

Buda Béla

# Az elme gyógyítása

Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre



HÁTTÉR KIADÓ  
Budapest  
Alapítva 1987-ben

© Buda Béla, 2011  
[www.budabela.hu](http://www.budabela.hu)

*Szerkesztette*  
Egyed Ilona

*A borítót tervezte*  
Kovács György  
[www.jurikov.com](http://www.jurikov.com)

*A borítófotót készítette*  
Vásárhelyi Zsombor

© Háttér Kiadó, 2011



ISBN 978 963 9365 971

## Tartalom

<b>Bevezetés</b>	9
<b>I. A probléma – rövid felvetésben</b>	21
Pszichiátria – Egy különös és ellentmondásos orvosi szakterület	24
A sikerágazat	24
Felhők a derült égen...	26
A vihar kapujában	29
Mégiscsak furcsa egy szakma!	31
A pszichiátrikritika	35
Mi lesz most? Van-e megoldás?	39
<b>II. Egy gyógyászati szakterület kibontakozása</b>	41
A pszichiátria fejlődéstörténete és eredményei – általánosságban	44
<b>III. Fejlődéstörténet – kritikai szempontból</b>	63
A pszichiátria fejlődésének tévútjai	66
Az elutasító közgondolkodás, a degeneráció érve és az öröklés dominanciája	66
A „klinikai tekintet”	67
Az orvosi tekintélyelvűség	69
A tudományos módszertan elégtelensége a pszichiátriában	70
Elmebetegségek és pszichiátriai betegséglisták	73
A pszichológiai szempont helyzete	78
„Szkízis” a pszichiátriában – tudományos emberképek ellentmondásai	81
„Furor therapeuticus”	85
A pszichofarmakonok kora	86
<b>IV. Pszichiátria – magyar szempontokból</b>	91
A magyar pszichiátria fejlődése és helyzete	94
A kezdetek	94
Elmebeteg a magyar irodalomban	94
A szifilisz	95
Őrület és változatai	96
Az intézmények és a gyógyítás	97
Az átlagos elmekórházi helyzet	99
Új gyógymódok	100
Ellátás, gondozás, rehabilitáció	101
Az alkoholisták	103
Az ellátási hálózat fejlesztése	105
Kórházból a közösségbe	106
Zavaros viszonyok, hiányosságok	107

A gyógyszeripar szerepe	108
A pszichiátria mint szakma, orvosi szakterület	110
Neuropatológiai kutatási hagyományok	110
A pszichoanalízis	111
A neurológia és a pszichiátria elkülönülése	113
A pszichoterápiák	114
A neurózis kérdése	115
Kutatások és publikációk	117
Magyar Pszichiátriai Társaság	118
A politikai válság	119
A fejlődés csúcspontjai	120
Gondok a gyógyszeripari befolyással	122
A leépülések kora	124
Belső viták a szakmában	125
Magyar pszichiátriatörténet – szemelvényekben	127
<b>V. Az orvostudomány és a pszichiátria</b>	161
Az orvosi gondolkodás eredendő biologizmusa: az onánia példája	165
Az onánia a régi orvos szemében	165
Az orvos-beteg kapcsolat pszichológiája és a pszichoterápia alapjai	173
Változások korunkban	173
A neurózis jelensége	179
Az újfajta kapcsolat	181
A megértés fontossága	182
A kapcsolat dinamikája	183
A pszichoterápia	185
A kényes kérdés	187
Az irányítás nehézségei	189
A terápiás hatás	190
A krízismegoldás	193
Orvoslás – tekintély, bizalom, kételyek	197
<b>VI. A test és a társadalom határán – a pszichiátria és a medicina közös kihívásai</b>	209
Az öngyilkosság – Az élet értéke és az élet önkezű elpusztítása	213
Alkohol, drogok és más – különösen: viselkedési – függőségek	223
A devianciák medikalizációja – különös tekintettel a pszichiátria és a pszichokultúra szerepére	234
A klasszikus szociológiai nézőpont	235
A devianciák pszichológiai kutatása	236
A medicina a társadalomban	238
A medikalizáció	240
A pszichiatrializáció	241

A deviancia pszichiatrizációja	243
A medikalizáció, illetve pszichiatrizáció értékelése a deviáns viselkedésformák szempontjából	247
<b>VII. Pszichoterápia – gyógyítás, fejlesztés és korrekció pszichológiai módszerekkel és pszichoszociális hatásokon át</b>	251
A pszichoterápia modelljei és hatásmechanizmusai	255
A pszichoterápia stratégiai szemlélete – és a nem specifikus tényezők problémája	266
Eysenck és a pszichoterápiás hatáskutatás	267
A kommunikációs elmélet szerepe	269
Szervezési kérdések	271
Képzés és továbbképzés	271
Hazai problémák	274
A pszichoanalízis és más módszerek gondjai nálunk	275
Néhány szubjektív megjegyzés	276
A pszichoterápiás irányzatok integrációjának lehetőségei	278
A pszichoterápia ma – a szintetikus felfogás irányában...	286
<b>VIII. Szemléleti dilemmák a pszichiátriában</b>	297
Test és lélek – egy (ál)probléma (kultúr- és tudomány)története és relevanciája a mai pszichiátria szempontjából	301
A placebo jelenségének tanulságai	317
A placebo: probléma – paradoxon – paradigma	317
A placebo ma – kutatási és értelmezési perspektívák	320
<b>IX. A mai pszichiátria – hatalom, küzdelmek, kritikák</b>	331
A pszichiátria a medicina élvonalában – remények, csalódások, gondok	335
A medicina változásai	335
Szakmai szervezetek – helyi, nemzeti és globális befolyás	336
A szovjet pszichiátria ügye	337
A betegségleírások bizonytalanságai	338
A betegségek validálása – a pozitivisták dilemme	341
A betegségfogalom relativizálása – kétélű fegyver	343
Az antidepresszánsok mint placebók	346
A klinikai hatékonyság rosszabb a hirdettétnél	347
A bizalmi válság	351
Problémák és gondok a mai magyar pszichiátriában	353
A „sikerolvasat”	353
A láthatatlan visszahúzó erő	353
A szakmai érdekvédelem és érdekképviselés	357
Pszichiátria és társadalom	358
A pszichiátria „sovinizmusa”	359
A biológiai pszichiátria expanziója	360

