



De iurisprudencia et iure publica

JOG- ÉS POLITIKATUDOMÁNYI FOLYÓIRAT
JOURNAL OF LEGAL AND POLITICAL SCIENCES

2023.

XIV. évfolyam / Vol. XIV

4. szám / No. 4

Főszerkesztő / Editor-in-Chief

PACZOLAY Péter

Társszerkesztők / Editors

BALÁSSY Ádám Miklós, FEJES Zsuzsanna, KOVÁCS Endre Miklós,
KÖNCZÖL Miklós, TÓTH J. Zoltán

Nemzetközi Tanácsadó Testület /
International Advisory Board

Dalibor ĐUKIĆ, Kateřina FRUMAROVÁ,
Ján ŠKROBÁK, Aleksandra SYRYT.

Kiadja a

Magyar Jog- és Államtudományi Társaság

Publishing

Hungarian Association of Law and Political Sciences



HU ISSN 1789-0446

Dobai Attila
Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai
és Pszichológiai Kar Ember-Környezet Tranzakció Intézet
egyetemi adjunktus

XIV. évfolyam | Vol. XIV
2023/4. szám | No. 4./2023
Tanulmány | Article
www.mjat.hu

A totális pszichiátriai intézmény mint társadalmi produktum arcélei a XX. században

The total psychiatric institution as a social product in the 20th century

ABSTRACT

The aim in psychiatry field in 19th century was build total institutions for patients. The sophistication of the chemical and physical methods/protocols of mental medicine began in the 20th century. In the second half of the 20th century, we can already talk about the closing of large-scale, total psychiatric institutions in all countries of the European continent and in USA, which seemed to be a forward-looking program. The period of deinstitutionalization was prompted by the wider spread of human rights and group rights of patients, and the development of legal practices. Instead of impersonal mental institutions, the goal was to build a more humane, bio-psycho-social care system that prioritizes physical freedom in all countries. In Hungary, the democratization of psychiatric services can be directly linked to the period before and after the regime change, a delay is characteristic of the development of the field. The study examines some issues of the domestic institutionalization of psychiatry in an interdisciplinary point of view.

KEYWORDS: *asylums, total institutions, deinstitutionalization, deviance-heterotopy*

Bevezetés

A tanulmány célja a címben szereplő téma elméleti kereteinek megrajzolása és az egészségügyi tudományos szféra tudományos mezőjébe¹ történő betekintés. Az orvos- és egészségügyi tudományi intézmények a tudományos iskolák, illetve iskolateremtő egyéniségek nyomdokain valósulnak meg. Egy-egy klinika vagy kórházi osztály is „óriások vállán” épül ki és marad fenn, megvalósítva ezzel a tudományos műhelyek létfeltételeit. A személyes tudás továbbadása, gyakorlati ismeretek elsajátítása, fogások megismerése intézményes keretek között történik, ősi szabályok szerint.² A témának egészen kézzel fogható gyakorlati aspektusai vannak, míg az intézményesülés mögött szociológiai, jogi és filozófiai elméleti keretrendszerek húzódnak meg. A neomarxista szociológiában a tudományos tér is úgy jelenik meg, mint társadalmi termék.³ A társadalmi tér elméletek vizsgálódásainak szerves része a tudóstér (vagy tudományos mező). Az orvos- és egészségügyi tudományban is területi viselkedés figyelhető meg, a tudóstér mint hatalmi mező kialakításában, hatalmi érdekek és iskolák mentén szerveződik a tudományos életvilág. A tudóstér különböző társadalmi termékekkel mutat hasonlóságot: mint a gazdaság, oktatás, politika stb. A fenti értelemben beszélhetünk a tényszerű általános problémaköréről és társadalomszervező erejéről,⁴ illetve a tényszerű összefüggéseiről. Szociológiai (történeti) aspektusból az egyik leggazdagabb monográfia Berger Viktoré.⁵ A tudományos mezőnek szociológiai sajátosságai vannak, ha úgy tetszik a vallásokéval analóg rítusok szükségesek a „misztériumba” való beavatáshoz, ahol a papoknak, a prófétáknak^{6,7} a professzorok felelnek meg, ők a letéteményesei azoknak az ismereteknek, amelyek elsajátításával a tudós közösség tagjává lehet válni. Az a kutató tud igazán maradandót alkotni, aki az egyre differenciáltabb tudástérben képes szintézisre, felfedezésre, valamint elfogadja a tudományos közösség tágabb és a szűkebb szakterület etikai, módszertani és egyéb íratlan szabályrendszerét, illeszkedni képes a meglévő tudományos kánonba. A tudományos mezőben a befogadás kritériumai, a verseny, a ranglétrák garantálják a tudományos közösség zártságát és azokat az ellenőrzési mechanizmusokat, amelyek lehetővé teszik a kör bővítését, vagy éppen bezárását és egyesek konzekvens elutasítását, az ismeretek halmazának bővítését, továbbá felül- és átírását. A tudós közösség nemzetközi, a hatalomtól független és szabad a létező politikai feltételrendszertől, a jog által biztosított eszközöktől. Az orvosi- és egészségügyi területen lévő tudás disszeminációjának bölcsője az egyetem, ahol szoros kapcsolatot ápolnak a gyakorlattal. Kivételt képeznek ez alól az elméleti intézetek, ahol hangsúlyosabb az alap kutatási karakter. Az orvos- és egészségügyi tudományi képzés szerkezete a klasszikus beavatási rítusok állomásaihoz/lépcsőjéhez igazodik. Az első évfolyamba felvett medikusok az esküvel⁸ (performatív aktus, hiszen azt mondják: esküszöm)⁹ válnak

