent a tudomány pártatlanságot és tárgyilagosságot követelő megközelítésével szemben. A mai tudományos kutatás egyik fő veszélye az, hogy a tudomány logikáját és ethoszát a piac és a profit logikája helyettesíti.
A kutatónak a kutatási alanyok iránti kötelessége nemcsak a kutatás ideje alatt áll fenn, hanem kiterjed a kutatás befejezése utáni periódusra is. A mai kutatásetikai

elvek abból indulnak ki, hogy a kutatásban hatásosnak, előnyösnek bizonyult szert biztosítani kell a kutatás befejeződése után is, s nemcsak a kutatásban résztvevők számára, hanem annak az országnak a betegpopulációja számára is, melyben a kutatást végezték. Csak így biztosítható, hogy ne alakuljon ki egyfajta országok közötti kutatási turizmus, ahol a kutatásokat a szegényebb országokban végzik el, s így annak betegei viselik annak kockázatát, annak előnyeit azonban a gazdagabb országok polgárai élvezik.

A kutatási alanyok védelmének fontos eleme a kutatásba való tájékozott beleegyezés biztosítása. Ez a kutatási alanyoktól a belegyezéshez szükséges belátási képesség szintjének előzetes meghatározását és annak gondos vizsgálatát követeli meg. Számos technika és módszer létezik a tájékoztatás érthetőségének a növelésére és a beleegyező kutatási alany valóban önkéntes belegyezésének a biztosítására. Nemcsak a kutatási alanyt, hanem pszichiátriai betegség kutatása esetén a beteg családját is be kell vonni—a beteg egyetértése esetén—a tájékoztatásba. A kutatás kockázatai ugyanis a családot is közvetlenül érintik.

Nemcsak a tájékozott beleegyezés, de a titoktartás is lényeges etikai követelmény a kutatások során. A titoktartás kérdése azonban pszichiátriai kutatások esetén különösen kényes, hiszen ilyenkor sokféle érzékeny adat juthat a kutató tudomására, melynek napvilágra kerülése a beteg számára különösen káros. Ezért a kutatási alanyokat ilyenkor tájékoztatni kell a titoktartás terjedelméről, korlátairól, illetve arról, mikor köteles a kutató a megtudott érzékeny információ harmadik személy irányában történő feltárására.

A gyerekek, serdülők kutatásba való bevonása ugyan speciális kérdéseket vet fel, nagyon fontos azonban, hogy ezért ne váljanak terápiás árvává, vagyis ne forduljon elő, hogy a részvételükkel történő kutatás etikai nehézségei miatt őket nem vonják be kutatásba. Így ugyanis kockázatukat nem csökkentik, hanem növelik, hiszen az új eljárásokat előzetes kutatás nélkül fogják esetükben használni.

A Helsinki Deklaráció szellemében ma minden kutatási tervet etikai bizottság vizsgál meg és hagy jóvá. Az etikai bizottság fontos feladata, hogy kidolgozza azokat a szempontokat, melyek alapján vizsgálja a benyújtott kutatási terv etikai és tudományos alkalmasságát. Jó, ha ezen szempontokat kérdőívben is összefoglalja, s a kutatók ezt kitöltve explicite is válaszolnak a kutatási tervvel kapcsolatos etikailag releváns kérdésekre, mert ez könnyebbé teszi a kutatás etikai bizottsági jóváhagyását is. A kutatásetikai bizottság összetétele, tagjainak képzése és továbbképzése számos kritériumnak kell megfeleljen, s ennek betartása a bizottság összeállításánál és munkájának végzésénél fontos kötelesség.

A mai profit-orientált kutatási környezetben számos olyan új probléma vetődik fel, mely régebben nem, vagy csak sokkal kevésbé éles formában létezett. Ezek a problémák ma az USA-ban a legélesebbek, de a mai globalizált világban mindenütt jelentkeznek.

A mai tudományos kutatásra jellemző a tudomány és az üzlet, a tudományos igazságra törekvés és a profitmotívum összekapcsolódása. Ez azért problematikus, mert a tudományos ethosz és az üzlet logikája sokszor nem egyeztethető össze. A tudományra a nyíltság, az üzletre a titkolódzás, a tudományra az igazság keresése, az üzletre a profit maximalizálásnak a vágya a jellemző. Ez a mai tudományra számos negatív következménnyel jár, melyeknek ma még csak a számbavételénél

tartunk, megelőzésükre illetve megoldásukra azonban még nem alakultak ki a szükséges mechanizmusok.
A mai globalizált világban a kutatás is globalizált, ezért különösen fontos a kutatással kapcsolatos nemzetközi szabályozás. Ez biztosítja, hogy mindenütt hasonló elvek érvényesüljenek, megakadályozva így, hogy olyan kutatási turizmus alakuljon ki, mely a kevésbé szigorúan szabályozó, szegényebb országokban végezné el a kutatások jelentős részét. Ma már számos iránymutató nemzetközi szabályozás létezik. Noha a hazai szabályozás is szigorú, s sokat átvett a létező nemzetközi szabályozás pozitív elemei közül, mégis sok olyan pontja van, mely módosításra, illetve a jelenleginél sokkal részletesebb szabályozásra szorul.

---

[1] Dr. Kovács József (1999): Az emberkísérletek etikai kérdései. In: Dr. Kovács József (1999): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. (Második, átdolgozott kiadás.) Budapest: Medicina könyvkiadó. (pp. 557-574)
[2] Edward Shorter (1997): A History of Psychiatry. New York--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 1)
[3] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 153)
[4] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 191. 10. lábjegyzet)
[5] The Nuremberg Code. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 309)
[6] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 5)
[7] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 3)
[8] Brooklyn Jewish Chronic Disease Hospital Case. In: Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 161)
[9] Willowbrook Case. In: Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 163)
[10] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 6)
[11] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 214)
[12] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 170)
[13] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 170)
[14] David L. Rosenhan (1973): On Being sane in insane places. Science, 179 (4070). (p. 250-258)
[15] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 172-173)
[16] Hans & Michael Eysenck: Elmevadászat. Kairosz kiadó. (p. 55-69)
[17] Thomas Nagel (1979): Moral Luck. In: Thomas Nagel (1979): Mortal Questions. Cambridge University Press. (p. 25-26)
[18] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 218)

[19] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons.
[20] M Cuénod—J Gasser: Research on the mentally incompetent. *J Med Ethics* 2003;**29**:19-21 (p. 20)
[21] John Wing (1991): Ethics and psychiatric research. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press. (p. 416)
[22] John Wing (1991): Ethics and psychiatric research. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press. (p. 417)
[23] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 3)
[24]The Belmont Report. (1979) (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of the Human Subjects of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270)
[25] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 3)
[26] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 298)
[27] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 1)
[28] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 52)
[29] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.v)
[30] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 4)
[31] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 4)
[32] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 55)
[33] John Wing (1991): Ethics and psychiatric research. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press. (p. 432)
[34] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 4)
[35] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 43)
[36] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 45)
[37] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 64)
[38] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 21)
[39] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 21)
[40] Mark H. Beers--Robert Berkow (szerk) (1999): MSD Orvosi Kézikönyv. (Diagnózis és Terápia) (A Merck Manual második magyar kiadása) Budapest: Melánia Kiadó. (p. 2589)
[41] Mark H. Beers--Robert Berkow (szerk) (1999): MSD Orvosi Kézikönyv. (Diagnózis és Terápia) (A Merck Manual második magyar kiadása) Budapest: Melánia Kiadó. (p. 2589)
[42] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 26)
[43] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 23)

[44] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 24)
[45] Mark H. Beers--Robert Berkow (szerk) (1999): MSD Orvosi Kézikönyv. (Diagnózis és Terápia) (A Merck Manual második magyar kiadása) Budapest: Melánia Kiadó. (p. 2589)
[46] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 27)
[47] Mark H. Beers--Robert Berkow (szerk) (1999): MSD Orvosi Kézikönyv. (Diagnózis és Terápia) (A Merck Manual második magyar kiadása) Budapest: Melánia Kiadó. (p. 2589)
[48] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 21)
[49] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 27)
[50] Mark H. Beers--Robert Berkow (szerk) (1999): MSD Orvosi Kézikönyv. (Diagnózis és Terápia) (A Merck Manual második magyar kiadása) Budapest: Melánia Kiadó. (p. 2590)
[51] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 6)
[52] Kovács József (1999): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. (Második, átdolgozott kiadás.) Budapest: Medicina könyvkiadó. (pp. 99-111)
[53] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 216)
[54] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 19)
[55] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 20)
[56] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 26)
[57] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 29)
[58] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 156)
[59] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 159)
[60] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 52)
[61] Ronald J. Comer (2000): A lélek betegségei. (Pszichopatológia). Budapest: Osiris kiadó. (p. 593)
[62] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 52)
[63] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 62)
[64] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 37)
[65] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 43)
[66] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 45)
[67] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 50)
[68] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 51)
[69] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 54)
[70] Trey Sunderland--Ruth Dukoff (1999): Surrogate Decision Making and Advance Directives with Cognitively Impaired Research Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 114)

[71] Trey Sunderland--Ruth Dukoff (1999): Surrogate Decision Making and Advance Directives with Cognitively Impaired Research Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 114)
[72] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 67)
[73] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.10)
[74] USA Code of Federal Regulations. (1994): Title 45 Part 46 (Public Welfare Department of Health and Human Services (45 CFR 46) (§ 46.303. d. pont)
[75] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.11)
[76] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 147)
[77] National Institutes of Health Clinical Center Policy on the Consent Process in Research Involving Impaired Human Subjects. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.125)
[78] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.11)
[79] National Institutes of Health Clinical Center Policy on the Consent Process in Research Involving Impaired Human Subjects. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.125)
[80] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.11)
[81] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.11)
[82] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 47)
[83] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 54)
[84] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 75-76)
[85] John Wing (1991): Ethics and psychiatric research. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition) Oxford: Oxford University Press. (p. 419)
[86] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 39)
[87] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 40)
[88] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 41)
[89] K. J. Rothman--K. B. Michels (1994): The continuing unethical use of placebo controls. New England Journal of Medicine. 331:394-98 Cit: Franklin G. Miller--Howard Brody (2002): What makes

placebo-controlled trials unethical? The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 3)
[90] World Medical Association (2001): Note of clarification on paragraph 29 of the WMA Declaration of Helsinki. http://www.wma.net/e/home.html.
[91] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 39)
[92] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 33)
[93] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 38)
[94] Kathleen Cranley Glass--Duff Waring (2002): Effective Trial Design Need Not Conflict with Good Patient Care. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 25)
[95] Kathleen Cranley Glass--Duff Waring (2002): Effective Trial Design Need Not Conflict with Good Patient Care. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 26)
[96] David Steinberg (2002): Clnical Research Should not Be Permitted to Escape the Ethical Orbit of Clinical Care. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 27)
[97] Kathleen Cranley Glass--Duff Waring (2002): Effective Trial Design Need Not Conflict with Good Patient Care. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 25)
[98] Kathleen Cranley Glass--Duff Waring (2002): Effective Trial Design Need Not Conflict with Good Patient Care. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 25)
[99] Peter J. Cohen (2002): Failure to Conduct a Placebo.-Controlled Trial May Be Unethical The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 24).
[100] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 30)
[101] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 31)
[102] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 29)
[103] Franklin G. Miller--Howard Brody (2002): What makes placebo-controlled trials unethical? The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 7)
[104] R. Temple--S. Ellenberg (2000): Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 2.: Practical issues and specific cases. Annals of Internal Medicine 133(6): 455-62. cit: Robert M Veatch (2002): Subject Indifference and the Justification of Placebo-Controlled Trials. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 13)
[105] Richard Nicholson (2001): Another Meeting on the Helsinki Declaration. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 166. March, 2001. (p. 14)
[106] Greg Koski (2001): US Government Views on the Declaration of Helsinki. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 166. March, 2001. (p. 10)
[107] Greg Koski (2001): US Government Views on the Declaration of Helsinki. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 166. March, 2001. (p. 10)

[108] Richard Nicholson (2001): Another Meeting on the Helsinki Declaration. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 166. March, 2001. (p. 14)
[109] Greg Koski (2001): US Government Views on the Declaration of Helsinki. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 166. March, 2001. (p. 10)
[110] Richard Nicholson (2001): European Regulators on Placebo Control. Bulletin of Medical Ethics. No. 170. August, 2001. (p. 6-7)
[111] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 26)
[112] Richard Nicholson (2001): European Regulators on Placebo Control. Bulletin of Medical Ethics. No. 170. August, 2001. (p. 7.)
[113] Richard Nicholson (2001): European Regulators on Placebo Control. Bulletin of Medical Ethics. No. 170. August, 2001. (p. 7.)
[114] Richard Nicholson (2001): European Regulators on Placebo Control. Bulletin of Medical Ethics. No. 170. August, 2001. (p. 7.)
[115] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 32)
[116] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 32)
[117] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 38)
[118] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 210)
[119] Charles Weijer (2002): When argument fails. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 10)
[120] Franklin G. Miller--Howard Brody (2002): What makes placebo-controlled trials unethical? The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 5)
[121] Medical Research Council of Canada, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, and Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. 1998. Tri-Council policy statement. Ethical conduct for research involving humans. Ottawa: Public Works and Government services Canada. Cit: Trudo Lemmens--Paul B. Miller (2002): Avoiding a Jekyll-And-Hyde Approach to the Ethics of Clinical Research and Practice. The American Journal of Bioethics. Spring 2002, Vol. 2, No. 2. (p. 16)
[122] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 24)
[123] American College of Neuropsychopharmacology (1996): A Statement of Principles of Ethical Conduct for Neuropsychopharmacological Research in Human Subjects. (Principle 7. Commentary) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 318)
[124] American College of Neuropsychopharmacology (1996): A Statement of Principles of Ethical Conduct for Neuropsychopharmacological Research in Human Subjects. (Principle 7. Commentary) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 318)
[125] Franklin G. Miller--Howard Brody (2002): What makes placebo-controlled trials unethical? The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 5)
[126] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.)

(1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.25)
[127] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.30)
[128] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.48)
[129] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.37)
[130] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.42)
[131] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.43)
[132] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.40)
[133] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.41)
[134] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.45)
[135] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.45)
[136] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.44)
[137] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.44)

[138] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.44)
[139] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.47)
[140] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.47)
[141] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.48)
[142] David Healy (2002): Are Concerns about the Ethics of Placebos a Stalking Horse for Other Issues? The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 18)
[143] Szendi Gábor: A depresszióipar. Mozgó Világ, 2004/10 (pp. 9-30)
[144] Vizi János: Szendi, ha mondom, segít a gondon? Mozgó Világ 2004/12 (pp. 95-106)
[145] Szendi Gábor: A Titanic süllyed, de a zenekar játszik tovább. Mozgó Világ 2004/12 (pp. 106-115)
[146] Buda Béla: Antidepresszáns és placebo. Mozgó Világ 2004/12 (pp. 115-117)
[147] Szendi Gábor (2005): Depresszióipar. Budapest: Sík Kiadó.
[148] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 51)
[149] R K Lie—E Emanuel—C Grady et al.: The standard of care debate: the Declaration of Helsinki versus the international consensus opinion *J Med Ethics* 2004;**30**:190-193 (p. 190)
[150] R K Lie—E Emanuel—C Grady et al.: The standard of care debate: the Declaration of Helsinki versus the international consensus opinion *J Med Ethics* 2004;**30**:190-193 (p. 192)
[151] Nuffield Council on Bioethics (2002): The ethics of research related to health care in developing countries. London: Nuffield Council on Bioethics. Cit: J R McMillan—C Conlon: The ethics of research related to health care in developing countries *J Med Ethics* 2004; **30**:204-206 (p. 204)
[152] J R McMillan—C Conlon: The ethics of research related to health care in developing countries *J Med Ethics* 2004; **30**:204-206 (p. 205)
[153] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.35)
[154] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 31)
[155] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.35)
[156] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles,

Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.35)
[157] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.36)
[158] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.36)
[159] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 72)
[160] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 76)
[161] USA Code of Federal Regulations. (1994): Title 45 Part 46 (Public Welfare Department of Health and Human Services (45 CFR 46) (§ 46.111. 3. pont)
[162] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 80)
[163] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 17)
[164] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 89)
[165] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 88)
[166] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 88)
[167] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 85)
[168] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 126)
[169] The Belmont Report. (1979) (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of the Human Subjects of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270) (p. 265)
[170] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.1)
[171] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.19)
[172] 23/2002. (V. 9) EüM. rendelet az emberen végzett orvostudományi kutatásokról. 3. § (7)
[173] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 46-47)
[174] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 89)
[175] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 47)
[176] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.54)

[177] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.55)
[178] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 76)
[179] Laura Lee Hall—Laurie Flynn (1999): Consumer and Family Concerns About Research Involving Human Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 233)
[180] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 77)
[181] National Alliance for the Mentally Ill Public Policy Platform. Revised, Second edition. Research Section 6. (6.2.10.) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. Appendix 9-1 (pp. 236-238)
[182] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.34)
[183] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 77)
[184] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 74)
[185] Editorial: One standard, not two. The Lancet Vol. 362, No. 9389. Sept 27, 2003. (p. 1005)
[186] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 63)
[187] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 64)
[188] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 66)
[189] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 66)
[190] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 69)
[191] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 65)
[192] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 68)
[193] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 10)

[194] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.91)
[195] Paul S. Appelbaum (2002): Clarifying the Ethics of Clinical Research: A Path toward Avoiding the Therapeutic Misconception. The American Journal of Bioethics. Spring, 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 23)
[196] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.26)
[197] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.14-15)
[198] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 74)
[199] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 72)
[200] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 224)
[201] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.81)
[202] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.83)
[203] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.85-86)
[204] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 95)
[205] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 96)
[206] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 99)
[207] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 101)
[208] National Alliance for the Mentally Ill Public Policy Platform. Revised, Second edition, Research Section 6. (6.2.6) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. Appendix 9-1 (pp. 236-238)

[209] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 94)
[210] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.29)
[211] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 271)
[212] Trey Sunderland--Ruth Dukoff (1999): Surrogate Decision Making and Advance Directives with Cognitively Impaired Research Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 111)
[213] Trey Sunderland--Ruth Dukoff (1999): Surrogate Decision Making and Advance Directives with Cognitively Impaired Research Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 113)
[214] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 276)
[215] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.29)
[216] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 2)
[217] The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): The Belmont Report. (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjetcs of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270)
[218] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 7)
[219] USA Code of Federal Regulations. (1994): Title 45 Part 46 (Public Welfare Department of Health and Human Services (45 CFR 46) (§ 46.402. b. pont)
[220] The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): The Belmont Report. (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjetcs of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270) (p. 267)
[221] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 266)
[222] The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): The Belmont Report. (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjetcs of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270) (p. 267)
[223] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 266)
[224] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric

Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 131)
[225] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 132)
[226] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 149)
[227] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 13-14)
[228] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 135-148)
[229] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 8)
[230] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 100)
[231] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 9)
[232] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 100)
[233] American College of Neuropsychopharmacology (1996): A Statement of Principles of Ethical Conduct for Neuropsychopharmacological Research in Human Subjects. (Principle 8. 7. pont) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 319)
[234] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 9)
[235] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 111)
[236] Jeffrey A. Lieberman—Scott Stroup—Eugene Laska—Jan Volavka—Alan Gelenberg—John Rush--Katherine Shear—William Carpenter (1999): Issues in Clinical Research Design: Principles, Practices, and Controversies. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p.26)
[237] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 10)
[238] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 116)
[239] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 118)
[240] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 11)
[241] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 11)
[242] Scottish Office for Research: Guidelines for researchers: patient information sheet and consent form. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 148. May, 1999. (p. 12)
[243] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 15)

[244] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 77)
[245] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 78)
[246] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 132)
[247] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 132)
[248] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 133)
[249] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 135)
[250] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 131)
[251] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 129)
[252] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 101)
[253] Paul Root Wolpe--Jonathan Moreno--Arthur L. Caplan (1999): Ethical Principles and History. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 13)
[254] Jessica Wilen Berg—Paul S. Appelbaum (1999): Subject's Capacity to Consent to Neurobiological Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 101)
[255] Joseph P. McEvoy—Richard S. E. Keefe (1999): Informing Subjects of Risks and Benefits. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 134)
[256] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 91)
[257] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 121)
[258] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 65)
[259] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in

Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 66)
[260] Nina R. Schooler—Robert W. Baker (1999): Providing Quality Care in the Context of Clinical Research. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 69)
[261] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 213)
[262] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 213)
[263] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 215)
[264] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 223)
[265] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 182)
[266] The Belmont Report. (1979) (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of the Human Subjects of Research) In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 259-270) (p. 266)
[267] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 228)
[268] Ruth R. Faden--Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press. (p. 221)
[269] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 163)
[270] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 164)
[271] David Shore—Jane A. Steinberg (1999): Administrative Issues and Informed Consent. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 241)
[272] David Shore—Jane A. Steinberg (1999): Administrative Issues and Informed Consent. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 241)
[273]Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 173)
[274] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 167)
[275] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 168)
[276] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 173)
[277] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 172)
[278] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 167)
[279] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 239)
[280] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 240)
[281] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 173)

[282] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 37)
[283] Patrina H Y Caldwell et al: Clinical trials in children. Lancet 2004;**364**:803-11. (p. 804)
[284] Editorial: Paediatric research should take centre stage. The Lancet, Vol. 364. No. 9436. August 28—Sept 3, 2004. (p. 732)
[285] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 160)
[286] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 161)
[287] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 244)
[288] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 244)
[289] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 165)
[290] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 244)
[291] Patrina H Y Caldwell et al: Clinical trials in children. Lancet 2004;**364**:803-11. (p. 805)
[292] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 247)
[293] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 247)
[294] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 162)
[295] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 163)
[296] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 163)
[297] Peter S. Jensen—Celia B. Fisher—Kimberly Hoagwood (1999): Special Issues in Mental Health/Illness Research with Children and Adolescents. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 164)
[298] M Evans—M Robling—F Maggs et al.: It doesn't cost anything just to ask, does it? The ethics of questionnaire-based research J Med Ethics 2002; **28**:41-44 (p. 41)
[299] M Evans—M Robling—F Maggs et al.: It doesn't cost anything just to ask, does it? The ethics of questionnaire-based research J Med Ethics 2002; **28**:41-44 (p. 43)
[300] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 1)
[301] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 322)
[302] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 2)
[303] Btk. 173/D. §

[304] Trudo Lemmens--Paul B. Miller (2002): Avoiding a Jekyll-And-Hyde Approach to the Ethics of Clinical Research and Practice. The American Journal of Bioethics. Spring 2002, Vol. 2, No. 2. (p. 15)
[305] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 325)
[306] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 326)
[307] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 115)
[308] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 119)
[309] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 117)
[310] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.7-9))
[311] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 130)
[312] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 125)
[313] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.10-13)
[314] G DuVal: Institutional ethics review of clinical study agreements. *J Med Ethics* 2004;**30**:30-34 (p. 32
[315] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 75)
[316] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p.147)
[317] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 141-145))
[318] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 146))
[319] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.1)
[320] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 325)
[321] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 113)
[322] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p. 3)
[323] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p. 5)
[324] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons (p. 124)
[325] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.2)
[326] Donald Evans—Martyn Evans (1996): A Decent Proposal. Ethical Review of Clinical Research. Chichester—New York—Singapore: John Wiley & Sons. (p. 132)
[327] Laura Lee Hall—Laurie Flynn (1999): Consumer and Family Concerns About Research Involving Human Subjetcs. In: Harold Alan Pincus--Jeffrey A. Liebermann--Sandy Ferris (eds.) (1999): Ethics in Psychiatric Research (A Resource Manual for Human Subjects Protection) Washington, DC: American Psychiatric Association. (p. 232)
[328] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 348)
[329] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.1)
[330] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.17)

[331] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.17)
[332] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 338)
[333] Robert J. Levine (1986): Ethics and Regulation of Clinical Research. (Second edition.) New Haven and London: Yale University Press. (p. 338)
[334] WHO (2000): Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research. WHO: Geneva. (p.18)
[335] A kutatás-fejlesztésről és a technológiai innovációról szóló 2004. évi CXXXIV. (innovációs) törvény
[336] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[337] Marcia Angell (2004): The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It? New York—Toronto: Random House.
[338] Sheldon Krimsky (2003): Science in the Private Interest: Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research? Rowman and Littlefield Publishers
[339] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 14)
[340] David Blumenthal: Academic-Industrial Relationships in the Life Sciences *NEJM* December 18, 2003. (Vol. 349., No. 25.) (pp. 2452—2459) (p. 2453)
[341] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[342] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 14)
[343] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 15)
[344] Richard Horton: The Dawn of McScience. The New York Review of Books March 11, 2004.
[345] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 14)
[346] Washington Monthly, April 2004. In: Review: Big Pharma's annus horribilis. Bulletin of Medical Ethics. No. 205. February, 2005. (pp. 13-20) (p. 16)
[347] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[348] Richard Horton: The Dawn of McScience. The New York Review of Books March 11, 2004.
[349] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 14-15)
[350] Silvio Grattini: Confidentiality. (Correspondence) The Lancet. Vol. 362. No. 9389. Sept 27, 2003. (p. 1078-1079)
[351] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 28)
[352] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 32)
[353] Editorial: Is that it, then, for blockbuster drugs? The Lancet. Vol. 364. No. 9440. Sept 25-Oct. 1, 2004. (p. 1100)
[354] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 33)
[355] Giuseppe Remuzzi—Arrigo Schiepatti et. al.: Independent clinical research in Europe. Lancet 2004; **364**:1723-26. (p. 1723)
[356] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 15)
[357] Giuseppe Remuzzi—Arrigo Schiepatti et. al.: Independent clinical research in Europe. Lancet 2004; **364**:1723-26. (p. 1723)
[358] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 15)
[359] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 27)

[360] Harvey Black: Dealing in drugs. The Lancet. Vol. 364. No. 9446. November 6-12, 2004. (p. 1655-1656) (p. 1655)
[361] Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004.
[362] Jan A Staessen—Giuseppe Bianchi: Registration of trials and protocols. Commentary. The Lancet Vol 362. No. 9389. Sept 27, 2003. (pp. 1009-10) (p. 1009)
[363] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[364] Jennifer Couzin: Legislators Propose a Registry to Track Clinical Trials from Start to Finish. Science, Vol. 305. No. 5691. 17 September, 2004. (p. 1695)
[365] C. J. Whittington et. al: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Childhood Depression: Systematic Review of Published versus Unpublished Data. Lancet 363 (2004): 1341-45. Cit: Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 16)
[366] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[367] G DuVal: Institutional ethics review of clinical study agreements. *J Med Ethics* 2004;**30**:30-34 (p. 31)
[368] Jan A Staessen—Giuseppe Bianchi: Registration of trials and protocols. Commentary. The Lancet Vol 362. No. 9389. Sept 27, 2003. (pp. 1009-10) (p. 1009)
[369] Clinical trial registration: a statement from the international Committee of Medicinal Journal Editors. The Lancet, Sep 9, 2004. (p. 911-12)
[370] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 16)
[371] Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004.
[372] Pelle Neroth: Protecting Profits. The Lancet. Vol. 364. No. 9441. Oct 2-8, 2004. (p. 1207-1208)
[373] Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004.
[374] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 37)
[375] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 38)
[376]Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004.
[377] Richard Horton: The Dawn of McScience. The New York Review of Books March 11, 2004.
[378] Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 19)
[379] Catherine D DeAngelis: Conflict of Interest and the Public Trust. (Editorial) JAMA, Vol 284, No. 17 November 1, 2000. (p. 2237)
[380] Daivd Blumenthal: Doctors and Drug Companies. The New England Journal of Medicine. Vol. 351. No. 18. October 28, 2004. (pp. 1885-1890) (p. 1888)
[381] Marcel Mauss (1954): The Gift: Forms and Functions of Exchange in Archaic Societies. Glencoe, Ill: Free Press. Cit: Raymond G. De Vries—Charles L. Bosk: The Bioethics
[382] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[383] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[384] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 35)
[385] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[386]Catherine D DeAngelis: Conflict of Interest and the Public Trust. (Editorial) JAMA, Vol 284, No. 17 November 1, 2000. (p. 2237)
[387] Giuseppe Remuzzi—Arrigo Schiepatti et. al.: Independent clinical research in Europe. Lancet 2004; **364**:1723-26. (p. 1724)

[388] Daivd Blumenthal: Doctors and Drug Companies. The New England Journal of Medicine. Vol. 351. No. 18. October 28, 2004. (pp. 1885-1890) (p. 1886)
[389] David M Studdert—Michelle M Mello et. al.:Financial Conflicts of Interest on Physcians' Relationships with the Pharmaceutical Industry—Self-regulation in the Shadow of Federal Prosecution. The New England Journal of Medicine. Vol. 351. No. 18. October 28, 2004. (pp. 1891-1900) (p. 1893)
[390] New York Times, 18 December, 2003. Cit: Review: Big Pharma's annus horribilis. Bulletin of Medical Ethics. No. 205. February 2005 (pp. 13-20) (p. 14)
[391] Richard Horton: The Dawn of McScience. The New York Review of Books March 11, 2004.
[392] Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004.
[393] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[394] Trudo Lemmens: Piercing the Veil of Corporate Secrecy about Clinical Trials. The Hastings Center Report , Vol. 34, No. 5. September-October, 2004 (pp. 14-18) (p. 15)
[395] D. Hanners: Documents Indicate Tobacco Industry Paid Scientists to Write to Editors. *St. Paul Pioneer Press,* Auguts 5, 1998. Cit: Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 19)
[396] A. Flanagin et. al.: Honorary Authors and Ghost Authorsin Peer- Reviewed Medical Journals. *JAMA* 280 (1998):222-24. Cit: Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 19)
[397] D. Healy—D. Cattel: Interface between Authorship, Industry and Science in the Domain of Therapeutics. *British Journal of Psychiatry* 183 (2003): 22-27. Cit: Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 19)
[398] Richard Horton: The Dawn of McScience. The New York Review of Books March 11, 2004.
[399] Claudia Dreifus: A Doctor Puts the Drug Industry Under a Microscope. A Conversation with Marcia Angell. The New York Times, September 14, 2004
[400] Harold Alan Pincus: Psychiatric diagnosis, drug development, and ethics. (Editorial) BMJ 2003;327;249-250. (p. 249)
[401] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 2)
[402] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 11)
[403] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 3)
[404] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 3)
[405] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 4)
[406] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 5)
[407] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 6)
[408] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 6)
[409] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 6)
[410] L E Ferris—P A Singer—C D Naylor: Better governance in academic health sciences centres: moving beyond the Olivieri/Apotex Affair in Toronto. *J Med Ethics* 2004;**30**:25-29 (p. 26)
[411] L E Ferris—P A Singer—C D Naylor: Better governance in academic health sciences centres: moving beyond the Olivieri/Apotex Affair in Toronto. *J Med Ethics* 2004;**30**:25-29 (p. 27)
[412] G DuVal: Institutional ethics review of clinical study agreements. *J Med Ethics* 2004;**30**:30-34 (p. 31)
[413] G DuVal: Institutional ethics review of clinical study agreements. *J Med Ethics* 2004;**30**:30-34 (p. 33)
[414] L E Ferris—P A Singer—C D Naylor: Better governance in academic health sciences centres: moving beyond the Olivieri/Apotex Affair in Toronto. *J Med Ethics* 2004;**30**:25-29 (p. 27)
[415] G DuVal: Institutional ethics review of clinical study agreements. *J Med Ethics* 2004;**30**:30-34 (p. 30)
[416] A M Viens—J Savulescu: Introduction to The Olivieri symposium *J Med Ethics* 2004;**30**:1-7 (p. 6)
[417] R Rhodes—J J Strain: Whistleblowing in academic medicine *J Med Ethics* 2004;**30**:35-39 (p. 35)
[418] T Faunce----S Bolsin—W-P Chan: Supporting whistleblowers in academic medicine: training and respecting the courage of professional conscience *J Med Ethics*;**30**:40-43 (p. 41)

[419] R Rhodes—J J Strain: Whistleblowing in academic medicine *J Med Ethics* 2004;**30**:35-39 (p. 35)
[420] R Rhodes—J J Strain: Whistleblowing in academic medicine *J Med Ethics* 2004;**30**:35-39 (p. 38)
[421] R Rhodes—J J Strain: Whistleblowing in academic medicine *J Med Ethics* 2004;**30**:35-39 (p. 38)
[422] T Faunce----S Bolsin—W-P Chan: Supporting whistleblowers in academic medicine: training and respecting the courage of professional conscience *J Med Ethics*;**30**:40-43 (p. 41)
[423] F Baylis: The Olivieri debacle: where were the heroes of bioethics? *J Med Ethics* 2004;**30**:44-49 (p. 45)
[424] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 12)
[425] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 13)
[426] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 13)
[427] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 13)
[428] The New England Journal of Medicine Vol. 351. No. 16. October 14, 2004. (Thematic Issue)
[429] Constance Holden: FDA Wighs Suicide Risk in Children on Antidepressants. Science, Vol. 303, No. 5659. 6 February, 2004. (p. 745)
[430] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[431] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[432] David Blumenthal: Academic-Industrial Relationships in the Life Sciences *NEJM* December 18, 2003. Vol. 349. No. 25. (pp. 2452-2459) (p. 2455)
[433] Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 19-20)
[434] Eric J Topol: Failing the Public Health—Rofecoxib, Merck, and the FDA. The New England Journal of Medicine. Vol. 351. No. 17. October 21, 2004. (pp. 1707-1709)
[435] Wall Street Journal 1 November, 2004. In: Review: Review: Big Pharma's annus horribilis. Bulletin of Medical Ethics. No. 205. February 2005 (pp. 13-20) (p. 19)
[436] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 19)
[437] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 19)
[438] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 21)
[439] L E Ferris—P A Singer—C D Naylor: Better governance in academic health sciences centres: moving beyond the Olivieri/Apotex Affair in Toronto. *J Med Ethics* 2004;**30**:25-29 (p. 27)
[440] Lewis S—Baird P—Evans R G et al.: Dancing with the porcupine: rules for governing the university/industry relationship. *CMAJ* 2001;**165**:783-5. Cit: A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 9)
[441] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 9)
[442] A Schafer: Biomedical conflicts of interest: a defence of the sequestration thesis—learning from the cases of Nancy Olivieri and David Healy *J Med Ethics* 2004;**30**:8-24 (p. 17)
[443] Shannon Brownlee: Doctors without Borders. Why you can't trust medical journals anymore. Washington Monthly. April, 2004.
[444] Carl Elliott: Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education. *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 18-23. (p. 22)
[445] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 40)
[446] David Blumenthal: Academic-Industrial Relationships in the Life Sciences *NEJM* December 18, 2003. Vol. 349. No. 25. (pp. 2452-2459) (p. 2457)
[447] Richard Horton: Business as Usual. The Lancet- Vol. 364. No. 9441. Oct 2-8, 2004. (p. 1209)

[448] House of Commons Health Committee (2005): The Influence of the Pharmaceutical Industry: Volumes I-II, HC 42-I and HC 42-II. Norwich, The Stationary Office. In: Bulletin of Medical Ethics (pp. 8-11.)
[449] David Korn: Conflicts of Interest in Biomedical Research. JAMA, Vol. 284, No 17. November 1 2000 (pp. 2234-2237) (p. 2234)
[450] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 36)
[451] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 38)
[452]Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 39)
[453] Arnold S Relman—Marcia Angell: America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics. The New Republic: December 16, 2002 (pp. 27-41) (p. 40)
[454] M Cuénod—J Gasser: Research on the mentally incompetent. *J Med Ethics* 2003;**29**:19-21 (p. 20)
[455] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 3)
[456] Mary Pat Flaherty—Deborah Neslon—Joe Stephens: The Body Hunters: Overwhelming the Watchdogs. (The Washington Post, Monday, December 18, 2000. Page A01)
[457] Sharon LaFraniere—Mary Pat Flaherty—Joe Stephens: The Dilemma: Submit or Suffer. (The Washington Post, Tuesday, December 19, 2000. Page A01)
[458] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 7)
[459] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 7)
[460] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 7)
[461] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 8)
[462] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 12)
[463] Nuffield Council on Bioethics (2002): The ethics of research related to health care in developing countries. London: Nuffield Council on Bioethics. Cit: J R McMillan—C Conlon: The ethics of research related to health care in developing countries *J Med Ethics* 2004; **30**:204-206 (p. 204)
[464] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 30-31)
[465] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Vol. 1. Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission. Bethesda, Maryland. (p. 24-25)
[466] Charles J. Kowalski (2002): Placebo Controls: Scientific and Ethical Issues. The American Journal of Bioethics. Spring 2002, Vol. 2 No. 2 (p. 34)
[467] Swiss Commission for Research Partnership with Developing Countries (1998): Guidelines for Research in Partnership with Developing Countries. Cit: Richard Nicholson: Research in Developing Countries. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 177. April, 2002. (p. 16-17)
[468] Council of Europe (1997): Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo) (Magyarországon ratifikálta a 2002. évi VI. törvény.)
[469] Council of Europe (1997): Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo) (Article 17. 1.) (Magyarországon ratifikálta a 2002. évi VI. törvény.)