A leépítések – a (többszörösen) hét szűk esztendő	361
A Lipót drámája	363
„Antidepresszánsok és placebo” – viták helyett sértődések	368
<b>X. A pszichiátria jövője</b>	379
A pszichiátria változásai – lesznek-e, lehetségesek-e?	383
A DSM-V változásai	386
Alternatív diagnózisok?	387
Gyógyszerek – gyógyszeripar	389
Terápiás megközelítések	391
Betegségmodellek alternatív változatai	392
Érdekképviselő, fogyasztóvédelem	393
Pszichokulturális alternatívák	393
Önsegítés, spontán viselkedésváltozás, pozitív lélektan	394
Szakmai demokratizálódás	395
<b>Névmutató</b>	397



# Bevezetés

Immáron ötven éve, hogy a pszichiátria területén dolgozom. Tudatosan választottam a szakmát, bár medikus koromban csak egy része, a pszichoterápia érdekelt. Már akkor olvastam idegen nyelveken, és bejárhattam a Budapesti Orvostudományi Egyetem (később Semmelweis Orvostudományi Egyetem – SOTE, ma Semmelweis Egyetem) Kari Könyvtárába, ahol kézbe vehetőek voltak a világ vezető orvosi szaklapjai, az itthoni kiadványok is, és így tájékozódtam arról, mi történik a pszichiátria terén a világban. Orvosegyetemi éveimben a pszichiátria Budapesten sajátos virágzásban volt. Nyíró Gyula önálló tanszéket hozott létre, és a szakma önállóságát hangsúlyozta. Az ötvenhatos forradalom utáni képlékeny társadalmi szakaszban önálló szakvizsga lett a pszichiátria (korábban az ideggyógyászat egyik területe volt), de a szovjet mintára megalapított Orvostovábbképző Intézetben (később egyetemen, különböző nevekkkel) még a nyolcvanas évekig is csak ideggyógyászati tanszék működött, és az irányította a pszichiátriában is a továbbképzést. Még a budapesti Pszichiátriai Klinikán is illett neurológiai szakképesítést szerezni; a három vidéki egyetemen ez egyenesen kötelező volt.

Nyíró Gyula tekintélye nagy volt, nemcsak Budapest okán, ahol az egészségügyet nagy befolyással szervező Egészségügyi Minisztérium működött, hanem azért, mert sajátos irányzatot képviselt. Egyfajta materialista hagyományt újított fel (tanítómestere, Lechner Károly, illetve német pszichiáterek, főleg Theodor Ziehen nyomán), amely közel állt a pavlovizmushoz: a betegségeket a hibás tanulás, az önálló jelenségtérületként értelmezett legfelsőbb idegrendszeri működések szerzett zavarainak tekintette. Így is kezelte őket, valószínűleg apostola lett a konvulzív (epilepsziás görcsrohamokat kiváltó) terápiáknak, különösen a II. világháború után egyeduralmukodóvá vált elektrosokknak (epilepsziás görcsroham kiváltásának elektromos ingerléssel). E terápiáknak mintegy ideológiát adott, szerinte a görcs a kóros reflexpályákat, asszociációs kapcsolatokat szakította meg, így helyreállhattak a normális funkciók. Ezt az egyetemi oktatásban is képviselte, és demonstrálni is próbálta a sokk előtti és utáni állapot bemutatásával. Egyes előadásaira már azelőtt bejártam, mielőtt a tantárgy kötelezővé vált volna számomra, és láthattam, hogy a korábban bemutatott zavart beteg később gyógyultként jelent meg. Amikor már fel kellett vennem a tantárgyat, megfigyelhettem a klinikán a sokk-kezelés kissé riasztó menetét, az ún. biológiai terápiák közül az inzulinómát (a szifiliszis elmebajokat ekkorra már kigyógyította a penicillin, nem volt szükség a mesterségesen előidézett ún. lázterápiára), de láthattam, hogy hatékony gyógyszerek is vannak (a Hibernál, a korábban Largactil néven importált szer szkizofréniában, vagy a depresszióra adható Melipramin).

Nyíró kitűnő, szuggesztív előadó volt, ő is, és az oktatásban részt vevő munkatársai is a pszichiátriát gyorsan fejlődő, sajátos „sikerágazatként” mutatták be. Nem véletlen, hogy a Nyíró-klinikán kitűnő gárda jött össze, később ezt Nyíró-iskolaként is emlegették, és Budapesten sok fiatal akart pszichiáter lenni. A sokkterápiát aktív kezelésnek is nevezték, elv volt a korai és minél intenzívebb kezelésbe vétel; Nyíró vezette be a halmozott sokkterápiát, akár napi 4-8 vagy több görcsöt, ezek után a beteg szinte leépült, őrizetre, ellátásra szorult, míg azután „visszaépült”, vagyis előjött öntudata és önálló képessége, a várakozás szerint elmaradtak a tünetek, a téveszmék.

Később értettem meg, hogy a korszak egészségügyi vezetése, amely népegészségügyben gondolkodott, új és progresszív ágazatként fogta fel az elmebetegségek gyógyítását (a régi, „megőrzéses” intézeti ápolás helyett), és nem látott ellenérvet, hogy önálló szak legyen



belőle, olyan, mint amilyen a tüdőgyógyászat is lett (a sok tuberkulotikus beteg, „a magyar betegség” gyógyítása érdekében), holott az is csak a belgyógyászat egy ága. Nyíró nem volt párttag, de mereven elutasította az ötvenes évek fő ideológiai ellenségének számító pszichoanalízist (1930-ban már pamfletet adott ki ellene, mintegy kiűzve az orvostudományok területéről), és ez is nagyon jól jött az „ideológiai éberség” korában, amikor több mint tíz évre az egész pszichológiát szinte betiltották, oktatását megszüntették a „lélek” képzete elleni küzdelem jegyében (melyet a „lélektan” képviselt volna, az eszmei kritika állítása szerint). A lélektan is a forradalom után éledezett, indult újra korábbi betiltása után, első kiadványaiban Nyíró már publikálhatta (így én korán megismerhettem) saját elméletét, amelyet azután 1961-ben megjelent *Psychiatria* című tankönyvében fejtett ki.