¹ Bourdieu-i értelemben.

² Polányi Mihály: Személyes tudás I-II. Atlantisz Kiadó, Budapest, 1994.

³ Bourdieu, Pierre: A tudományos mező. In Replika 2009/67, 11-36 o.

⁴ Nemes Nagy József: Terek, helyek, régiók. A regionális tudomány alapjai. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2009.

⁵ Berger Viktor: Térrel szőtt társadalmiság. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2018.

⁶ A szakrális beavatási rítusok mintájára.

⁷ Weber, Max: Vallásszociológia. Helikon Kiadó, Budapest, 2005.

⁸ Elsőévesek fogadalmá/más intézményben esküje: “Én, a Debreceni Egyetem elsőéves hallgatója esküszöm, hogy az egyetem szabályait megtartom. Professzoraim, oktatóim és az egyetem más dolgozói iránt mindenkor tisztelettel magatartást tanúsítok” Forrás: unideb.hu,(2023. 12. 02.)

⁹ A performatív aktus (performatív igével, amely létrehoz a kimondás által) is olyan, mint a lovaggá ütöm, ha ezt az angol királynő megfelelő feltételek teljesülése esetén a karddal a vállra ütte mondja, a szó és a cselekvés egyszerre hozza létre a lovag létet. Az eskütevő, ha nem a négy fal között van, hanem tegyük fel a Semmelweis Egyetem rektora vagy az orvoskari dékán előtt, akkor az esküszöm és az eskü szövegének kimondása létrehozza az esküt. Az ÁJK-n a kézfogón, amikor a dékán azt mondja, egyetemi polgárrá fogadom, szintén létrehoz egy

orvostanhallgatóvá, több próbatételen keresztül lehetnek majd orvosok. A hallgatók évfolyamról-évfolyamra őrzik a jelentősebb mérföldkövek hagyományait, de még a curriculumban is megjelennek a nagy vízváltások, a „beavatás” lépcsőfokai.¹⁰ A preklinikai modul lezárásával a hallgató a három nagy szigorlat (anatómia, élettan, kémia-biokémia) letételével lép be a klinikai modulba, ahol harmadéven már elkezdheti elsajátítani a belgyógyászati propedeutikát, a helyes hallgatózás, kopogtatás, tapintás fogásait.¹¹ A hatodévi szigorló év, az orvostanhallgatók gyakorlati éve, ahol már a klinikai területeken tölthetik el gyakorlataikat, a záróvizsga után pedig következik az eskütétel és orvosavatás. Az orvosi és jogi szakterületeken hasonlóan az avatással megnyílik a tudományba beavatottak útja a gyakorlati pályák, pl. szakképzésbe való bekapcsolódásba, vagy a tudományos élet felé. A folyamat nagyon hasonló a papi, püspöki szenteléshez¹² (a rabbikat, protestáns lelkészeket pl. avatják). A papi rend felvételéhez, vagy éppen a püspökké avatáshoz számos próbatételnek kell megfelelni, illetve a szentelők felelőssége is jól látszik, például a Római Katolikus Egyház liturgiájában, egy korábbi liturgikus szövegen keresztül¹³, amelyet jól példáz az alábbi idézet Molière híres színdarabjából:

„- Medikusok: „Elsőbe klistélyt adni, azután eret vágni, utoljára purgálni.
- Professzorok: Jól van, jól van, jól megfelelve, méltó, méltó ökegyelme, ebbe a mi tudós
rendünkbe”¹⁴

A gyakorlati életnek és a tudománynak is megvannak a maga mesterei, professzionistái, akik iskolákat alakítanak ki, ahol „monopóliumok, stratégiák, harcok”¹⁵ formálódnak az egyes szakterületek művelői között. Jelen tanulmány az orvos- és egészségtudományok hazai intézményesülésére fókuszál, elsősorban történeti és szociológiai aspektusból. Elsőként fontos meghatározni a tudományos eredmény kritériumait egy adott területen. Azt, hogy mi számít új tudományos eredménynek, az orvostudományban érvényes demarkációs kritériumok fogják megadni.¹⁶ Az orvostudományi (rész)diszciplínák helyzetét az adott szakterületen működő szakemberek érdekérvényesítő képessége határozza meg, vagyis a (rész)tudománypolitikai erőter. Nehezíti a tudományterületek helyzetét, hogy a játéktérben

szimbolikus jogviszonyt is, ahol kötelező kellék az eskü, pl. jogászdoktori eskü, vagy orvosi eskü PhD. eskü, ott a doktori cím használatának konjunktív feltétele az eskü.