[470] Council of Europe (1997): Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo) (Article 17. 2.) (Magyarországon a 2002. évi VI. törvény hirdette ki.)
[471] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (pp. 13--24)
[472] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (p. 13)
[473] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (3) (p. 14)
[474] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (4) (p. 14)
[475] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 3. 2.(a) (p. 17)
[476] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 4. (a) (p. 17)
[477] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 4. (c) (p. 17)
[478] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 4. (d) (p. 17)
[479] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (a) (p. 18)
[480] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (b) (p. 18)
[481] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (c) (p. 18)
[482] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (d) (p. 18)
[483] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (e) (p. 18)
[484] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 5. (g) (p. 18)
[485] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 6. (j) (p. 19)
[486] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 10. (c) (p. 20)
[487] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 15. (1-2) (p. 22)
[488] European Union Clinical Trials Directive. (Directive 2001/20/EC 4 April, 2001.) In: Bulletin of Medical Ethics, No. 169. June--July, 2001. (Article 16--Article 17. (p. 23)
[489] Good Clnical Practice: International Conference On Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 118. May, 1996. (p. 13-19)
[490] Good Clinical Practice: International Conference On Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 118. May, 1996. (p. 13)
[491] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (p. 8-11)
[492] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (p. 8)
[493] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (3.1) (p. 8)
[494] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (3.3) (p. 10)
[495] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (3.4) (p. 10)
[496] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (3.10) (p. 10)

[497] National Bioethics Advisory Commission (2001): Ethical and Poilicy Issues in Research Involving Human Participants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 171. September, 2001 (6.2) (p. 11)
[498] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (p. 17-20)
[499] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 1.) (p. 17)
[500] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 4.) (p. 18)
[501] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 6.) (p. 18)
[502] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 7.) (p. 18)
[503] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 8.) (p. 18)
[504] National Bioethics Advisory Board (1998): Research Involving Persons with Mental Disorders that may Affect Decisionmaking Capacity. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 149. July, 1999. (Recommendation 9.) (p. 18)
[505] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
[506] 1998. évi XXV. törvény
[507] Az egészségügyi miniszter 23/2002. (V. 9.) EüM rendelete az emberen végzett orvostudományi kutatásokról.
[508] Az egészségügyi miniszter 24/2002. (V. 9.) EüM rendelete az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról.
[509] Az egészségügyi miniszter 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelete az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról.
[510] Az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Egészségügyi Tudományos Tanács Klinikai Farmakológiai Etikai Bizottsága módszertani levele placebo készítmény alkalmazásáról a klinikai vizsgálatok során. In: Egészségügyi Közlöny LV. Évfolyam 16. szám, 2005. szeptember 19.
[511] Dósa Ágnes (2002): Emberen végzett orvostudományi kutatások. In: Lege Artis Medicinae. 12. évf. 6-7. szám. (2002. június-július) (p. 434-437)
[512] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (5) b)
[513] 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelete az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról. 8.§ (5)
[514] 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelete az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról. 7.§ c) és 9.§ a)
[515] Az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Egészségügyi Tudományos Tanács Klinikai Farmakológiai Etikai Bizottsága módszertani levele placebo készítmény alkalmazásáról a klinikai vizsgálatok során. In: Egészségügyi Közlöny LV. Évfolyam 16. szám, 2005. szeptember 19.

10. fejezet--A pszichoterápia etikai kérdései.

A pszichoterápiák általános etikai kérdései

Sidney Bloch a pszichoterápiát olyan háromlábú zsámolyhoz hasonlítja, melynek egyik lába a pszichoterápia művészete, a másik a tudományos része, a harmadik pedig a pszichoterápiás etika. Mindegyik összetevő nélkülözhetetlen, s bármelyiknek a hiánya a pszichoterápia művelésének komoly zavarát eredményezi.[1] Ugyanakkor a pszichoterápia tudományos, művészeti és etikai elemei nem elkülönülten, hanem egymással szinte kibogozhatatlanul összekapcsolódva jelennek meg, ezért az etikai elemzés fontos feladata a szakmai-technikai részletekben levő etikai aspektusok feltárása is. Már Kelemen Gábor a pszichoterápiás etikáról szóló úttörő cikkében említi Rem Edwards koncepcióját, mely szerint mind a pszichoterápia mind az etika az ember racionális autonómiája növelését tűzi ki feladatul, s így törekvésük közös.[2] A pszichoterápia minden formája a beteg autonómiájának a növelésére illetve helyreállítására törekszik. Noha ma kb. 450-féle pszichoterápiás irányzatot különítenek el, a valóságban pedig annyiféle pszichoterápia van, ahány pszichoterapeuta[3], mégis vannak olyan általános etikai kérdések, melyek minden pszichoterápiás jellegű tevékenységben közösek. Az alábbiakban először ezeket fogom tárgyalni, a főbb pszichoterápiás formák által felvetett speciális kérdéseket pedig ezután külön elemzem.

A kliens felesleges stigmatizálásának az elkerülése.

Minden pszichoterápia alapvető etikai kérdése, hogy a környezetéhez rosszul alkalmazkodó, s emiatt szenvedő kliens esetén eldöntse, hogy a szenvedés oka a környezet nem elfogadható követelményei, előítéletei, indokolatlan elvárásai, vagy a kliens rossz alkalmazkodóképessége-e? Mivel a klienst körülvevő társadalmi környezet általában korántsem ideális, sokszor a környezet éppúgy okolható a kliens problémáiért, mint a kliens maga. Sok esetben tapasztalható, hogy a környezet előítéletei, igazságtalan diszkriminációja, vagy esetleg kifejezett kegyetlensége legalább úgy oka a kliens problémáinak, mint a kliens viselkedése. A probléma ilyenkor tehát az, hogy egy elnyomó, etikailag nem elfogadható környezet esetén az ez elleni lázadásra bátorítsa-e a terapeuta a klienst, vagy az ahhoz történő alkalmazkodásra? [4] Számos példával lehet illusztrálni ezt a dilemmát. Régebben például, amikor a homoszexuálisokkal szemben fejlett országokban is sokkal komolyabb társadalmi diszkrimináció érvényesült, mint ma, ez a probléma úgy jelentkezett, hogy igyekezzen-e a terapeuta--homoszexuális kliens esetén--a homoszexualitást alapvetően elutasító, sok esetben kifejezetten homofób társadalom normáihoz való alkalmazkodást elősegíteni? Vagyis abban támogassa-e a kliensét, hogy homoszexualitását próbálja megváltoztatni, illetve ennek lehetetlensége esetén azt elnyomni, eltitkolni, vagy abban, hogy lázadjon fel a diszkriminatív

normák ellen, s a társadalom elitélésével dacolva nyíltan vállalja-e fel homoszexualitását? Ma ez a dilemma így már nem jelentkezik, mert ma etikailag nem tekintik elfogadhatónak a homoszexualitás megváltoztatását célzó törekvést, hiszen a homoszexualitást nem tekintik betegségnek. Ezt a változást azonban a homoszexualitás nagyobb társadalmi elfogadottsága váltotta ki. Az alapdilemma azonban megmaradt: a kliens alkalmazkodását támogassuk-e a nem demokratikus, represszív társadalmi normákhoz, vagy a lázadását-e normák ellen? A válasz erősen szituációfüggő, s legtöbbször a praktikum és a józan ész segít megtalálni a helyes választ. Alapvetően minden pszichoterápiának reális célokat kell kitűznie, irreális cél felállítása (pl. a társadalom radikális megváltoztatása rövid idő alatt, egyetlen ember által) csak a kliens további dekompenzálódásához vezet. Ezért fontos eme dilemmákat a beteggel megvitatni s a célokról közösen dönteni.[5]
Lényeges azonban az is, hogy ilyenkor a terapeuta ne hallgassa el, ha úgy érzi, hogy alapvetően a betegnek van igaza. Ilyenkor nemcsak szakmailag, de etikailag is problematikus a klienst pszichopatológiai címkékkel stigmatizálni, s ezzel implicite őt tekinteni hibásnak azért, mert nem tud alkalmazkodni ésszerűtlen normákhoz. Láttuk, hogy a mindennapi életben egy elnyomó társadalmi környezetben ez gyakran alkalmazott stratégia, s a történelem tanúsága szerint ehhez a szakemberek is sok esetben segítséget nyújtanak. A pszichoterápia egyik elkerülendő csapdája--ahogy Jeffrey Masson fogalmaz-- hogy sok esetben az egyszerűen csak a társadalom domináns értékrendjét közvetíti a kliens felé, vagyis kritika nélkül elfogadja a társadalomban fennálló pillanatnyi erőviszonyokat, az ettől szenvedő beteget pedig pszichopatológiai címkékkel látja el. A pszichoterápiás megközelítés komoly veszélye tehát a társadalmi igazságosság tágabb kérdéskörének a teljes figyelmen kívül hagyása, társadalmi problémák személyes pszichológiai problémákká való redukálása, s az a tévhit, hogy a társadalmi igazságtalanságok pszichológiai következményei a pszichiátria-pszichoterápia eszközeivel megoldhatók. [6] Ezt elkerülendő tehát a pszichoterapeuta fontos kötelessége ilyenkor a kliens „normalizálása", vagyis megnyugtatása arról, hogy követelményei jogosak, alapvetően egészségesek és ésszerűek, de az adott körülmények között taktikai okokból teljesen nem megvalósíthatók, s ezért--pszichés egyensúlya érdekében--kompromisszumokat kell kötnie. Fontos azonban a mai medikalizáló ideológiával szemben egyfajta demisztifikációt végrehajtani, melynek során segíteni lehet a klienst abban, hogy ráébredjen: patológiásnak, abnormálisnak hitt problémái mögött sok esetben az áll, hogy kritika nélkül elfogadta a társadalmi hierarchia igazságtalan, elnyomó felfogását arról, mi egészséges és mi nem az. S érzéseinek, igényeinek patológiássá minősítése sokszor maga is része az igazságtalanságokat fenntartó társadalmi eszköztárnak.[7]
A patologizálás azonban fegyverként nemcsak a klienssel szemben, hanem a szakemberek egymás közti vitáiban egymás ellen is felhasználható. Luhrmann pszichiáter rezidensek között az USA-ban végzett orvosi antropológiai kutatásai mutatták meg, milyen gyakran használják a pszichiáter rezidensek az egymás közötti viták elintézésére egymás ellen fegyverként a másik pszichiátriai zavarokkal való „megvádolásának" módszerét. Általában személyiségzavarokkal „vádolják" a másikat, aki ellenszenvesen viselkedik, gyakran késik, vagy más módon nem szimpatikus. Az ilyenkor a másikra (annak háta mögött) ráaggatott „narcisztikus", „borderline", „kényszeres", „hisztériás" jelző célja az, hogy az ilyen címkét használó

úgy tüntesse fel, mintha a kettőjük közötti vitában tudományosan is bizonyítható módon neki lenne igaza, hiszen a másik úgymond személyiségzavarban szenved. Ha egy beteg nem szimpatikus a rezidensnek, nem hisz neki, ez is könnyen átalakulhat pszichiátriai diagnózissá: „a betegnek II. tengely szerinti patológiája is van", utalva a DSM személyiségzavarokat jelölő II. tengelyére.[8] Mindez tehát arra utal, hogy a patologizálás kísértése állandóan jelen van, amikor egy kollégával, beteggel valakinek konfliktusa van, mert ez az egyik leghatékonyabb fegyver (különösen szakember részéről) a másik diszkreditálására. Ennek elkerülésére törekedni tehát elsőrendű kötelesség.

A hatásos és az etikus pszichoterápia közötti konfliktus

A hatásos pszichoterápia és az etikusan végzett pszichoterápia nem szükségszerűen esnek egybe. Másképpen fogalmazva: az etikusan végzett pszichoterápia sokszor nem eléggé hatásos, a hatásos pszichoterápia pedig néha nem etikus.[9]. Például a tájékozott beleegyezés alapvető elve összeegyeztethetetlen sok olyan terápiás technikával, mely a kliens becsapását, manipulálását igényli. Ilyen technika pl. a paradox instrukció, melyben a terapeuta olyasminek a megtételére szólítja fel a klienst, amely ellenkezőjének a végrehajtását várja el titokban tőle.[10]

A terápiás siker értékrendfüggése.

A pszichoterápia sikerességét az határozza meg, hogy elérte-e a beteg azt a célt, amit a terápiában kitűztek. A célok elérése azonban más fontos értékeket veszélyeztethet, s az újabb kérdés ilyenkor az, hogy összességében sikeresnek tekinthető-e az a terápia, melynek során a beteg ugyan a kitűzött céljait elérte, viszont sok mindent elveszített, melyet az életében korábban értékesnek tartott. Például, ha egy terápia során egy betegnek sikerül elérnie azt a célját, hogy asszertívabb legyen, ennek eredményeként azonban felbomlik a házassága, elveszíti a munkahelyét, megbomlanak a barátságai, akkor ezt lehet-e sikerként értékelni?[11]
Egyfelől mondhatjuk ilyenkor, hogy ha a beteg valóban csak asszertívabb lett, de nem agresszívabb, s ez mégis szétdúlta eddigi életének a kereteit, akkor ez azt bizonyítja, hogy házassága, munkahelye, barátságai alávetettségén, s az így kialakult rossz egyensúlyon alapultak, s az ilyen alávetett kapcsolatok megszűnése inkább előny a számára mint hátrány. Ezért ekkor mégis mondhatnánk, hogy a terápia sikeres volt. Természetesen ilyenkor a kliens véleménye a mérvadó, vagyis az, hogy összességében ő elégedett-e a terápia során elért eredménnyel.
Látni kell azonban, hogy a terápiás cél kitűzése, s a terápia sikerességének a megítélése legtöbbször erősen függ attól, hogy a kliens illetve a terapeuta milyen értékrend szerint ítélik ezt meg, s ez általában nem dönthető el egzakt módon, a természettudományban megszokott egyértelműséggel. Az például, hogy a betegnek a terápia végén inkább vagy kevésbé alkalmazkodónak kell-e lennie, hogy szexuális gátlásai megszűnése, s ennek folyományaként például egy házasságon

kívüli kapcsolat létesítése pozitív vagy inkább negatív terápiás fejlemény-e, szintén etikai kérdés, s a beteg és a terapeuta értékrendjétől függ. [12]
Tegyük fel például, hogy egy rossz házassága miatt szenvedő betegnek a terápia elég magabiztosságot, erőt ad ahhoz, hogy házasságából ki tudjon menekülni, s el tudjon válni. Ha valaki a válást etikailag elfogadhatatlannak tartja, akkor itt a beteg problémáját etikailag elfogadhatatlan eszközökkel oldották meg. Egy ilyen nézőpont számára egy ilyen terápia olyan lenne, mintha egy pénzszűkében levő, s emiatt pénzügyi tanácsadóhoz forduló ember azt a tanácsot kapná, hogy egy tréning segítségével csökkentse a bankrablással szemben meglevő morális gátlásait, melynek eredményeként sikeres bankrabló lehet. A sikeres bankrablás is megoldja az illető eredeti gondját: pénzzavarából kisegíti. Csak éppen etikailag és jogilag nem elfogadható módon. A pszichoterápia veszélye tehát, hogy a beteg "gátlásosságának", "félénkségének", stb., csökkentésekor annak megállapítása, hogy hol, mennyi gátlástól kell megszabadulnia, értékrend függő. Ami az egyik embernek gátlásosság, az egy másiknak morális tartás. Ami az egyik embernek oldott viselkedés, az a másiknak erkölcstelenség. S itt nincsenek univerzálisan elfogadott normák.
Ha valaki nem tud férjhez menni és gyereket szülni, akkor sikeresnek tekinthető-e az a terápia, amelynek eredményeként házasságon kívüli szexuális kapcsolat révén gyereket szül, s azt egyedül neveli fel? Minden pszichoterápia alapvető etikai problémája, hogy válaszolnia kell arra a kérdésre: milyen módon kell a beteg viselkedését megváltoztatni? Mi a terápiás cél? Hogyan viselkedik, alkalmazkodik, milyen életet él egy egészséges ember? Mindezek a kérdések pedig értékrendfüggőek is, és nem csak tudományos kérdések. Ugyanakkor alapvetően befolyásolják a terápia célkitűzését és vezetését.
Nézzük a következő esetet! Egy nő a férjétől el akar válni, erre azonban egyedül nem képes, mert férje azt mondja neki, hogy nélküle nem tud élni. A pszichoterápia segítségével azonban megteszi a döntő lépést, s mikor férje dekompenzálódását látva meginog, a terapeuta segítségével tud kitartani, s könyörgő férjét nem visszafogadni. Felesége hajthatatlanságát látva a férj öngyilkos lesz. Mondhatjuk-e ilyenkor, hogy a terápia sikeres volt, mert a nő kitűzött célját segített elérni?
A mai pszichoterápiák uralkodó üzenete általában egy önmegvalósító, az egyén boldogságát előtérbe helyező, sőt azt a legfőbb célnak tekintő nézőpont. Ez a felfogás nem helyez hangsúlyt az egyén másokkal szembeni morális kötelességeire. Az ilyen terápiák célja a kliens egyéni kielégülésének, boldogságának az elősegítése, s ennek érdekében igyekszik növelni annak személyes hatékonyságát. A kliens céljainak erkölcsi értékét azonban nem vizsgálja, csak az ennek elérését lehetővé tevő eszközök felkutatását tekinti feladatának.[13] Az a vád is elhangzott, hogy a mai pszichoterápiák alapvetően az egyének önző motívumai megvalósítását segítik elő, s elhanyagolják az altruizmus, a másokért való önfeláldozás hagyományos értékeit.[14] Azt vizsgálják: annyit kapok-e másoktól, mint amennyit én adok nekik, s nem azt: helyesen viselkedem-e? Így a társadalmat afféle dzsungelnek tekintik, ahol mindenkinek törekednie kell saját érdekei érvényesítésére, s eközben szem elől tévesztik a tágabb, egyének feletti morális értékeket.
Ugyanakkor azt is lehet mondani, hogy sok pszichoterápia—azáltal, hogy az egyén kielégülését, boldogságának előmozdítását tekinti legfőbb céljának--segít

felszabadítani az egyént a társadalom megbéklyózó, az egyéni boldogságot akadályozó hatásai alól. Abban segít, hogy az egyén megvalósíthassa azt, ami neki jó, s nem azt, ami a társadalomnak jó. A terapeuta feladata tehát az, hogy lehetővé tegye az egyén szabad növekedését, melyet a társadalom, a nevelés esetleg megakadályozott. Rogers személyközpontú terápiája például kísérlet egy ilyen jellegű terápiás megközelítésre.
Minden terápia tehát a helyes emberi viselkedés egy-egy ideológiája is egyben, [15] s amennyiben a terápia eredményeként bizonyos viselkedésváltozást létrehoz, úgy ez egyfajta pszichopolitikaként is funkcionál.[16]

Gaylin példája

Willard Gaylin, amerikai pszichoanalitikus végezte el a következő kísérletet.[17] Pszichoterapeuta szakemberek két csoportjának külön-külön egy hipotetikus esetet ismertetett, melyben egy házaspár egyik tagja szexuálisan megcsalja a másikat, majd ezt követően intenzív bűntudatot érez. A két csoportnak ismertetett eset minden részletében azonos volt, csupán egyetlen dologban tért el egymástól. Az egyikben a férj csalta meg a feleségét, a másikban a feleség a férjét. Az eset ismertetése után arra kérte a szakembereket, kommentálják az ismert részletek alapján az esetet. Gaylin érdekes módon azt találta, hogy az a csoport, amelyik a nő hűtlensége formájában hallotta az esetet, a nő szexuális hűtlenségét tartotta a viselkedés neurotikus elemének, a bűntudatot pedig eme viselkedés logikus következményének, míg az a csoport, melynek az esetet a férfi hűtlenségeként mutatták be, a férfi bűntudatát tekintette a viselkedés neurotikus elemének, s nem a szexuális hűtlenséget.
Ha ezek az esetek valóságos esetek lettek volna, akkor ez azt jelenti, hogy a terapeuták a nő esetében más irányban folytatták volna a terápiát, mint a férfi esetében. A nő esetében azt próbálták volna feldolgozni a terápia során, hogy miért volt szexuálisan hűtlen a férjéhez, míg a férfi esetén azt, hogy miért érez ilyen intenzív bűntudatot.
E két eset azt mutatja tehát, hogy a terapeuták a mentális egészséget és a neurózist másképpen definiálták a férfiaknál és másképpen a nőknél.
Ez annak ellenére így volt, hogy mindkét terapeuta csoportban nők és férfiak egyaránt voltak, s mindegyik csoport tagjai mélyen hittek a férfi és a nő szexuális egyenlőségében, s a szexuális felszabadítás fontosságában.[18]
Ebben az esetben tehát a terapeuták nyilvánvalóan kétféle mércét alkalmaztak a társadalomban, s a bennük is meglevő előítéletek, sztereotípiák következtében.
Ez annál is érdekesebb, mert a szexuális sztereotípiákról az utóbbi évtizedekben a nyilvánosság előtt is rengeteg vita folyt, számos régi előítélet megcáfolódott, számos régi tabu megdőlt, s ezek eredményeként ma már a közgondolkodás szintjén is széles körben elismerik, hogy a nőknek szexuálisan ugyanazon jogokkal kell rendelkezniük, mint a férfiaknak. Ezért tehát, ha még egy ennyire “agyontárgyalt”, elméletileg “elintézett” esetben is megjelennek a nemekkel kapcsolatos hagyományos előítéletek a pszichoterápiás folyamatban, akkor el lehet képzelni, mi történik olyan ellentmondásosabb esetekben, melyekben még nem volt nyilvános vita, s megkérdőjelezetlenül élnek tovább a régi előítéletek és sztereotípiák.[19]

Mondhatná persze valaki azt, hogy a fenti példa azért nem jó, mert a női és a férfi hűtlenség pszichológiailag valóban mást jelent, s ennek feltételezése nem előítélet, hanem a modern evolúciós szemléletű pszichológia fontos ténye. Ezen érvelés szerint a férfi hűtlenség „normálisabb", s a női partnerek sem szokták olyan komolyan venni, hiszen a féltékenység biológiai „funkciója" annak biztosítása, hogy valaki valóban a saját utóda felnevelésébe fektesse be energiáit, s ne genetikailag idegen utódéba. Mivel egy nő mindig biztos lehet a saját anyaságában, míg egy férfi soha nem lehet teljesen biztos saját apaságában, ezért biológiailag a női hűtlenség komolyabban fenyegető a partner számára, mint a férfié, így a női bűntudat--ezen érvelés szerint—ilyenkor természetesebb, mint a férfié. Ez az érvelés azonban ma nagyon ellentmondásos, s sokan vitatják. Távolról sem tekinthető tehát szakmai konszenzusnak, s nem látszik ma világosan, hogy ebből mi a tudományos igazság, s mi a hagyományos nemi szerepek modern evolúcióbiológiai formában megjelenő racionalizációja. Mégha azonban a fenti érvelés biológiailag helytálló lenne is, erkölcsileg a különbségtétel ma már nem tartható a férfi és a nő közötti széles körben elfogadott szexuális egyenjogúság miatt. Ezért a hűtlenség ma nőnél sem tekinthető „neurotikusabbnak", mint férfinél, s a bűntudat sem tekinthető „neurotikusabbnak" férfinél, mint nőnél.

A fenti példa jól illusztrálja tehát, hogy a társadalom előítéletei milyen nagy szerepet játszanak még a szakemberek gondolkodásának az alakításában is. A pszichológiai elméletek hagyományosan is gyakran indultak ki a nemi szerepekkel kapcsolatos társadalmi sztereotípiákból. A kedvezőtlennek tekintett tulajdonságokat inkább „női", míg az előnyös tulajdonságokat inkább „férfi" tulajdonságoknak vélték. Például a passzivitást és a dependenciát női, a függetlenséget és a határozottságot inkább férfi tulajdonságnak tekintették. Az irracionalitást, az önkontroll hiányát, a szenvedélyek uralmát az ész felett tipikusan a nők jellemzőinek tartották. S általában is gyakran vélték a pszichopatológia jelének, ha egy nő elégedetlennek mutatkozott a társadalom által tőle elvárt nemi szerepekkel kapcsolatban.[20]

Gaylin végkövetkeztetése az eset kapcsán az, hogy a pszichoterápiás folyamat át van itatva erkölcsi értékekkel, beleértve a terapeuta személyes erkölcsi meggyőződéseit is. Ez önmagában nem baj, hiszen nem létezik s nem is lehetséges erkölcsileg semleges pszichoterápia. Baj csak akkor van, ha a terapeuta nem teszi nyilvánvalóvá a terápia elején saját erkölcsi értékeit, mert ha ezek eltérnek a betegétől, akkor a beteg számára nemkívánatos irányba vihetik a terápiát.

Gaylin szerint tehát mindebből az következik, hogy a terápia elején tisztázni kell, melyek a terapeuta által vallott azon alapvető értékek, amelyek szerint ő a terápiát végzi, s melyek--akár öntudatlanul is--befolyásolhatják őt a terápia vezetésében. Eme értéktisztázás után dönthet a beteg, hogy a terapeuta értékei összhangban vannak-e az ő értékeivel, s így elfogadható-e számára ettől a terapeutától a terápia? Az is lehetséges azonban, hogy értékeik olyan mértékben különböznek, mely már a terápia sikeres végzésének akadálya lenne, s ilyenkor érdemes a betegnek más terapeutát keresnie, aki a beteg értékeihez, erkölcsi alapállásához inkább illő terápiát képes nyújtani.[21] Ahogyan a betegnek joga van a terapeuta képzettségét, pszichoterápiás irányultságát ismerni, ugyanúgy joga van alapvető erkölcsi értékeit, erkölcsi hozzáállását is megismerni. Ez ma már az USA-ban egyre inkább így van a gyakorlatban is. A homoszexuális kliens ma már egyre gyakrabban kérdezi meg a

terapeutát a terápia elején, hogy az a homoszexualitást betegségnek tartja-e vagy sem, s ennek megfelelően dönt, hogy vállalja-e vele a terápiát.[22]

A pszichoterapeuták implicit értékei

Gaylin szerint valamennyi mai pszichoterápiára jellemző, hogy bizonyos közös értékeket vallanak, melyeket azonban ritkán fogalmaznak meg explicit formában. Ilyen érték pl. az aktivitás előnyben részesítése a passzivitással szemben. A legtöbb pszichoterapeuta abból indul ki, hogy az aktivitás jobb a passzivitásnál, vagyis a munka alapvető emberi érték, s a produktív munkavégzés szükséges egy ember személyiségének a kiteljesítéséhez. A mai pszichoterápiában úgy gondolják, hogy még a nagyon gazdagoknak is, akik megengedhetnék maguknak. hogy ne dolgozzanak, szükségük van valamilyen értelmes tevékenységre, amely mellett elköteleződhetnek.[23]
Hasonlóan alapvető érték a pszichoterápiák szerint a kapcsolat az izolációval szemben. A mai társadalomban a remete-létet a pszichoterápiák nem támogatják.[24] A terapeuta arra bíztatja ma a betegét, hogy beszélgessen másokkal, létesítsen kapcsolatot velük, vegyen részt közös tevékenységekben, s ne zárkózzon el a többiektől.[25]
Hasonló érték a mai pszichoterápia szerint a szexualitás, az élvezet, a játék, a szeretet, s a közösség. Az ezen értékeket elfogadókat, illetve ezeket az életükbe integrálni tudókat tekintik mentálisan egészségeseknek.[26] A terapeutának ezen értékek elfogadása irányába--s így a mentális egészség irányába-- kell a betegét terelnie--mondja Gaylin--mert e nélkül a terápia céltalanul sodródik az erkölcsi relativitás tengerében.[27]

A terapeuta értéksemlegességének kérdése.