Közben engem éppen az újonnan megjelent pszichológia kezdett foglalkoztatni, felfedeztem magamnak Freudot és a pszichoanalízist, megismerhettem, hogy az amerikai pszichiátriában ennek vezető szerepe van, és a nyugat-európai pszichiátria is sokrétűbb, mint ami nálunk kialakult. Kezdem látni és belátni, hogy az érdeklődésem nem biztosít könnyű pályát számomra.

„Trauma” is ért, ötödéves koromban egy foglalkozáson az egészségügyi szervezőtan című tantárgyban az oktató beszélgetett a csoporttal, mindenkitől megkérdezte, mi akar lenni. Akkor éppen a pszichoszomatikába olvastam bele magam, már valamilyen használható pályamodellt is keresve, és óvatlanul bementem, hogy pszichoszomatikus ellátási területen szeretnék dolgozni. Már akkor szörnyülködött, de másnap a nagy tantervi előadásában „kiperdikált” (igaz, névtelenül), hogy milyen zűrzavar van itt a fejekben, mi csoda elképzelések merülnek fel, itt az alapszakmák kellene, leginkább körzeti orvosok, itt nincsenek a Nyugaton megjelenő agyrétek, új specializációk. Szégyelltem magam, hiszen csoporttársaim tudták, hogy rólam szól a mese (én meg amúgy is más voltam, mint az átlag, a csoport politikai véleménye negatív volt rólam, nem voltam tagja a KISZ-nek stb.).

Végül mégis a pályára kerültem, ha perifériára is, ún. neurózisosztályra, ilyeneket az ötvenes években szovjet mintára többet is szerveztek, leginkább a fővárosban. Pszichiáter lettem, ha nem is szabályos. Nem könnyen alakítottam ki identitásomat, hiszen ekkor a társadalomtudományok kötöttek le; ezek is éledeztek nálunk a korábbi tiltakozások után, intézetek szerveződtek, lapok indultak. Mindenekelőtt hozzáférhetővé vált a külföldi szakirodalom, a hatvanas évek a fellendülés kora volt a szociológiában, a kulturális antropológiában, a szociálpszichológiában, vagy az ún. deviáns magatartásmódozók, és ezek szaklapjai, tankönyvei bekerültek a budapesti nagykönyvtárakba. Betegeim meg főleg „deviánsok”, vagyis alkoholisták, szexuális zavarban szenvedők, konfliktusokba keveredők voltak, és a megismert új tudományok nagyon is relevánsnak bizonyultak problémáik megértésében és kezelésében. Megtaláltak a társadalomtudományok szakemberei, kutatócsoportokba kapcsolódtam be, cikkeket írtam, előadásokat tartottam velük együtt. Megmaradtam pszichiáternek, sőt valami furcsa küldetésstudat alakult ki bennem a szakterület fejlesztésére, rám ragadt a sajátos reformhangulat, amely a korábbi ideológiai kötelékek lebonthatóságából, az ún. új gazdasági mechanizmus (illetve a nagypolitikában a békés egymás mellett élés) légköréből, az „emberarcú szocializmus” illúziójából fakadt. Mindenben lelkesen vettem részt, még a bennem elevenen élő ötvenhatos hagyomány is fűtött; írtam, olvastam, vizsgáltam, betegek tömegét láttam el munkakörömön belül. Elpasszoltam az „eredeti tökefelhalmozódás” korszakát, a hatvanas éveket, amikor lehetett volna pénzt keresni és

könnyebben megoldani az egzisztenciális önállósodás nagy feladatait, a lakást, az autót, a „hetvendolláros” vagy társasutazást stb. Ehelyett „a tudás fájáról” ettem, különféle ideológiai bírálatoknak tettem ki magam, nagy nehézségek árán kezdtem külföldre utazni szakmai rendezvényekre. Munkafeltételeim nagyon rosszak voltak, nem találtam a helyemet, rossz körülmények közül kerültem még rosszabbakba, de folyamatosan megpróbáltam megszólalni a szakmai, tudományos érvény nevében, és indirekt módon sok emberre tudtam hatni.

Saját utam, pályám inentől kezdve érdektelen. Mindinkább szembesülnöm kellett azzal, hogy a pszichiátria mégsem annyira sikerágazat, nemzetközileg is nagy viták tárgya. Akkor bontakozott ki az ún. antipszichiátria, a pszichiátrikritika sokféle ága. Fő problémaköre a pszichiátriai betegség természete volt. A magyar származású Thomas Szasz – Szász Tamás – nagy hatású műveiben tagadta, hogy ilyen betegségek egyáltalán léteznének, ezeket a társadalom kreálja az alkalmazkodási zavarok kezelésére, a társadalom sajátos, szellemileg értékvezérelt rendje fenntartásáért, az emberek erőszakos vagy finomabb – pszichológiai – befolyásolása céljából. Sokféle hasonló irányzat lépett fel ekkor és jutott el hozzánk is – legalábbis a budapesti nagykönyvtáráig. Össztűz zúdult az elektrosokra, ami Nyugaton is és lassan nálunk is visszaszorult, és a nyugati baloldal és a liberális értelmiség felszólalt a „kémiai kényszerzubbony”, az új nyugtatószerek, a trunkvillánsok túlzott alkalmazása ellen. Még 1948-ban Morton Deutsch amerikai pszichiáter nagy hatású könyvet írt az amerikai nagy elmekegyszűkítők és a pszichiátriai betegek összezsúfolása és szabadságtól való megfosztása ellen *The Shame of the States* (Az állam szégyene) címen, a hatvanas évektől sorra zárták be ezeket a kórházakat, Kennedy elnök programra tűzte a közösségi pszichiátriai ellátást, a járóbeteg-ellátás célját, majd 1978-ban az olasz elmeügyi reform egyszerre és radikálisan megszüntetett minden állami és tartományi elmekegyszűkítőt és kórházi elmeosztályt, Nyugat-Németországban is kritika tárgyává vált az ún. „Anstaltspsychiatrie”, a hagyományos kórházi pszichiátria, és mindenütt átalakult az ellátás. Nagy befolyásra tett szert a gyógyszeripar, amelynek kezdetben jól jött a régi ellátásmódokat és kezelési technikákat elutasító fordulat, de utóbb a szociálpszichiátriai módszerek és a pszichoterápiák növekvő szerepe már sok problémát okozott neki.