¹⁰ II. Az első két év időszaka nagy vízváltást, eddig tart a szigorúan vett elméleti képzés, ahol az orvosjelölteknek számtalan nehéz vizsgát kell letenniük, szóbeli, írásbeli és gyakorlati vizsgákat, rengeteg kollokviummal-szigorlattal. Bármelyik is nem sikerül, annak „bukás” (utóvizsga, halasztás, kizárás) a következménye. Ennek a szakasznak a végén a rettegett három nagy szigorlat (anatómia, élettan, biokémia) áll.

Forrás: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3873/zsinkoszabozoltan.d_DOIs.pdf?sequence=1 (2023. 12. 02.) 79. o.

¹¹ Polányi Mihály: Személyes tudás I-II. Atlantisz Kiadó, Budapest, 1994.

¹² „A jelölt ezután ünnepélyesen ígéreteket tett. Majd a jelenlevők elénekelték a Mindenszentek litániáját. Ezt követte a leglényegesebb mozzanat a szentelő püspökök kézrátétele. Utána a krizmával való megkenés, az evangéliumos könyv és a püspöki jelvények átadása. Békeköszöntés ...”Részlet Fábry Kornél püspökké szentelésének szertartásának menetéből: https://www.youtube.com/watch?v=s4xKaE_U2XA (2023. 12. 02.)

¹³ „A szentatyák ősi tanítása és meghagyása, hogy az, aki a püspökség rendjébe beavasztatik, előzőleg teljes szeretettel szorgosan vizsgálta meg a Szentháromság hite felől: és kérdeztessék ki élete és mindama dolgok felől, amelyek ezzel a méltósággal járnak, amelyekhez ragaszkodni kell, hogy eleget tegyünk az apostol intelmének: Kezeidet senkire hirtelen fel ne tedd. Azért is, hogy a felszentelendő okulva lássa, hogyan kell élnie Isten egyházában annak, aki ezzel a méltósággal van felruházva: meg azért is, hogy ne érhesse gáncs azokat, akik a felszentelésekor kezeiket rá felteszik.” A püspökszentelés szertartása: http://ppek.hu/korda-pdf/A_puspokszentes_szertartasa_facsimile.pdf (2023. 12. 02.)

¹⁴ Molière, Jean-Baptiste, Poquelin: Hat Színmű, Képzelt Beteg. Európa Kiadó, Budapest, 1991.

¹⁵ Bourdieu, Pierre: A tudományos mező. In Replika 2009/67, 11.o.

¹⁶ Popper, Karl R.: A tudományos kutatás logikája, ford.: Petri György és Szegedi Péter, Európa Könyvkiadó, Budapest, 1997.

mindenki bíró és játékos szerepben is működik.¹⁷ Így kialakulhat az iskolák harca, amely mögött a kutatási támogatások elosztása, az egyes műhelyek léte a tét. A támogatások csökkentése, elvonása vagy átcsoportosítása az egyének szintjén is egzisztenciális kérdés, „*a specifikus tőke elosztási struktúrája*”¹⁸ így konkrét materiális szinten is meghatározza egyes tudós csoportok jövőjét, illetve pozícióját. A tudomány fejlődésében, vagy inkább alakulásában az ellenlábasok székszise és a kutatókra jellemző felfedező szándékú elrugaszkodás egyszerre van jelen.¹⁹ A szükségszerű versenyhelyzet mellett a „befogadottak” és „elfogadottak” mégis sajátos védelmet élveznek, a játéktéren kívül álló laikus többség nem szólhat bele a tudóstéren belüli harcokba, ezen harcok morfológiáját kizárólag a résztvevők ismerhetik meg. Jelen írásnak nem célja a kívülállók tudósokhoz való viszonyának elemzése.