Általános, szabály, hogy a terapeuta morális meggyőződését, személyes nézeteit ne erőltesse rá a betegre. Ezek természetesen ritkán maradnak rejtve, mert lehetetlen úgy kommunikálni, hogy abból értékeink ne tűnjenek elő. A megoldás nem eme értékek eltitkolása, hiszen ez nem is állna összhangban azzal a követelménnyel, hogy a terapeutának kongruensek kell lennie. Nem szabad tehát rejtőzködnie, álarcot viselnie, hanem hiteles, jól funkcionáló személyként kell jelen lennie a terápiában. A megoldás inkább a terapeuta által vallott értékek nyílt elismerése, annak hangsúlyozásával, hogy ezek nem a tudomány diktálta értékek, hanem a terapeuta személyes választásának az eredménye. Nem lehetséges értéksemleges pszichoterápia, s ezért a terapeutának inkább értékei tudatosítására, s az “etikai viszontáttétel” felismerésére kell törekednie.[28] Az is valószínűsíthető, hogy a pszichoterápia eredményessége—egyéb feltételek mellett—azon is múlik, hogy a terapeuta és a kliens által vallott morális értékek között milyen fokú kongruencia áll fenn.[29] Mivel a pszichoterápia folyamata során a kliens értékei közelednek a terapeuta értékrendjéhez, létezik egy optimális távolság a terapeuta és a kliens

eredeti értékrendje között. Ez akkor optimális, ha a terapeuta és a kliens értékrendje a terápia kezdetekor mérsékelten hasonló. Vagyis sem nem azonos, sem nem túlságosan eltérő.[30] A terapeuta értékrendje--egyebek mellett-- abban a módban jelenik meg, ahogyan szemléli a világot. A realitásnak sokféle leírása lehetséges, s mindig vitatható, hogy egy adott leírás mennyire képviseli a teljes igazságot, mennyire az egyedül érvényes leírása a valóságnak. A realitás leírásának módja tehát mindig függ a terapeuta értékeitől, s ez az, ami hatást gyakorol a kliensre is.[31] Alapvető fontosságú tehát, hogy a terapeuta tudatában legyen annak, hogy milyen értékeket kommunikál a betege felé, s ha saját értékei eltérnek a betegétől, tartsa tiszteletben azokat, vagy explicit módon fogalmazza meg ezt az eltérést, de ne erőltesse rá saját értékrendjét a betegre.[32]
Ez különösen akkor nehéz, és akkor vet fel komoly etikai problémákat, amikor a terapeuta úgy látja, hogy a beteg idejétmúlt, korszerűtlen, embert nyomorító értékek rabja. Törekednie kell-e ilyenkor a "modernebb", demokratikusabb, a társadalom által jobban elfogadott értékek elfogadtatására? Például egy hagyományos női szerepe által korlátozott, agyonfáradt asszonyt bátoríthat-e a terapeuta a férfi és a nő közötti egyenjogúbb, a terheket jobban megosztó kapcsolat kialakítására?
Ma egyre gyakoribb, hogy a betegek eleve olyan terapeutát keresnek fel, aki osztja az általuk vallott értékeket. Például—mint láttuk-- homoszexuális betegek előszeretettel keresnek fel homoszexualitását nyíltan vállaló terapeutát, vagy egy etnikai kisebbséghez tartozó beteg ugyanazon kisebbséghez tartozó terapeutától több megértést remél, mert úgy érzi, hogy csak hozzá hasonló helyzetű terapeuta értheti meg teljesen a problémáit és a helyzetét s fogadja el teljesen az ő értékeit. Mindez ismét arra utal, hogy az értékek kérdése nem kerülhető el a pszichoterápiában, s ezért helyesebb azok nyílt felvállalása a terapeuta részéről.

A titoktartás kérdései.

A titoktartás a terapeuta-kliens kapcsolat fontos eleme. A kliens elmondja legintimebb gondolatait, érzéseit is, abban a reményben, hogy ezeket megismerve a terapeuta segíteni fog tudni neki problémái megoldásában. Mindezt a kliens abban a feltételezésben teszi, hogy a terapeuta a tőle megtudott információkat titkosan fogja kezelni, azokat harmadik félnek nem fogja elárulni. Ez a titoktartás--főleg a pszichés betegség stigmatizáló hatása miatt--sok kliensnek annyira fontos. hogy-- pl. az USA-ban--hajlandók készpénzben kifizetni a terapeuta "óradíját", hogy így annak ne kelljen átadnia a beteg kezelésével kapcsolatos információkat a biztosítónak. Vannak terapeuták, akik úgy alakítják ki a rendelőjüket, hogy külön bejárat és kijárat van, s így a kliensek nem találkozhatnak egymással, hogy mások még a pszichoterápia tényéről se szerezhessenek tudomást.[33]
A titoktartás kötelessége alól azonban fel van mentve a terapeuta akkor, ha arra a törvény vagy az etika a terapeutát kötelezi. A titoktartás korlátai sok terapeutát arra késztetnek, hogy ne kérjen később érzékennyé válható információt a klienstől, illetve sok kliens--ismerve a titoktartás korlátait-- nem közöl ilyen információkat a terapeutával. Ez azonban a terápiás hatékonyság csökkenéséhez vezet.[34]
Ugyanakkor a titok feltárásával kapcsolatos aggodalom nem alaptalan. Jól ismert eset, amikor az USA-ban egy pszichiáter bizalmas információt közölt nőbetege férjével, aki ezt kihasználta felesége ellen a köztük folyó gyermek-elhelyezési

perben. Az asszony beperelte a pszichiátert a titoktartás megszegése címén, a bíróság azonban a titoktartás megszegését elfogadhatónak ítélte, mert úgy találta, hogy a pszichiáter a gyermek érdekében cselekedett, s ez előbbrevaló, mint a beteg érdeke a titoktartás megőrzéséhez.[35] A titoktartást a kliensek általában sokkal szigorúbbnak képzelik, mint amilyen az a valóságban. USA-beli vizsgálat szerint pl. a klienseknek csak a 17%-a gondolja úgy, hogy a terapeuta elmondja a terápia során szerzett bizalmas információkat a házastársának, míg a valóságban a terapeuták 57%-a ezt megteszi. Mivel tehát a klienseknek sokszor irreális elképzeléseik vannak a titoktartás szigorúságáról, ennek korlátairól fel kell őket világosítani.[36] Már a terápia elején közölni kell a klienssel, hogy melyek azok az információk, melyekre nem terjed ki a titoktartási kötelezettség, vagyis amelyeket a terapeutának a törvény által is megkövetelten fel kell tárnia. Ha a terapeutának a bizalmas információkat a terápia során kell harmadik személy felé közölnie, az ezzel kapcsolatos dilemmát jó, ha először a klienssel osztja meg.[37] Ilyen esetben ugyanis sokszor van lehetőség egy ésszerű kompromisszumra: az információ csak azon elemeinek az átadására, mely a harmadik személy számára szükséges, s melyet a kliens még el tud fogadni.[38]
Gyakran előfordul, hogy egy terapeuta egymás után többféle kezelést nyújt a betegének. Például ugyanaz a terapeuta fogja kezelni a beteget a csoportterápiában, aki előzőleg egyéni terapeutája is volt. Ilyenkor fontos annak tisztázása, hogy a terapeuta mennyire viheti a csoport elé a betegről az egyéni terápia során szerzett tudását. Alapesetben ilyenkor is érvényes az egyéni terápiás helyzetre vonatkozó titoktartás. Ha ettől a csoportvezető terapeuta el akar térni, ezt csak a beteg beleegyezésével teheti meg.[39]

A beteg pszichológiai "bántalmazása" a pszichoterápia során.

Gyakori, hogy a terapeuta a terápiás folyamat felgyorsítása érdekében aktív, konfrontatív stílusban vezeti a terápiát. Íly módon a beteget olyan érzések gyorsabb felismerésére vagy elismerésére készteti, melyről ő nem akar beszélni, illetve melynek létét nem hajlandó tudomásul venni. Noha a konfrontációra --jó terápiás kapcsolat talaján--néha szükség lehet, alkalmazása etikailag akkor problematikus, ha annak motivációja nem a beteg jóllétének az elősegítése, hanem a beteg iránt érzett ellenszenv, düh levezetése. A terapeuta a terápia lassú haladása miatt érzett frusztrációját és egyéb negatív viszontáttételi reakcióit kanalizálhatja a konfrontáció során. Ha azonban a konfrontáció motívuma a düh, akkor pszichológiai bántalmazássá, egyszerű bosszúállássá változik, s ilyen esetben egyértelműen etikátlan.[40] A konfrontáció szadisztikus motívumát sokszor maga a terapeuta is érzi, amikor például úgy fogalmaz, hogy nehéz betegének "jól beértelmezett".[41]
Általában az értelmezés kérdése komoly visszaélések forrása lehet, hiszen annak igazságát a kliens nem tudja megkérdőjelezni: ha ugyanis megpróbálná, mindig mondható, hogy csak hárítja az igazságot, s annak heves tagadása éppen az értelmezés igazságának a jele. Luhrmann vizsgálatai során egy pszichiáter kutató emlékezett vissza arra, hogy évtizedekkel korábban rezidensként analitikus orientáltságú szupervízorának egy beteg tünetei kapcsán, melyet ma pánikrohamnak neveznének, felvetette, hogy nem lehet-e ennek valamilyen organikus oka. A szupervízor ezt úgy értelmezte, hogy a rezidens fél a betegével kapcsolatos

terápiás intimitástól, s azért vet fel ilyen „hipotéziseket". Ma a pánikroham kezelésénél SSRI- típusú antidepresszánsok adása elfogadott gyakorlat, s a pánikbetegség biológiai etiológiájának feltételezése a kutatás egyik főárama. Így ma—több évtized távlatából—világosan látszik, hogy ez az értelmezés azt szolgálta, hogy érzelmileg inadekvátnak tüntesse fel azt a rezidenst, aki meg merte kérdőjelezni a pánikroham keletkezésének akkoriban standard analitikus magyarázatát. Luhrmann kutatásaiban nagyon sok analitikus kiképzésben részesülő, s később a biológiai pszichiátria vezető alakjaivá váló pszichiáter erősítette meg, hogy a 60-as években biológiai irányultságukat az intimitástól való félelemként interpretálták kiképző analitikusaik vagy szupervízoraik. [42]
A pszichoanalitikus hagyományban az sem volt ritkaság, hogy az elmélet ellen felhozott kritikákat ellenállásként értelmezték az analízis által megfogalmazott igazságokkal szemben. Ilyen módon bármiféle kritika a pszichoanalitikus elmélet vagy annak képviselőivel szemben visszafordítható a kritizálóra, őt „vádolva" ellenállással, meg nem oldott tudattalan konfliktusokkal, végső soron tehát betegséggel. A logika tehát az volt, hogy aki kritizálja az elméletet vagy a mesterét, az beteg, s így kritikáját nem kell komolyan venni. Természetesen ez oda vezethet, hogy az analitikus interpretációnak mindig igaza van, bármit is állít, hiszen a fenti eszközökkel cáfolhatatlanná teszi magát. S egyben kitűnő védekezés is a terápia esetleges sikertelensége esetén, hiszen annak okát mindig meg lehet találni a betegben (ellenállásában), amely ellen nem jobb, hanem még több terápia kell.[43]
Ugyanakkor ez a módszer félelmetes fegyver lehet a kollégák ellen is. Ismét Luhrmann említi, mennyi keserűséget tapasztalt a ma már idősödő biológiai pszichiáterek részéről az USA-ban, akik fiatalkorukban rezidensként analitikus képzésben részesültek és szupervízió keretében beszélték meg betegeiket. Ha a betegük nem gyógyult, sokan kapták azt az értelmezést, hogy ennek oka bennük van, a fiatal orvos fél a terápiás intimitástól, a betegei problémáiba való bevonódástól. Az ilyen természetű vádakat természetesen soha nem lehet cáfolni, s a már említett minta ismétli önmagát: a hatalmi helyzetben levő szupervízor bármilyen értelmezése helyes és megkérdőjelezhetetlen, az az ellen való bármiféle kritika ellenállás, s az illető inadekvátságának, végső soron betegségének bizonyítéka. Így bármiféle terápiás elakadás a terapeuta vagy a beteg elleni „váddá" fogalmazható át.[44] Óvatlanul alkalmazva az értelmezést a koncepciós perek logikájához jutunk, ahol nemcsak ártatlanul megvádoltak embereket soha el nem követett bűnökkel, hanem még azt is elérték, hogy az illető maga is elfogadta bűnösségét. Ez a párhuzam nem véletlen. A tudományfilozófus Karl Popper nevéhez fűződik az a kritika, miszerint a pszichoanalízis és a marxizmus azonos okokból nem számítanak tudománynak. Mindkettő ugyanis olyan állításokat fogalmaz meg, melyek nem falszifikálhatók (vagyis nem cáfolhatók). Ha azonban egy állítás elvben sem cáfolható (nem falszifikálható), akkor Popper szerint nem lehet tudományos állítás. A marxizmusban Popper szerint ez úgy jelentkezett, hogy bármiféle kritikát el lehetett vetni azzal, hogy az „az ellenség hangja", az illető osztályhelyzetéből következő, s érdekeit szolgáló ideológia, s így nem kellett az adott kritikával érdemben foglalkozni. A pszichoanalízisben pedig—mint láttuk—bármely kritikát vagy egyet nem értést lehet ellenállásként értelmezni, s így ismét lehetetlen a kritika igazságtartalmának érdemi elbírálása. Természetesen az értelmezés fenti esetei elfajulási lehetőségek, s lehet óvatosabban is értelmezni.

Mivel azonban mindez nagyon sok visszaélés forrása volt a pszichoanalízis történetében, s ilyen visszaélések ma is lehetségesek, ezért az értelmezés elfajulásának fenti lehetőségeire nagyon nagy figyelmet kell fordítani.

A pszichiáter „megmentő" szerepének veszélyei.

A terápiás kapcsolat gyakran előforduló „játszmája" az, amit Lucy Johnstone „megmentési játszma"-ként ír le, s mely a medikalizáció egyik következménye. Eszerint a pszichiátriai intézménybe bekerülő beteget a terápia kezdetén egy pszichiátriai diagnózissal látják el (pl. depresszió), s hangsúlyozzák, hogy ez éppolyan betegség, mint a többi, amiért a beteg egyáltalán nem felelős. Az orvosi diagnózissal tehát kezdetben teljesen leveszik a felelősséget a beteg válláról azt sugallva, hogy a pszichiátriai zavar éppen olyan, mint bármely más szomatikus betegség: ahogyan valaki nem felelős hipertóniájáért, diabéteszéért, sclerosis multiplexéért, úgy nem felelős depressziójáért sem. Csak követnie kell az orvos utasításait, például be kell vennie a felírt gyógyszereket, s ettől javulni fog. Ezzel tehát a beteget kezdetben a saját maga (és életvezetése) feletti kontroll teljes átadására bíztatják, mintegy azt sugallva, hogy problémája így meg fog oldódni. Ha azonban—mint annyiszor--a beteg nem gyógyul a kívánt ütemben, vagy a kívánt mértékben, akkor az orvos hozzáállása kezd megváltozni. Kezd indirekt vagy direkt formában a beteg felelősségére is utalni betegsége kialakulásáért vagy fennmaradásáért, kezdi hangsúlyozni, hogy a beteg nem tesz eleget a saját gyógyulásáért. Vagyis a folyamat egyfajta ingaként működik: kezdetben a beteget egyáltalán nem tartják felelősnek betegségéért, majd amikor ez a megközelítés nem sikeres, kezdik ráhárítani a teljes felelősséget, kezdik vádolni őt, s kezdik pejoratív címkékkel ellátni: manipulatív, hisztérikus, éretlen, agresszív stb.[45] A pszichiáter, aki tehát kezdetben a „megmentő" szerepében tűnt fel, kezd a „vádoló" szerepébe kerülni. A beteg felelősségének kezdeti tagadása paralizálhatja őt, hisz ezáltal mindent a pszichiátertől fog várni, s nem érzi úgy, hogy ő is tehetne valamit életének a megváltoztatásáért. Majd az „inga átlendülésével" a passzív szerepébe „beleszokott" betegtől hirtelen sokkal nagyobb aktivitást és felelősséget kezdenek várni.[46]
Fontos ezért minden terápia során a kellő egyensúlyt megtalálni a beteg felelősségének teljes tagadása és annak túlhangsúlyozása között. A pszichiátriai betegségek Engel nyomán széles körben elfogadott „biopszichoszociális" etiológiájának a tana alapján mondható, hogy valamennyi betegségnek vannak biológiai, pszichológiai és szociális gyökerei is. Így a beteg pszichiátriai betegsége valószínűleg sohasem teljesen független addigi életvezetésétől, ezért jó a terápia elejétől elkerülni a „megmentési játszma" csapdáját, s kezdettől fogva hangsúlyozni a beteg felelősségét is saját gyógyulásáért, anélkül természetesen, hogy ezzel vádolnánk őt betegségéért. Pszichoterápiás megközelítés esetén ez természetes szokott lenni, az egyoldalú biológiai irányultságú osztályokon azonban gyakrabban esnek bele a „megmentési játszma" csapdájába. A beteg saját gyógyulásáért viselt felelősségének hangsúlyozása azért is lényeges, mert ez a megközelítés a beteg embert is sorsáért felelős, autonóm lénynek tekinti, s ezzel növeli annak csökkent autonómiáját, „remoralizálja" őt, ráébreszti lehetőségeire sorsa alakításában. Az

egyoldalú biológiai megközelítés, mely kizárólag az agyban lezajló biokémiai folyamatokra, a neurotranszmitterek szintjére koncentrál, dehumanizáló, mert implicite a beteget nem felelős, gondolkodó és döntéseket hozó lénynek, hanem biokémiai folyamatok halmazának tekinti, mely folyamatoknak a tudat puszta melléktermé ke, epifenoménje, de nem oki meghatározója. Az, hogy az emberi tudat mennyire az agyban zajló biokémiai folyamatok puszta melléktermé ke, s mennyiben játszik a tudat oki szerepet ezen biokémiai folyamatokban—miközben maga is biokémiai folyamatokból áll-- a tudatelmélet máig eldöntetlen, s intenzív viták kereszttüzében álló területe. A tudat agyi folyamatokban játszott oki szerepének a tagadása (mely nézet már jóval a modern tudatelméleti viták előtt, a XX. század eleji behaviorizmusban is megjelent) messzemenő filozófiai-etikai következményekkel jár, s mindenképpen inkompatibilisnek tűnik az emberi méltóságról alkotott hagyományos felfogásunkkal. A tudatot puszta epifenoménnek tekintő felfogásnak ugyanis az embert—személyiségével együtt—egyfajta biológiai robotnak kell tekintenie. Mindez természetesen nem érv eme állásponttal szemben, csupán egy ilyen felfogásnak az emberképünkre gyakorolt hatását érzékelteti.
A pszichiátriai beteg felelősségének az elismerése a saját gyógyulásáért azonban könnyen a betegségéért való vádolásba csaphat át, ha nem hangsúlyozzuk ugyanakkor, hogy az ilyen betegnek segítségre van szüksége, s csak így képes felelősséget vállalni saját gyógyulásáért.[47] Fontos, hogy a pszichiátriai beteg is kikerüljön a passzív, a segítséget csak az orvostól váró szerepéből, s gyógyulásáért felelősséget vállaló, abban aktív szerepet játszó félként léphessen fel az orvos-beteg viszonyban. Egyszóval—akárcsak a modern medicina más területein—fontos, hogy az orvos-beteg viszonyban a passzív beteg aktív, felelősséget vállaló klienssé válhasson. [48]

A pszichoterápia anyagi vonatkozásai: ingyenes versus pénzért történő pszichoterápia.

Az ingyenes pszichoterápia hatásosságával kapcsolatos vita

Ma a pszichoterápia a legtöbb országban alapvetően magángyakorlat formájában érhető el, melyet azonban sok helyen a biztosító részlegesen vagy egészében térít. Magyarországon nem ilyen egyértelmű a helyzet, mert a magánpszichoterápia mellett--bár nagyon korlátozottan--közfinanszírozású intézményekben néha ingyenes pszichoterápia is elérhető. Ezzel némiképp szembenáll az az analitikus tradíció, mely szerint a betegnek fizetnie kell a terápiáért. Ez több okból lenne előnyös a terápiás folyamat szempontjából. Előnyös először is azért, mert ez többlet-motivációt jelent a beteg számára. Amiért nem fizetünk--szól az érvelés--az nem tűnik olyan értékesnek a számunkra. Előnyös azért is, mert az ingyenes terápia a lekötelezettség, a függés érzetét keltheti a betegben, s ennek ellensúlyozására olyanfajta viszontszolgálatokra törekedhet, mely a kölcsönösségen alapuló baráti kapcsolat irányába terelné el a terápiás kapcsolatot.[49] Ezért még abban az esetben is, ha a társadalombiztosítás térítené a pszichoterápiát, eme felfogás képviselői azt

szokták javasolni, hogy a páciens co-payment formájában a költségek egy részét közvetlenül fizesse ki a terapeutának.[50]
Ez a felfogás azonban meglehetősen ingatag talajon áll. Először is összemossa az ingyenesség és a térítésmentesség fogalmát. Ha egy beteg a társadalombiztosítás által finanszírozottan részesül pszichoterápiában, vagy bármely egyéb orvosi ellátásban, akkor ez nem azt jelenti, hogy az ingyenes a számára, hiszen annak költségét--társadalombiztosítási hozzájárulás formájában--ő és a munkaadója előzőleg kifizette. Nem ingyenes, hanem előzőleg már kifizetett, s ezért a beavatkozás időpontjában térítésmentes terápiáról van tehát szó. Ez minden biztosítás elve, s ez az elv nagyon jól működik az orvoslás egyéb ágaiban is. Ha igaz lenne, hogy a térítésmentes orvosi ellátást kapó beteg kevésbé lenne motivált az együttműködésre, akkor ez--egyéb feltételek azonossága esetén-- a társadalombiztosításon alapuló orvoslás rosszabb gyógyítási hatékonyságát jelentené a magánorvosi ellátással szemben. Ilyen összefüggést azonban eddig sehol nem mutattak ki, noha mára a legtöbb országban általános tendencia a közfinanszírozású orvosi ellátás előtérbe kerülése és dominánssá válása a magánfinanszírozású orvosi ellátáshoz képest. Ez a felfogás tehát nem magyarázza meg, hogy mi az a radikális különbség a pszichoterápia és egyéb orvosi tevékenység között, mely érthetővé teszi, hogy egyéb orvos-beteg kapcsolatban a gyógyítás társadalombiztosítás által történő térítése nem rontja a terápia hatékonyságát. míg a pszichoterápia hatékonyságát igen. Mára már bőséges tapasztalat gyűlt össze, mely azt igazolja, hogy ahol a pszichoterápiát a társadalombiztosítás téríti, vagyis az az igénybevételkor a beteg számára térítésmentes, ott sem csökken a hatékonysága. Egészében a tapasztalat tehát ma nem támasztja alá azt a vélekedést, hogy az ingyenes pszichoterápia kevésbé lenne hatásos.[51]

A pénzért végzett pszichoterápia kapcsán felmerülő speciális etikai problémák

Mindez a problémakör a hálapénz, a paraszolvencia ismert jelenségével megterhelt hazai egészségügyben még többlet problémát is jelent. A pszichoterápia során ugyanis a „normál” paraszolvencia jelensége olyan módon bonyolódik, mely komoly etikai problémákat is okoz. Mára általánosan elfogadott álláspont ugyanis, hogy a hálapénz--ha egyáltalán--etikailag legfeljebb akkor elfogadható, ha azt az orvos nem kéri, és azért előnyt nem biztosít a beteg számára, hanem azt a beteg--mintegy hálából--utólag és önként adja az orvosnak. “Kérni nem szabad, elfogadni azonban igen” --foglalható össze a ma uralkodó álláspont.
Ezzel szemben sok beteg azzal találkozik, hogy az állami intézményben dolgozó terapeuta --abból kiindulva, hogy az ingyenes pszichoterápia nem eléggé hatékony--nyíltan pénzt kér a betegtől a pszichoterápia végzéséért. A beteg nem ismeri az ezzel kapcsolatos analitikus álláspontot, s az e kérdést övező vitákat. Csak azt tapasztalja, hogy orvosa azt teszi, amit minden fórumon etikátlannak mondanak: előre pénzt kér egy orvosi tevékenységért, konkrét összeget mond, melyet a betegnek terápiás óránként fizetnie kell. Az orvos--ha analitikus tradícióban gondolkodik--azt teszi ilyenkor, amit ez a hagyomány számára kötelezően előír. A betegtől kért díjat jó szándékúan esetleg olyan alacsonyan állapítja meg, mely azt már szinte csak névlegessé teszi. A beteg viszont azt látja, hogy amit az orvos tesz,

az nyilvánvalóan etikátlan, hiszen közfinanszírozású intézményben előre pénzt kérni a betegtől kezelésért ma etikátlannak minősül. Az orvos-pszichoterapeuta--látva és tapasztalva a beteg méltatlankodását--ezt pszichopatológiája részének tekinti. Olyan érvelést is lehet hallani ilyenkor, mely a beteg narcisztikus személyiségzavara bizonyítékának tartja, ha állami intézményben ingyenes pszichoterápiát szeretne kapni, mert "..a narcisztikus betegekre jellemző, hogy mindig csak kapni szeretnének, de cserébe nem akarnak adni semmit." Általában is nagy a hajlandóság, hogy a beteg nekünk nem tetsző, de egyébként érthető, logikus cselekedeteit pszichopatológiai fogalmakkal magyarázzuk. Pl. volt, beteg, aki hosszú analitikus terápiáját nem tudta tovább finanszírozni, mert időközben munkanélkülivé vált. Nagyon komoly erőfeszítéseket tett, hogy a pénzt előteremtse és a terápiát folytathassa, s erről beszélt a terapeutájának is. Az ezt sommásan ellenállásnak értelmezte.[52]

Nyilvánvaló, hogy ilyen esetben a terapeuta egyfajta "vakfoltjáról" van szó. Az, hogy a beteg fizet, alapvetően természetesen a terapeutának az érdeke, hiszen így jövedelmét kiegészítheti, ha közfinanszírozású intézményben dolgozik, illetve magánpszichoterápia esetén a terapeuta megélhetése függ ettől a fizetségtől. Ennek nyílt vállalása azonban nehéz, hiszen minden terapeuta szembesül azzal a ténnyel, hogy sok beteg túl szegény ahhoz, hogy megengedhesse a pénzért megvásárolt pszichoterápia luxusát. Ilyenkor a terapeuta részéről is "elhárító mechanizmusok" lépnek működésbe, s ebben az esetben ez a racionalizáció. Egyszerűbb azt mondani, hogy a szegény betegnek azért nem adunk ingyenes pszichoterápiát, mert az számára--ingyenessége miatt--úgysem használna, mint azt: a terapeutának szüksége van a beteg által fizetett pénzre, s nem hajlandó ingyenes pszichoterápiát végezni, noha az a tény, hogy így rászoruló, terápiát igénylő betegek kiszorulnak a pszichoterápiából, igazságtalanság, melynek orvoslása sürgős feladat.

A pénzért végzett pszichoterápia által felvetett igazságossági és költséghatékonysági kérdések

Ez annál is inkább komoly probléma, mert ma Magyarországon pszichoterápia ingyenesen nagyon kevés helyen érhető el. A pszichoterápia nálunk nagyrészt a piaci viszonyok által meghatározottan, önköltséges formában működik. Aki meg tudja fizetni, részesül pszichoterápiában, aki nem tudja megfizetni, az általában nem, vagy csak kivételes esetben. A piaci alapon történő egészségügyi ellátás jól ismert paradoxona azonban, hogy minél szegényebb valaki, általában annál betegebb. Tehát piaci viszonyok között minél inkább rászorulna valaki egészségügyi ellátásra, annál kevésbé engedheti azt meg magának. Ezért tér el a legtöbb ország az egészségügyi ellátás piaci elveitől. Mindez természetesen a pszichiátriai betegségekre és a pszichoterápiára is igaz. Ha elfogadjuk, hogy a pszichoterápia hatásos segítséget tud nyújtani sok pszichés betegség esetén, s azt is elfogadjuk, hogy sok esetben a pszichoterápia szükséges a beteg gyógyulásához vagy legalábbis kompenzált állapotának az eléréséhez, akkor azt kell mondanunk, hogy a pszichoterápia elérhetősége, az ahhoz való hozzáférés alapvető egy ország lakosságának a pszichés egészsége szempontjából. Ezt már régen felismerték, s a pszichoterápiát--ugyan korlátozott mértékben s általában limitált óraszámban--de társadalombiztosítási alapon az 50-es évektől kezdve a fejlett országok

többségében hozzáférhetővé tették. Magyarország tehát--a pszichoterápia vonatkozásában--finanszírozási szempontból a fejlett országokhoz képest több évtizedes lemaradásban van. Biológiai (gyógyszeres) kezeléshez a legtöbb beteg ma hozzájut, a pszichiátriai kezelési formák másik két oszlopához, a pszichoterápiához és a szocioterápiához azonban nem, hiszen a pszichoterápia nagyrészt piaci alapon működik.

Szabadpiaci rendszerben általában morális követelménynek szokták tartani, hogy az ilyen rendszerben praktizáló orvos vagy intézmény munkaidejének egy még elviselhető hányadát a szegények, a pénzért való kezelést vállalni nem tudok ingyenes, karitatív kezelésére fordítsa. Ez természetesen nem oldja meg az eszközök elosztása kapcsán fennálló igazságtalanságokat, de legalább mérsékli azt. Mivel Magyarországon--a pszichoterápia vonatkozásában--nagyrész piaci viszonyok uralkodnak, ezért fontos lenne szélesebb körben olyan körülmények megteremtése, melyben önként vállalkozó terapeuták nagyrészt ingyenes kezelést nyújtanának olyan szegényebb betegek számára, akik arra rászorulnak, de azt nem engedhetik meg maguknak, s így ahhoz egyébként nem jutnának hozzá. Ez azonban csak átmeneti megoldásnak fogadható el, hiszen alapvető lenne, hogy a társadalombiztosítás megfelelően támogassa a pszichoterápiát, s így az a szegényebb betegek számára is elérhető legyen. Mindehhez természetesen le kellene számolni azzal a kényelmes mítosszal, hogy az ingyenes terápia nem hatásos.

A pszichoterápia ingyenességével szemben azonban van egy másik, költséghatékonyságon alapuló érv is. Azt szokták ugyanis mondani, hogy a legtöbb vizsgálat szerint a pszichiátriai zavarok nagy részében a gyógyszeres kezelés és a pszichoterápia körülbelül egyformán hatásos. Mindössze két olyan betegségcsoport van, melyben a gyógyszeres kezelés fölénye egyértelmű a pszichoterápiához képest. Az egyik csoportot a pszichózisok, főként a szkizofrénia spektrumba tartozó kórképek jelentik, melyek kezelésében az antipszichotikumok fölénye a pszichoterápiához képest sokszorosan igazolt. A másik csoport a bipoláris zavar kezelése, ahol a lítium profilaxis jobb, mint a pszichoterápia. [53] Ha azonban—a fenti zavarok kivételével—a gyógyszeres kezelés ugyanolyan hatékony, mint a pszichoterápia—szól az érvelés—akkor a gyógyszeres kezelést kell előnyben részesíteni, mert olcsóbb. Ez az érvelés ritkán kerül nyílt kimondásra, a gyakorlatban azonban ez a meggondolás áll ama gyakorlat mögött, hogy sok országban—így Magyarországon is—a pszichoterápia jórészt csak piaci alapon, a magánpraxis formájában elérhető.

Valójában azonban ez az érvelés helytelen, s igazolható, hogy a pszichoterápia elérhetővé tétele a közfinanszírozás keretében inkább költségcsökkentő, mint költségnövelő. Ugyanis a fenti érvelésből ki szokták felejteni, hogy a pszichoterápia azáltal is megtakarít költségeket, hogy az abban részesülő betegnek nagyobb a compliance-a, jobban szedi a gyógyszereit (a legtöbb vizsgálat szerint a pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés együttesen alkalmazva jobb eredményt ad, mint akár a pszichoterápia, akár a gyógyszeres kezelés külön-külön.) A gyógyszereit jobban szedő beteg pedig ritkábban szorul pszichiátriai hospitalizációra. Mivel—USA számítások szerint—egy nap kórházi ellátás kb. 600 $, ezzel szemben egy pszichoterápiás óra költsége kb. 60 $, így egy év heti egyszeri pszichoterápiás kezelés még mindig olcsóbb, mint annak hiányában évi 6 nap

kórházi kezelés.[54] Adatok bizonyítják, hogy amikor az USA-ban az Aetna biztosítótársaság az addig korlátlanul térített pszichoterápiás kezelést évi 20 óra pszichoterápia térítésére csökkentette, költségei nem csökkentek, mert a pszichoterápián megtakarított költségeknél több ment el a megnövekedett pszichiátriai hospitalizációra. Ma azt szokták mondani, hogy a fenti okok miatt minden pszichoterápiára költött dollár négy dollárt takarít meg. S vannak adatok arra is, hogy a pszichoterápia nemcsak a pszichiátriai hospitalizáció iránti igényt csökkenti, hanem a szomatikus medicina ambuláns és kórházi ellátási formái iránti igényt is, hiszen ma becslések szerint a szomatikus panaszokkal orvoshoz fordulók 50%-a alapvetően pszichoszomatikus vagy pszichoszociális eredetű problémák miatt fordul orvoshoz.[55] Egyszóval a pszichoterápia elérhetővé tétele az arra rászorulók számára a közfinanszírozás segítségével nemcsak igazságossági-etikai, hanem költséghatékonysági megfontolásokkal is igazolható.