A közvélemény mindenütt értetlenül figyelte a vitákat. Az 1968-as diáklázadások utáni radikális mozgalmak intézményellenességét a közfelfogás nem támogatta, a pszichiátriai betegek hozzátartozói és a konzervatív politikai erők összefogtak, hogy a betegeket ápolják csak tovább kórházakban, mintegy elzárva a társadalomtól, ahová csak gyógyulásuk után kerüljenek vissza; ám a kórházak legyenek szanatóriumok, ahol jó körülmények között lehet pihenni, távol a világ zajától. Közben a gyógyult pszichiátriai betegek szabadságukért, máságuk elfogadtatásáért szervezkedtek, Laing és mások tanításai szerint a pszichotikus létforma önálló egzisztenciális útjait akarták járni. Megjelent a drogprobléma, a pszichedelikus kultúra, a szekták terjedtek, Kelet-Európában az alkoholizmus soha nem látott méreteket öltött.

Mindezeket a jelenségeket – már gyakran a helyszíneken is, mindig meghívottként, külföldi szakmai szervezetek vendégeként – követni próbáltam, és próbáltam megérteni, feldolgozni őket. Itthon ezek a gondolatok és szellemi áramlatok nem voltak kellően ismertek, még a szakemberek számára sem, az értelmiségi közvélemény meg legfeljebb a dekadens Nyugat újabb hóbortjaként vagy a kapitalizmus haladása nyomán előállt eszmei zűrzavar

tüneteként értesült róluk. A szakmát, még zömükben „ideg-elmeagyógyászokat”, az osztályok túlterheltsége foglalkoztatta (a hetvenes évekig nem épült új elmeagyógyászati osztály, általános kórházakból szakítottak ki részlegeket, illetve a két önálló intézményt, a Lipótot és Nagykállót duzzasztották az elviselhetetlenségig, a krónikus betegeket – hosszú várakozási idő után – ún. elmeszociális otthonokban próbálták elhelyezni), és örvendetes fejleményként élték meg az ideggondozók (ma pszichiátriai gondozók) hálózatának fokozatos kiépülését. Az Egészségügyi Minisztériumon belül indult fejlesztési program célul tűzte ki, hogy minden megyében nyíljon elmeosztály, és legyen annyi elmeágy meghatározott lakosságszámra, amennyit az Egészségügyi Világszervezet (WHO) javasolt: 10–13 elmeágy tízezer lakosra. Ez a nyolcvanas évekre nagyjából meg is valósult, ha a krónikus osztályok és az alkoholbetegeket ellátó részlegek ágyait is ide számítjuk. A közvélemény nem értesült arról, hogy a pszichiátriai problémák, betegségek arányszáma növekszik, részben a lakosság előregedése miatt is; tilos volt beszélni az öngyilkosságról, amit a kor felfogása szívesen utalt a pszichiátriai ellátásba, ebben gyakoriság tekintetében világsők voltunk, és ezt Nyugaton politikai válságtünetnek értékelték. Nem volt téma az ellátás minősége, az osztályok lepusztult állapota, a sok ágy a nagy kórtermekben (a kilencvenes évekig voltak 24–32 ágyas kórtermek pszichiátriai osztályokon, bennük a WC-vel, amelyet alul és felül nem takaró lengőajtók választottak el a kórtermek terétől, ezek úgy maradtak, ahogy a tébolyda vagy az osztály a 19. század végén épült), az orvosok és az ápolók alacsony száma sem.

Előbb a kritikus és újíto kedvű pszichiáterek a szakma szervezeti önállóságában látták a megoldást, erre valamiféle mozgalom, lobbimunka, akkoriban szokatlan szervezkedés adott módot. Egyik cél volt a pszichiátria modernizálása, ez több változást igényelt: részben a korszerű pszichofarmakonok használatát, a pszichiátriai kutatások megindítását, a betegek visszailleszkedésének elősegítését, részben a felesleges korlátozások és megkülönböztetések megszüntetését. Míg a pszichiátriai osztályok korábban leginkább zárt osztályok voltak, most a legtöbb osztály ajtaja megnyílt, a betegek kimehettek a kórházak parkjaiba és büféibe, csak egy-két kórteremben ügyeltek jobban a zavart betegekre. Minimálisra csökkent a hálós ágyak száma, ez is csak a nagyon sok beteget ellátó, főleg vidéki osztályokon maradt meg, mellőzték a zavart, izgatott betegek lepedős lekötését is. Az orvosok és gyakran a személyzet többi tagjai civil ruhában dolgoztak az osztályokon, hangsúlyozva ezzel is, hogy egyenrangú kapcsolatokra törekednek, szakítani akartak az orvosi tekintélyelvűséggel, amelynek a fehér köpeny mintegy a szimbóluma. A nagy cél a szocioterápiák, a foglalkoztatás, a képzőművészeti alkotómunka csoportos formáinak bevezetése, egyáltalán a csoportos terápiák alkalmazása volt. Általában a pszichoterápiának akartak polgárjogokat biztosítani a pszichiátriai osztályokon és a rendelőkben, ehhez az önállóvá vált Magyar Pszichiátriai Társaság – ahová beléphettek a klinikai pszichológusok, sőt a szakápolók is – 1980-tól kezdve hivatalos képzéseket is szervezett, majd e képzések központi nyilvántartásával elindított egyfajta szabályozást, minőségi kontrollt. A törekvés arra irányult, hogy a pszichiátria „komprehenzív” legyen, vagyis az egész tudományterületet átfogva legyen benne biológiai, szociális és lélektani szemlélet és gyógymód. Ezt szokták integratív pszichiátriának, biopszichoszociális megközelítésnek is nevezni.