Az orvostudomány intézményesülésének folyamata az egész egészségügyi rendszerre alakítólag hat; kiépülő hierarchia szervesen fejlődik, az orvos-beteg találkozásokat aszimmetrikus viszonyba kényszeríti. A közös orvosi szaknyelv alapvetően eltávolítja a laikusokat a szaktudástól, bár ma már az internet világában sokszor felkészült, mégis hiányos, (fél)információkkal rendelkező páciensekkel találkozhatnak a szakemberek. Az orvosok szocializációs folyamatai szükségszerűen a társadalom egészére is hatnak. A magánegészségügyi intézményekben 1990-től folyamatosan jelen van a szolgáltató egészségügy szellemisége, a szokások és attitűdök viszont az állami szférában alakulnak ki az orvosi szocializáció során. (Aki a magánellátásban rendel, napközben sokszor az állami egészségügyben látja el a betegeket, bár néhány kivétel azért itt is akad). Ennek oka többek között a magasabb progresszivitási szintek rendszerében van. A magánintézmények nem képesek arra, hogy az évtizedek óta bevált gyakorlatokat, az ellenőrzött és kontrollált tudásmegosztó klinikai és kórházi központokat pótolják, azokat kiegészítsék. A rezidensek képzésének helye pl. szükségszerűen a közkórház, és később, a már képzett szakorvosokat átveszik a magánellátások. A saját testről, egészségről való tudás olyan szféra, amely a legszemélyesebb magánterritóriumunk, pont a testünk feletti uralmat²⁰ kényszerülünk időről időre átadni az orvostudománynak a teljes bizalom jegyében. A test feletti kontrollvesztés alapvető szorongást és stresszt okoz, miközben a szakdolgozói hierarchiában is jellemző a pszichoszociális stressz, amely a váratlan helyzetek sokszor körülményes kezeléséből is adódik a gyógyítók részéről. Az egészségügy mint munkahely – természetéből adódóan – fokozott készültségi állapotot teremt, hiszen az eseménytelen nyugalom is magában hordozza, hogy pillanatok alatt új helyzetekhez kell alkalmazkodni. A viselkedés flexibilitása a gyakran változó környezet miatt elengedhetetlen.²¹ A hierarchia, a belső szabályozottság ellensúlyozni próbálja a káosz és az anarchia kultúráját. Ilyen értelemben a kórház minden elemében magán hordozza a totális intézmény²² jegyeit, a látszólagos szabadságot a betegek kodifikált jogai²³ biztosítják.

Az eddig végzett kutatásaim során több alkalommal szembesültem azzal, hogy a betegjogok nagyon gyakran sérülnek, illetve a betegek jogainak érvényesítése az orvosok egymás melletti kiállása (a betegpanaszok kivizsgálásának adminisztratív eszközökkel történő

¹⁷ Bourdieu, Pierre: A tudományos mező. In Replika 2009/67, 11-36. 11 o.

¹⁸ Uo. 19 o.

¹⁹ Fleck, Ludwik: A tudomány tudományának problémái. In Replika, 2010/73, 67-69 o.

²⁰ A totális átadottságot a műtéti beavatkozások jelentik, ahol a test teljes kiszolgáltatottságban átadásra kerül, minden vitális paramétert az orvosok és asszisztensek ellenőriznek, kontrollálnak.

²¹ Csató et.al.: A főemlősök és az ember: egy rokon kapcsolat biológiai és pszichológiai alapjai, In: Pléh Csaba szerk. Pszichológia, Akadémiai Kiadó, Budapest.

²² Goffman Erving: Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Anchor Books, New York, 1961.

²³ 1997 évi CLIV. törvény az egészségügyről, 2. cím: A betegek jogai és kötelezettségei.

akadályoztatása²⁴) miatt számos gyakorlati problémába ütközik. A magánegészségügyi szolgáltatóknál ez a karakter gyengébb, a fizetős betegek hotelszolgáltatásokat és fogyasztóbarát körülményeket kapnak.