A tájékozott beleegyezés követelménye a pszichoterápiában.

A tájékozott beleegyezés követelménye ma már jogilag és etikailag is széles körben elfogadott követelmény az orvosi gyakorlatban. Nem kivétel ez alól a pszichoterápia sem. Általában a következő információkat kell elmondani a kliensnek egy terápia megkezdése előtt:[56]

- a tervezett beavatkozások természete és célja
- a terapeuta képzettsége és szerepe a terápiában
- a terápia során várható kényelmetlenségek és kockázatok
- a terápia várható eredményei
- a haszonnal kecsegtető terápiás alternatívák
- annak közlése, hogy a terápiát illető bármely kérdésre válaszolni fog a terapeuta
- annak közlése, hogy a kliens bármikor megszakíthatja a terápiát

Fontos a klienst a terápia elején tájékoztatni a jogairól. Ezek a jogok a következők:[57]

- A kliensnek joga van arra, hogy a terápiás ülések egészének vagy egyes részeinek elektronikus rögzítését megtiltsa. A rögzítéshez a kliensnek írásban kell hozzájárulnia, feltüntetve, hogy a terápiás ülés milyen célra való rögzítését engedélyezi. Ez egyben azt is jelenti, hogy ettől eltérő célra a rögzített anyag nem használható fel.
- A kliensnek joga van a róla szóló dokumentáció áttekintésére.
- A kliensek joga van--bizonyos korlátok között-- a titoktartásra, vagyis arra, hogy a terápia során az általa közölt információkat harmadik személlyel csak írásos engedélyével közöljék.
- A kliensnek joga van hozzá, hogy mielőtt a terapeutájának a titoktartási kötelezettség alól bizonyos információk vonatkozásában felmentést ad, a terapeuta mondja el neki a véleményét, hogy ez számára káros lesz-e vagy sem.

- A kliensnek joga van tudni, hogy bizonyos esetekben--az ő engedélye nélkül is--a terapeutának a jog által előírt kötelessége bizonyos titkosnak minősülő információkat felfedni. Ilyen esetek:
  a) amikor a kliens egy meghatározott személy életét, testi épségét szándékosan fenyegeti, a terapeuta kötelessége lehet a jövendő áldozatot és a hatóságokat figyelmeztetni.
  b) amikor a kliens saját életét fenyegeti, s ennek megakadályozásához mások figyelmeztetése, bevonása szükséges.
  c.) ha a kliens 16 évesnél fiatalabb, s bűntény áldozata volt (vérfertőzés, nemi erőszak), s a terapeuta úgy ítéli meg, hogy ennek felfedése a kliens érdeke.
  d) bíróság, hatóság megkeresésére a bíróság által kért információkat a kliensről a terapeuta köteles közölni
  e.) ha a bíróság által elrendelt terápián vagy vizsgálaton vesz részt a kliens, akkor annak eredményéről a bíróságot a terapeutának értesítenie kell.

Handelsman és Galvin azt javasolják, hogy minden kliens kapjon a terápia megkezdése előtt egy formanyomtatványt, melyben azok a kérdések szerepelnek, melyekre a kliensnek joga van választ kapnia. Ez a lista mintegy figyelmezteti a klienst, hogy melyek azok a kérdések, melyeket joga van feltenni, illetve amelyekre joga van választ várni.
A formanyomtatvány kérdései a következők:[58]

I. A terápia

A. Hogyan hat az Önnek felajánlott terápia?
B. Melyek a terápia lehetséges kockázatai (pl. válás, depresszió)
C. A kliensek hány százaléka javul a terápia eredményeként?
Milyen formában történő javulásról van szó?
D. A kliensek hány százalékának az állapota rosszabbodik a terápia alatt?
E. A kliensek hány százaléka állapota javul vagy rosszabbodik e terápia nélkül?
F. Milyen hosszú ideig tart a terápia?
G. Mit tehetek, ha úgy érzem, hogy a terápia nem használ?
H. Fognak végezni valamilyen tesztet nálam? Milyet?

II. Az alternatívák.

A. A terápia vagy egyéb segítség milyen más formái lehetségesek? (pl. támogató csoport)
B. Ezek milyen gyakran segítenek?
C. Milyen kockázatai vannak ezen más megközelítéseknek?

III. Az ülés.

A. Mikor lesznek a terápiás ülések?
B. Milyen hosszú ideig tartanak? A hosszabb ülésekért többet kell fizetnem?
C. Hogyan érhetem el Önt sürgős szükség esetén?

D. Ha Ön nem elérhető, akkor kivel tudok beszélni ilyenkor?
E. Mi van akkor, ha nem tudok eljönni a terápiás ülésre?

IV. A titoktartás

A. Milyen dokumentációt készít az ülésekről? Ki férhet hozzá ezekhez a dokumentumokhoz ? (pl. biztosító, szupervízor)
B. Milyen körülmények között megengedett, hogy másoknak is elmondja, amiről az üléseken beszélünk? (pl. öngyilkossági vagy gyilkossági fenyegetések, gyermekbántalmazás, bírósági megkeresés, biztosító vagy szupervízor felé, stb.)
C. A családtagjaim vagy a velem egy csoportba járók hozzáférhetnek-e ezen információkhoz?

V. Tiszteletdíj

A. Mennyit kell fizetni egy ülésért?
B. Hogyan kell fizetnem? Minden ülés után, havonta, stb.?
C. Fizetnem kell-e az elmaradt ülések után?
D. Fizetnem kell-e telefonhívás vagy levélbeli megkeresés esetén?
E. Az idő múlásával emelkedni fog-e a tiszteletdíj? (Pl. az utolsó 2 évben hányszor emelkedett a terápia tiszteletdíja?)
F. Ha jövedelmemet elveszítem, csökkenthető-e az általam fizetendő összeg?
G. Ha nem fizetem ki a terápia díját, beperel-e ezért a bíróságnál? Megbíz-e valamilyen adósságbehajtó ügynökséget vagy ügyvédet? Milyen esetben?

VI. Általános kérdések.

A. Milyen képzettsége és mennyi szakmai tapasztalata van? Van szakvizsgája? A terápiám során részesül szupervízióban?
B. Kivel beszélhetek, ha olyan panaszom van a terápiával kapcsolatban, amit nem tudunk megbeszélni? (pl. szupervízor, kamara, etikai bizottság)

A tájékozott beleegyezés különösen fontos része a terápia esetleges kockázatainak a részletes közlése a klienssel. Ilyen kockázat például a kliens addigi emberi kapcsolatainak a változása, néhány kapcsolatának pl. a rosszabbodása.
A pszichoterápia ugyanis kapcsolatok hálójában élő páciensekkel foglalkozik, s rendszerelméleti axióma, hogy egy rendszer bármely elemének a megváltoztatása szükségszerűen meg fogja változtatni a rendszer egészét is. Ezért a terápiában részt vevő páciens esetleges változása addigi kapcsolatai egy részére hátrányos is lehet. Például egy addig a házasságában alávetett, szubmisszív feleség --ha asszertív tréningen vesz részt azért, hogy emberi kapcsolataiban magabiztosabbá váljon--valóban asszertívebbé válhat, mely viszont felboríthatja a férje és a közte addig meglevő, s mindkettőjük által megszokott egyensúlyt. Szélsőséges esetben ez akár váláshoz is vezethet, s ezért az ilyen tréningen részt vevő példabeli

asszonynak joga van a terápia elején megtudni, hogy terápiabeli javulása más területen számára nemkívánatos következményekkel is járhat. Lehet ugyanis, hogy számára--ha választania kell--fontosabb házassága megőrzése, mint az, hogy általában asszertívebb legyen az emberi kapcsolataiban.[59]

Az Osheroff-eset és tanulságai.

A pszichoterápiában a tájékozott beleegyezés követelményének a fontosságára egy híressé vált USA-beli per hívta fel a figyelmet 1982-ben. (Osheroff v. Chestnut Lodge)
A perbeli esetben dr. Osheroffot, aki maga is orvos volt, depressziós panaszokkal kezelték az USA egyik legnagyobb presztízsű pszichoanalitikus centrumában, Chestnut Lodge-ban. A 7 hónapig tartó intenzív, heti négyszeri üléssel járó pszichoanalitikus kezelés nem hozott érdemi javulást. A kezelés során dr. Osheroff ismételten kérte, hogy adjanak neki gyógyszeres kezelést is, ezt azonban elutasították, mondván, hogy arra van szükség, hogy a beteg arra a gyerekkori szintre regrediáljon, ahol az alapvető trauma érte, s onnan--most már egészségesen--"ismét felépítsék". Ezt azonban—szólt az érvelés—az antidepresszáns terápia megakadályozná. Osheroff doktor azonban szeretett volna pusztán jobban lenni, s ezért—családja segítségével-- áthelyezését kérte egy másik-- ezúttal biológiai orientáltságú--pszichiátriai intézménybe. Itt tüneteire antidepresszáns kezelésben részesült, melynek következtében 3 héten belül a javulás jelei mutatkoztak nála, s három hónapon belül munkaképes lett.[60] Az orvos később beperelte a pszichoanalitikus intézményt, mivel szerinte az nem megfelelően diagnosztizálta betegségét, s személyisége átstrukturálásának megkísérlésével nem megfelelő kezelésben részesítette őt. Emiatt depressziója szükségtelenül hosszú ideig tartott, melynek következtében elveszítette jövedelmező orvosi praxisát, s orvoskollégái megbecsülését, továbbá válóperében két gyermeke is emiatt feleségéhez került. Az intézmény azzal védekezett, hogy dr. Osheroffnál narcisztikus személyiségzavart diagnosztizált, ehhez képest a depresszió csak másodlagos volt, s ilyen esetben a feltáró, analitikus pszichoterápia megfelelő kezelésnek számít.[61] A perbeli szakértő ezzel szemben azzal érvelt, hogy semmi bizonyíték nincs arra, hogy dr. Osheroffnak narcisztikus személyiségzavara lett volna, s betegségének korrekt diagnózisa a DSM III. szerint "major depresszív epizód pszichotikus tünetekkel". A pszichoanalitikus intézmény érvelését a perben a választott bíróság nem fogadta el, különösen azért, mert az intézmény nem tájékoztatta dr. Osheroffot a lehetséges kezelési alternatívákról, s így nem kapott tőle tájékozott beleegyezést az analitikus terápiába. Dr. Osheroff--peren kívüli megegyezés formájában--jelentős kártérítésben részesült. Ez az eset egyrészt aláhúzza a tájékozott beleegyezés fontosságát a pszichoterápia során, másrészt súlyos depresszió esetén kötelezővé teszi az antidepresszánsokkal való gyógyszeres kezelést, s nem tekinti megfelelőnek a gyógyszeres kezelés nélkül alkalmazott analitikus terápiát.[62]
A per tanulsága azonban általánosabban is megfogalmazható. A perben tanúskodó szakértők ugyanis azt állították, hogy még ha az analitikus intézet eredeti

diagnózisa, a narcisztikus személyiségzavar korrekt is lett volna, s a depresszió valóban csak másodlagosan alakult volna ki a személyiségzavar talaján, ahogyan azt Chestnut Lodge-ban állították, akkor sem volt a kezelés idején olyan kontrollcsoportos klinikai kísérlet, mely narcisztikus személyiségzavar esetén akár a pszichoterápiás, akár a gyógyszeres kezelés hatásosságát bizonyította volna. A kétségtelenül fennálló depresszió esetén sem volt olyan adat, mely a klasszikus analízis hatásossága mellett szólt volna, ezzel szemben viszont bőségesen álltak rendelkezésre bizonyítékok arra, hogy akár az ECT, akár a gyógyszeres terápia súlyos, pszichotikus depresszió esetén hatásos kezelési formák. [63]
A választott bíróság döntése tehát valójában azt jelenti, hogy ezzel megfogalmazták a betegnek a bizonyítottan hatásos kezeléshez való jogát.[64] A per így azért volt nagy jelentőségű, mert leszögezte: nem elfogadható, ha pusztán vélemények vagy a hagyomány, s nem bizonyítékok alapján választanak egy kezelési formát. Eszerint tehát mindig a bizonyítottan hatásos kezelésben kell a beteget részesíteni, s ha egy kezelési forma hatásosságára nem áll rendelkezésre meggyőző tudományos bizonyíték (mint jelen esetben az analitikus terápia hatásosságára súlyos depresszió esetén), akkor nem elfogadható ezt a terápiát alkalmazni, még akkor sem, ha a szűkebb szakma--bizonyítékok nélkül, pusztán a hagyomány alapján--elfogadja ezt a kezelési formát. Ilyen esetben tehát a bíróság kényszeríti ki, hogy a továbbiakban a bizonyítékok által alátámasztott hatásos kezelésben részesítsék a betegeket. Ez főleg azokban az esetekben történhet meg, amikor egy szakmai kisebbség olyankor is ragaszkodik egy terápia alkalmazásához, amikor annak hatásosságára meggyőző tudományos bizonyíték nincs.[65]

Az egyéni pszichoterápia etikai kérdései.

A terapeuta-kliens kapcsolat asszimetrikus jellege.

Az egyéni pszichoterápia két személy közötti, diádikus kapcsolatot jelent. A terápiás térben a betegen és a terapeután kívül senki más nincs jelen, sem megfigyelőként, sem résztvevőként.
A pszichoterapeuta-kliens kapcsolat ilyenkor szükségszerűen és kiküszöbölhetetlenül aszimmetrikus. A kliens kér segítséget, s a terápia során legszemélyesebb gondolatairól, érzéseiről kell beszélnie, legféltettebb és legszégyenletesebb titkait kell feltárnia a terápia sikere érdekében. Ez szükséges, mert a terápia sikere nagyrészt a kliens önfeltárásának a függvénye. A terapeuta részéről azonban nincs hasonló mértékű önfeltárás, tehát a kapcsolat szükségszerűen egyoldalú, s ezáltal a kliens kiszolgáltatottsága nagy. Noha a pszichoterápiában általában az a vélemény, hogy a terápia kimeneteléért, végeredményéért a terapeuta és a kliens egyenlő mértékben felelős, a fenti asszimetria miatt ez nehezen védhető álláspont. Mivel a terapeuta a szakember, s a terápia feltételeit nagyrészt ő határozza meg, ezért e terápia eredményéért nagyobb felelősséggel tartozik, mint a kliens.[66]

A beteg remoralizálása

Van, aki úgy írja le a pszichoterápia folyamatát, hogy az egyben a beteg remoralizálásának a folyamata is. A beteg "demoralizáltan" érkezik a terápiába: elvesztette hitét, hogy segíteni tud magán, hogy problémáit meg tudja oldani, vagy hogy azok egyáltalán megoldhatók. A terapeuta ezt a folyamatot fordítja vissza, visszaadja a beteg hitét abban, hogy ura lehet saját sorsának, életének. Ennek kapcsán nem az "igazság" megtalálása a lényeges, mert a terapeuta—értelmezéseivel, magyarázataival, szelektív figyelmével, megjegyzéseivel—nem szükségszerűen az igazságot fedezi fel. Egy beteg problémáinak az értelmezésére s megoldására általában nem egyetlen út van, s így nincs egyetlen igazság sem. A terapeuta tehát nem abban segít, hogy a beteg megtalálja az igazságot, a végső megoldást élete minden kérdésére, hanem abban, hogy az addig kaotikusnak tűnő élményeibe egyfajta értelmet, jelentést vigyen. [67]

A keretek betartásának jelentősége.

"Tarts rendet, és a rend megtart téged."—szól a jól ismert bölcsesség. Pszichoterápiás kapcsolatban ezt úgy módosíthatnánk, hogy "Tartsd be a pszichoterápiás kereteket, s a keretek fenntartják az egészséges terápiás kapcsolatot." A beteg kiszolgáltatottságát ugyanis nemcsak betegsége, érzelmi állapota okozza, hanem az is, hogy a terapeuta egész képzése arról szól, hogyan kell másokat meghallgatni, arra empatikusan reagálni, hogyan kell a betegben a "megértve és elfogadva lenni" élményét felkelteni.[68] Mivel ez a képesség nagy bizalmat ébreszt a kliensben, sokan úgy fogalmaznak, hogy a pszichoterapeuta képzés—akaratlanul is—a legjobb módszer a csábítás művészetének a megtanulására[69]. Azt is mondhatnánk, hogy minden jó terapeuta potenciálisan egy professzionális csábító. Ez természetesen fokozott felelősséget jelent a részéről. A terápia során a beteg addig soha nem tapasztalt megértést élhet át, úgy érezheti, hogy olyan közeli kapcsolatba került egy másik emberrel, mint talán még soha. Betegségén kívül ez még tovább növeli kiszolgáltatottságát. Ezért szerepel hangsúlyozottan a pszichoterápiás etikai kódexekben a beteggel való szexuális kapcsolat tilalma (még a terápia befejeződése után is), s az a követelmény, hogy a pszichoterápiás kapcsolat mellett ne jöjjön létre egyéb (pl. üzleti) kapcsolat a terapeuta és a kliens között. A kliens--kiszolgáltatottsága miatt--ugyanis ezekben a kapcsolatokban nem tudná megfelelően képviselni a saját érdekeit. Másfelől a terápiás keretek mellett a más jellegű kapcsolat egyidejű fennállása megszüntetné a terapeuta semlegességét. Őt is érdekeltté tenné (pl. üzletileg) a kapcsolat fenntartásában, s ezáltal a beteggel kapcsolatos tényked̄ései már nemcsak a beteg érdekét szolgálnák, hanem a sajátjáét is. Ennek a beteg kezelése szempontjából általában nagyon súlyos következményei vannak. A pszichoterápia alapvető szabálya ugyanis, hogy a terápiás beavatkozásnak a beteg és nem a terapeuta érdekét kell szolgálnia. Ez nagyon nagy önfegyelmet követel meg a terapeutától. Egy szupervízor megfogalmazása szerint, ha a kliens azt mondja a terapeutájának, hogy ő egy fasiszta, annak képesnek kell lenni arra, hogy megkérdezze: milyen módon vagyok fasiszta? Ez a kérdés ugyanis a kliens érdekét szolgálja, míg a terapeuta védekezése, hogy ő nem is fasiszta a terapeuta érdekét szolgálná.[70] A

keretek megsértése két tipikus formája a klienssel való szexuális kapcsolat, s a klienssel létrehozott egyéb kettős kapcsolat kiépítése. Ezért ezt a két formát részletesebben is tárgyaljuk.

A klienssel való szexuális kapcsolat.

Érdekes módon a II. Világháború utáni időkig a klienssel való szexuális kapcsolatot nem tekintették túlságosan komoly etikai vétségnek. Jól ismert Freud meglehetősen elnéző attitűdje Junggal kapcsolatban, akinek szexuális kapcsolata volt egyik betegével, Sabrina Spielrein-el,[71] s valószínűsíthető, hogy Ferenczinek is volt szexuális kapcsolata betegeivel.[72] Csak a 60-as évektől kezdve kezdték a klienssel való szexuális kapcsolatot súlyos etikai vétségnek, illetve néhány országban bűncselekménynek tekinteni, s nemcsak abban az esetben, ha a kliens még terápiában van, hanem a terápia befejeződése után is.
Természetesen amikor a terapeuta túllép a kereteken, sokszor érzi úgy, hogy ezt a beteg érdekében teszi. A betegeikkel szexuális kapcsolatba lépő terapeuták például néha úgy érvelnek, hogy a szexuális kapcsolattal azt szerették volna elérni, hogy a beteg önértékelése, elfogadottság-érzése növekedjen, s hogy így kiküszöbölhetők legyenek a szexualitással, saját vonzerejével, kívánatosságával kapcsolatos torzításai, tévhiedelmei. Mindezek természetesen racionalizációk, hiszen—mint felhívták rá a figyelmet—ez hihetőbb lenne, ha a férfi terapeuták idősebb, nem-vonzó nőbetegeikkel kerülnének szexuális kapcsolatba. Azonban általában nem ez a helyzet, hiszen az ilyen betegek legtöbbször fiatal, vonzó nők, tehát nyilvánvaló hogy a szexuális kapcsolat motivációja ilyenkor a terapeuta, s nem a beteg érdeke.[73]
A terapeuta és a beteg között a szülő-gyerek jellegű kapcsolat jön létre az indulatáttétel jelensége miatt. Ezért pszichodinamikailag a beteggel való szexuális kapcsolat incesztuózus viszonynak tekinthető. S szülő-gyerek incesztuózus viszony esetén is képtelenségnek tartanánk egy olyan érvelést, hogy a szülő azért lépett szexuális kapcsolatba a gyerekével, mert annak érzelmi és szexuális érése szempontjából erre szüksége volt. Ez a hasonlat egyben azt is magyarázza, hogy miért tekintik a terapeuta-kliens szexuális kapcsolatot etikátlannak a terápia befejezése után is. Az indulatáttétel jelensége miatt ugyanis ez hasonló lenne ahhoz, mint amikor a szülő a gyermek felnőtté válása és otthonról való elköltözése után lépne szexuális kapcsolatba a gyerekével. Ez utóbbi sem elfogadható.[74]
Ezek alapján a terapeuta-kliens szexuális kapcsolatot egyfajta szexuális bántalmazásnak, visszaélésnek lehet tekinteni a beteg beleegyezése esetén is, mert voltaképpen nem más, mint visszaélés a beteg érzelmi kiszolgáltatottságával egy olyan személy részéről, akinek feladta a beteg érdekeinek a védelme lenne.[75]
Ugyanakkor látni kell, hogy a klienssel való szexuális kapcsolat—bármennyire elítélendő is önmagában—a legtöbb esetben nem rossz szándékból ered, s ezért az így viselkedő terapeuták nem különböznek olyan radikálisan más terapeutáktól, mint ahogyan azt hinni szeretnénk. Nem szabad tehát démonizálni az ezt elkövetőket, hanem meg kell vizsgálni, milyen motívumok vezetnek a klienssel való szexuális kapcsolathoz, hogy ezt könnyebben el lehessen kerülni. Gabbard szerint a beteggel való szexuális kapcsolat motívuma legtöbb esetben a szeretet. A terapeuta úgy érzi, hogy ha eléggé szereti a beteget, azzal képes őt meggyógyítani. Eszerint jobban kell szeretni a beteget, mint ahogyan a szülei szerették, s ez visszaállítja

vagy egyenesen létrehozza annak lelki egészségét. A beteggel való szexuális kapcsolat tehát a “furor therapeuticus” a terápiás düh, a kétségbeesett gyógyítási kísérlet egyik utolsó állomása.[76]
Gabbard véleménye az, hogy sok terapeuta sokkal több figyelmet fordít betegei életére, mint a saját szükségletei kielégítésére. Ha azonban egy terapeutának nincs magánélete, akkor—akaratlanul is—szakmájában fogja azzal kapcsolatos igényeit kielégíteni, mely a keretek fellazításához, s végül a megtöréséhez vezető legbiztosabb út. Így a terapeuta számára egyfajta etikai kötelesség az önismeret, s olyan magánélet folytatása, mely lehetőséget biztosít emocionális és szexuális szükségleteinek a terápiás kapcsolatokon kívüli kiélésére.[77]

A beteggel való egyéb kettős kapcsolat.

A kettős kapcsolat azt jelenti, hogy a terapeuta és a kliens között nem csak terápiás, hanem azzal egyidejűleg valamilyen egyéb, nem-terápiás jellegű kapcsolat is fennáll. Ilyen a fent említett szexuális kapcsolat is, de sokkal gyakoribb az üzleti, szakmai, társadalmi kapcsolat. A kettős kapcsolatok inherens problémája, hogy a terapeuta nem-terápiás jellegű érdekeltsége miatt megszűnik a terapeuta távolságtartó objektivitása, elfogulatlansága. Intervencióit ilyenkor már saját érdekei is, s nem pusztán a kliens érdekei fogják meghatározni, mely terápiásan a kliens számára hátrányos. Mivel a kettős kapcsolat felismerése nem könnyű, a terápiára gyakorolt következményei pedig katasztrofálisak, nézzünk néhány jellegzetes példát:[78]

- Egy pszichoterápiás intézményben dolgozó titkárnő munkahelyi főnökétől kér és kap pszichoterápiát. Időközben azonban egyre inkább úgy érzi, hogy munkahelyi előmenetele emiatt hátrányt szenved, mert főnöke a pszichoterápia során róla megtudott információk alapján kevésbé bízik meg benne illetve munkájában. Eredmény: a pszichoterápia megakad, s a titkárnő és a főnöke közti munkahelyi kapcsolat is kárt szenved.
- Egy pszichoterápián részt vevő beteg meghívja terapeutáját és annak feleségét az üdülőjükbe. Ők a meghívást el is fogadják. A hétvége jól sikerül, s ezért a beteg és férje, illetve a terapeuta és felesége közös összejövetelei folytatódnak. Közben azonban a beteg egyre kevésbé tudja őszintén elmondani a problémáit a terapeutának, azt állítva, hogy azok nagyrészt megoldódtak, s vele voltaképpen minden rendben van. Mikor a terapeuta konfrontálja a beteget azzal, hogy a terápia megrekedt, a beteg bevallja, hogy képtelen problémáit őszintén elmondani neki, mert attól tart, hogy ezzel elveszítené a barátságát, s a számára annyira értékes hétvégi baráti összejöveteleket.
- Egy terapeuta hobbija a macskatenyésztés, s legtöbb hétvégéjét macskakiállításokon tölti. Betegei jelentős része is a macskatenyésztők közül kerül ki. A terápiás ülések előtti és utáni időkben betegeivel legtöbbször a macskatenyésztéssel, s a kiállításokkal kapcsolatos témákról beszél. Volt, hogy ígéretes macskakölyköket adott el egy-egy betegének, azonban ebből többször is problémája lett. Egyszer egy betege, akinek a terápiája megakadt, azzal vádolta meg, hogy nem is törődik az ő problémájával, hanem a terápiát pusztán eszköznek használja arra, hogy vevőket találjon az általa tenyésztett drága macskakölykök számára. Egy másik betege pedig arról panaszkodott, hogy

becsapta őt, mert a drága pénzen megvett macskakölyök végül egyetlen díjat sem nyert. Úgy vélte, hogy ha a terapeuta ennyire megbízhatatlan, mint macskatenyésztő, akkor pszichoterapeutának sem lehet jó.

- A terapeuta és az ügyvéd egy összejövetelen találkoztak. Az ügyvéd--személyes, pszichológiai problémái miatt--egyre nehezebben tudta folytatni a praxisát, a terapeuta pedig éppen viharos válópere miatt volt bajban és jogi segítségre szorult. Megbeszélték, hogy segítenek egymásnak. A terapeuta pszichoterápiában részesíti az ügyvédet, az pedig cserében képviseli őt a válóperben. A terápia azonban nagyon rosszul végződött. Az ügyvéd nagyon nehéz betegnek bizonyult, ugyanakkor a terapeuta úgy érezte, hogy nem is képviseli az ügyét elég jól, s emiatt a válóperben nagyon rosszul fog járni. Végül az ügyvéd panaszt nyújtott be az etikai bizottságnál a terapeuta ellen, azt állítva, hogy nem megfelelő színvonalú terápiában részesült, mert a terapeuta az ülések alatt dühös volt rá, s állandóan szidta lassú előrehaladása miatt.
- Egy terapeuta megegyezett egy festővel abban, hogy ingyenes pszichoterápiában részesíti annak tizenéves lányát, cserébe azért, hogy a festő kifesti a lakását. A terapeuta összesen 6 alkalommal találkozott a lánnyal, s akkor befejezettnek nyilvánította a terápiát. A festő ezt kifogásolta, mert úgy érezte, rossz üzletet kötött. A lakás festésének a piaci ára ugyanis kb. 300000 Ft lett volna. Így a 6 pszichoterápiás ülésért ő voltaképpen 300000 Ft-ot fizetett, ami ülésenként 50000 Ft-os díjnak felel meg, holott a pszichoterápia óradíja 8000 Ft-nál nem nagyobb. Így a festő becsapva érezte magát, mert véleménye szerint hatszoros óradíjat fizetett a terapeutának. A terapeuta viszont úgy érezte, becsületesen járt el, hiszen megoldotta a lány problémáját, s az egyezség során szolgáltatást cseréltek szolgáltatásra, s nem pénzt pénzre.

A fenti példákból látható, hogy a kettős kapcsolat a keretek fellazításával tönkreteszi a terapeuta-kliens viszonyt. Ha a terapeuta nem csak a kliens terapeutája, hanem üzletfele, barátja, munkaadója, stb., akkor egyéb irányú érdekeltsége lehetetlenné teszi a terápiához szükséges elfogulatlan, csak a kliens érdekeit szem előtt tartó viszonyulást. A kettős kapcsolat a klienst nem csak azért károsítja, mert így valószínűleg rosszabb terápiában részesül, hanem azért is, mert a terapeuta-kliens viszony asszimetrikus volta miatt a másik kapcsolatban nem fogja tudni érdekeit megfelelően képviselni. Így kizsákmányoltnak fogja érezni magát, s sokszor valóban ki is zsákmányolják. Ugyanakkor az ilyen esetben szokásos jogi és egyéb kártérítési lehetőségek is kevésbé állnak a kliens rendelkezésére ilyenkor, hiszen a terapeuta annak legféltettebb titkait, takargatott gyengeségeit is ismeri, s így hatékonyan tud védekezni ellene, továbbá mindig alkalmazható „fogás”, hogy a kliens pszichopatológiájával magyarázhatja annak panaszait. Ez a gyakorlatban nagyon gyakran fordul elő. [79]

A keretek fellazításának egyéb esetei.

Ennek sokféle formája lehet, s a gyakorlatban ezért nehéz észrevenni. Ilyen lehet, mikor a fizetni nem tudó beteg valamilyen szolgáltatással fizet a terapeutának (pl. hetente kitakarítja annak rendelőjét, visszaviszi a könyvtárba annak kölcsönzött könyveit, terápiára jövet ebédet hoz neki egy gyorsétteremből, stb.[80]) A keretek

fellazítását jelentheti a terapeuta által viselt csábító ruha, vagy ha a beteg által viselt csábító ruha hatására a terapeuta elmondja a betegnek az ezzel kapcsolatos szexuális fantáziáit. [81]
Az is a keretek súlyos és etikátlan megszegése, ha a terapeuta a betegtől megtudott információkat személyes előnyök szerzésére használja fel. Például tőzsdei befektetéseit tőzsdeügynök betege adta információkra alapozza, s így komoly haszonra tesz szert, ingatlanvásárlását ingatlanügynökségen dolgozó betege tanácsa alapján végzi, stb.[82]
Gutheil és Gabbard még a beteg keresztnéven való megszólítását is sokszor a keretek fellazításának minősítik. Érvelésük szerint ugyanis ha a terapeuta a kliens keresztnevét használja, ezzel--ha ez kölcsönös--azt a hamis látszatot kelti, mintha köztük baráti kapcsolat lenne. Ha viszont a keresztnév használata nem kölcsönös, ez a beteget infantilizálja. Ilyenkor ugyanis úgy szólítják őt, ahogyan gyerekkorában szülei szólították, s ezzel áttétel kialakulását serkentik olyankor is, amikor ez nem kívánatos. További probléma ilyenkor, hogy ezzel a beteg gyermeki, éretlenebb énjét hívják elő, holott a terápia célja a beteg érettebb, felnőtt ego-jával való terápiás szövetség kialakítása. Paradoxon--tartják a szerzők--hogy felnőtt viselkedést várunk valakitől, akit gyerekként szólítunk meg, úgy, ahogy tanárai hívták az iskolában.
Ha a beteget a vezetéknevén szólítják meg, ezzel a kapcsolat hivatalos, munka-jellegét hangsúlyozzák. Ez a beteg felnőtt énjét hívja elő, melynek terápiás jelentősége is van. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy a vezetéknév használata formális, a terapeuta távolságtartását sugallja. Így itt ideális megoldást nehéz találni.[83]
Noha sokan a beteg megszólítását nem tekintik lényeges kérdésnek, nem szabad elfelejteni, hogy egy ember méltóságának a tisztelete, autonómiájának a helyreállítása—különösen egy kórházi osztályon—a vele való kommunikáció apró mozzanataiban valósul meg. Mivel a megszólítás naponta többször is ismétlődik, s az apró hatások összeadódnak, ezért az ilyen látszólagos apróságok komoly hatást gyakorolnak a beteg önbecsülésére. Grant és Briscoe említik annak az idős középiskolai tanárnak az esetét, aki felsége halála miatt súlyos depresszión esett át, s emiatt hospitalizációra szorult. A tanítványai részéről a tanár megszokta a „tanár úr” megszólítást. A kórházban azonban az egyik fiatal nővér—aki az orrában olyan karikát viselt, melyet abban az iskolában, ahol a tanár úr tanított, soha nem engedtek volna a diákoknak viselni, s aki majdnem olyan korú volt, mint a tanár diákjai voltak, a tanárt egyszerűen Tamásnak szólította. Az idős tanár, aki soha nem tapasztalta hogy diákjai egyszerűen a keresztnevén szólítják, mélyen megalázottnak érezte magát. A Tamás megszólítás ugyanis nem vette figyelembe a beteg kulturális és társadalmi hátterét, mely személyisége részét képezte, s ezért nem tartotta tiszteletben emberi méltóságát. [84] Sok hasonló példát lehetne idézni, mindegyiknek a lényege azonban az, hogy a másik ember méltóságának a tisztelete az érintkezés ilyen apróságaiban is megnyilvánul, s ezért erre különös gonddal kell figyelni. A leghelyesebb ezért—akár kórházi osztályon, akár pszichoterápiában—a bemutatkozó találkozáson tisztázni, hogyan szeretné a beteg, ha megszólítanák, s ezt tiszteletben tartani.