Nyitott az új társaság a többi orvosi szakma felé is, megpróbálta megszervezni az ún. konzultációs-kapcsolati (liaison-)pszichiátriát, vagyis a pszichiáterek részvételét a szoma-

tikus orvosi – főleg a belgyógyászati – teamekben, hiszen ezeken az osztályokon sok volt a neurotikus vagy nem feltűnő módon, de kezelésre szorulóan depresszív beteg. Egyáltalán, a teammunka fontos lett a pszichiátriában, a klinikai pszichológia mint a terápiás és diagnosztikus szakma képviselője polgárjogot nyert. A hetvenes évek közepétől a pszichoterapeuták Pszichoterápiás Hétvégeket szerveztek, ahol egy-egy régió szakemberei megismerkedhettek a főbb módszerek alapjaival, részt vehettek önismereti csoportokban. Ekkor volt újítás a nyugati világban a nagycsoport, főleg a terápiás közösség próbálkozásai nyomán. Ez az egész osztály együttes megbeszélését jelentette egyes reggeleken, valamennyi beteg és a személyzet minden tagja részvételével. Utólag nyilvánvaló, hogy ennek a találkozási formának leginkább akkor van értelme, ha az osztályokon pszicho- és szocioterápiás rezsimek működnek, és ahol a terápiás programok minden formájában támogatják a betegeket, és fejlesztik önképviseleti, önérvényesítő és együttműködési készségeiket. Erre a legtöbb osztályon nem volt mód, túl sok volt a beteg és a felvétel–elbocsátás a személyzet számára képest, a nagycsoport mégis szinte országosan elterjedt, sajátos rítusa és szimbóluma lett a demokratizálódásnak és pszichológiai törekvéseknek, miközben formalizált alkalmazásának nem volt sok értelme.

A Magyar Pszichiátriai Társaság megalakulása kb. egy évtizeden át sok fejlődést hozott. Felgyorsult a könyvkiadás, szabadabb lett a pszichoterápia, elindult a szabályozott magángyakorlat, pszichoterápiás osztályok alakultak, a nagy intézetekben, például a Lipóton ún. profilosztályok is létrejöttek, amelyek egy-egy gyakoribb betegségcsoport gyógyításával foglalkoztak. A magyar pszichiátria a nemzetközi szakmai kapcsolatokba is beilleszkedett. A változások leginkább az osztályokon következtek be, bár az 1970-es minisztériumi reform elképzelése, a gondozók összetett mentálhigiénés központokká alakítása nem valósult meg. Pszichológusokat ugyan elkezdtek alkalmazni, de a személyzeti normák nem tették lehetővé pszichoterápiát, nem lehetett olyan szakképzett gondozókat és szociális munkásokat elegendő számban beállítani, akik a területen terápiás műveletek végrehajtására lettek volna alkalmasak, a gondozókat általában a helyszűke, a betegek várakozása jellemezte. A gondozók számát lehetett valamennyire növelni, főleg a főváros körüli övezetekben.

A nagy nemzetközi átalakulást, a deinstitutionalizációt, vagyis a kórházi osztályok helyett a területi ambuláns ellátást, a közösségi visszailleszkedés segítését, a szociális munkával közös „utánanyúló” (outreach) gondoskodást nem lehetett megfelelően elindítani, főleg pénzühiány, illetve a rendszerváltozás körüli társadalmi feszültségek miatt. A magyar pszichiátria tehát „átaludta” a pszichiátria körüli vitákat, mint ahogyan érintetlenül hagyták a szovjet pszichiátria körüli nyugati felzúdulások is; a szovjetek ugyanis elmebetegnek minősítették és kényszerkezelték a politikailag „másként gondolkodókat”, vagyis a rendszer ellen aktív módon tiltakozókat. A nagy nyugati felháborodás szinte a rendszerváltozás tényezője lett a Szovjetunióban, illetve a „keleti blokkban”. 1989-ben az athéni pszichiátriai világkongresszuson Gorbacsov egy kormánytisztviselő révén ismerte el a visszaéléseket, és ígéretet tett megszüntetésükre (és ezt valóban meg is valósították). Magyarországon ilyen „politikai pszichiátria” csak nagyon enyhe formákban érvényesült, a hazai pszichiátria úgy élte meg önmagát, hogy ettől mentes volt. A kilencvenes évek második felében azonban elutasítóan fogadta amerikai betegjogi aktivisták kritikáját, amelyek az elmeszociális otthonok gyakorlatát bírálták, főleg azért, mert onnan nem volt visszaút, a betegekkel keveset

foglalkoztak, és ez elősegítette leépülésüket. A betegjogi perspektíva, a humánus törekvésű gyógyító rendszerekben megmaradt korlátozások feltárása már nagyon zavarta a pszichiátria szakmai vezetését, nem illett bele a pszichiátria akkori önképébe.

A pszichiátria biológiai átalakulása, a pszichofarmakológia egyeduralkodóvá válása az osztályos és az ambuláns ellátásban ekkor érte el tetőfokát. A gyógyszercégek a választott demokratikus kormányzás idején szabad kezet kaptak (nemcsak a pszichiátriában, hanem minden más orvosi szakterületen), ekkor lett nemzetközi program az agykutatás, főleg az agy biokémiai hírvivő, jelátadó folyamatainak és mechanizmusainak kutatása, amely a betegségek pontos megragadását, diagnózisát és célzott kezelését ígérte – ez lett „az agy évtizede”. A korábban trunkvillánsnak nevezett erős hatású nyugtatóból ekkor lett antipszichotikum, vagyis az elmezavar célzott gyógyszere, az antidepresszánsok legújabb generációja ekkor már a depresszió kórokára, a szerotoninhiányra összpontosított, megjelentek az SSRI-ok (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), a szerotonin újrafelvételét gátló szerek, mint pl. a Prozac („a Prozac-korszak”).