Az intézményt el lehet hagyni, saját felelősségre bárki távozhat, aki az ehhez szükséges belátási képességgel rendelkezik, és a tudata átfogja a cselekmény súlyát, következményeit. Ennek ellenére a kontrollt a betegellátás teljes folyamatában az egészségügyi személyzet birtokolja, megszabva az étkezések, gyógyszerbevitel, a vizitek, alvás-ébrenlét, beavatkozások fajtáit és idejét, az alapvető magatartási szabályok rendjét házirend formájában. A kórházak házirendjét tanulmányozva feltűnő, hogy a tiltások vannak túlsúlyban ahogy ezt többször láthatjuk kórházi feliratokon is. „Tilos a dohányzás!”, „Belépni tilos!”, „Kérjük a rendeltetést kopogással ne zavarja!”, vagy az eufemisztikusabb: „Kopogni nem szabad!”, „Betegeknek tilos a bemenet!”, „Látogatni tilos!” „Csendet kérünk!”, „Maszk viselése kötelező!”, illetve érzelmekre hatnak, mint például a patológián a „Hűtésbefizetés”²⁵ felirat. Ezek általános magatartáskijelölő mondatok, amelyek a mindenkor elvárt magatartást és a szabályokhoz való alkalmazkodást az egészségügyi környezetben, mint félkatonai²⁶ szervezetben fokozottan elvárják. Az orvos és az egészségügyi személyzet napirendje is szigorú, kevés mozgásteret engedő rezsimszerű rendszer, ezt jól mutatja a közelmúltban bevezetett új státusztörvény²⁷ is, amely rendelkezéseit tekintve kifejezetten a különleges jogállású szféra munkajogi szabályait ülteti át az egészségügyi rendszerre.²⁸ Részben átveszi az együttalkalmazási tilalmakat, a magasabb egészségügyi vezetés (országos kórházi főigazgató OKFŐ) engedélyéhez köti a magánegészségügyben való munkavégzést stb. Az egészségügy mindig félkatonai szervezatként működött, informálisan is; ez a túlszabályozott struktúra sajátosságaiból is adódik, digitális és papír alapú egészségügyi bürokráciával, amit a felhő alapú integrált egészségügyi informatikai rendszer ellensúlyozni igyekszik.²⁹ A bürokrácia az egészségügyben szükségszerű, integrált rendszerként történő digitalizálása a rendszer méretéből adódó tehetetlenségeket, párhuzamosságokat ellensúlyozni igyekszik; versenyelőnyt jelenthetne az egészségügyi intézmények számára, egyéb más változók körülményeként átfogalmazása által.³⁰ Az elmúlt évtizedekben az orvostudomány jelentős fejlődése, a molekuláris biológia térhódítása új utakat nyitott meg a gyógyító munkában és szükségszerűen átstrukturálta az orvosképzést is.³¹ Az intézményrendszer átalakítása, a képzési struktúra módosítása folyamatos, ennek ellenére a rendszer nagyobb tehetetlensége a végbement technikai változásokat nehezen tudja lekövetni. A jelen munka azt a célt is szolgálja, hogy részletesen bemutassam és feltárjam kimondottan az ideg- és elmegyógyászat kialakulásának folyamatát hazánkban, a fontosabb szakmai műhelyeket. A folyamatban lévő főként kvalitatív módszerekkel végzett empirikus kutatásunk

²⁴ Az egyik jogesetben, amely szóbeli közlés útján jutott el hozzám a kivizsgáló betegjogi képviselő és a kezelőorvos felváltva ígérték az elhunyt hozzátartozóinak a Jogi Osztály munkatársaival a betegellátás teljes dokumentációjának és a boncolási jegyzőkönyvnek a kiadását.

²⁵ Varga Katalin-Diószeghy Csaba: *Hűtésbefizetés, avagy a hétköznapi szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Polya Kiadó, Budapest, 2013.

²⁶ Saját interjú kutatásaim során az egészségügyi dolgozók félkatonai szervezetnek tartják munkahelyeiket, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet volt dolgozói körében végzett, még folyamatban lévő retrospektív kvalitatív vizsgálat során (Dobai Attila, Düll Andrea, Tóth Varga Violetta).

²⁷ 2020 évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról,
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000100.tv> (2023. 12. 02.)

²⁸ Uo.

²⁹ EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) 22/2022(I.31) Korm. rendelet a körponti egészséginformatikai szolgáltatásokról.

³⁰ Jenei György (2016): *Max Weber bürokráciaelmélete és a neoweberianus szintézis*. Pro Publico Bono, Magyar Közigazgatás. 2016/3, 42-55. o.

³¹ Erőss László-Veér András: *Tébolykeringő, a pszichiátria haláltáncja és újjászületése a XXI. században*. SHL könyvek, Edge Kiadó, Budapest, 2002.

arra irányul, hogy feltárjuk az OPNI volt dolgozóinak, lakóinak a Lipótmezőhöz mint munka, illetve lakóhelyhez való kötődését és a tárgyköötődéseket. A hazai pszichiátria totális intézményének tekinthető Lipótmezőn végbement, a rendszerváltást közvetlenül megelőző és a 2007-ig terjedő időszakra vonatkozó belső változásokat a szakdolgozókkal készült interjúk segítségével³² mutatja be a kutatás.