A csoportterápia etikai kérdései.

A csoportterápia során bizonyos etikai kérdések más hangsúllyal jelentkeznek, mint az egyéni terápiában. Csoportban a kölcsönös függés a jellemző. A csoport hat az egyénre, de az egyén is hat a többiekre. Így kevésbé asszimetrikus a kapcsolat, mint az egyéni terápia során.[85] A csoportterápia fontos sajátossága az is, hogy a csoporttagok nem szakemberek. Így interakcióik során őket nem kötik sem szakmai szabályok sem a szakember számára kötelező etikai normák. Mindez a csoport működését, s egyénre gyakorolt hatását nehezebben megjósolhatóvá teszi, s bár a jó csoportvezetés tompíthatja a csoport esetleges káros, traumatizáló hatását, azt nem zárhatja ki. A titoktartás például csoportban sokkal kevésbé garantálható, mint egyéni terápia során. [86] Terjedelmi korlátok miatt nem tárgyalhatom a különböző önsegítő csoportok működése által felvetett etikai kérdéseket, noha ezek nagy száma az ilyen vizsgálódásokat is egyre fontosabbá teszi.[87]

A beteg pszichológia bántalmazása a csoportterápia során

A csoportterápia keretei a csoportvezető részére tág lehetőséget adnak olyan terápiás technikák alkalmazására, melyek—bizonyos csoportfolyamatok beindításával—a beteg pszichológiai bántalmazásához vezethetnek. Ennek számos kirívó példája is van, a gyakorlatban azonban a kevésbé kirívó példák sokkal gyakoribbak. Fel lehet szólítani például a csoporttagokat arra, hogy mondják meg nyilvánosan, ki a legellenszenvesebb a csoportban, ki a legcsúnyább, a legbutább, rangsorolják egymást fontosság szerint, stb.[88] Ezek a technikák komoly szorongást provokálnak a csoportban és kétségtelenül beindítják a csoporttagok közötti kommunikációt. Ezeket a módszereket racionalizálni is lehet azzal, hogy a gyógyulás vagy önismeret szenvedés és fájdalmas szembesülések nélkül nem lehetséges, hogy a beteg javulásához a szenvedés optimális szinten tartása, a megfelelő szenvedésnyomás biztosítása is szükséges. Az eredmény azonban legtöbbször nem a javulás, hanem a vulnerábilisabb csoporttagok súlyos pszichológiai sérülése. Például a csoportvezető felszólíthatja a csoporttagokat, hogy mindenkiről mondjanak egy jó és egy rossz tulajdonságot. Ennek ürügye alatt egyes csoporttagok egyszerű sértéseket vághatnak a másik fejéhez, mely--ha az illető megsértődik-- újabb bizonyítéka lesz annak, hogy nem működik együtt, nem tartja be a szabályokat., stb.[89] Az ilyen jellemzések--természetükből adódóan--nem cáfolhatók, s ezért alkalmasak rá, hogy alattomosan "befeketítsenek" valakit mások és saját maga előtt. Néha egyfajta önmegvalósító proféciaként működnek. Például valakiről azt mondják, hogy ő állandóan vitatkozik, másokon uralkodni akar, mindig övé kell legyen az utolsó szó, mindig úgy érzi, hogy neki van igaza. Ha az így "megvádolt" ebbe belenyugszik, ő is elismerte a vádat, tehát igaz. Ha nem nyugszik bele, hanem érvel ellene, máris bizonyította a vád igazát. Ha valakiről bármi sértő igazságtalanságot mondanak, s ő ettől ideges, dühös, megbántott lesz, és ezt kifejezésre is juttatja, könnyen megkaphatja, hogy feldúltsága, érzelmi bevonódása éppen a jellemzés igazságát bizonyítja, hiszen nem bántódott volna így meg, ha a jellemzés nem lenne igaz. Az ilyen vádakat tehát csoportban szinte lehetetlen cáfolni, a legjobb, amit tehet az illető, hogy látszólag elfogadja, ezt azonban a többiek beismerésnek és az eredeti “jellemzés” igazsága bizonyítékának tekinthetik. A jelenség furcsa logikája, hogy ezeket az érveléseket a gyanútlan, kis énerővel rendelkező "áldozat" a csoportnyomás hatására el is fogadhatja, vagyis elhiheti,

hogy a róla szóló igazságtalan, rosszindulatú jellemzés valójában igaz. A csoportterápia leple alatt végbemenő pszichológiai bántalmazás tehát a koncepciós perekre emlékeztető forgatókönyvként működhet, s Lakin ennek szélsőséges formáit egyfajta „terápiás fasizmusnak" nevezi.[90]
A pszichoterápiás szakirodalomban azt szokták hangsúlyozni, hogy a csoport nagy előnye az egyéni terápiákhoz képest, hogy a csoport valóságvizsgálata nagyobb. A gyakorlatban ezt sokszor úgy értelmezik, hogy " a csoportnak mindig igaza van". Ahogyan a csoport lát egy egyént, olyan ő valójában, s nem olyan, amilyennek ő saját magát látja. A valóságban azonban sok tényező (nem utolsósorban a csoportvezető viselkedése) befolyásolhatja a csoport véleményét egy adott csoporttaggal kapcsolatban, s korántsem biztos, hogy a többségnek igaza van. Az igazság nem szótöbbség kérdése csoportszinten sem. A fenti mechanizmusok azonban biztosítják, hogy a csoport igazságtalan vádjait egy csoporttaggal szemben--a csoport nagyobb valóságvizsgálata tanának megfelelően, „a csoportnak mindig igaza van" logikája szerint-- a csoporttagra rákényszerítsék, vonakodását, ellenkezését a jellemzés igazsága jeleként értelmezzék, majd végül az igazságtalan vádat a csoporttaggal elfogadtassák. Tehát bármilyen abszurd, képtelen vád igazának az elismerésére is rákényszeríthető a nem eléggé magabiztos csoporttag, ahogyan a koncepciós perek is akkor számítottak sikeresnek, ha maga a „bűnös" is nemcsak nyilvánosan elismerte, de szubjektíve is elfogadta saját bűnösségét. Természetesen kellő csoportvezetői tapasztalattal és figyelemmel ezek a hibák elkerülhetők. Ezek előfordulásának veszélye azonban nem elhanyagolható, s ez komoly etikai problémát jelent.

A csoportnyomás kényszerítő hatása

Csoportterápia során gyakran az is előfordul, hogy a csoport egy tagja valamilyen negatív érzését fejezi ki élete fontos szereplői, pl. a szülei ellen. Ehhez mások is csatlakozhatnak, s ez felerősítheti a csoport tagjainak ilyen jellegű érzéseit. Ilyenkor nagy a nyomás, hogy mindenki számoljon be hasonló érzéseiről, pl. a fenti esetben a szülőkkel kapcsolatos ellenérzéseiről, esetleges gyűlöletéről. Ha valaki ilyenkor azt mondja, hogy őbenne nincsenek ilyen érzések, könnyen az a vád érheti, hogy vannak, de ezekkel nem néz szembe, ezeket elhárítja, illetve ha valóban nincsenek, akkor ez nem is normális. Ezeket a vélekedéseket néha a csoportvezető is táplálja. A csoport konformitást megkövetelő nyomása tehát olyan "vallomások" megtételére kényszerítheti ilyenkor az egyént, mely nem a saját élményeit fejezi ki. Ha pedig nem tesz ilyen vallomást, implicit vagy explicit elítélésben részesül. Mindez nagyon komoly csapda, s a csoportvezetőtől komoly odafigyelést kíván, hogy a csoport ilyen irányú nyomását ne támogassa maga is.[91]

A titoktartás kérdései csoportban.

Csoportban soha nem garantálható olyan mértékű titoktartás, mint az egyéni terápia során. A csoporttagokat ugyanis--mint már említettük--nem köti etikai kódex. De még a terapeuta részéről is jelentkezik etikai probléma abban az esetben, ha korábbi egyéni betegei vesznek részt az általa vezetett csoportterápiában. Ilyenkor ugyanis nehéz elkülöníteni, hogy mely információk azok, melyeket egy beteg a terapeutának

négyszemközt mondott el, s melyek azok, melyeket a csoportban tudott meg róla. Ha olyan információk alapján értelmezi a beteg viselkedését, melyeket ő egyénileg közölt a terapeutával, akkor akaratlanul is a titoktartási kötelességét sérti meg.[92]

A családterápia etikai kérdései.

Általános kérdések.

Ma számos pár- és családterápiás irányzat létezik. Ezek jelentősen eltérnek egymástól abban, hogy mi alkotja a család patológiás működésének a lényegét, mi az azt megszüntetni kívánó terápiás cél, illetve mi a célhoz vezető hatékony módszer. Ugyanakkor a legtöbb irányzat egyetért abban, hogy a terápiának alapvetően a családtagok közötti kommunikáció megváltoztatására kell irányulnia, mert a "büntető", vagy legalábbis "nem eléggé jutalmazó" kommunikációs stílus rontja a család egészének a működését, s ezáltal az egyes családtagok funkcionálásának a színvonalát.[93] A családterápia ma egyre inkább dominánssá váló rendszerszemléletű irányzatai azt hangsúlyozzák, hogy az egyén pszichológiai megváltoztatása leghatékonyabban emberi kapcsolatainak a megváltoztatásán keresztül valósítható meg.[94]
A családterápia rendszerszemléletű irányzatait számos kritika is érte. A kritikusok általában azt hangsúlyozzák, hogy ez a megközelítés két hibalehetőséget eredményezhet. Az egyik, hogy a család mint egész működését vizsgálva elhanyagoljuk a családtagok, mint egyének vizsgálatát, az egyéni patológiák (pl. egy biológiai depresszió) felismerését és kezelését, melyeknek oki szerepük lehet a család diszfunkcionális működésében. A másik lehetséges hibaforrás, hogy kizárólag a családra koncentrálva szem elől veszthetők a család működését meghatározó szélesebb környezeti-társadalmi-gazdasági tényezők. A családtagokat sújtó munkanélküliség például éppúgy kiváltója lehet családi konfliktusoknak, mint a rossz családi kommunikáció, vagy a házaspár egyik vagy mindkét tagjának származási családjából hozott rossz tárgykapcsolati minták.[95] További kritika, hogy a családterápia számos irányzata inkább elméleti spekulációkra, mint empirikusan bizonyított ismeretekre épül. Sok olyan fogalmat használnak, melynek jelentése rendkívül homályos, s terapeutáról terapeutára változó, s sok olyan technikát alkalmaznak, melyek tetszetősek ugyan, hatásosságukra azonban kevés empirikus bizonyíték van. Így sok iskola inkább egy-egy karizmatikus személy köré csoportosuló szakmai jellegű kvázi-vallásra, mint tudományos irányzatra emlékeztet.[96]

A családterápia értéksemlegességének a kérdése.

A családterápia az 1950-es években az USA-ban jött létre, s ezért implicite a mai nyugati társadalom alapvető értékeit fogadja el: a demokráciát, a fogyasztói szemléletet és a romantikus szerelem szükségességét.[97]

Az egyes családterápiás irányzatok egyetértenek abban, hogy a terapeutának érték-semleges módon kell viszonyulnia a családtagokhoz, s a család egészéhez. Ez azt jelenti, hogy nem szabad ráerőltetnie saját értékeit, véleményeit, egyéni elfogultságait a családtagokra, nem szabad ítélkeznie kliensei életstílusáról, vallási-, politikai meggyőződéséről, szexuális szokásairól, stb.[98] Az egyetértés ellenére azonban a gyakorlatban ezek a követelmények ritkán valósíthatók meg. Etikai-morális kérdések ugyanis szükségszerűen felmerülnek a családi konfliktusok során. Sok esetben az egyes családtagok által vallott értékek eltérőek, ugyanakkor az ezekben való egyetértés vagy különbség döntő jelentőségű a család egésze számára: eldönti, hogy a család együtt tud-e élni, vagy véglegesen felbomlik. A generációk közötti viszony, annak kérdése, hogy mennyi támogatást, törődést várhatnak el az idős szülők a már önálló családdal rendelkező gyerekeiktől, a férj és a feleség közötti munkamegosztás kérdése, a házastársi hűség mint követelmény, s számos egyéb kérdés alapvetően morális kérdések, melyek a családterápia során felmerülnek, s a terapeuta nem kerülheti el, hogy legalább indirekt módon állást ne foglaljon ezekben.
A családterápia megerősítheti vagy megkérdőjelezheti a nemi szerepekkel kapcsolatban létező sztereotípiákat. Ezek közül a leggyakoribbak:[99]

- Az együtt maradás a nő számára előnyösebb.
- A nő karrierje kevésbé fontos, mint a férfié.
- A gyermeknevelés, s a gyermek problémáinak a megoldása kizárólag a nő feladata.
- A nő és a férfi házasságon kívüli kapcsolata nem egyformán ítélendő meg.
- A férj szükségletei fontosabbak, mint a feleségé.

Probléma főleg akkor merül fel, amikor a házaspár egyik tagja a fenti sztereotípiákhoz ragaszkodik, a másik tagja (a nő) szeretné ezeket megkérdőjelezni. Amennyiben ilyenkor a terapeuta--hacsak indirekt módon is--a nő pártjára áll, máris megsértette a morális semlegesség elvét.[100] Ugyanakkor szinte lehetetlen ilyen kérdésben semlegesnek maradni, s nem foglalni állást. Az etikai problémát ebben az esetben nem az jelenti, hogy a terapeutának is van morális meggyőződése, vannak etikai elvei, értékei, hanem az, ha a család problémáinak tárgyalása során ezeket nem mint személyes meggyőződéseket fejti ki, hanem mint objektív, pártatlan, a tudomány által diktált értékeket.[101]
USA-beli vizsgálatok szerint a családterapeuták többsége a monogámiát, a házastársi hűséget, az altruizmust alapvető értéknek tekinti, s általában elutasítja a válást, mert úgy tartja, hogy családban élni előnyösebb a mentális egészség szempontjából, mint elválni, illetve elvált szülők gyermekeként felnőni.[102] Vannak azonban olyan terapeuták is, akik ezzel nem értenek egyet, s úgy tartják, hogy bizonyos esetekben a válás a párok számára előnyösebb, s ilyenkor nem a házasság fenntartásában kell támogatni őket, hanem a válásban. Nem mindegy, hogy a terapeuta a fentiek közül melyik álláspontot vallja a magáénak. Noha az etikai kódexek általában tiltják, hogy a terapeuta nyíltan állást foglaljon a "maradjunk-e együtt vagy váljunk el?" kérdésében, a gyakorlatban ez a követelmény sokszor alig teljesíthető. Sok pár ugyanis kifejezetten azzal a céllal kér családterápiát, hogy annak segítségével döntse el: elváljon-e vagy sem,

megmenthető-e még a házasság vagy sem. Így minden--a kapcsolatuk értékével kapcsolatos-- jelzésre, véleményre különösen érzékeny. Van olyan terapeuta, aki ilyenkor úgy érzi, hogy a döntést a pár helyett neki kell meghoznia. Akkor tartják indokoltnak a döntést a kliens helyett, ha úgy látják, hogy egy kliens házassága nagyon boldogtalan, ha már minden lehetségest megtettek ennek megjavítása érdekében, s minden ilyen kísérlet eredménytelennek bizonyult, a kliens pedig egyedül képtelen a döntés felelősségét felvállalni. Mások azonban még ilyen esetben sem tartják elfogadhatónak a terapeuta nyílt állásfoglalását a "válni vagy együtt maradni kérdésében", hiszen a terapeuta nem dönthet a kliens helyett olyan kérdésben, melynek következményeit a kliensnek kell vállalnia.[103] Ha azonban a terapeuta nem nyilvánít nyíltan véleményt, állásfoglalása ebben a kérdésben indirekt módon mégis befolyásolni fogja az általa alkalmazott kezelési stratégiát. Rendkívül nagy hatást gyakorolhat a párterápiában résztvevőkre például a terapeuta megsejthető, vagy megnyilvánulásaiból kikövetkeztethető véleménye arról, hogy egy adott házasság jó- e vagy sem.[104] Mivel ennek eldöntése nem objektív, tudományos kérdés, hanem értékek kérdése, ezért fontos, hogy a terapeuta a terápia elején tisztázza, hogy ezen értékszempontok saját egyéni, s kiküszöbölhetetlen elfogultságainak eredményei, s nem a tudomány objektív ítéletei. Vagyis fontos figyelmeztetnie a családot, hogy noha ő a terápiában szakemberként vesz részt, az általa vallott értékek már nem a tudományból levezetettek, s ezért abban nincs nagyobb szakértelme, mint bárki másnak. A legfőbb veszély ezekben a kérdésekben az, hogy a terapeuta--legtöbbször öntudatlanul--rákényszeríti saját értékeit, elfogultságait a családra, vagy annak egyes tagjaira.[105]
Az etikai szemlélet fontosságát leginkább Böszörményi-Nagy Iván kontextuális családterápiás irányzata hangsúlyozza. Ő a család mint rendszer egészségének lényegét a kapcsolat etikájában látja, s úgy tekinti, hogy a patológia éppen akkor jön létre, amikor ez a kapcsolati etika megtörik, s az „érzelmek főkönyve", az érzelmi tartozik és követel egyensúlya, a reciprocitás elve csorbát szenved.
Eme irányzat szerint a jó családban az előnyök és a hátrányok igazságosan vannak elosztva, a múltbeli igazságtalanságok ellensúlyozása megtörténik. Ha a múltbeli igazságtalanságokat figyelmen kívül hagyják, akkor ezek tudattalan kompenzálására etikailag rossz megoldások születnek, melyek a patológia lényegét jelenthetik: az egyik családtag destruktív módon feljogosítva érezheti magát, hogy más—ártatlan--családtagokkal igazságtalanul bánjon. [106]A családi-kapcsolati etika helyreállítása tehát Böszörményi-Nagy koncepciója szerint a családi patológia megszüntetésének nélkülözhetetlen feltétele, s egyben a családterápia fő feladata. Látható tehát, hogy ez az irányzat nagyon tudatosan és explicit módon képvisel bizonyos etikai értékeket, melynek átadását a terápia fontos részének tekinti.
A modern feminista családterápia is a terápia integráns részének tekinti a terapeuta által vallott etikai elveket, s számos kritikát fogalmaz meg a mai családterápia uralkodó irányzatai ellen. A főbb kritikák a következők:[107]

- A családterapeuták számára hagyományosan előírás, hogy a családtagokkal szemben elfogulatlan, empatikus, nem-ítélkező, egyik felet sem előnyben részesítő alapállást kell elfoglalni. Emiatt viszont a terapeuta általában nyíltan nem ítéli el, ha erőszakos, másokkal visszaélő magatartást tapasztal egy

családtag részéről. Ezt azonban a család az agresszor családtag viselkedésének hallgatólagos elfogadásaként értelmezheti.

- A családterápia ma domináns rendszerszemléletű irányzatai a nők és a gyerekek családban való bántalmazását illetően alapvetően hamis szemléletet sugallnak. A rendszerszemléletben uralkodó cirkuláris okság elve szerint ugyanis minden, a családban történő esemény az abban résztvevő személyek kölcsönös akcióinak a terméke, s így mindenki egyenlően osztozik a felelősségben mindazért, ami a családban történik. Ez a felfogás nem veszi figyelembe, a férfi és a nő illetve a felnőtt és a gyerek közötti méretbeli, fizikai erőbeli különbséget, mely fizikai agresszió esetén alapvető. Vagyis—ellentétben a rendszerszemlélettel—itt igenis lineáris és nem cirkuláris oksággal állunk szemben, vagyis a bántalmazó családtag jobban felelős a bántalmazásért, mint a szenvedő alany.

A családtagok közötti érdekkonfliktusok.

Családterápia esetén a terapeutának az egész család, s így a család minden tagja a kliense. Az egyes családtagoknak azonban eltérő érdekeik lehetnek, s általában családterápiára éppen azért kerül sor, mert ezen érdekeiket a családtagok nem tudják összebékíteni. A családterapeuta fontos etikai kötelessége ilyenkor, hogy az egyik családtag javulása ne a másik rovására történjék.[108] Noha a pszichoterápia minden formájánál jelentkező lehetőség, hogy az abban részt vevő beteg gyógyulása vagy javulása pszichológiailag hátrányosan érinthet a környezetében másokat, ennek mérlegelése a családterápiában a terapeuta különösen fontos kötelessége, mert ő a család egészének az egészségéért is felelős, sőt, ennek biztosítása voltaképpen legfontosabb feladata. A családterápiát éppen az teszi a pszichoterápiák közül talán a legnehezebbé, hogy a terapeutától rendkívül komplex készségeket követel. A jó családterapeutának nemcsak pszichológiai ismeretekkel és kommunikációs készséggel, hanem etikai érzékenységgel is kell rendelkeznie, hiszen intervenciói során állandóan egyensúlyoznia kell a családtagok mint egyének érdekei, s a család egészének érdeke között. S mindezt általában "felforrósodott" légkörben, vádak és viszontvádak kereszttüzében kell megtennie.[109]

A tájékozott beleegyezés kérdése családterápia során.

A tájékozott beleegyezés elve azt követeli meg, hogy a kliens úgy adja beleegyezését a terápiába, hogy annak megkezdése előtt tájékoztatást kap annak jellegéről, folyamatáról, alternatíváiról, előnyeiről és kockázatairól. Családterápia esetén a következő információk közlése szükséges a tájékozott beleegyezés biztosítása érdekében:[110]

- A terápia céljának, módszerének ismertetése.
- A terapeuta képzettségének, s a terápiás folyamatban játszott szerepének az ismertetése.
- A terápia várható hasznának, kockázatainak és kényelmetlenségeinek az ismertetése.
- A probléma megoldására alkalmas egyéb kezelési alternatívák ismertetése.
- Annak megértetése, hogy bárki bármikor szabadon kiléphet a terápiából.

Minden pszichoterápia alapvető etikai problémája, hogy a kliens javulása, érdekeinek védelme másvalaki számára hátrányos lehet. Ami a kliens számára előnyös, azt esetleg a környezetéből valaki magára nézve hátrányosnak fogja érezni. Ez a probléma azonban a legélesebben a családterápiában jelentkezik, ahol a családtagok érdekei oly szorosan összefonódnak, hogy a családi egyensúly megváltoztatása--mégha az patológiás egyensúly volt is--a család egyes tagjait a korábbinál hátrányosabb helyzetbe hozhatja. Etikai kérdés ilyenkor, hogy ez a tájékozott beleegyezés elnyerésekor milyen módon és milyen mértékig kerülhet közlésre, s az ezzel kapcsolatos teljes tájékoztatás nem vezet-e oda, hogy a terápia által érdekeiben valószínűleg hátrányosabban érintett családtag nem fog részt venni a terápiában, lehetetlenné téve ezzel az egész terápia működését. Mivel a családtagoknak külön-külön a terápia egészére kevesebb befolyásuk van, mint egyéni terápia esetén, a tájékoztatásnak ki kell terjednie arra is, hogy a terápia esetleg a család egyes tagjai számára nemkívánatos eredményhez is vezethet. (pl. válás, a családon belüli hatalmi viszonyok megváltozása, stb.)[111]

A kérdés sokszor még élesebben is felvetődik. Ha a családterápia során gyerekbántalmazásra, gyerekkel kapcsolatos szexuális visszaélésre derül fény, a terapeuta nem maradhat közömbös. Fel kell lépnie a veszélyeztetett gyermek érdekében. Etikailag azonban ilyenkor a tájékozott beleegyezésnek--a terápia kezdetén-- ki kell terjednie arra is, hogy a család tudomást szerezzen róla: bizonyos esetekben a terapeuta nem maradhat az események passzív szemlélője, hanem a jog által is megkövetelten fel kell lépnie pl. a szexuálisan bántalmazott gyermek érdekében.[112] Noha a gyermekbántalmazás szélsőséges esetet jelent, az ezzel járó etikai probléma a családterápia során általános. A terapeutának--noha alapvetően a család mint egész érdekét kell szem előtt tartania-- bizonyos esetekben fel kell lépnie a szélsőségesen kedvezőtlen helyzetű családtag érdekében. Olyan eset is lehetséges, amikor a terapeuta kötelessége lehet egy különösen rossz helyzetű, érdekei védelmére képtelen családtag családból való “kiszabadítása”, vagy az onnan való szabadulási kísérletének a támogatása. Ezzel a családterapeuta magát az eredeti családot szünteti meg. Erre azonban szerencsére csak ritkán van szükség.[113]

A tájékozott beleegyezés követelményeinek a megvalósítása nehézséget okoz olyan terápiák esetén (pl. stratégiás irányzatú családterápia), amelynél előszeretettel alkalmaznak paradox instrukciókat. Ezek hatásosságát ugyanis a teljes tájékoztatás csökkentené vagy megszüntetné. Vannak olyan terapeuták, akik részben emiatt a paradox instrukciók alkalmazását a családterápiában etikailag problematikusnak tartják, s nem alkalmazzák. Ilyen pl. Böszörményi Nagy Iván kontextuális családterápiás irányzata.

Mivel általában nem mindegyik családtag egyformán kész a családterápiában való részvételre, vannak, akik lehetővé teszik a vonakodó családtagnak, hogy kezdetben csak egyszerű megfigyelőként vegyen részt a családterápiás üléseken. Ezáltal lehetősége lesz a terápiát folyamatában megfigyelni, s tájékozottan dönteni a részvételről. A tájékoztatáshoz tartozik ilyenkor az is, hogy ha ő mégis elutasítja a terápiában való részvételt, a család többi tagja azonban részt vesz benne, akkor a család mint egész változása az ő távolmaradása ellenére is valószínű.[114]

Vannak olyan terapeuták, akik a fentieket nem teszik lehetővé, vagyis a családterápiát csak a család minden tagjának jelenléte esetén vállalják. Ez azt jelenti, hogy egyetlen családtag részvételt elutasító döntése meghiúsítja a terápiát, illetve ha a terápia folyamata alatt egyetlen családtag is kiválik a terápiából, ez a terápia végét jelenti az egész család számára. Ez egyben egyfajta kényszert is jelent a vonakodó családtag számára a részvételre. Ha a terapeuta ezt a gyakorlatot követi, akkor kötelessége tájékoztatni a családot, hogy nem minden terapeutának ez a gyakorlata, s meg kell adnia olyan terapeuták elérhetőségét, akik vállalják a családterápiát a család egy-egy tagjának a részvétele nélkül is.[115]
Sok terapeuta vallja azt az elvet, hogy a családterápia elkezdésének feltétele minden házasságon kívüli kapcsolat lezárása. Ennek indoka az, hogy csak ebben az esetben várható, hogy a pár kellő elkötelezettséggel dolgozzon a házasság megjavításán. Ha a terapeuta ezt a feltételt szabja, ennek világos közlése is a tájékoztatás részét kell képezze[116], s az is, hogy mit fog tenni, ha tudomást szerez az egyik fél továbbra is fenntartott házasságon kívüli kapcsolatáról.
Noha igaz, hogy a családterapeuta alapvetően a család egészéért felelős, s a család egészének interakciós mintáit kívánja megváltoztatni, előfordulhat azonban , hogy a család problémáit alapvetően az egyik családtag patológiája okozza. Ilyenkor az ő viselkedésének a megváltoztatásán keresztül vezet az út a család egésze légkörének a javításához. Ha ez a helyzet, akkor ezt világosan meg kell mondani az érintett családtagnak, nehogy az a téves elképzelés alakuljon ki benne, hogy kölcsönösen mindenki változni fog a terápia során, nemcsak ő.[117]

A titoktartás problémája a családterápiában.

A családterápiában a titoktartással kapcsolatban két fő “iskola” létezik. Az egyik úgy tekinti, hogy a titoktartás szabályai a családterápiában ugyanazok, mint a kétszemélyes terápiás helyzetekben. A terapeuta négyszemközti üléseket is folytat a családtagokkal, s így olyan információkat is megismer, melyeket az adott családtag nem óhajt közölni a család többi tagjával. A terapeuta ezen egyéni “titkok” megismerésével jobban megérti a család működését, s arra törekszik, hogy a terápia előrehaladtával ezek a titkok feltárhatók legyenek. Ha azonban erre egy családtag nem hajlandó, a terapeuta ezt tiszteletben tartja, s a közös üléseken a titkot megőrzi.[118]
A másik “iskola” abból indul ki, hogy a családtagokkal szemben nem köti titoktartási kötelezettség, s ezért bármit megtud a család egyik tagjától, azt elmondhatja a többieknek is, ha attól terápiás hasznot remél. Általában azonban kerüli a családtagokkal való négyszemközti beszélgetést, hogy így minimalizálja a lehetőségét annak, hogy olyan titok birtokába jusson, melynek a család egésze felé való felfedése problematikus lehet.[119]
Bármelyik iskolához tartozik is a terapeuta, a terápia elején világossá kell tennie, hogy hogyan fog viszonyulni a titoktartás kérdéséhez a terápia során. Ezáltal a családtagok ennek az információnak a birtokában dönthetnek arról, hogy mit mondanak el neki.
Különösen nehéz a titoktartás kérdése akkor, amikor egy terapeuta kezdetben egyéni terápiát folytat egy klienssel, majd ez később átalakul családterápiává. Hogyan viszonyuljon a terapeuta a kliens korábbi közléseihez, melyet ő még az

egyéni terápia során tett?[120] Ilyenkor nyilvánvalóan a terápia egyéni részére ugyanaz a titoktartási kötelezettség vonatkozik, mint ami bármely más egyéni terápiás kapcsolatra jellemző. Nehézség inkább akkor merül fel, amikor a kliens engedélyt ad arra, hogy a terapeuta az egyéni terápia során tőle nyert információkat a családtagokkal megossza. Nem biztos ugyanis, hogy a kliens pontosan emlékszik arra, hogy mit mondott el. A titok feltárásával tehát még a kliens beleegyezése esetén is igen óvatosan kell bánni ilyenkor.[121]
Az is előfordul, hogy a családterápia lezajlása után a házaspár mégis a válás mellett dönt, s a terapeutát az egyik fél beidézteti szakértő tanúként, mert úgy gondolja, hogy ezáltal kedvezőbb pozícióba kerül. Mivel ebben az esetben a terapeuta a titoktartás megszegésére kötelezett, ennek a helyzetnek az elkerülése érdekében javasolják, hogy a terapeuta kössön írásos szerződést a terápia elején a terápiában részt vevő felekkel, hogy per esetén őt nem fogják tanúként megidéztetni.[122]

A paradox intervenció alkalmazásának etikai kérdése.