Látszólag a pszichiátria beilleszkedett az orvosi szakmák közé, de az új intézményszerűsítés egy sor új problémát hozott, amelyek éppen olyan fedettek, megbeszélhetetlenek és a szokott szakmai, orvosi területiség révén szépítettek maradtak, mint a pszichiátria ügyei a társaság megalakulása előtt. Előbb nagy zűrök következtek a pszichiátriái betegek kényszerkezelése körül, hiszen annak jogosultságát nyugat-európai mintára bírók ellenőrizték, később visszaállt a rend, az ellenőrzés ugyanolyan formális lett, mint korábban is volt. Azután a gyógyszerek marketingjében mutatkozó anomáliák váltak szembetűnővé, az új gyógyszereket az egészségpénztár magas áron befogadta, majd óriási kedvezményrel, gyakran ingyen adta a betegeknek; a költségek elszabadulását a rendelési és pénzügyi korlátozások követték, ekkor a pszichiáterek a betegek számának növekedésével, a betegek erőszakos megnyilvánulásainak és az öngyilkosságoknak a szaporodásával riogatták a közvéleményt.

Kisebb-nagyobb hullámzásokkal ma is ez folyik, a pszichiátriái ágyak és ellátóhelyek számának csökkentése zajlik költségcsökkentési okokból, egyre kevesebbet ad az egészségpénztár az egyes ellátó szolgáltatásokért, és egyre inkább beszűkíti azokat (például volumenkorlátozásokat vezettek be, vagyis csak meghatározott számú beteg, illetve teljesítmény ellenértékét fizetik ki, miközben minden ellátó egységnek önfenntartónak kellene lennie). E sanyargató gyakorlat jegyében szüntették meg hirtelen, előkészítetlenül és utólag sem pótolta módon a Lipótmezőt, megszűnt egy csomó osztály és részleg, másutt a személyzet hiánya szűkítette be az ellátási kereteket. A szakma tehetetlen ebben a helyzetben. Legalábbis vezetői így mondják, erőtlen tiltakozásaikon kívül sem a politikán, sem a közvéleményen át nem tudnak hatni a folyamatokra. A pszichoterápia szinte teljesen kivonult a szakmából, alig van olyan ellátóhely, amely az egészségügyi biztosítás jegyében pszichoterápiával kezelne pácienseket, az a gyakorlat a magánszférába húzódott vissza. Az engedélyezési és adózási viszonyok bonyolultsága miatt a pszichoterápia leginkább nem hivatalosan folyik, vagyis mint pszichiátriái magángyakorlati ellátás vagy pszichológusi tanácsadó munka. Az események már napjaink történetébe nyúlnak, részleteiket a közvélemény sok tekintetben ismeri.

A pszichiátria szakmai krízisei ezek mögött azonban csak felszínesen jutnak el a közvéleményhez, inkább úgy látszik, a pszichiátria különös mostohagyerek az egészségügyben,

és többet veszít, illetve szenved, mint az amúgy is korlátozott és leépített többi szakágazat („kicsi az érdekérvényesítő képessége”, szokták mondani). Közben sajátos bajok is vannak: a kilencvenes évektől fogva egyre több adat mutatja, hogy a pszichiátria „zászlóshajója”, a depresszió szélesre tárt diagnosztikai keretben és kizárólagosan antidepresszáns szerekekkel történő ellátása nem olyan sikeres, mint ezt eddig hirdették. A gyors és látványos gyógyulások helyett egyre több a krónikus beteg, a gyógyszereket éveken át kell szedni a visszaesések elkerülése céljából, és mind több a terápiára nem reagáló, ún. terápiarezisztens eset (a betegek egyharmada, fele). Az antidepresszánsok – nagy hatásvizsgálatok szerint – nem hatékonyabbak, mint az aktív placebo, vagyis olyan gyógyszerként alkalmazott, de közvetlen közérzeti változást kiváltó szerek, amelyeknek nincs közülük a betegségek terápiájának folyamataihoz. E téma körül nálunk is vita bontakozott ki, a pszichiáterek türelmetlensége és testületi elutasítása miatt a tudományos kritikák mintegy „tényfeltáró” újságírás formájában jelentkeznek, ezáltal szélesebb körben hatnak a köztudatban. Bár a pszichiátria úttörő volt az orvosi szakképesítés rezidensi rendszerének bevezetésében, amely azóta általános lett, mind kevesebben választják ezt a szakmát, és a szakorvosok számát erőteljesen csökkenti a nagymértékű elvándorlás. A nyugati országokban is pszichiáterhiány van, egyes országoknak megéri az egyéves intenzív nyelvtanfolyam és szakmai továbbképzés, hogy pszichiátriájukat működtetni tudják.

Sikerkorszak tehát, a bajok, a gondok – a szakma vezetői szerint – most csak a pénzhiányból, a korlátozásokból származnak, és egyfajta „pszichiáterellenességből”, amelyet ismeretlen, gonosz erők szítanak. Ilyenek a szenzációkereső újságírás, bizonyos radikális egyházak, szekták ellenséges agitációja – ilyen szektákkal időről időre fantomharcokba bonyolódik a pszichiátria, de nem sok eredménnyel, hiszen ezek álláspontjai nem ragadhatóak meg, nem vonhatóak társadalmi párbeszédbe. A kialakuló vitákban a pszichiáterek rendre alulmaradnak, néha rosszízű perek után is.

A pszichiátriával tehát valami baj van.

Mi ez a baj? Honnan ered? Mi lesz ebből? Mi a pszichiátria jövője?

Mint e gondolatmenet elején szó volt róla, magam az említett szakmai fejlődési, változási folyamatban kezdettől fogva szereplő, aktív részes voltam. Egyes szemléletmódok, módszerek, technikák, eszmék képviselőjeként előbb a hivatalossággal vitázva, később mindinkább belső kritikussá válva. Ellentétekbe bonyolódva, sokszor kényelmetlen következményeket viselve, sok tekintetben izolálódva, visszavonulva, kirekesztetten. Mégis a sajátos és sok szempontból a nyugati országokénál kiszámíthatatlanabb és ellentmondásosabb hazai körülményekben folyamatosan láttam és láttattam a világtendenciákat, nem fogadtam el, hogy a különös magyar viszonyok a lényegesek, ezek csak színezik, módosítják a másutt is jelentkező problémákat, viszont hittem (ma úgy látom, naív módon), hogy a pszichiátria hazai önállóságának reformszelleme és a kollégák elkötelezettsége itt talán még a nyugati országoknál is nagyobb mértékben tenné lehetővé a szakmai fejlődést, a tisztulást, a szükséges konszenzusok kialakítását.