I. A személyes tudás megjelenése az ideg-és elmeegógyászatban

A fentiekben már részleteztem, hogy az orvosi fakultáson és a hozzá kapcsolódó gyakorlatokon számos olyan jellegű tudás megszerzését követelik meg, amelyek gyakorlati készségek. Ezen ismeretek esetén nagyrészt implicit tudástranszfer történik, amely nehezen ragadható meg, hiszen olyan szabályok érvényesülnek az átadás és elsajátítás szintjén is, amelyekről nincs tudomása annak, aki követi ezeket a szabályokat, vagyis ha arra kérnénk valakit, hogy mondja el a szabályokat, ez nem lehetséges; ugyanis ezek olyan fogások amelyek explicit módon nem mondhatóak ki, elsajátításukhoz rutin és tapasztalat szükséges. Polányi Mihály erre vonatkozóan a zongoraművészek „helyes billentését” hozza fel példának.³³ Leírható lenne, mit kell tenni, de a hogyan problematikus. Az orvosi protokollok mint puha „jogi” eszközök nem felelnek meg a napi gyakorlatnak, az élet valósága sokszor nagyon eltérő terápiás stratégiákat kíván az orvosok részéről, a tapasztalatnak és az elsajátított készségeknek vész helyzetben rendkívüli szerepe van. A pszichiátria az orvostudomány olyan területe, ahol bár a fizikális vizsgálat létezik, mégis nagyobb hangsúlyt kap a kikérdezés tudománya, vagyis az exploráció, illetve az anamnézis³⁴ felvétele. Olyan feltáró beszélgetés ez, amelyet az orvos annak érdekében végez, hogy a tünetekről, panaszokról átfogó képe legyen, és közelebb vigye a diagnózishoz. Az orvostanhallgatók a feltáró beszélgetés alatt a helyes kérdezés technikáját tanulják, ennek során megfigyelik a betegeket kérdező orvost, aki vizsgálat közben tanítja a medikusokat vagy szakorvosjelölteket. A demonstráció (betegbemutató)³⁵ az orvosi képzés elengedhetetlen része, hiszen a különleges eseteket, az egyes betegségek fenotípusát így lehet jól szemléltetni. Az egyetemi klinikákon, a betegágynál vagy a tanteremben jól látható helyen „megszemlélik” a betegeket, kívülről észlelik az elváltozásokat, meghallgatják a kérdésekre adott válaszokat. Az ideg- és elmeegógyászat ugyan kettévált, de a neurológiai betegségek még ma is fontos differenciáldiagnosztikai támpontot jelentenek, így a szervi idegrendszeri betegségekről való tudás elengedhetetlen. A tudás átadásának központja az egyetem, illetve a magasabb szintű ellátásokat nyújtó országos intézetek. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet³⁶ is számos olyan funkciót képviselt, amely lehetővé tette a képzések és továbbképzések szervezését, illetve egyetemi gyakorlóhely is volt. Itt működött a Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem (orvostovábbképző profillal), továbbá az Országos Alkohológiai Intézet (módszertani feladatokkal), Agyi Érbetegségek Országos központja, és a Komprehenzív Epilepszia Központ (1977-2007).³⁷ A fentiek olyan heterotópiáknak tekinthetőek, ahol a tudás összesűrítése és gyakorlati átadása segítségével alkalmas helyek alakíthatóak ki a jövő orvosnemzedék számára. Párhuzamosan biztosítható a magasszintű, szakmailag jól átgondolt

³² Az OPNI dolgozói közösségének retrospektív kvalitatív vizsgálata, ELTE PPK Környezetpszichológia Kutatócsoport.

³³ Polányi Mihály: Személyes tudás I-II. Atlantisz Kiadó, Budapest, 1994 96-97.o.

³⁴ anamnesis(lat) visszaemlékezés

³⁵ Ez a „szent” gyakorlat betegjogi szempontból aggályokat vet fel, noha a beteg beleegyezésével történik, mégis olyan formában okozhat traumát, amely előre nem látható, végül is, a beleegyezés az információs aszimmetria miatt problémás.

³⁶ Továbbiakban: OPNI

³⁷ Halász Péter professzor magánkéziratából: Az OPNI Komprehenzív Epilepszia Központ (OPNI KEP) története és tevékenysége (1977-2007)

és ellátásszervezési szempontból „takarékos” koncepció. Erről Halász Péter így ír az általa kiadott kéziratban: „A KEP kifejlődésében az első lépés a specializált járóbeteg rendelés kialakítása volt, amelynek működtetésében döntő jelentőségű volt az egy beteg-egy orvos elv megvalósítása.”³⁸ Az ismeretek disszeminációja mellett egy erős és multidiszciplináris szakmai közösség megteremtése kizárólag jól szervezett keretek között történhet, amely a hagyományok tiszteletét és továbbadását új paradigmák és elvek követését jelentik. Ehhez szükséges a szakmai kapcsolati háló, a konzultatív jellegű együttműködések kialakítása, ilyen értelemben Lipótmező egyértelműen olyan intézmény volt, ahol megvalósulhatott ez a szinergia, és a hálózatosodás révén vált országos jelentőségű szakmai irányító központtá. A személyes tudás átadásának előfeltétele az intézményrendszer, ezért elmondható, hogy bár a Lipótmező hiányát nem képes pótolni az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI), új nevén Országos Mentális Idegtudományi és Idegsebészeti Intézet, ami rendkívül szerencsétlen és szakmailag³⁹ indokolatlan, leegyszerűsítő névválasztás. A szakma ugyanakkor nagyon bizakodó volt.⁴⁰ Ennek több oka van: a „Lipóton” felhalmozott tudás az intézet megszűnésével széthullott, bár a szokások és attitűdök, az elköteleződés megmaradt, mégis nyilvánvaló, hogy egy több telephelyen működő kényszer alatt létrejött, nagyon eltérő szakmai érdekek mentén szerveződő, korábban önálló intézmény nem képes pótolni egy fizikálisan is egyben lévő intézményt. A személyes tudás átadható, de egy sajátos intézeti kultúra kialakítása rendkívül sok időt vesz igénybe. Az interjúk kutatásunk⁴¹ során is nyilvánvaló volt, hogy a volt dolgozók többsége nem tartja pótolhatónak az OPNI-t külön telephelyeken.