Paradox intervenciókat nemcsak a családterápia, hanem számos más terápiás forma is alkalmaz. Ugyanakkor használata a családterápiában is ellentmondásos, s vannak ezért, akik ellenzik. Ennek oka az, hogy a paradox instrukció eltér a szokásos, bizalmon alapuló pszichoterápiás paradigmától. Lényege szerint ugyanis ez a beteg félrevezetése, hiszen paradox instrukció esetén mást akar elérni a terapeuta, mint amit az instrukcióval látszólag elérni kíván. Ahogyan Lakin fogalmaz: a terapeuta által adott paradox instrukció sok esetben olyan abszurd, hogy a terapeutának szinte vissza kell fojtania a nevetését, hogy kellő komolysággal adhassa az instrukciót, s így annak meglegyen a kellő hatása.[123] A paradox instrukció fő etikai problémája, hogy szinte mintapéldája a kontrolláló, paternalisztikus kapcsolatnak, holott a mai medicinában általában is, de a pszichoterápiában különösen a páciens-terapeuta közötti kooperatív kapcsolat jelenti a kívánatos modellt.[124] A paradox instrukció voltaképpen ugyanazt a machiavellisztikus, titkolódzó kapcsolati modellt valósítja meg, mely a patológiás családokra amúgy is jellemző, s melyet a családterápia megszüntetni akar. [125] Ez a technika tehát szemben áll a családterápia egyik fő céljával: azzal, hogy a családtagok között őszinte emberi kapcsolatok jöjjenek létre.[126] Alapvető kérdés, hogy segíthetjük-e őszinte emberi kapcsolatok kialakulását úgy, hogy ennek elérése céljából egy olyan nem-őszinte kapcsolatot teremtünk a beteggel, melyben--a paradox instrukciók alkalmazásának lehetősége miatt---a kliens nem lehet biztos abban, hogy a terapeuta azt mondja-e, amit gondol, s hogy őszintén mondja-e azt, amit mond.
Ezt a meggondolást azzal szokták elhárítani, hogy rámutatnak: a paradox instrukciók hatásosak. A hatásosság és az etikai elfogadhatatlanság egyidejű fennállása azonban egyéb területeken is előfordulhat. A régi, középkori, kegyetlen büntetési módok (kézlevágás, botbüntetés, stb.) kétségtelenül hatásosak voltak. Aligha lehet pl. a tolvajlás ellen hatásosabb büntetést kigondolni, mint pl. a tolvaj kezének a levágását, hiszen ezt követően már csak egyetlen alkalommal fog tudni ismét lopni: a másik, még megmaradt kezével. Vagyis a kézlevágás büntetése a lopás ellen hatásos, a visszaesést a legnagyobb hatékonysággal megakadályozó módszer, ettől azonban még etikailag elfogadhatatlan marad. Egy terápiás módszer hatásossága tehát önmagában még nem érv etikai elfogadhatósága mellett.

Összegzés

Minden pszichoterápia egyik leglényegesebb etikai problémája annak eldöntése, hogy a környezetéhez rosszul alkalmazkodó és amiatt szenvedő kliens esetén a környezettel van-e alapvetően probléma, vagy a klienssel. Ez etikai elemzés nélkül nem dönthető el, hiszen a környezet igazságtalan, diszkriminatív szabályai, elvárásai éppúgy dekompenzálhatják a klienst, mint az ésszerű, morálisan elfogadható elvárások. Noha a környezet megváltoztatása legtöbbször nem lehetséges, ha a probléma alapvetően mégis a környezettel van, akkor fontos erre a kliens figyelmét felhívni, hiszen gyakori probléma, hogy ilyenkor is a klienst „okolják" (az ő betegségét, patológiáját) a szenvedéséért, s ezáltal problémáját medikalizálják, őt magát pedig stigmatizálják.

Nemcsak a terápia célja, de annak sikere is értékrendfüggő. Azt, hogy kizárólag a kliens céljait, boldogságát, kielégülését kell-e a terápiának támogatnia, vagy mennyire helyes figyelembe venni szűkebb-tágabb környezetének céljait, kielégülését, boldogságát is, alapvető etikai kérdés, s a ma uralkodó pszichoterápiás irányzatok az utóbbi szempontot néha nem veszik kellő mértékben figyelembe.

A pszichoterápia mindig értékek nevében történik, ezek azonban sokszor implicitek, s a résztvevő felek nem mindig vannak tudatában a terápiát irányító implicit értékeknek. A cél ezen értékek tudatosítása, explicitté tétele, s a terapeuta és a kliens értékrendje közötti távolság optimalizálása. A terapeuta akkor követi el az értékrend kliensre erőltetésének a hibáját, ha saját értékrendjét nem teszi explicitté, hanem mintegy azt sugallja, hogy az a tudomány elveiből következik, s így „objektív", tudományosan igazolt.

A pszichoterápia általános feladata, hogy reális elvárásokat ébresszen a kliensben a titoktartással kapcsolatban, s kerülje el a beteg pszichológiai bántalmazását, mely a nem körültekintően alkalmazott értelmezés kapcsán különösen gyakran fordulhat elő.

El kell kerülni a kliens betegségéért való vádolását, de azt is, hogy a klienst passzivitásra, agyi folyamatai tehetetlen elszenvedőjének szerepébe kényszerítsük, aki pusztán agyi biokémiai folyamatai megváltozásától remélheti életének megváltozását.

Minden pszichoterápia alapvető kérdése a tájékozott beleegyezés elnyerése, a terápia világos kereteinek a megfogalmazás és betartása, melynek egyben a pénzért végzett pszichoterápia pontos szabályainak a megfogalmazásához és az ezzel kapcsolatos elterjedt—és a terapeuta érdekében álló-- mítoszok eloszlatásához is el kell vezetnie.

Az egyéni pszichoterápiánál különösen fontos a keretek betartása és a klienssel való szexuális és egyéb kettős kapcsolat elkerülése. A nem gondosan végzett csoportterápiák során különösen nagy a veszélye a kliens bántalmazásának, melynek eszköze sokszor a csoportvezető által kellően nem számításba vett és kontrollált csoportdinamika.

A családterápiában különösen élesen vetődik fel az a kérdés, hogy a terapeuta nem egyetlen ember, hanem egy egész rendszer, egy szűkebb közösség (a család

egésze) pszichológiai jóllétéért is felelős, s nehéz etikai dilemmát jelent ,mikor az egyén érdeke más, mint a család más tagjainak vagy a család egészének az érdeke. Az ilyen jellegű konfliktusok explicit megfogalmazása alapvető feltétele ezen problémák etikailag megnyugtató megoldásának.

---

[1] Sidney Bloch (1996): Ethics and Psychotherapy. Introduction. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 257)
[2] Kelemen Gábor: Etikai problémák a pszichoterápiában. Psychiatria Hungarica 1992. április, VII. évf. 2. sz. (pp. 131-148) (p. 133)
[3] Szőnyi Gábor (2000): A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho)terápiás kapcsolat. A pszichoterápiák osztályozása. In: Szőnyi Gábor--Füredi János (2000) (szerk): A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 11)
[4] T. Byram Karasu (1991): Ethical Aspects of Psychotherapy. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition.) Oxford-New York-Melbourne: Oxford University Press. (p. 139)
[5] T. Byram Karasu (1991): Ethical Aspects of Psychotherapy. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition.) Oxford-New York-Melbourne: Oxford University Press. (p. 141)
[6] J Masson (1990): Against therapy. London: Fontana Cit: Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 254)
[7] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 255)
[8] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p. 114)
[9] Thomas A. Widiger--Leonard G. Rorer (1984): The Responsible Psychotherapist. American Psychologist., 39, (p. 503-515) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 313)
[10] Commentary to Thomas A. Widiger--Leonard G. Rorer (1984): The Responsible Psychotherapist. American Psychologist., 39, (p. 503-515) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 319)
[11] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 33)
[12] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 33)
[13] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 46)
[14] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 47)
[15] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 55)
[16] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 58)
[17] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 32)
[18] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 32)
[19] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 32)
[20] Jennifer Raden: Psychiatric Ethics. In: Bioethics, Vol. 16 No. 5. 2002. (p. 404-405.)
[21] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[22] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[23] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[24] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)

[25] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[26] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[27] Willard Gaylin: Nondirective Counselling or Advice? Psychotherapy as Value Laden. Hastings Center Report 30, no. 3 (2000):31-33 (p. 33)
[28] Sidney Bloch (1996): Ethics and Psychotherapy. Introduction. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 258)
[29] Jeremy Holmes (1996): Values in Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 259)
[30] Jeremy Holmes (1996): Values in Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 268)
[31] Jeremy Holmes (1996): Values in Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 270)
[32] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 22)
[33] Michele Smith-Bell--William J. Winslade (1994): Privacy, Confidentiality, and Privilege in Psychotherapeutic Relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 64, (p.180-193.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 146)
[34] Michele Smith-Bell--William J. Winslade (1994): Privacy, Confidentiality, and Privilege in Psychotherapeutic Relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 64, (p.180-193.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 147)
[35] Schaffer v. Spicer, 215 N.W. 2d 135, South Dakota, 1974. Cit.: T. Byram Karasu (1991): Ethical Aspects of Psychotherapy. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition.) Oxford-New York-Melbourne: Oxford University Press. (p. 150)
[36] Michele Smith-Bell--William J. Winslade (1994): Privacy, Confidentiality, and Privilege in Psychotherapeutic Relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 64, (p.180-193.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 147)
[37] Michele Smith-Bell--William J. Winslade (1994): Privacy, Confidentiality, and Privilege in Psychotherapeutic Relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 64, (p.180-193.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 147)
[38] Michele Smith-Bell--William J. Winslade (1994): Privacy, Confidentiality, and Privilege in Psychotherapeutic Relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 64, (p.180-193.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 147)
[39] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 13)
[40] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 15)
[41] Tringer László (1992): A gyógyító beszélgetés. Budapest: SOTE Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ. (p. 127)
[42] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p. 173)
[43]T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p. 216)
[44] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p. 232)
[45] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 22-23)
[46] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 25)
[47] Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 55)

[48]Lucy Johnstone (2000): Users and Abusers of Psychiatry. (Second edition). London—Philadelphia: Routledge. (p. 59)
[49] Mark D. Sullivan (1995): Mental Health Therapies. In: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. (Revised edition.) London--New York: Simon & Schuster. Macmillan. (p. 1729)
[50] Szőnyi Gábor (2000): A pszichoterápiás rendszer. In: Szőnyi Gábor--Füredi János (2000) (szerk): A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 131)
[51] Szőnyi Gábor (2000): A pszichoterápiás rendszer. In: Szőnyi Gábor--Füredi János (2000) (szerk): A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 131)
[52] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 20)
[53] T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p.209)
[54]T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p.209)
[55] . M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p.210)
[56] Louis Everstine--Diana Sullivan Everstine--Gary M. Heymann et. al. (1980): Privacy and Confidentiality in Psychotherapy. American Psychologist, 35, (p. 828-840.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 151)
[57] Louis Everstine--Diana Sullivan Everstine--Gary M. Heymann et. al. (1980): Privacy and Confidentiality in Psychotherapy. American Psychologist, 35, (p. 828-840.) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 152)
[58] Mitchell M. Handelsman--Michael D. Galvin (1988): Facilitating Informed Consent for Outpatient Psychotherapy: A Suggested Written Format. Professional Psychology: Research and Practice, 19, (p. 223-225) In: Donald N. Bersoff (ed.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington, DC: American Psychological Association. (p. 311-312)
[59] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 9)
[60] Edward Shorter (1997): A History of Psychitary . New York--Toronto: John Wiley & Sons, Inc. (p. 309)
[61] T. Byram Karasu (1991): Ethical Aspects of Psychotherapy. In: Sidney Bloch--Paul Chodoff (eds.) (1991): Psychiatric Ethics. (Second edition.) Oxford-New York-Melbourne: Oxford University Press. (p. 142)
[62] Robert I. Simon (1992): Clinical Psychiatry and the Law. (Second edition) Washington, D. C: American Psychiatric Press, Inc. (p. 203)
[63] Gerald L. Klerman (1990): The Psychiatric Patient's Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. American Journal of Psychiatry 147:4, April 1990. (p. 412)
[64] Gerald L. Klerman (1990): The Psychiatric Patient's Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. American Journal of Psychiatry 147:4, April 1990. (p. 415)
[65] Gerald L. Klerman (1990): The Psychiatric Patient's Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. American Journal of Psychiatry 147:4, April 1990. (p. 417)
[66] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 61)
[67] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 72)
[68] Ratkóczi Éva (2001): Az első interjú. In: Kastaly Ildikó (szerk.) (2001): Pszichoterápia. Propedeutika 3. Budapest: VIKOTE KÖNYVEK. (p. 54)
[69] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 65)
[70] Cit: T. M. Luhrmann (2001): Of Two Minds. The growing disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A Knopf (p. 102)
[71] Paul Chodoff (1996): Ethical Dimensions of Psychotherapy: A Personal Perspective. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 300)

[72] Jeremy Holmes--Richard Lindley (1994): Ethics and Psychotherapy. In: Raanan Gillon (ed.) (1994): Principles of Health Care Ethics. Chichester--New York--Brisbane: John Wiley & Sons. (p. 676)
[73] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 66)
[74] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 126)
[75] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 67)
[76] Glen O. Gabbard (1996): Lessons to Be Learned from the Study of Sexual Boundary Violations. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 315)
[77] Glen O. Gabbard (1996): Lessons to Be Learned from the Study of Sexual Boundary Violations. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 321)
[78] Kenneth S. Pope (1991): Dual Relationships in Psychotherapy. Ethics and Behavior, 1, (p. 22-34.) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 209-210)
[79] Kenneth S. Pope (1991): Dual Relationships in Psychotherapy. Ethics and Behavior, 1, (p. 22-34.) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 211)
[80] Thomas G. Gutheil--Glen O. Gabbard (1993): The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. American Journal of Psychiatry, 150, (p. 188-196) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 220)
[81] Thomas G. Gutheil--Glen O. Gabbard (1993): The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. American Journal of Psychiatry, 150, (p. 188-196) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 221)
[82] Thomas G. Gutheil--Glen O. Gabbard (1993): The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. American Journal of Psychiatry, 150, (p. 188-196) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 222)
[83] Thomas G. Gutheil--Glen O. Gabbard (1993): The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. American Journal of Psychiatry, 150, (p. 188-196) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 221)
[84] V J Grant—J Briscoe: Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *J Med Ethics* 2002;**28**:173-176 (p. 174)
[85] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 75)
[86] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 76)
[87] Friedhelm Meyer—Jürgen Matzat—Anke Höflich et al.: Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany—themes, frequency and support by self-help advice centers. J Publ Health (2004) 12:359-364
[88] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 80)
[89] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 81)
[90] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 79)
[91] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 85)
[92] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 89)
[93] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 91)

[94] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 91)
[95] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 93)
[96] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 93)
[97] Sidney Bloch—Edwin Harari (1996): Working with the Family: The Role of Values. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 274)
[98] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 94)
[99] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 333)
[100] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 333)
[101] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 95)
[102] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 101)
[103] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 332)
[104] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 101)
[105] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 102)
[106] Sidney Bloch—Edwin Harari (1996): Working with the Family: The Role of Values. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 275)
[107] Sidney Bloch—Edwin Harari (1996): Working with the Family: The Role of Values. In: American Journal of Psychotherapy, Vol. 50, No. 3, Summer 1996. (p. 277)
[108] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 326)
[109] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 95)
[110] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 98)
[111] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 330)
[112] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 96)
[113] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 96)
[114] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 330)
[115] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 330)
[116] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 332)
[117] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 326)

[118] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 327)
[119] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 327)
[120] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 327)
[121] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 328)
[122] Gayla Margolin (1982): Ethical and Legal Considerations in Marital and Family Therapy. American Psychologist, 37, (p. 788-801) In: Donald N. Bersoff (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association. (p. 328)
[123] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 104)
[124] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 104)
[125] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 104)
[126] Martin Lakin (1988): Ethical Issues in the Psychotherapies. New York--Oxford: Oxford University Press. (p. 104)

FÜGGELÉK A.

Dr. Kovács József: A pszichiátriai betegjogi képviselő szerepe a magyar egészségügyben. (Egy modellkísérlet tapasztalatai.)[*]

A betegjogi szemlélet kialakulásának okai

A XX. század második felétől kezdve világszerte megfigyelhető tendencia az egészségügyi ellátás elszemélytelenedése, elbürokratizálódása. A század elején még általánosan jellemző kétszemélyes, meghitt orvos-beteg viszonyt felváltotta az egészségügyi intézmény-beteg jóval formalizáltabb viszonya. Míg a beteg otthonában vagy a családorvos rendelőjében zajló orvos-beteg találkozás emberibb, személyesebb, addig a kórházba, vagy egyéb fekvő-beteg intézménybe kerülő beteg szükségszerűen az intézmény bürokratikus s személytelen szabályaival találja magát szemben. Az egyre inkább kórházcentrikus gyógyítás tehát—noha kétségtelen előrelépést jelent szakmai-technikai értelemben, hiszen a terápiát egyre inkább szigorú tudománnyá változtatja—a kezelés emberi vonatkozásai tekintetében visszalépést jelent. Sokan egyenesen az orvoslás modernkori dehumanizálódásáról beszélnek. Míg a gyógyítás szakmai-tudományos színvonala kétségtelenül egyre magasabb, addig ennek emberi-személyes tényezői sokszor elsikkadnak. A kórházba került beteg kiszolgáltatottnak érzi magát, egyre kevésbé képes átlátni saját kezelésének részleteit, s egyre kevesebb a személyes kontaktusa orvosával, hiszen ma mindenütt orvosi teamek végzik a kezelést, mert a specializálódás lehetetlenné teszi, hogy egyetlen orvos végezze a beteg kivizsgálását.
A betegek kiszolgáltatottságának a növekedése, az orvoslás személyes oldalának a háttérbe szorulása számos ellenreakciót szült. Az egyik ilyen kétségtelenül az orvosok elleni műhibaperek számának a növekedése elsősorban az USA-ban, de más országokban is. Megnőtt az orvosetikai kérdések iránti érdeklődés is, mely egy új tudományág, a bioetika kialakulásához vezetett. S a múlt század 60-as éveinek polgárjogi mozgalmai egyik oldalhajtásaként a betegek egyre nagyobb beleszólást kezdtek követelni saját egészségügyi ellátásukba mind egyénileg, mind kollektívan. Mindezek eredményeként kialakult az a meggyőződés, hogy a dehumanizálódó, elszemélytelenedő, bürokratizálódó egészségügyi ellátás elleni védekezés olyan új eljárásokkal lehetséges, melyek intézményesen biztosítják a beteg kiszolgáltatottságának a csökkentését, a beteg beleszólását az egészségügyi ellátás elveinek és gyakorlatának a meghatározásába, s így lehetővé teszik egy valóban betegcentrikus egészségügyi ellátás kialakítását. Így megjelent a betegek jogainak a nyelve: különböző betegjogokat kezdtek deklarálni, melyek először csak mint erkölcsi jogok fogalmazódtak meg, majd egyre több országban törvényadta jogként kodifikálták azokat. Ezzel párhuzamosan

[*] Ez a beszámoló az 1999-2000 között a Szószóló Alapítvány a Betegek Jogaiért, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) és az MDRI (Mental Disability Rights International) együttműködésével, a Soros Alapítvány támogatásával végzett pszichiátriai ombudsman programunk tapasztalatainak az összefoglalója. Az összefoglalás megírása során a pszichiátriai ombudsman-programban részt vevő betegjogi képviselők (dr. Ballay Mária, Csató Zsuzsa, Csöbi Tünde, Gombosné, Juhász Katalin, dr. László Klára, Novák Ádám, Simon Zsuzsa és dr. Torma Albert) írásos beszámolóira támaszkodtam, s azok megfogalmazásait sok esetben szövegszerűen is felhasználtam. A betegjogi képviselők beszámolóinak idézésével azonban az adott intézmény, ahol a problémát tapasztaltuk, esetleg utólag azonosítható lenne. Mivel el akartam kerülni, hogy az egészségügyi intézmények a betegjogi képviselők nevei alapján felismerhetők legyenek, ezért adatvédelmi okokból az eredeti kéziratok pontos idézésétől is el kellett tekintenem. Ehelyütt szeretnék köszönetet mondani a programban részt vett betegjogi képviselőknek kéziratai rendelkezésemre bocsátásért, s az összefoglaláshoz fűzött megjegyzéseikért.

alakult ki az a meggyőződés, hogy az orvosok illetve kórházak ellen indított műhibaperek nem az egyetlen és nem is feltétlenül a leghatékonyabb megoldását jelentik az egészségügyi ellátásukkal elégedetlen betegek panaszainak az orvoslására. Sokkal jobb megoldásnak látszott, ha az egészségügyi intézményekben hozzák létre azokat a mechanizmusokat, melyek a betegpanaszok kezelésének és lehetőség szerint helyben történő orvoslásának teremtik meg a feltételeit. Az összegyűlt tapasztalatok fényében abból kell kiindulni, hogy az egészségügy mind a szó konkrét, mind etikai-jogi értelmében veszélyes üzem. Nem szabad azt gondolni, hogy betegpanaszok csak elvétve fordulnak elő. Sokkal hasznosabbnak tűnik azt elfogadni, hogy az egészségügy fenti "veszélyes üzem" jellegéből következően szinte szükségszerű, hogy lesznek ellátásukkal elégedetlen, jogaikat megsértve érző emberek, s ki kell alakítani azokat az intézményeket és mechanizmusokat, melyek lehetővé teszik a betegek jogainak helyben történő védelmét, a betegpanaszok lehetőleg helyben történő orvoslását.

A nemzetközi tendenciáknak megfelelően ezt az utat követte a magyar törvényhozás is. Az 1997-es egészségügyi törvény [1] a betegek jogainak részletes felsorolása mellett bevezette a betegjogi képviselő intézményét is. A betegjogi képviselő feladatává tette azt, hogy segítse a beteget abban, hogy panaszait megfogalmazza, azt az egészségügyi személyzettel megismertesse, s segítsen neki ezek orvoslásában.

A törvény megfogalmazása előtti időszakban, amikor már intenzív vita folyt arról, hogy a betegjogok hazai érvényesítésének melyek a legjobb mechanizmusai, sokszor elhangzott a betegjogi képviselő intézményének hazai bevezetése elleni érvként, hogy ez túlságosan "amerikai" intézmény, melynek hazánkban nincsenek hagyományai, s ezért itt nem is alkalmazható. A Szószóló Alapítvány a Betegek Jogaiért nevű civilszervezet ekkor egy modellkísérletet kezdett több, önként jelentkező hazai egészségügyi intézményben. Ösztöndíjas betegjogi képviselőket alkalmazott, s őket önként befogadó egészségügyi intézményeket keresett. Ezt követően azt vizsgálta, hogy ezekben az intézményekben melyek a tipikus betegjogi problémák, hogyan képes ezek megoldásában a betegjogi képviselő segítséget nyújtani, melyek a betegjogi képviselő munkájának az optimális feltételei, hogyan célszerű ezt a tevékenységet megszervezni, stb. Ez a kísérlet nagyon sikeresen zárult, s a részt vevő kórházak is olyan elégedettek voltak a betegjogi képviselő működésével, hogy volt olyan kórház, mely az ösztöndíj lejárta után saját anyagi erőből kívánta megoldani, hogy továbbra is dolgozzon nála betegjogi képviselő, mert az 1997-es egészségügyi törvény csak 2000 januárjától írta elő kötelező jelleggel betegjogi képviselők működését. A modellkísérletben szerzett kedvező tapasztalatok birtokában a kísérlet egy második fázisára is sor került. Mivel úgy tűnt, hogy Magyarországon—akárcsak más országokban—a pszichiátriai betegek különösen stigmatizáltak, a velük szemben érvényesülő társadalmi előítéletek különösen erősek, ezért célszerűnek látszott egy speciálisan a pszichiátriai intézményekre koncentráló betegjogi képviselői modellkísérletet is lefolytatni. Ezt a feladatot kezdte el a Szószóló Alapítvány, együttműködve a pszichiátriai betegek érdekképviseletében már komoly tapasztalatokkal rendelkező PÉF-el (Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum), továbbá a washingtoni székhelyű MDRI-al (Mental Disability Rights International), melynek korábbi jelentése a magyarországi elmeszociális otthonokról (az un. Rosenthal jelentés) komoly visszhangot keltett mind a szűkebb szakmában, mind a közvéleményben.[2]

A modellkísérletben részt vevő betegjogi képviselők—rövid USA-beli kiképzés után—a programban való részvételre jelentkező, a betegjogi képviselőket befogadni hajlandó pszichiátriai osztályokon ill. kórházakban kezdtek dolgozni. Az eredmények 7 pszichiátriai osztályon ill. intézményben szerzett tapasztalatokat tükrözik. A kísérlet egyik fontos újdonsága annak a külföldön már bevált, de Magyarországon meglehetősen szokatlan gyakorlatnak a kipróbálása volt, miszerint un. ex-userek (volt pszichiátriai betegek) is pszichiátriai betegjogi képviselőként dolgoztak. Az az általános tapasztalat ugyanis, hogy aki

kiszolgáltatott, kezelt betegként maga is megjárta a pszichiátriai intézményeket, az sokkal informáltabb az ott előforduló betegjogi problémákról, s sokkal érzékenyebb az esetleg előforduló jogsértésekre, betegpanaszokra. A kísérlet 1999 november--2000 november között zajlott, így 7 intézményben 8 pszichiátriai betegjogi képviselő 1-1 éves tapasztalatait tükrözi. Ezek a tapasztalatok kvantitatív—szociológiai elemzésre nem alkalmasak egyrészt a kísérletben részt vevő intézmények és a betegjogi képviselők kis száma miatt, másrészt azért, mert a kísérletben önként részt vevő pszichiátriai intézmények valószínűleg az ilyen kérdések iránt a legnyitottabbak. Így az itt szerzett kép valószínűleg sokkal jobb, mint amilyet egy átlagos intézményben szereztünk volna.
A kísérlet kiértékelése ezért csak általános benyomásokra, s korlátozott tapasztalatokra támaszkodhat. Ugyanakkor már ez alatt a rövid idő alatt is nyilvánvaló lett sok, korábban nem ismert, de tipikusnak talált probléma. Ezért az alábbiakban ezeket szeretnénk ismertetni. A konkrét esetekre a kórház és az azonosításra alkalmas részletek elhagyásával fogunk utalni, hiszen semmiképpen nem célunk azon kórházak kipellengérezése, melyek elég nagylelkűek voltak ahhoz, hogy ezt a modellkísérletet befogadják, napi gyakorlatukat a betegjogi képviselők előtt feltárják, s készek voltak ezeket nyíltan, demokratikus szellemben megvitatni. Úgy gondoljuk, hogy bármennyi hibát, problémát és hiányosságot tárt is fel ez a vizsgálat, ezek az intézmények még így is valószínűleg a magyarországi legjobbak között találhatók, s ezért nem lenne méltányos megnevezésükkel olyan színben feltüntetni őket, mintha csak rájuk lenne jellemző a bírált gyakorlat. A cél nem az egyes intézmények bírálata, hanem az, hogy néhány--tipikusnak érzett—problémára felhívjuk a figyelmet.

Néhány általános tapasztalat

Tapasztalatunk szerint a pszichiátriai osztályok, s általában az egészségügyi intézmények munkaszervezési módszerei nem hatékonyak és sok szempontból nem érik el azt a célt, melynek a megoldására létrejöttek. Az orvosi vizitek hazai rendjét már sokan bírálták, hiszen az osztályvezető főorvos után vonuló népes személyzet nem teszi lehetővé azt, ami a vizit voltaképpeni célja: az egyes betegek megfelelő ellátásának az ellenőrzését, a munkatársak tanítását és továbbképzést. Pszichiátriai osztályokon azonban ezek a problémák fokozottan jelentkeznek. A pszichiátriai betegségek jellegéből következően az orvos és a beteg közötti őszinte, zavarmentes kommunikáció kialakulása elengedhetetlen, melyet a népes vizit nem tesz lehetővé. Jelentős probléma az orvosok túlterheltsége is. Egy pszichiáter hazai viszonyok között a fekvőbetegintézetekben egyszerre lelkiismeretesen kb. 8 beteget (ágyat) tudna ellátni. A valóságban egy pszichiáternek az osztályon sokszor 15-20-30 ágyat kell ellátnia, ami a lelkiismeretesen ellátható munkamennyiség 3-4- szerese.[3] Így a pszichiáternek ilyen munkaterhelés mellett csak "tűzoltásra" van ideje: az új betegek felvételére, a dokumentáció vezetésére, a hazamenők zárójelentéseinek a megírására, a vizitekre, s a visszatérő ambuláns betegek ellátására. Egyéni beszélgetésre legfeljebb csak az ügyelet idején marad idő. Nagyon kevés idő jut a betegekkel való kapcsolattartásra, a jó orvos-beteg kapcsolat kialakítására, mely minden orvosi diszciplínában fontos. de a pszichiátriában különösen az. Az orvos leterheltségét még fokozza az őt segítő egészségügyi személyzet hiánya, mely azzal jár, hogy az orvos munkaidejének tekintélyes részét nem-orvosi munkával tölti. Ez pazarlás, hiszen szervezéstechnikai alapelv, hogy egy magasan képzett munkaerőnek nem szabad egy alacsonyabban képzett által is korrekt módon elvégezhető munka elvégzésével töltenie a munkaidejét, mert ez azt jelenti, hogy a magasabban képzettnek járó magasabb munkabérrel látnak el alacsonyabb képzettségű által (és így kevesebb fizetéssel) is ellátható munkákat.

Másrészt az ilyen munkaszervezés azzal is jár, hogy a csak magasabban képzettek által elvégezhető munka elvégzésére nem marad idő.
A rossz munkaszervezésnek egyéb hátrányos következményei is vannak. A pszichiátriai betegségek keletkezésével kapcsolatos modern felfogás a betegségek biopszichoszociális etiológiájának a tana. Ez azt jelenti, hogy noha egyes betegségek keletkezésénél a biológiai, a pszichológiai és a szociális tényezők egymáshoz viszonyított relatív súlya változik, végül is mindegyiknek szerepe van a betegség létrejöttében. Ennek fontos terápiás konzekvenciája az, hogy a terápiának is három lábon kell állnia: biológiai terápiákat (nagyrészt gyógyszeres kezelés), pszichoterápiát és szocioterápiát egyaránt végezni kell (az egyes betegségek esetén természetesen más-más arányban) a betegségek optimális kezeléséhez. A hazai pszichiátriai osztályok szervezésének és finanszírozásának a hiányosságai miatt azonban a gyakorlatban nálunk a legtöbb helyen a betegek számára csak a biológiai terápia, vagyis a gyógyszeres kezelés elérhető. Általában nem, vagy csak nagyon korlátozottam érhető el az ingyenes pszichoterápia, s nagyon korlátozottak a szocioterápia lehetőségei is.[4] A sokszorosan túlterhelt pszichiáternek alig van lehetősége a nagyon időigényes pszichoterápia végzésére, s nagyon sok beteg panaszolta, hogy lenne ilyen igénye, de ahhoz nem jut hozzá. Volt olyan eset, amikor a beteg ilyen jellegű panaszára orvosa azt a választ adta, hogy nem a beteg, hanem a kezelőorvos dönt, milyen gyakran szükséges a beteggel a terápiás beszélgetés. Egy ilyen válasz nem veszi figyelembe azt, hogy a betegnek joga van részt venni terápiás tervének a kidolgozásában, a kivizsgálását és a kezelését érintő döntésekben.[5] Üzenete: "Így döntöttem és kész!" tekintélyelvűséget és paternalizmust sugall, s nem azt az egyenrangú és bizalmon alapuló kapcsolatot, melyre minden betegnek, de egy pszichiátriai betegnek különösen szüksége van.
Mivel a pszichoterápia és a szocioterápia a korrekt pszichiátriai ellátás része, ezért ezek nehezen elérhetőségével az orvosi kezeléshez való jog sérül még a kórházi osztályra felvett betegek estén is.