Körülbelül egy éve kínlódom a feladattal, hogy megpróbálom ezeket megírni, értelmezni a nem szakmabeli, művelt olvasók számára is érthető módon. Ám mindinkább fel kell ismernem, hogy ezt egybefüggő, jól szerkesztett szöveggént nem tudom megvalósítani. Túl sok körülmény és erő játszik közre a pszichiátria területén, és hat egymásra egy rendkívül felgyorsult változási folyamatrendszerben. A pszichiátria problémáinak egy része a medi-

cina, az egészségügyi ellátás kríziseiből ered. Nemcsak a pszichiátriával szemben barátság-talanok bizonyos társadalmi áramlatok, a tudományos orvoslástól is elfordítani igyekezik többféle irányzat, keleti gyógy mód, természetgyógyászati iskola, homeopátia vagy éppen mágia. Nemcsak a pszichiátriai korlátozások ellen lázad a modern ember, hanem autonó-miájának minden korlátozása ellen is, nemcsak gyógyulni akar, de orvosi módszerekkel változtatni életfunkcióin és testi valóságán, külsején, és mind hangosabban követeli az eutanáziát. Nemcsak a pszichiátriában dilemma, hogy a gyógyítás-e a tevékenység lényege, vagy beletartozik a szakmába a lelki fejlesztés, az egészségvédelem is – ezzel küzd a szomatikus medicina is, amely nemcsak a testi betegségeket igyekszik kezelni, hanem kockázati állapotokat, hajlamokat, és változtatni akar a betegségekhez vezető életmódokon is. Nikotin és alkohol a hagyományos orvoslást éppúgy megterheli, mint a pszichiátriát, és nem különb a helyzet a tiltott drogokat illetően, amelyeket mind többen használnak, és szinte minden orvos találkozik heveny vagy krónikus szövődményeikkel. Nemcsak a pszichiátria teljesítményeit korlátozzák, egyre szűkebbre mérik például a betegbiztosítás által fizetett pszichoterápiás ellátásokat, a világ orvoslása a megszorításokban szenved, a „managed care”, azaz szervezett ellátásokra korlátozás és hasonló beszűkítések sora mindenütt érvényesül (ha és amennyire van egyáltalán egészségügyi szolidaritási elv és mindenkire kiterjedő állami egészségügy). Hol van itt a pszichiátria specifikuma? Betegségről szólva, az egész orvoslásban úgy kell feltennünk a kérdést, milyen szervezeti elváltozásokat milyen módszerekkel kell hatékonyan ellátni a lehető legkevesebb költséggel.

Ha a „gyógyítás művészetét” (ars medici) korlátozzák is, ha a módszerválasztásban megkötik is az orvos kezét – a hagyományos orvosi szakágakban mégis erősödnek a betegség-tan tudományos alapjai, egyre világosabbak az eredménykritériumok, segít a bizonyítékon alapuló ellátás rendszere, jók a kidolgozott kezelési protokollok. Az új gyógy-szerek többsége valódi fejlődést tükröz, és amennyiben vannak hatástalan vagy ártalmas szerek, ezeket hamarabb kiszűri a gyakorlat. Az új eljárások áttörésekkel biztatnak, világos perspektívák vannak (a modern farmakogenetika, az összejek, az egyre modernebb funk-ciójavító eszközök és műtéti módszerek stb.). A szomatikus területeken is vannak emberi feszültségek, uralmi törekvések, sajátos érdektelenségek, de sokkal nagyobb a szakmai konszenzus, egységesebb a fellépés a társadalomban, a szakma képét, helyét, munkafeltételeit világosan képviselik a politika és a közvélemény felé. Vannak szakmák, amelyekben konzervatív nézetek és gyakorlatok uralkodnak, jellemzően ott, ahol a pszichológiai igények is előtérbe kerülnek (például az otthon szülés, az asszisztált reprodukció, a szervátültetések), de a legtöbb ágazatban nagyobb a szakmai demokratizmus és nyíltabb a párbeszéd a tár-sadalommal, mint a pszichiátriában.

Miért van ez így? Talán abból ered mindez, hogy a pszichiátria megmaradt a betegség és a gyógyítás hagyományos modelljeinél, biologizálja (az agyban helyezi el, kezdetben kórbonctani, agypatológiai szinten, neurokémiailag, pszicho-neuroimmunológiailag vagy neurális, azaz idegrendszeri pályák révén megvalósuló szabályozási rendszerekben értelmezett módon) a betegséget, és ebből következően a gyógyítást is. Miközben a személyiség, a viselkedés csak feltételeiben, működésmódjaiban, alaprogramjaiban biológiailag „kódolt” jelenségvilág, hosszú és bonyolult ontogenetikai folyamatokban, emberi hatáso- kon át fejlődik, és javarészt itt keletkeznek a betegségek és itt is megy végbe a rehabili-táció és a gyógyítás. Ez a klasszikus elmekórtan számára jóformán érdektelen, a modern



agytudományi pszichiátriát is csak a genetikai és más szervi (szerkezeti) hajlamosságok, kockázati tényezők és „sebezhetőségek” (vulnerabilitás) érdeklik.