II. Hazai történelmi előzmények

Az orvostudomány alapvetően egy magas presztízst képviselő tudományterület, ahol a tudományos eredmények (többnyire) a napi gyakorlatban hasznosulnak, illetve a tudományos eredmények megtermékenyítően hatnak a praxisra, így a tudomány, valamint az orvosi gyógyító tevékenység és a tudósok között diádikus párbeszéd alakul(hat) ki. Az orvostudomány művelői több szakterülethez tartozó kutatók, vagyis nem kizárólag orvosok. A biológusok, vegyészek, gyógyszerészek, pszichológusok stb. is nagyon gyakran foglalkoznak alapkutatásokkal, az egészségtudományi szakterületeken elsősorban nem orvos végzettségűek kutatnak, a nem alapkutatást végzők lehetnek továbbá pszichológus, szociológus, jogász végzettségűek is. Jelen részben elsősorban a hazai orvostudományi kutatás- és intézménytörténet szempontjából lényeges állomásait vázolom fel, a legújabb kori eseményekre koncentrálna.

A 20. század viharos évtizedei, több szempontból meghatározták az orvostudomány fejlődését is. Az 1920-ban történt trianoni békeszerződés átrajzolta Magyarország határait, ez jelentős belső migrációt indított el a főváros felé, az orvostudományi területen tanulók száma ennek köszönhetően jelentősen megnőtt. Vázsonyi Vilmos már 1919-ben a neves Neues Pester

³⁸ Uo.

³⁹ A mentális egészség az egyén pszichológiai és érzelmi jólétét jelenti. A mentális zavar olyan kóros állapot, ami befolyásolja valakinek a gondolkodását, hangulatát vagy viselkedését. A mentális reprezentáció valamilyen fizikai dolog gondolatban való leképezését jelenti. A kifejezés a latin *mentalis* (=észbeli) szóból ered. A mentálhigiéné legfőképpen az egészség helyreállításával, de különösen a mentális egészség megőrzésével foglalkozó, elsősorban preventív terület. Forrás: <https://lexiq.hu> (2023. 10. 31.)

⁴⁰ <https://vandb.hu/files/index/doc/Furedi80archiv.pdf> Fűredi Professzor 80.születésnapjára készült összefoglaló. (2023. 10. 31.)

⁴¹ Utalok itt a már fentebb említett retrospektív, kvalitatív kutatásunkra: lásd a 27-es lábjegyzetet!