Az orvosok, egészségügyi dolgozók jogai

A betegek jogainak az érvényesülését nem tárgyalhatjuk anélkül, hogy néhány szót az orvosok illetve az egészségügyi dolgozó jogainak, illetve munkakörülményeinek az érvényesüléséről ne beszélnénk. Az egészségügyi dolgozók jogainak az érvényesülése nélkül ugyanis a betegek jogai sem érvényesíthetők. Frusztrált, túlterhelt, rossz munkakörülmények között dolgozó, elégedetlen egészségügyi személyzet ugyanis nem tudja teljes mértékben tiszteletben tartani a betegek jogait, hiszen naponta érzi, hogy az ő jogai sincsenek tiszteletben tartva. Ebben a vonatkozásban is számos--aggodalomra okot adó--jelenséget figyeltünk meg. Volt olyan kórházi osztály, ahol--a helyszűke miatt--a betegjogi képviselő elhelyezése csak egy pszichológus szobájában volt biztosítható. A szoba közös használata azonban sok problémát okozott, hiszen a pszichológus sokszor nem tudott hova menni a betegével, amikor pszichoterápiát akart végezni, s fordítva is igaz volt: a betegjogi képviselő "ki kellett ideiglenesen költözködjön" a szobából, ha a pszichológus pszichoterápiát akart kezdeni odabent. Az említett osztály infrastrukturális hiányosságai nem elsősorban a rövid ideig ott dolgozó betegjogi képviselőnek okoztak problémát, hanem az egészségügyi személyzetnek. A pszichológus szobájában például nem volt telefon és nem volt számítógép. Csak a folyósóra kihelyezett telefont tudták használni, négy orvosi szobára jutott egy telefon. Ez adatvédelmi szempontból is problematikus, hiszen ezek a telefonok elsősorban a betegellátás intézésére szolgálnak, ami így a folyosón, mások által is jól hallhatóan történik Az osztályirodán található egyetlen számítógép természetesen szintén nem elegendő az adminisztrációs munka elvégzésére.

Az intézmény, melyben az osztály működött, már a bejáratnál sivár, lehangoló, reménytelenséget sugárzó képet mutatott külsőleg is. Egy lepotyogott betűs tábla, majd egy ugyancsak betűhiányos irányítótábla, omladozó oszlopok fogadják a belépőt, aki így nem tudja merre menjen, hol találja meg az osztályt, amit keres.
Volt olyan kórház, ahol az intenzív osztály azért szűnt meg, mert a betegjogi képviselő látogatása előtt néhány hónappal az egész személyzet felmondott, s így be kellett olvasztani azt egy sürgősségi belosztályba. A legtöbb osztály súlyos munkaerőgondokkal küzd. Nincs elég nővér, s így a nővérekre aránytalanul nagy teher nehezedik, nagyon sok a túlóra. Kevés a takarító is, s a takarítással kapcsolatban több panasz is volt.
A rossz munkakörülmények, a túlterheltség az egészségügyben dolgozók kiégéséhez vezethet. Ennek jeleit több helyen lehetett tapasztalni, s ezért ennek megelőzésére--akár rendszeres kiégés elleni tréning szervezésével is--nagyobb gondot kellene fordítani.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Az egészségügyi törvény szerint minden betegnek joga van megfelelő egészségügyi ellátáshoz.[6] Pszichiátriai beteg esetén--mint láttuk--ez általában gyógyszeres kezelés (biológiai terápia), pszichoterápia és szocioterápia együttes--bár a betegség jellegétől függően különböző arányú--alkalmazását jelenti. Tapasztalataink szerint azonban a gyakorlatban jóformán csak gyógyszeres kezelést kapnak a betegek, pszichoterápiát nem. A betegek maguk is hiányolják a rendszeres "beszélgetést". Úgy érzik, hogy gyógyszert túl sokat, pszichoterápiát pedig túl keveset kapnak. Emiatt arról panaszkodnak, hogy a gyógyszerek miatt eltompulnak, egyébként pedig "nem történik velük semmi", nem mondanak nekik semmit. Más helyen is úgy érezték a betegek, hogy az orvosoknak nincs idejük rájuk. Az orvosok is általában elismerik ennek a panasznak a jogosságát, azt, hogy az orvosok túlterheltsége, időhiánya a gyakorlatban valóban ritkán teszi lehetővé a pszichoterápia alkalmazását. Volt olyan osztály, ahol a betegek panaszkodtak, hogy pszichoterápiás kezelést csak pénzért hajlandó végezni az intézmény pszichológusa. Mindez a gyakorlatban a beteg egészségügyi ellátáshoz való hozzájutási jogának a csorbítását jelenti, hiszen így bizonyítottan hasznos gyógyító eljárásokhoz nem jut hozzá.
Fontos gond az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás konkrét, fizikai akadályainak az eltüntetése is. Volt olyan intézmény, ahol a mozgássérültek bejutása nem volt biztosított, hiszen lépcső vezetett be az intézménybe, rámpa, kapaszkodó azonban nem volt, s a portán még jelzőcsengőt sem szereltek fel. Az esélyegyenlőségi törvény ugyan csak 2005 január 1.-től teszi kötelezővé a közintézmények akadálymentesítését a mozgássérült betegek számára, de utal rá, hogy ennek elérésére folyamatosan törekedni kell.[7]
A pszichiátriai betegnek természetesen pszichiátriai betegségén kívül más betegsége is lehet, mellyel ápolásra-kezelésre szorulhat. Mégis azt tapasztaltuk, hogy ha egy betegről, akit valamilyen más osztályon kezelnek, (pl. nőgyógyászat, sebészet) kiderül, hogy pszichiátriai beteg is, rögtön áthelyezik a pszichiátriai osztályra, ahonnan nem-pszichiátriai betegségeik kezelése már nehézkes és távolról sem optimális. Ez nem kis részben a pszichiátriai betegekkel szembeni előítéleteknek, a pszichiátriai betegek stigmatizáltságának tulajdonítható, annak, hogy nem-pszichiáter szakorvosok "félnek" ilyen betegeket kezelni. Ez a gyakorlat súlyosan sérti a pszichiátriai betegek egészségügyi ellátáshoz való jogát. Ennek a problémának a gyökere tehát a nem-pszichiátriai intézmények vonakodása, hogy ha egy profiljukba tartozó betegnek pszichiátriai problémái is vannak, annak kezelését is tekintsék (természetesen pszichiátriai konziliárius segítségével) feladatuknak. Mindez a konzultációs (liason) pszichiátria hazai elterjedésének szükségességére világít rá, hiszen ilyen szolgálat kiépülésével a nem-pszichiátriai osztályok is szívesebben látnának el pszichiátriai betegségben is szenvedő, de

elsősorban nem pszichiátriai, hanem profiljukba tartozó beteget. Azonban a fordított irányú problémát is tapasztaltuk. Előfordul ugyanis, hogy pszichiátriai intézményben fekvő krónikus beteget néha még akkor sem küldenek el konzíliumba, ha kéri. Volt olyan beteg, aki sebészhez szeretett volna menni, mert az egyik lába elfertőződött, de ezt a kérését megtagadták. Csak egy hét után került sebészhez, ekkor már szeptikus állapotban.
Az azonnali orvosi kezeléshez való hozzájutás hiánya jelentős anyagi károkat is okozhat a betegnek. Egy bipoláris zavarban szenvedő, betegségét jól ismerő, mániás fázisban levő beteg például beutalót kapott a kerületi pszichiátriai gondozótól azzal, hogy másnap reggel jelentkezzen egy meghatározott pszichiátriai intézményben. A beteg azonban késő este úgy érezte, "hülyeségeket" fog csinálni, ezért még aznap éjjel bement a megadott pszichiátriai intézmény ügyeletére. Az ügyeletes orvos azonban elküldte, azzal, hogy jöjjön másnap, amikorra a beutalója szól. A beteg--ahogyan sejtette--nem bírta ki másnapig, még aznap éjjel minden pénzét elköltötte, sőt jelentős adósságot is csinált. Nemcsak az lehet a beteg számára problematikus tehát, ha sürgősséggel akarata ellenére utalják pszichiátriai intézménybe, de az is, ha --jogosan--úgy érzi, hogy sürgős orvosi segítségre lenne szüksége, amit azonban nem kap meg. A példában szereplő betegnél is felmerült a kártérítés igénye: nem felelős-e az ügyeletes orvos jogilag is azért az anyagi kárért, ami a beteget azért érte, mert későn jutott orvosi kezeléshez?
Találkoztunk olyan esettel, amikor az aznapi felvételre berendelt beteget helyhiány miatt mégsem tudták felvenni a pszichiátriai intézménybe, ezért azt mondták neki, jöjjön vissza 1 hét múlva. Ez a rokkantnyugdíjas betegnek komoly anyagi terhet is okozott, hiszen vidéki lévén számára tetemes pénzbe került a fővárosba való felutazás, melyre férje is elkísérte, aki szabadságot vett ki aznapra. Mindez jobb munkaszervezéssel elkerülhető lett volna.

Az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatos problémák

Az egyik kórház zárt osztályán az volt a gyakorlat, hogy a betegektől minden személyes értéktárgyukat elvették (óra, rádió, stb.) arra való hivatkozással, hogy a kórház felelős a betegek értéktárgyaiért, a zárt osztályon fekvő betegek azonban értékeikre nem tudnak vigyázni, többnyire hozzátartozó nélkül érkeznek, s az értéktárgyak elvesztése, ellopása esetén a kórháznak kellene kártérítést fizetnie. Mindez ellentétes az egészségügyi törvény előírásával, mely szerint a beteg jogosult saját ruháinak illetve személyes használati tárgyainak a használatára.[8]
Zárt osztályon természetesen a helyzet bonyolultabb, hiszen itt a beteg biztonságát bizonyos tárgyak veszélyeztethetik. Mégis, az emberi méltóságot sértő, hogy az egyik intézményben a betegektől még szemüvegüket és a fogsorukat is elvették. Kést, villát a betegek nem tarthattak maguknál, s nem vihettek be nekik a hozzátartozóik sem, így ha reggelire például vajat kaptak, nem tudták megkenni a kenyeret.
Az egyik intézmény zárt osztályán a betegjogi képviselő egy "századvégi tébolyda" képének megfelelő állapotokat talált. Az ápoltak nagyon elhanyagoltak voltak, gyakori volt a meztelen beteg. Kényszerintézkedés esetén jegyzőkönyvet nem vezettek. A betegek teljesen be voltak zárva a "négy fal közé", az udvarra sem mehettek le.
Gyakran lehetett orvostól, nővértől rosszalló megjegyzést hallani egy-egy beteg "kritikátlan viselkedésére", mely pszichiátriai betegség esetén némiképp a betegség velejárójának is tekinthető, s a beteg ezzel való vádolás nem mindig igazságos.
Mindennapos probléma volt az ambuláns rendelésre érkező betegek hosszú órákon keresztül való várakoztatása. Ez az orvosok túlterheltségével magyarázható. Más helyen is hallottunk olyan panaszt, hogy az orvosok nem tartják be a megígért időpontokat.

Visszatérő panasz volt az is, hogy a betegek nem kapnak tiszta ruhát, noha ismételten kérnek. Esetenként a beteget tegezték.
Az emberi méltósághoz nemcsak a betegeknek de a hozzátartozóiknak is joguk van. Joguk van arra, hogy velük is tisztelettel bánjanak. Tapasztaltunk olyan esetet, amikor egy súlyos állapotban levő pszichiátriai beteget, aki--betegsége következtében--nem tartotta a kapcsolatot a hozzátartozóival--a vele egyedül törődő hozzátartozó juttatott orvosi kezeléshez, nem csekély terhet vállalva ezzel. A beteget felvevő orvos azonban--nem ismerve az eset részleteit--a hozzátartozót tekintette felelősnek a beteg állapotáért. Ezt durván meg is mondta neki anélkül, hogy meghallgatta volna őt, majd nem állt vele többé szóba. Az eset fontos tanulsága, hogy a hozzátartozót is megilleti--erkölcsileg is--az ártatlanság vélelme, s a vele való jó kommunikáció, a tiszteletteljes, jóindulatú bánásmód nemcsak tiszteletben tartja az emberi méltósághoz való jogát, de segít is az ilyen hibákat és igazságtalan vádakat elkerülni.
Igazságtalan vádak a beteget is érhetik. Volt olyan esetünk, ahol a kórházban fekvő beteg a folyosón elesett és ennek következtében zavarttá vált. Mentőt hívtak, s az a felvételes másik kórházba szállította őt. A mentősök a beteget részegnek titulálták, noha a beteg édesanyja elmondta, hogy a beteg csak az esés után vált zavarttá. A beteggel a részegnek "kijáró" módon bántak: lökdösték, szidalmazták, gorombák voltak vele. A felvétel során kiderült, hogy a betegnek agyzúzódása volt , s emiatt meg is operálták. A beteg és édesanyja egyaránt felháborítónak tartották, ami velük történt.

Elhelyezés

A kórtermek számos esetben kicsik, túlzsúfoltak, volt olyan osztály, ahol az ágyak között mindössze 50 cm volt a távolság! Itt egy betegre kb. 4 nm terület jutott. Más helyen is tapasztaltuk, hogy az eredetileg 4 ágyasra tervezett kórtermet 6-7 ágyassá alakították át. A nagy zsúfoltság természetesen önmagában is fokozza a betegek egymással szembeni agresszióját, ami ezt követően folyamatos figyelmet igényel. Ilyen körülmények között természetesen nincs hely arra, hogy szekrény, asztal, szék legyen a kórteremben. A zárható, egyszemélyes szekrények hiánya mindennapi konfliktusok forrása. Így ugyanis a betegek nem tudnak vigyázni értékeikre, azokat ellopják, s emiatt állandóak a panaszok. Volt olyan intézmény, ahol az éjjeliszekrények fiókjai hiányoztak. Másfél éve (!) adták le a rendelést az asztalosműhelynek javításra, melynek azonban ez alatt az idő alatt nem volt módja foglalkozni vele. Volt olyan, csak napközben az osztályon tartózkodó, "bejárós" beteg, aki este rendszeresen hazamehetett a családjához. Minden nap magával kellett hoznia szabadidőruháját, papucsát, mert nem akadt olyan szekrény ahol ezeket másnapig elhelyezhette volna.
Még ott is, ahol a beteg a személyes használati tárgyait magánál tarthatja, nincs mód azok biztonságos elhelyezésére, mikor a beteg vizsgálaton, csoportfoglalkozáson van. Így többször fordul elő lopás. Nincs elég fogas, törölközőtartó, melyeken a törölközőket szárítani lehetne. A mindennapi élet ezen megannyi aprósága nélkül ezért konfliktus konfliktust követ. Jól ismert panasz, hogy a kórházi élelmezés nem elegendő, azt ki kell pótolni. A közös hűtőszekrénybe elhelyezett étel azonban sokszor eltűnik: a betegek megeszik egymás ételét. Ez eléggé általános jelenség.
Komoly—bár látszólag aprónak tűnő—probléma a szabályozhatatlan radiátorokkal túlfűtött kórterem is, mely azután folyamatos vitákat kelt arról, hogy kinyissák-e az ablakot (ekkor az ablaknál fekvők fáznak meg), vagy mindannyian viseljék el a trópusi hőséget. A radiátorok szabályozhatóvá tétele relatíve olcsó és jó megoldás lenne, ha a kórház vezetése elfogadná. hogy ez is figyelmet érdemlő kérdés, hiszen például sok beteg a nagy melegtől nem tud aludni

éjszaka. Több helyen tapasztaltuk ezt a problémát. A helyzetet még bonyolítja, hogy az ablakok, továbbá az erkély- és kórteremajtók nem mindig zárhatók jól, így sokszor huzat van. A betegek alvását, kényelmét az is zavarja, hogy az ágyakban rossz a sodrony. A betegek a WC ajtókat is szeretnék belülről bezárni tudni, erre azonban nincs lehetőség. Kevés a mosdó, a zuhanyozó, a WC. A fürdőkre jellemzőek a törött zuhanytálcák, a piszkos falak. Sokszor hiányzik az ebédlő, a betegek a folyosón elhelyezett asztaloknál étkeznek. Az egyik részleg folyosóján hónapok óta hiányzott egy kis részen a kockakő, mely—mivel nem javították meg—időközben egyre nagyobb lett, végül fél négyzetméteresre nőtt. A betegjogi képviselő nem tudta elérni, hogy akárcsak ideiglenesen is megjavítsák. Más osztályon a mennyezeti lámpák közül csak minden 3.-4. égett, s legtöbbjén már búra sem volt. Sok probléma volt a jelzőcsengőkkel is. Jelzőcsengő általában minden kórteremben, s a betegek által használt fürdőszobákban is van, azonban volt olyan, hogy egy intézményben az összes csengőt kikapcsolták, egy másik intézményben pedig egyetlen egy jelzőcsengő sem működött. Ha egy beteg éjjel rosszul van, betegtársának kell felmenni az emeleten levő nővérállomásra szólni. Az ilyen elhanyagolt, reménytelenséget, demoralizáltságot sugalló környezet nem méltó betegek ápolásához, kezeléséhez. Az ilyen összezsúfolt, menekülttáborra emlékeztető életmód még egészséges emberek idegeit is megviselné, pszichiátriai osztályon azonban mindenképpen a gyógyulás ellen hat.
Ugyancsak visszatérő probléma a kórházaknak a munkaszervezése, mely szinte félkatonai, század eleji kaszárnyára emlékeztető napirendet kényszerít a betegekre. A hajnali fél ötkor felébresztett és fürdeni küldött idős hölgy, aki ilyen korai időpontban csak hideg vizet talált, a legkeményebb katonaéletre emlékeztet. Egy másik intézményben az volt a szokás, hogy fürdési lehetőséget csak reggel fél öt és fél hat között biztosítottak az ápoltaknak, ezen időn kívül azonban a fürdőszobát lezárták.
Az egyik intézményben az ebéd 12.15-kor, a vacsora 17.15-kor volt, s a betegek egyöntetűen arról panaszkodtak, hogy a vacsora túl korán van, lefekvéskor már ismét éhesek.
Volt olyan hely, ahol elemi biztonsági intézkedések hiányoztak. Egy első emeleti osztályon például, ahol súlyos szellemi leépülésben szenvedő betegeket ápoltak, az ablakokon nem volt rács, s volt, hogy az egyik beteg húzta vissza a kimászni készülő másikat.

A szabad idő strukturált eltöltésének lehetetlensége

A pszichiátriai betegek gyógykezelésének egyik fontos eszköze a szocioterápia lenne, vagyis a beteg kórházi osztályon eltöltött idejének a strukturálása, annak lehetővé tétele, hogy a beteg kreatív tevékenység végzésével visszanyerhesse pszichológiai egyensúlyát. A napi gyakorlatban azonban nem csak szocioterápia nem elérhető a kórházi osztályokon, hanem a szabadidő értelmes eltöltésének minimális feltételei is hiányoznak. Volt olyan intézmény, ahol még a társalgóból is kórtermet alakítottak ki, így hely sem maradt arra, hogy a betegek valamiféle társas tevékenységben vehessenek részt. A betegek számára komoly lelki szenvedést okoz, hogy az osztályokon televízió sokszor nincsen, a rádió rossz minőségű, foglalkoztatás nincs. S említettük már, hogy a szocioterápián kívül érdemleges pszichoterápia is alig történik, s ennek a legtöbb beteg hangot is ad.

A korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos problémák

Az egészségügyi törvény a beteg személyes szabadságát korlátozó fizikai, kémiai vagy biológiai módszerek alkalmazását szigorú feltételekhez köti, melyek között szerepel a korlátozás írásban való elrendelése, annak okának, időtartamának dokumentálása, stb.[9] Ezeket a szabályokat sok esetben a gyakorlatban nem tartják be. Többször lehetett tapasztalni a kéz, a

láb ágyhoz való kikötését, a törzs tolószékhez való rögzítését és egyéb fizikai korlátozó intézkedést. Gyakran hiányzott viszont a fizikai korlátozás puszta tényének a dokumentálása is, nem is beszélve annak indoklásáról. Sérül az a betegjog is, hogy korlátozó intézkedést állandó orvosi felügyelet esetén csak orvos rendelhet el.[10] Volt olyan intézmény, ahol az állandó orvosi felügyelet ellenére nem orvos rendelte el a korlátozó intézkedést, azt nem dokumentálták, s így a beteg állapotának a törvény által előírt rendszeres ellenőrzését (vagy legalábbis annak dokumentálását) elmulasztották. A pszichiátriai szakmai kollégium kidolgozott egy adatlapot a kényszerintézkedés dokumentálására. Célszerű lenne ezt használni minden pszichiátriai intézményben. További probléma, hogy az egészségügyi törvény szerint személyes szabadság korlátozása esetén a betegjogi képviselőt haladéktalanul értesíteni kell.[11] Ugyanakkor a mai gyakorlat az, hogy a betegjogi képviselő csak heti egy-két alkalommal van a kórházban. Nem világos tehát, mit jelent ebben az esetben az azonnali értesítés, s nincs jogilag tisztázva, hogy ilyenkor mi a betegjogi képviselő azonnali teendője.
Egy helyen volt tapasztalható, hogy a nyugtalan beteget éjszakára az ágyhoz rögzítették, mely azonban a dokumentációban nem szerepelt.
Az egyik intézményben azt tapasztaltuk, hogy a főleg gerontológiai eseteket ápoló osztályon a nővérek gyakran ágyhoz rögzítik az idős embereket "az ő védelmük érdekében." Több esetben előfordult, hogy a délután 3-4 körül a kórterembe érkező betegjogi képviselő megtalálta a kikötött beteg kihűlt, érintetlenül álló ebédjét a beteg éjjeliszekrényén.
Zárt osztályon tapasztaltuk a hálós ágyak gyakori használatát.

A beteg megbüntetése

Noha sem a fizikai, sem a kémiai korlátozás soha nem lehet büntetés, tapasztalatok szerint sok beteg--többször nem is alaptalanul--mégis annak tekinti. Volt olyan beteg, akit önkéntes beleegyezése alapján, saját kérelmére kezeltek nyílt osztályon, de amikor egyszer eltávozásról alkoholos állapotban tért vissza, sürgősséggel zárt osztályra helyezték. Később ismét nyílt osztályra került, ahol az ápolók durva hangon, büntetésként emlegették az ő zárt osztályra helyezését. Úgy tűnik, a fenti esetben a zárt osztályra helyezés valóban egyfajta büntetés volt, hiszen pusztán alkoholos állapot miatt nem indokolt valakinek a zárt osztályra helyezése, a beteg pszichiátriai állapota egyébként pedig csak a nyílt osztályon való kezelést tette szükségessé. Mindez természetesen sértette a betegnek az— egészségügyi törvényben is elismert--emberi méltósághoz való jogát, mely hangsúlyozza, hogy a beteg személyes szabadságának a korlátozása nem lehet büntető jellegű.[12] Az egyik intézményben tapasztaltuk a betegekkel való durva bánásmódot, sőt az egyik beteg tettleges bántalmazását is az éjszakás ápoló részéről.

Erőszakos beteggel való bánásmód

Több alkalommal tapasztalt probléma volt az erőszakos, agresszív beteggel való bánásmód. Volt, hogy a beteg agressziója betegtárs ellen irányult, s volt, hogy az egészségügyi személyzet egy tagja ellen. Az ilyen cselekmények egy pszichiátriai osztályon teljesen nem kiküszöbölhetőek, fontos lenne azonban, hogy az egészségügyi személyzet megfelelő képzésben részesülhessen egyrészt az ilyen beteggel való "leszerelő" kommunikációban, másrészt az agresszív beteg fizikai megfékezésében. Ezt biztonságosan csak jól összeszokott és begyakorolt team tudja elvégezni. Az ilyen jellegű gyakorlatok hiánya komoly veszélyhelyzeteket jelent mind a betegek, mind az egészségügyi személyzet számára. Ha az agresszió fizikai leszerelésében, megfékezésében nem begyakorolt és nem elegendő számú team áll rendelkezésre, akkor az agresszív beteget leszerelni akaró ápolók--gyakorlatlanságuk

és ebből fakadó ijedtségük miatt—elsősorban magukra fognak vigyázni, s ez az ilyen betegek szükségtelen sérülésének kockázatával jár. Fontos, hogy minden erőszakos cselekményt az osztályon megbeszélés kövessen: hogyan lehetne úgy módosítani az osztály életét, hogy a jövőben kevesebb ilyen cselekmény fordulhasson elő. Az agressziót csökkenti, ha a betegeknek feszültségei levezetésére megfelelő alkalmat biztosítanak (testgyakorlás), s a betegeket frusztráló tényezők számát csökkentik. [13] Az agresszió sokszor a beteg által az egészségügyben elszenvedett komoly korábbi frusztrációk kumulálódásának az eredménye. Tapasztaltuk például egy osztályon, hogy a személyzet (ápolók) betegeket fordítottak egymás ellen, ami azután tettlegességig fajult. Vagyis az ápolók részéről nem volt ugyan közvetlen agresszió, de indirekt módon mégis ők okozták a tettlegességet, az ő agressziójuk csapódott le a betegen. Ezen az osztályon az ápolók szakképzetlensége nem is adott reményt, hogy a helyzetet meg lehetne változtatni.

Sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés

Tapasztaltunk olyan esetet, amikor egy feltételezett beteget rokona valamilyen ürüggyel becsalt a pszichiátriai intézménybe, ahol lefogták, gyógyszert adtak be akarata ellenére, s az osztályon tartották. Utólag valószínűsíthető volt a súlyos pszichiátriai megbetegedés, melynek hatása alatt a beteg anyagi-vagyoni helyzetét súlyosan sértő döntést hozott volna, s ezt akarta a hozzátartozó a pszichiátriai kezeléssel megakadályozni. Noha utólag a bírói szemle a beteg pszichiátriai kezelését jogosnak tartotta, a beteg ilyen módon való kezelésére a hatályos egészségügyi törvény nem ad lehetőséget. Azonnali intézeti gyógykezelésre (un. sürgősségi gyógykezelésre) ugyanis a hatályos törvény értelmében csak a beteg közvetlen veszélyeztető magatartása esetén van lehetőség.[14] Közvetlen veszélyeztető magatartás a törvény szerint az, amikor a beteg pszichés állapota következtében "..saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent."[15] A törvény szerint tehát nem számít közvetlen veszélyeztető magatartásnak, ha a beteg saját vagyonára, anyagi helyzetére jelent veszélyt. Ebben az esetben tehát a sürgősségi gyógykezelés a beteg (és hozzátartozója) érdekében, de törvénytelenül történt. Az orvosok-egészségügyi személyzet jó szándéka itt nem vitatható, mégsem megnyugtató ilyen súlyú döntéseket nem törvényesen elintézni, illetve nem megnyugtató, ha az ilyen jellegű problémákat--a törvény hiányosságai miatt--csak törvényellenesen lehet megoldani.

Gyógyszerkipróbálás

Tapasztaltunk olyan esetet, hogy egy sürgősséggel pszichiátriai intézménybe szállított beteget hozzátartozója beleegyezése nélkül gyógyszerkísérletbe vontak be. A beteg korábban sokféle gyógyszerre súlyosan allergiás volt, és ezt a hozzátartozó felvételkor közölte is a kezelőorvossal, ennek ellenére a gyógyszerkísérletbe való bevonás a hozzátartozó beleegyezése nélkül megtörtént. A beteg a beadott kísérleti gyógyszerre is allergiásnak bizonyult, és ennek következtében súlyos, életveszélyes állapotba került, melyet csak intenzív osztályos kezeléssel lehetett elhárítani. Az esethez hozzátartozik, hogy a hozzátartozóval az osztályos főnővér közölte, hogy a beteg kísérleti gyógyszert kapott, a kezelőorvos ezt tagadta.

A kapcsolattartás jogával kapcsolatos problémák

Ennek érvényesülése a gyakorlatban meglehetősen hiányos. Nem minden osztályon van a betegek által szabadon használható telefon, így a beteg nem mindig kezdeményezhet hívást.

Hasonló logikával a zárt osztályon levő betegek levelezését is csak orvosi ellenőrzéssel engedélyezték, azzal érvelve, hogy " a kórházat terhelné a felelősség az önmagáért nem felelős beteg írásaival kapcsolatban.", s ha leveleket a betegek cenzúrázatlanul küldhetnének, ezzel a kórház veszélyeztetné a betegek jó hírnévhez való jogát. Ez is sérti a beteg azon jogát, hogy az általa vagy neki küldött leveleket ne bontsák fel.[16]
Más osztályon a betegek levelei napokig hevertek az osztályon, nem volt, aki a postaládába bedobta volna őket.

Az intézmény elhagyásának a joga

Egy nyílt pszichiátriai osztályon az volt a gyakorlat, hogy minden betegnek elvették a személyi igazolványát, s azt csak távozáskor adták vissza. A személyi igazolvány ilyen "bevonása" akadályozza a beteg szabad mozgását, hiszen nélküle nem hagyhatja el a kórházat, melyre az egészségügyi törvény szerint azonban joga van.[17] A gyakorlat nyilván annak akarja elejét venni, hogy a beteg bejelentés nélkül hagyja el az osztályt. Természetesen törekedni kell arra, hogy a beteg jelentse be távozási szándékát a kezelőorvosnak, erre őt azonban ilyen módon kényszeríteni nem elfogadható.

A tájékoztatáshoz való jog

Ennek a betegjognak az érvényesülésével volt a legtöbb probléma.
Az egészségügyi törvény előírása szerint a pszichiátriai intézménybe felvett beteget--a minden beteg esetén kötelező részletes tájékoztatáson túl--szóban és írásban is tájékoztatni kell a jogairól, különös tekintettel a bírósági eljárásról s az azzal kapcsolatos jogairól.[18]
Tapasztalataink szerint ez a tájékoztatás sok esetben elmarad. Gyakran sérül a betegnek az a joga is, hogy megismerhesse az ellátásában közreműködő személyek nevét, szakképesítését, beosztását.[19] Ezt legkönnyebben kitűzők használatával lehetne megoldani, ahonnan a betegek ezeket az adatokat leolvashatnák. A kitűzők használata azonban sok helyen hiányzik.
A tapasztalatok szerint a beteg nem mindig érti, vagy korábbi állapota miatt nem mindig emlékszik vissza rá világosan, hogy milyen dokumentumokat írattak alá vele. Ez sok felesleges félelmet okoz, volt olyan beteg, aki (tévesen) azt hitte, hogy amit aláírattak vele, az arra szolgált, hogy őt gondnokság alá helyezzék, kislányát pedig elvegyék tőle. Fontos lenne tehát, hogy csak olyan beteggel írassanak alá dokumentumokat, aki azokat képes megérteni, továbbá ha ez mégsem így történt, legalább kérdésre utólag magyarázzák el a betegnek, hogy mit írt alá.
Így mindenképpen sérül a beteg joga ahhoz, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást.[20]
Ehhez kapcsolódó probléma, hogy a betegek azzal sincsenek tisztában, hogy a pszichiátriai osztályon az orvos által eltölteni javasolt időtartam, illetve az általa előírt gyógyszerek szedése pusztán javaslat-e, vagy a beteg számára kötelező.
Sokszor nem mondják meg a betegnek, hogy milyen gyógyszert kap, azt mennyi ideig fogja kapni, miért éppen azt a gyógyszert kapja, stb. Mindez természetesen sérti az egészségügyi törvény rendelkezéseit, mely még cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes betegek esetén is előírja az állapotának megfelelő tájékoztatást.[21] Ha a beteg az orvostól mégis részletesebb tájékoztatást kér, azt az orvos --időhiányra hivatkozva--sokszor elutasítja. Volt olyan beteg például, aki senkitől nem kapott tájékoztatást arról, hogy az aznap készült CT vizsgálat eredménye mikorra várható, s a betegjogi képviselő érdeklődésére derült ki a válasz: általában 2-3 nap múlva várható eredmény. Az is gyakori érv az egészségügyi személyzet részéről, hogy a pszichiátriai betegek nincsenek olyan állapotban, hogy a kezelésükkel

kapcsolatos tájékoztatást megértsék. Ez azonban a részben az időhiányból fakadó nem-tájékoztatási gyakorlat racionalizálásának tűnik, hiszen, ha teljes tájékoztatás nem is, a pszichés állapotának megfelelő tájékoztatás mindenkinek adható, s a betegek maguk is sokkal több tájékoztatást igényelnének, hiszen egyik legfőbb panaszuk ennek hiánya volt. Így pszichiátriai beteg esetén éppolyan fontos a tájékoztatás, mint bármely más beteg esetén.
Sok helyen tapasztalt hiányosság, hogy az egyes beavatkozások füzetben vagy tájékoztató nyomtatványon való leírása ill. írásban való hozzáférhetősége hiányzik. A betegek a kezelőorvosuktól csak szóbeli tájékoztatást kapnak. A betegjogokról szóló tájékoztatás is meglehetősen hiányos, mely nélkül azonban a betegjogok érvényesítése nem képzelhető el.
A beteget sokszor fontos—bár a kórházi dolgozók számára evidens—dolgokról sem tájékoztatják. Például nem kap tájékoztatást az intézményben lehetséges diétás lehetőségekről, holott diétára lenne szüksége, nem tudja, kit kérhet meg inzulin felírására, vagy a kezelőorvos úgy megy szabadságra, hogy erről a beteget nem tájékoztatja, s így a beteg azt sem tudja, ki fogja orvosát helyettesíteni.
Sok helyen az egészségügyi személyzet nem tekinti fontosnak a beteg hozzátartozója tájékoztatását. Ennek tudható be, hogy gyakori a téves felvilágosítás. Előfordult például, hogy egy beteg hozzátartozóját a nővér megnyugtatta a beteg állapotáról, miközben kiderült, hogy az már korábban elhunyt. Más helyen egy beteget egy másik kórházból helyeztek át pszichiátriai osztályra, de hozzátartozóit elmulasztották értesíteni, hogy a beteg már egy másik kórházban fekszik.