Közben – a természettudományos megközelítési minták miatt kanyargós fejlődésben, változó módon és mértékben – a lélektan is részt kér a pszichiátria problématerületéből, a pszichoanalízisen át megjelent a pszichoterápia kihívása, kibontakoztak a pragmatikus szemléletű és praktikus viselkedésterápiás és kognitív terápiás módszerek, és teret nyert legalább egy tucat más módszer, ami a pszichopatológiát értelmezni képes és korrekatív, terápiás viselkedésváltozást biztosít. Kialakult az egészséglélektan, amely az egészséges viselkedésmódok fenntartását és a lelki fejlődést szolgálja, majd pedig a modern biológiai lélektan, amely az élmények, a tanulás, a változás klasszikus lélektani kérdéseit kapcsolja össze a funkcionáló aggyal, tehát újra, az egészséglélektanhoz hasonlóan, mintegy megkerüli a pszichiátriát és helyezi vissza életközeli, emberileg releváns pályákra. Most már végleg nem lehet alkalmazni a második ezredfordulóig mindig elsűthető és a természet-tudósok megijesztésére alkalmas patront, hogy a lélektan a dualizmust akarja visszacsém-pészni, hogy ontologizálja a testtől független lelket. A „lélektelen” – vagyis a pszichológia nélküli – pszichiátria elégtelen, egyoldalú, sérülékeny, rászorul a társadalomtudományokra is, és éppen ezért óriási csapás rá a legfontosabbnak tartott gyógyszercsoport placebo jellege, hiszen a placebo maga a szuggesztió, a pszichoszociális hatás, a kommunikáción át történő befolyásolhatóság, eleven kritika a hagyományos medicinára is, amelyet csak a test érdekkel, és amely a gyógyszerpróbáikhoz a kettős-vak kipróbálást (kettős placebokontrollos, azaz a kettős-vak módszer szigorított alkalmazása, pl. két különböző placebo alkalmazásával) igényli.

Nemcsak a tudományok változnak és fejlődnek, gyorsan és sok irányba változik a mai ember is. A II. világháború óta egyre gyorsabbak a nemzedékváltások, átalakult az egész nevelés és szocializáció, eltűntek a személyiségbe épülő vezérlő értékek, helyükre az alkalmazkodás parancsa és a nárcizmus kultúrája („az önimádat társadalma”) lépett, életformák sokasága létezik, és életutak mozognak ezek spektrumán át. Más ma a stressz, mások a konfliktusok, más a lelki egyensúly, mint egy-két generációval előbb, új divatok keletkeztek, új pszichiátriai betegségek bukkantak fel, amelyek nyilván következményei a társadalmi és kulturális változásoknak (az evési és testképzavarok, a poszttraumás tüneti képek, a borderline szindróma stb.). Mára a deviáns magatartásformák pszichiatrizálódtak, a korszerű börtön karakterzavarok terápiás színtere lett, pszichiáter illetékes a mind gyakoribbá váló droghasználat szövődményeiben és függőségi eseteiben; szélsőséges, túlhajtott viselkedésformák (szerencsejátékok, internetezés) addikciók, függőségek, tehát betegségek lettek, iskolai teljesítményzavar jóformán nincs, csak figyelemzavaros és túlmozgásos szindróma, diszlexia, diszkalkulia. A pszichiátria 1980-ban megalkotott, akkor nagy újtásnak bemutatott nevezéktana, a DSM-III (az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének harmadik kiadása) nem tudta a pszichiátriát arra a pályára állítani, amin a többi orvostudományi terület fejlődik, kvázi élettanra és kórlettanra, jól definiálható betegségkategóriákra, amelyek kórtani alapjai és patomechanizmusai ismertek, és amelyek elláthatóak és kutathatóak, ha nincs is definitív gyógymódjuk. A DSM-IV (1994) jelentősen kibővült, de lényegében nem változott, és régóta készül a 2013-ra ígért DSM-V, amelyről már előre tudható, hogy az alapvető diagnosztikai dilemmákat nem oldja fel.



A pszichiátria ellentmondása: orvostudományként olyan területen működik, amely inkább lélektan és társadalomtudomány, nem tudja kezelni az emberi viselkedés etikai problémáit, nem tudja elválasztani egymástól a normálist és a kórost, kivált a pozitív lélektan, illetve az egészséglélektan kérdésfeltevésével szemben, nincs önálló emberképe, nem tud kommunikálni a társadalommal. Viszont a gyógyszergyártó és gyógyszerforgalmazó cégek más orvosi ágazatokban nem tapasztalható méretű befolyást gyakorolnak rá, és tevékenységét hatalmas marketingtérré változtatják.

Mindezt ma képtelenség pontosan, kronológiai sorrendben, induktív felépítésben megrajzolni. Legalábbis óriási, monografikus terjedelem kellene hozzá. A magyar értelmiségi tudatból hiányzik a szükséges előismeretek, kontextusok nagy része. Külön kellene követni a fejlődési vonulatokat a szorosán vett szakmában, a medicinában, a lélektanban és a szociális tudományokban, a társadalomban, talán az egészségügy szervezésében és a közgazdaságtanban is. Ez lehetetlen. Így inkább problémafelvetésre vállalkozhatunk, ekleptikus, szinte balladai szerkezetben egyes vetületek jelennek meg, az olvasónak magának kell összekapcsolnia a külön jelentkező részeket. Bízom benne, hogy végül összeáll a kép. A kép lehet vita tárgya, mindenképpen diszkurzív alap a konstruktív párbeszédre. Nem a pszichiátria kritikája a cél. Éppen valamilyen restitúciója, védelme, képvisellete. Szeretném közvetíteni a pszichiátria nagyszerűségét is. Lehet gyógyszerekkel és teamekkel gyógyítani, segíteni, hatékony lehet a pszichoterápia, a különböző, többé-kevésbé állandó viselkedészavarok, meghiúsulások, alkalmatlanságok és deviációk dolgában a pszichiátriának fontos mondanivalója van a társadalom számára általában, a rendészet, az államigazgatás, a szociális segítség, a közösségi élet és a nevelésügy számára különösen, és ezeken a területeken a pszichiátria lehet társ, partner is. Miközben gyorsan át kellene alakulnia, saját problémáit kritikusan újra kellene definiálnia. Nem elégséges a sokféle emberi jelenséget még a segítség szándékával sem csak a betegség és a gyógyítás, a normális és a kóros kategóriában értelmezni. Az alapkérdés a társadalmi rend, a személyiség önállósága és autonómiája, az alkalmazkodás és a kreatív viselkedés képessége. Ma még nem lehet teljesen tisztán látni e nagy tématerületen. Itt és most, a magyar pszichiátria sajátosan elbizonytalanodott, sokak szerint demoralizálódott terében mégis, bevallva a megfigyelő, az értelmező szubjektív köztötségeit is, próbálkozunk meg valamiféle áttekinthető rendezéssel – egy naiv, elkötelezett, a szakmáért, a szakterületért lelkesedő, de önkritikus ember látásmódja által.