Titkolódzás, a beteg becsapása

Találkoztunk olyan esettel, amikor egy hosszabb ideje az osztályon fekvő betegnél az orvos úgy kezdeményezte a Gyámügyi Hivatalnál a beteg elmeszociális otthonban való elhelyezését, hogy ezt sem a beteggel, sem édesanyjával, aki cselekvőképességet korlátozó gondnoka volt, nem beszélte meg, ők nem is akarták ezt az elhelyezést, s csak véletlenül szereztek róla tudomást.
Az ilyen gyakorlat--melyekről a betegek tudomást szereznek--jó arra, hogy a betegeket gyanakvóvá tegye, az orvosba és az egészségügyi intézménybe való bizalmat megrendítse. Ugyanakkor az ilyesmire gyanakvó (mert az ilyen gyakorlatról mégiscsak tudomást szerző) beteget illetve hozzátartozóit meg lehet "vádolni" paranoid tendenciákkal, s ezt pszichiátriai betegsége számlájára lehet írni, mikor pedig a nem becsületes kórházi gyakorlat is oka a betegek ilyen irányú félelmeinek. Több esetben lelehetett tapasztalni, hogy betegek, mikor egy "ártatlan", s érdekükben álló dokumentumot írattak velük alá (pl. egy űrlapot, mely az elvesztett rokkantnyugdíj visszaszerzésére irányuló eljárás elindításához volt szükséges), s melynek tartalmára később nem voltak képesek pontosan visszaemlékezni, attól féltek, hogy a dokumentum aláírásával egy érdekeik ellen irányuló eljárás megkezdésébe "egyeztek bele", (pl. abba, hogy gyermekét elveszik tőle). Mindez tehát nem mindig, vagy talán sokszor nem a beteg paranoiditásának tulajdonítható, hanem a titkolódzó kórházi-intézményi gyakorlatnak, melynek a betegek tudatában vannak. Ilyenkor könnyű a beteg pszichiátriai betegségére fogni annak gyanakvását, holott az adekvát reakció a titkolódzó intézményi gyakorlatra.

A beteg önrendelkezési jogával kapcsolatos problémák

Volt olyan osztály, ahol az volt az álláspont, hogy zárt osztályon fekvő beteg nem írhat alá hivatalos dokumentumot, hanem ilyen esetben eseti gondnokot kell kijelöltetni a beteg számára, s ő ad beleegyezést s ír alá a beteg helyett dokumentumokat. A gyakorlatban azonban sokszor előfordult, hogy a nyílt osztályról a zárt osztályra áthelyezett beteg számára heteken

keresztül nem jelöltek ki eseti gondnokot, s mivel így nyugdíjához nem juthatott hozzá, (hiszen meghatalmazását, hogy más felveheti a nyugdíját, nem fogadták el érvényesnek), így napi szükségletei fedezéséhez (pl. cigaretta) sem volt pénze.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

Több olyan eset volt tapasztalható, amikor a hazabocsátott beteg nem kapott zárójelentést. Ennek az az indoka, hogy az orvosok--túlterheltségük miatt--gyakran több hónapra el vannak maradva a zárójelentések megírásával. Volt olyan intézmény, ahol azt a gyakorlatot folytatták, hogy csak a háziorvosnak küldték el a zárójelentést, s a betegnek nem adták oda az ő példányát, ha ő ezt nem kérte. Noha ezt a beteg nyugalmát, gyógyulását segítő gesztusnak vélték, ez a megoldás semmiképpen nem fogadható el, mint intézményi politika. Egyrészt ugyanis sok beteg nem ismeri ezt a gyakorlatot, vagyis nem tudja, hogy csak akkor kapja meg a zárójelentését, ha ezt kifejezetten kéri. Másrészt a zárójelentés fontos edukatív, tájékoztató funkciót is betölt. A beteg ebből ismerheti meg pontosan, mi történt vele a kórházban, ha más orvoshoz, pszichoterapeutához, stb. fordul, a zárójelentésből tudhatja meg a másik szakember megbízhatóan, hogy mi történt a beteggel a kórházban, stb. Ez a gyakorlat tehát káros és jogsértő, hiszen az egészségügyi törvény kifejezetten elismeri a beteg jogát arra, hogy az egészségügyi intézményből való elbocsátáskor zárójelentést kapjon.[22]

A titoktartáshoz való jog

A titoktartáshoz, intimitáshoz való jog sok esetben sérül. Nem mindig van lehetőség arra, hogy a beteg az orvossal ill. az egészségügyi személyzettel a számára kínos témákról mások kizárásával, négyszemközt beszélhessen. Sok esetben már az anamnézis felvétele is a kórteremben, a betegtársak jelenlétében folyik. Az orvosi vizitek is veszélyeztetik a betegek titoktartáshoz, intimitáshoz való jogát, hiszen a beteg állapotának, gyógykezelésének a megtárgyalására is a betegtársak jelenlétében kerül sor. Bizonyos—sokak által intimnek tartott—ápolási teendők is nyilvánosan történnek. Volt beteg, aki sérelmezte, hogy a súlymérés a kórteremben nyilvános, sőt egy elhízott betegre rászólt a nővér, hogy ne álljon rá a mérlegre, mert az “alatta kiakad”. Általában is megfigyelhető, hogy a betegnek sokszor kell levetkőznie a betegtársak előtt, s sokszor érzi úgy, hogy az intimszféra nem kellő tisztelete miatt kínos, szégyenteljes helyzeteket kell elviselnie. Ez nem elsősorban pénzhiány és rossz körülmények kérdése, hiszen paraván minden kórházban van, így viszonylag könnyen megoldható lenne a beteg intimitásának a védelme, paraván azonban a hazai kórházi gyakorlat szerint csak a haldoklónak jár.
Oktatókórházban tapasztalható gyakori betegpanasz, hogy a betegek sokszor zaklatásnak érzik az oktatás során az ismétlődő betegbemutatást, illetve a többszöri anamnézis-felvételt.

A bírói felülvizsgálat problémái

Az egészségügyi törvény a nem-önkéntes (kötelező vagy sürgősségi) pszichiátriai gyógykezelés esetén előírja a kezelés kötelező bírói felülvizsgálatát. A tapasztalatok szerint azonban ez a gyakorlatban sokszor csak formális ellenőrzést jelent. A bíróság képviselője egy beteg meghallgatására csak kb. 2 percet tud szánni. A betegek visszatérően panaszolják, hogy hiába szeretnék a bírói szemlén elmondani a problémájukat, nem hallgatják meg őket. Ha a beteg nem ért egyet intézeti kezelésével, akkor az egészségügyi törvény előírja, hogy független pszichiátriai szakértői véleményt kell kérni a panasz elbírálása során. Volt olyan kórház, ahol --más pszichiáter híján-- ugyanannak az intézménynek a másik részlegén dolgozó

pszichiáter szakorvost kértek fel erre a feladatra. Így sok helyen nincs lehetőség arra, hogy szakvélemény adására független szakértőt kérjenek fel.
Az egyik kórházban dolgozó betegjogi képviselő azt találta, hogy az 1999-es évben megvizsgált több mint 400 ügyben egyetlen egyszer sem határozott a felülvizsgáló bíróság az orvosi szakvélemény alapján az osztályos orvossal ellentétesen.
A bírói felülvizsgálatban ügygondnokként résztvevő ügyvéd a gyakorlatban--a vizsgált kórházban--nem világosította fel a betegeket az őket megillető jogokról, noha a jegyzőkönyvek tanúsága szerint ezt megtette. A jegyzőkönyvek tehát nem a valóságos gyakorlatot tükrözték.
További probléma, hogy az ügygondnok nem mindig ismeri meg a szükséges mélységig kliense betegsége, kórházba kerülése történetét, s így nem mindig tudja megfelelően képviselni a beteget, illetve megfelelően védeni annak jogait.
Tapasztalatunk szerint a gondnokság alatt álló beteg kapcsolata a gondnokával általában felületes, formális. A gondnok a gondnokoltat általában csak ritkán látogatja meg, s nem mindig biztosítja gondnokoltjának a számára szükséges használati tárgyakat.
A gyakorlatban nem működnek jól azok a mechanizmusok, melyek a gondnokolt érdekeit védenék nem megfelelő, érdekeit nem képviselő gondnokával szemben. Így a gondnokolt nagyon kiszolgáltatott helyzetű, sok szempontból csak a gondnok lelkiismeretén múlik, hogy milyen szinten gondoskodik gondnokoltjáról.

,

A betegjogok érvényesülése

A betegek jogai érvényesülésének egyik alapvető feltétele, hogy a betegek és a hozzátartozóik egyáltalán megismerhessék azokat. A betegnek ezt a jogát az egészségügyi törvény is rögzíti.[23] Mégis volt olyan osztály, ahol az osztályvezető főorvos elzárkózott attól, hogy a betegjogokra vonatkozó törvény szövegét az egyes részlegeken kifüggesszék.
A betegek általában is tapasztalataink szerint inkább mernek panaszkodni az egészségügyi ellátásuk körülményeire, mint a kezelőszemélyzetre. A betegek nagyon gyakran, külön kérdés nélkül is panaszkodtak például a WC-k állapotára, a rossz kórházi kosztra, s egyéb ellátási hiányosságra. Ugyanakkor az orvosokkal, nővérekkel kapcsolatos problémáikat sokkal nehezebben mondták el, mert úgy érezték: még vissza kell jönniük a kórházból való távozás után többször is, függeni fognak az orvostól illetve a nővértől, ezért nem akartak konfrontálódni velük. Gyakran fordult elő, hogy a beteg csak a kórházból való távozás után, levélben és névtelenül merte megírni a panaszait. Ez nagyon beszédesen mutatja, mennyire kiszolgáltatottnak érzi magát a beteg.

A betegjogi képviselők státusza

A betegjogi képviselő fontos feladata, hogy az egészségügyi személyzet és a betegek közötti kommunikációt javítsa, a közöttük levő félreértéseket tisztázza, s így segítse a beteget jogainak hatékony helyi érvényesítésében. A betegjogi képviselő fontos feladata a közvetítés az egymással egyet nem értő felek között. Az a jó, ha ezt a betegjogi képviselő meggyőzéssel, rábeszéléssel, információ adással, diplomáciai ügyességgel tudja megvalósítani. Mindehhez az szükséges, hogy a betegjogi képviselő beilleszkedjen az egészségügyi intézménybe, azt jól megismerje, annak munkatársaival jó, személyes emberi kapcsolatokat alakítson ki. Ehhez azonban állandó jelenlét kell, hiszen egyrészt a betegjogi problémák folyamatosan merülnek fel egy egészségügyi intézményben, másrészt a folyamatos és jó munkakapcsolat kialakítása is csak egymást jól ismerő, egymással folyamatos kapcsolatot fenntartó emberek között lehetséges. Ezért úgy tűnik, hogy a betegjogi képviselet Magyarországon megvalósulni látszó rendszere, melyben egy betegjogi képviselő több egészségügyi intézményt lát el, s ezért egy-

egy intézményben nincs folyamatosan jelen, hanem hetente csak egyszer-kétszer látogatja meg az intézményt, nem megfelelő, mert nem teszi lehetővé a közte és a kórházi személyzet közötti folyamatos munkakapcsolatot, s így a betegjogi problémák hatékony kezelését sem. Így a mai betegjogi képviselői rendszer a gyakorlatban torzó, mely jelentős kiegészítésekre szorul.

Menedzsment-kérdések

Nagyon nagy szerepe lenne a mai egészségügyi intézményekben egy jóval aktívabb, a beteget érdekérvényesítésében sokkal jobban segítő rendszer kiépülésének. Külföldi tapasztalatok ennek a modellnek az életképességét bizonyítják. Az USA-ban pl. a szociális-gazdasági nővérek feladata—a hazai gyakorlattól eltérően—nem pusztán a meglevő pénz kiosztása a betegek között, hanem azon lehetőségek felderítése, melyekkel pénzt lehet szerezni a beteg számára, s segítséget nyújtani a betegnek abban, hogy ezeket a forrásokat megpályázza.
A szakképzett ápolók hiánya, a nagy fluktuáció, a nővérek túlterheltsége és hiánya kiégést és demoralizálódást eredményezhet. Az egyik intézményben, mely ezekkel a problémákkal küzdött, a betegjogi képviselő tapasztalta, hogy az intézetvezető főnővérrel végiglátogatva a kórházat, a kezelőben a nővérek lábukat az asztalra feltéve dohányoztak, s nem vették le a lábukat az asztalról akkor sem, amikor a főnővér a betegjogi képviselővel belépett. Az intézetvezető főnővér mindezt szó nélkül tudomásul vette. Ebben az intézményben az is gyakori betegpanasz volt, hogy az éjszakás ápolók éjjel hangos zene mellett nagy társasági életet éltek, s emiatt a betegek nem tudtak aludni.
A szakképzetlen, hivatástudattal nem rendelkező ápolók sok egyéb problémának is okozói. Tapasztaltuk, hogy gyakori a munkaidő alatti italozás, s az, hogy nem végzik el a munkájukat (pl. elmarad a napi fürdetés, tisztába tevés, illetve az ápoló a betegeket kényszeríti ezen munkák elvégzésére apró előnyöket ajánlva nekik, vagy büntetést kilátásba helyezve, ha a beteg nem engedelmeskedik.)

Sajtóetika

A sajtó etikátlan magatartása komoly szenvedések forrása lehet. A pszichiátriai betegekkel kapcsolatban a sajtó előszeretettel eltúlozza a tényeket, a betegséget súlyosabbnak, a pszichiátriai beteget veszélyesebbnek állítva be, mint amilyen. Volt olyan beteg, aki egy kereskedelmi TV-nek nyilatkozott kórházi kezeléséről és öngyilkossági kísérletéről. Ezt a riporter a riport levetítése során eltorzítva, a valóságnak nem megfelelően kommentálta, úgy állítva be, mintha a nyilatkozó alkalmatlan lenne gyereke további nevelésére.

Következtetések

Mint a bevezetőben is jeleztük, a fenti tapasztalatok nem általánosíthatók a hazai elmeegészségügy egészére, hiszen ehhez túl kevés intézményt vizsgáltunk. Úgy gondoljuk azonban, hogy az általunk tapasztalt problémák mégis meglehetősen tipikusak és általánosak, s emiatt sok más intézményben is fellelhetők. Ezért fontosnak tűnik a betegjogi képviselő munkája, aki számos hasonló problémára az intézmény figyelmét fel tudja hívni, illetve közvetíteni tud a nyíltan panaszkodni ritkán merő beteg, s az egészségügyi személyzet között. Erre annál is inkább szükség van, mert pszichiátriai intézményekben túl könnyen tulajdonítják a beteg panaszát betegsége következményének, s ritkán kérdezik meg: ésszerűek-e azok az igények, melyeket a beteg az intézménnyel vagy az egészségügyi személyzettel szemben támaszt. Nagyon könnyű egy panaszkodó betegre azt mondani, hogy depressziós, egy vitatkozó betegre azt mondani, hogy személyiségzavara van, egy gyanakvó betegre azt

mondani, hogy paranoid, egy, a körülményekkel elégedetlen, s ezért a kórházból távozni akaró betegre azt mondani, hogy nem motivált a terápiára, s ezért nem is akar igazán meggyógyulni, stb. Ezek a manőverek arra jók, hogy ne kelljen érdemben foglalkozni a beteg panaszával, ne kelljen szembenézni az egészségügyi intézmény helytelen gyakorlatával, vagy az egészségügyi személyzet munkájának hiányosságaival. Ez a módszer minden egyes betegpanaszt visszafordít a beteg ellen: annak minden egyes vádja a beteg hibájaként vagy betegsége tüneteként jelenik meg. Az eredmény: az intézményi gyakorlat javítása, a szakmai munka színvonalának emelése helyett a beteg „vádolása", hibáztatása. Ilyen esetekben a betegjogi képviselő nagyon jó „ellensúlyt" jelent a túlságosan pszichopatológiai szemléletű személyzettel szemben: egyfajta távolságtartással, objektivitással jelezheti, hogy a beteg panasza ésszerű, az nem betegségéből, hanem ésszerű, emberi igényeinek a kielégítetlenségéből következik.
Mindehhez természetesen az szükséges, hogy a betegjogi képviselő folyamatosan legyen elérhető (vagy személyesen vagy telefonon) az egészségügyi intézményekben, hiszen a kórházi munka folyamatos jellege folyamatos jelenlétet tételez fel a betegjogi képviselő részéről is. Az a mai gyakorlat, hogy a betegjogi képviselő csak heti egy két alkalommal van jelen egy-egy kórházban--mint már említettük--nem elfogadható, mert összeegyeztethetetlen a betegjogi képviselői munka jellegével. Még a vizsgálat relatíve rövid ideje alatt is azt tapasztaltuk, hogy a betegjogi képviselő javaslatát többször megfogadták. Például egy helyen, ahol a betegek egy része meztelen volt, illetve ritkán kaptak tiszta ruhát, a helyzet megváltozott. A betegjogi képviselő fellépésének eredményeként gyakrabban kaptak tiszta ruhát, elküldték a betegeket konzíliumra, megkapták a szemüvegüket, fogsorukat. Úgy tűnik tehát, hogy a betegjogi képviselő fontos katalizáló szerepet tölthet be a kórházakban, ezért nagyobb jelenlétük az egészségügyi intézményekben mindenképpen indokolt. Ez nemcsak az egészségügyi ellátás színvonalát javítja, hanem segíti a betegek jogainak a teljesebb tiszteletben tartását is. Modellkísérletünkkel is ezt a célt szerettük volna szolgálni.

---

[1] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
[2] Mental Disability Rights International (1997): Human Rights & Mental Health: Hungary. (Emberi Jogok és Elmeegészségügy: Magyarország.) Washington College of Law, American University
[3] Süle Ferenc: Előadás a Szószóló Alapítványnál a betegjogi képviselők számára 2000. IV. 7.-én.
[4] Süle Ferenc: Előadás a Szószóló Alapítványnál a betegjogi képviselők számára 2000. IV. 7.-én.
[5] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (3)
[6] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7. § (1)
[7] 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. 29. § (6)
[8] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (7)
[9] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (4), (5)
[10] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (5)
[11] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 194. § (1)
[12] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (4)
[13] Michael Gelder—Dennis Gath—Richard Mayou (1989): Oxford Textbook of Psychiatry . Oxford—New York: Oxford University Press (p. 896)
[14] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 199. § (1)
[15] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 188. §

[16] Ptk. 81. §
[17] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 12. § (1)
[18] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 191. § (2)
[19] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (6)
[20] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (8)
[21] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (5)
[22] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (3) (d)
[23] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 28. §

FÜGGELÉK B.

A Helsinki Deklaráció (2000)

(Az emberen történő orvosi kutatások etikai alapelvei.)
(World Medical Association, Helsinki 1964, módosítva: 1975 Tokió, 1983 Velence, 1989 Hong Kong, 1996 Somerset West, 2000 Edinburgh.)

A. Bevezetés

1. Az Orvosok Világszövetsége azért alkotta meg az etikai alapelveket kinyilvánító Helsinki Deklarációt, hogy az orvosok és más résztvevők számára útmutatást nyújtson az emberen történő orvosi kutatások során. Az emberen történő orvosi kutatás magában foglalja az emberből származó azonosítható anyag vagy azonosítható adat segítségével végzett kutatást is.
2. Az orvos kötelessége az emberek egészségének a védelme és támogatása. Az orvos tudásának és lelkiismeretének e kötelesség teljesítését kell szolgálnia.
3. Az Orvosok Világszövetségének Genfi Deklarációja a következő szavakkal kötelezi az orvost: „Betegem egészsége lesz a legfőbb szempontom". Az Orvosi Etika Nemzetközi Kódexe pedig deklarálja: „Az orvos kizárólag a beteg érdekét tarthatja szem előtt, amikor olyan orvosi ellátásban részesíti őt, mely gyengítheti annak testi vagy lelki állapotát."
4. Az orvostudomány haladása a kutatáson nyugszik, melynek végső soron részben embereken való kísérletezésen kell alapulnia.
5. Az emberen történő orvosi kutatás során az abban résztvevő alany jóllétével kapcsolatos megfontolások előbbrevalók a tudomány és a társadalom érdekénél.
6. Az emberen történő orvosi kutatás elsődleges célja profilaktikus, diagnosztikus és terápiás eljárások javítása és a betegségek etiológiájának és patogenezisének a megértése. Még a bizonyítottan legjobb profilaktikus, diagnosztikus és terápiás módszereket is kutatások révén folyamatosan vizsgálni kell hatásosságuk, hatékonyságuk, hozzáférhetőségük és minőségük szempontjából.
7. A jelenlegi orvosi gyakorlatban és kutatásban a legtöbb profilaktikus, diagnosztikus és terápiás eljárás kockázatokkal és hátrányokkal is jár.
8. Az orvosi kutatásra vonatkozó etikai elvek támogatják a minden emberi lény iránti tiszteletet és védik egészségüket és jogaikat. A kutatási alanyok némely csoportja sérülékeny és különleges védelmet igényel. A gazdaságilag vagy orvosilag hátrányos helyzetűek különleges szükségleteit fel kell ismerni. Különleges figyelmet érdemelnek azok, akik nem képesek beavatkozásokba beleegyezni vagy azokat visszautasítani, azok, akiknek a beleegyezése esetleg kényszer hatása alatt történik, azok, akiknek nem lesz személyes hasznuk a kutatásból, és azok is, akiknél a kutatás és az ellátás összekapcsolódik.
9. A kutatást végző kutatóknak ismerniük kell az emberen történő kutatásokra vonatkozó hazai etikai, jogi és egyéb szabályokat, s a vonatkozó nemzetközi követelményeket is. A hazai etika, jogi és egyéb szabályok azonban nem gyengíthetik illetve nem semmisíthetik meg a kutatási alanyok védelmét szolgáló és ebben a Deklarációban rögzített szabályok egyikét sem.

B. Az összes orvosi kutatásra vonatkozó alapelvek.

10. Az orvosi kutatás során az orvos kötelessége, hogy védje a kutatás alanyának életét, egészségét, magánszféráját és méltóságát.
11. Az emberen történő orvosi kutatásokat a tudomány általánosan elfogadott alapelvei szerint kell elvégezni. A kutatásnak a szakirodalom és egyéb lényeges információforrások alapos ismeretén, megfelelően elvégzett laboratóriumi, s ahol helyénvaló, állatkísérleteken kell alapulnia.
12. A kellő óvatossággal kell eljárni olyan kutatások végzésénél, melyek befolyást gyakorolhatnak a környezetre. A kutatáshoz használt állatok jóllétének biztosítására gondot kell fordítani.
13.Minden emberen végzendő kísérleti eljárás tervét és kivitelezésének módját egy kísérleti tervezetben jól érthetően le kell írni. Ezt azután be kell nyújtani egy külön e célra kinevezett, a kutatótól, a kutatás költségeit fedezőktől független, vagy bármely más illetéktelen befolyástól mentes etikai bizottsághoz, hogy az a kísérleti tervet áttanulmányozhassa, ahhoz megjegyzéseket fűzzön illetve útmutatást adjon, s azt, ha megfelelő, jóváhagyja. E független bizottság tevékenységének összhangban kell lennie annak az országnak a törvényeivel és rendelkezéseivel, melyben a kutatást, kísérletet végzik. A bizottságnak joga van a folyamatban levő kísérletek felügyeletére. A kutatónak kötelessége, hogy a felügyelet gyakorlásához szükséges információkat a bizottság számára rendelkezésre bocsássa, különös tekintettel bármely komoly kedvezőtlen fejleménnyel kapcsolatos információkat. A kutatónak a bizottság rendelkezésére kell bocsátania azokat az információkat is, melyek a kutatás anyagi fedezetére, támogatására, a kutatást végzők intézményi kötődésre s egyéb lehetséges érdekkonfliktusra vonatkoznak, továbbá a kutatás alanyai számára nyújtott ösztönzéssel kapcsolatos információkat is.
14. A kutatási tervnek mindig meg kell fogalmaznia azokat az etikai megfontolásokat, melyeket megalkotásakor figyelembe vettek, s utalnia kell arra, hogy a jelen Deklarációban lefektetett etikai elvekkel összhangban van.
15. Emberen végzett orvosi kutatást csak tudományosan képesített személyek végezhetnek s csak a klinikumban jártas orvos felügyelete alatt. A kutatás alanyáért a felelősséget mindig orvosnak kell viselnie, s soha nem a kutatásba bevont alanynak, noha ő beleegyezését adta a kutatásba.
16. Minden emberen végzett kutatást meg kell előzzön annak gondos mérlegelése, hogy az a kutatási alanyok illetve mások számára milyen várható kockázatokkal és terhekkel, s ezekhez képest milyen előre látható haszonnal jár. Ez nem zárja ki azt, hogy orvosi kutatásba egészséges önkénteseket vonjanak be. Minden kutatási tervnek nyilvánosan elérhetőnek kell lennie.
17. Az orvosnak csak akkor szabad részt vennie emberen végzett kutatásban, ha biztos abban, hogy az azzal járó kockázatokat megfelelően mérlegelték, s azok kielégítően ellenőrizhetők. Az orvosnak abba kell hagynia minden olyan kutatást, melynek kockázata nagyobbnak bizonyul lehetséges hasznánál, vagy ha annak pozitív és hasznos eredményére meggyőző bizonyíték van.
18. Emberen történő orvosi kutatást csak akkor szabad végezni, ha céljának fontossága nagyobb, mint az alanyra háruló elkerülhetetlen kockázatok és terhek.

Ez különösen fontos akkor, amikor a kutatás alanyai egészséges önkéntesek.
19. Az orvosi kutatás csak akkor indokolt, ha valószínűsíthető, hogy annak eredményeiből az a közösség, melyben a kutatást végzik, hasznot húz.
20. A kutatásban résztvevő alanyoknak önkéntesen és tájékozottan kell részt venniük a kutatásban.
21. A kutatás alanyának azon jogát, hogy védje saját sértetlenségét, mindig tiszteletben kell tartani. Minden óvintézkedést meg kell tenni annak érdekében, hogy tiszteletben tartsák az alany magánszféráját, a beteg adatainak titkosságát, s hogy minimalizálják a vizsgálat hatását az alany fizikai és mentális sértetlenségére, s személyiségére.
22. Minden emberen végzett kutatás során minden lehetséges alanyt megfelelően tájékoztatni kell a kutatás céljáról, módszeréről, a kutatás anyagi fedezetének forrásáról, a kutató lehetséges érdekkonfliktusairól s intézményi kötődéseiről, a kutatás várható hasznáról s lehetséges kockázatairól, s azokról a kényelmetlenségekről, melyekkel a kutatás járhat. Az alanyt tájékoztatni kell arról a jogáról, hogy elutasíthatja a kutatásban való részvételt, vagy bármely időpontban megtorlás nélkül visszavonhatja a részvételbe való beleegyezését. Miután megbizonyosodott arról, hogy a tájékoztatást az alany megértette, az orvosnak el kell nyernie az alany szabadon adott tájékozott beleegyezését, lehetőleg írásban. Ha a beleegyezést nem lehetséges írásban megszerezni, akkor a le nem írt beleegyezést hivatalosan dokumentálni és tanukkal bizonyítani kell.
23. A kutatásba való tájékozott beleegyezés elnyerése során az orvosnak különös óvatossággal kell eljárnia, ha az alany az orvossal függő kapcsolatban van, vagy ha a beleegyezés kényszer hatása alatt történhet. Ebben az esetben a tájékozott beleegyezést egy jól-tájékozott olyan orvosnak kell elnyernie, aki nem vesz részt a kutatásban, s aki teljesen független a kérdéses orvos-beteg kapcsolattól.
24. Ha a kutatás alanya jogilag cselekvőképtelen, fizikailag vagy mentálisan nem képes beleegyezést adni vagy jogilag cselekvőképtelen kiskorú, a kutatónak a tájékozott beleegyezést a törvényes képviselőtől kell elnyernie a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően. Az ilyen alanyokat csak akkor szabad kutatásba bevonni, ha az szükséges az általuk képviselt csoport egészségének a fejlesztéséhez, s ha ez a kutatás nem végezhető el jogilag cselekvőképes személyeken.
25. Ha egy jogilag cselekvőképtelennek ítélt alany, mint pl. egy kisgyerek, képes a kutatásban való részvételt illető döntést jóváhagyni, akkor a kutatónak a törvényes képviselő beleegyezésén kívül ezt a jóváhagyást is el kell nyernie.
26. Olyan személyeken, akiktől nem lehetséges beleegyezést kapni, beleértve a helyettesített vagy előzetes beleegyezést is, kutatás csak akkor végezhető, ha az a fizikai/mentális állapot, mely a tájékozott beleegyezés elnyerését kizárja, szükséges jellemzője a kutatás alanyának. A kísérleti tervben meg kell jelölni azokat a konkrét okokat, melyek olyan kutatási alanyok bevonásához vezettek, akik állapotuk miatt nem képesek tájékozott beleegyezést adni, hogy azokat megvizsgálja és jóváhagyja egy kutatásetikai bizottság. A kísérleti tervnek ki kell nyilvánítania, hogy azonnal, amikor lehetségessé válik, a kutatás alanyától vagy annak törvényes helyettesítőjétől beleegyezést kell kérni a kutatásban való részvétel folytatására.
27. A szerzőknek és a kiadóknak egyaránt etikai kötelezettségeik vannak. A kutatási eredmények publikálásakor a kutatók kötelessége az eredmények pontosságát

megőrizni. A negatív és a pozitív eredményeket egyaránt publikálni kell vagy egyéb módon nyilvánosan elérhetővé kell tenni. A publikációban jelezni kell a kutatás fedezetének anyagi forrását, a kutató intézményi kötődéseit, s bármilyen lehetséges érdekkonfliktust. Nem szabad olyan kutatásról szóló beszámolót közlésre elfogadni, melyet nem eme Deklaráció elvei szerint folytattak le.

C. Az orvosi ellátással összekapcsolva történő orvosi kutatás kiegészítő alapelvei.

28. Az orvos csak olyan mértékben kapcsolhatja össze az orvosi kutatást az orvosi ellátással, amilyen mértékben a kutatást annak lehetséges profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás értéke indokolja. Amikor az orvosi kutatást az orvosi ellátással összekapcsolják, kiegészítő elvek alkalmazása szükséges a betegek védelme érdekében, akik egyben kutatási alanyok is.
29. Egy új eljárás előnyeit, kockázatait, terheit és hatásosságát a jelenlegi legjobb profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás eljárásokkal kell összehasonlítani. Ez nem zárja ki placebo alkalmazását, vagy a nem-kezeléssel történő összehasonlítást olyan vizsgálatokban, amelyekben nincs bizonyított profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás eljárás.
30. A vizsgálat befejezésekor minden abba bevont beteg számára biztosítani kell a vizsgálat által bizonyítottan legjobbnak talált profilaktikus, diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz való hozzájutást.
31. Az orvosnak teljes mértékben tájékoztatnia kell a beteget arról, hogy orvosi ellátásának mely vonatkozásai állnak kapcsolatban a kutatással. Ha a beteg visszautasít egy vizsgálatban való részvételt, ez soha nem befolyásolhatja az orvos-beteg kapcsolatot.
32. A beteg kezelése során, ha bizonyított profilaktikus, diagnosztikus és terápiás eljárások nincsenek, vagy azok hatástalannak bizonyultak, az orvos--a beteg tájékozott beleegyezésével--szabadon alkalmazhat nem bizonyított vagy új profilaktikus, diagnosztikus vagy terápiás eljárásokat, ha az orvos megítélése szerint az reménnyel kecsegtet a beteg életének megmentésére, az egészség helyreállítására vagy a szenvedés csillapítására. Amikor lehetséges, az ilyen eljárásokat kutatás keretében vizsgálni kell, melynek során fel lehet mérni azok biztonságosságát és hatásosságát. Az új információkat minden esetben rögzíteni, s ha arra alkalmas, publikálni kell. Eme Deklaráció egyéb releváns irányelveit követni kell.

Forrás: Bulletin of Medical Ethics, No. 162., October, 2000. (pp. 8-10)

Saját fordítás.