Journal-ban is felveti, hogy egyes politikai hangok antiszemita húrokat pengetnek.⁴² Több vezető magyar politikus és egyházi személy ideológiai tevékenysége is húzódik e történelmi tények mögött. Az oktatási rendszer liberálissá válását, a zsidók emancipációját említi Prohászka Ottokár is, aki szerint elhibázott döntés volt az oktatás szabadabbá, elérhetőbbé tétele széles néprétegek, de különösen a zsidók számára.⁴³ A kiegyensúlyozott oktatási rendszer megszüntetésében a numerus clausus volt az első lépés, hiszen a Keresztény Egyesülés Pártja előkészítette a numerus clausus törvényt, amelyet az egyetemekre rákényszerítettek. A totális állam kiépülésének csírái a német tudományos életben is megmutatkoztak, már a nemzetiszocialista párt hatalomra kerülését megelőzően, a fajelmélet és a faji alapú diszkrimináció tönkretette az országban virágzó műhelyeket.⁴⁴ A mindent és mindenkit uralni akaró hatalom számára az autonóm módon működő intézmények, a szabad társadalomban gondolkodó értelmiségiek egyértelműen veszélyt jelentenek és az ellenállás forrásai lehetnek, ezért a politika egyértelműen az ilyen műhelyek átpolitizálására és a tudományos elvek átrajzolására törekszik.⁴⁵ A fajelmélet, mint „tudomány” hazánkban is megjelent, az eugenika formájában. A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete egy nyíltan fasiszta tömörülés, amelynek prominens képviselője Bársony János nőgyógyász professzor volt.⁴⁶ A MONE listázta a zsidó orvosokat, a numerus claususnak köszönhetően több felsőéves orvoshallgatónak el kellett hagynia az egyetemet.⁴⁷ A Németországban elkezdődött folyamat fertőzősként terjedt el Európában és akasztotta meg a történelem során többé-kevésbé békében egymás mellett élő közösségeket. Magyarország – a felszínen mindenképpen – olyan társadalmi tér volt, ahol az egyes kisebbségek békében éltek egymás mellett. A faji alapon történő megkülönböztetés alapján, az ezt elfogadók végül is azt vallják, hogy a tudományos életben való részvételre a priori alkalmatlanok néhányan, akik meghatározott „fajhoz” tartoznak.⁴⁸ A kijelentés önmagában ab ovo nonszensz, hiszen a Homo Sapiens az emberi faj, ezen belül vannak (nagy)rasszok, de ilyen megkülönböztetést tenni kizárólag azok képesek, akik egy tökéletes „faj” jellemzőit keresték, és az általuk vélt ide nem tartozókat üldözőbe vették és megölték.⁴⁹ A nemzetiszocialista totális ideológia rendkívüli károkat okozott egyrészt az egyének szintjén, hiszen generációkat traumatizált, másrészt a nemzetek szintjén, de a tudományos mezőben is. A „náci orvostudomány” képviselői számos kísérletet végeztek a koncentrációs táborokban, amelyek ma már az egységes kutatásetikai elveknek és a Nürnbergi pereknek köszönhetően tiltottak.⁵⁰ 1947. augusztus 20-án ért véget az utóbbiakhoz kapcsolódó orvosper, ahol hírhedt náci orvosokat, kutatókat ítélték el. „*A vád szerint gyilkosságokat, brutális kegyetlenségeket, kínzást és más embertelen cselekményeket követtek el a vádlottak áltudományos emberi kísérletek során.*”⁵¹ A független tudomány elveit, a tudományos etikát, a

⁴² Kovács M. Mária: A numerus clausus és az orvosi antiszemitizmus a húszas években. In Budapesti Negyed, 1995/2, 8.

⁴³ Szegvári Katalin: Numerus Clausus rendelkezések az ellenforradalmi Magyarországon, a zsidó és nőhallgatók főiskolai felvételéről. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1998., idézi Kovács M. u. ott.

⁴⁴ Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 4. rész

⁴⁵ Makkai János, Némethy Imre: A zsidótörvény. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest, 1939.

⁴⁶ Kovács M. Mária: A numerus clausus és az orvosi antiszemitizmus a húszas években. In Budapesti Negyed, 1995/2, 8.

⁴⁷ Kovács M. Mária: A numerus clausus és az orvosi antiszemitizmus a húszas években. In Budapesti Negyed, 1995/2, 8.

⁴⁸ Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 4. rész

⁴⁹ Jól szemlélteti a nemzetiszocialista célokat az Endlösung, vagyis végső megoldás, illetve a vernichtungslager, megsemmisítő tábor kifejezések. Tételesen elpusztítani azt ami nem tartozik „hozzánk” a Másik konzekvens és kegyetlen elutasítása. Barcsi Tamás: *Embertelenség az együttérzés korában*, MTA BTK Filozófiai Intézet, Attraktor Kiadó, Budapest, 2023.

⁵⁰ <https://www.jakd.hu/index.php?p=evfordulo&id=2028> (2023. 06. 06.)

⁵¹ Uo.

tudományos iskolák lehetőségeit a totális politika eszköz- és szabályrendszere beszűkíti, és ellenséges, paranoid légkört teremt.⁵²

A 20. század kommunista diktatúráiban is megfigyelhető ez a tendencia, bár a *3 T módszere* sokkal tágabb mozgásteret engedett, különösen a kísérletes területeken dolgozó kutatóknak; a politikai nyomásgyakorlás inkább a bölcsészettudományokat és a kultúrát sújtotta. Ennek ellenére a hatalom által irányított, befolyásolt tudomány ékes példája a román miniszterelnök-helyettes, Elena Ceaușescu, akit a „polimerek királynőjének” csúfoltak; bár érettségije sem volt, mégis doktorátust szerzett kémiai tudományokból. A kor egyik vezető kutatási témája, a térhálós polimerek vizsgálata kapcsán Ceaușescu házaspárt a Román Tudományos Akadémia rendes tagnak is megválasztotta.

Itthon a hatalom közvetlen hatása leginkább az intézményvezetők kinevezésénél, a pozíciók kiosztásánál érvényesült, de az MTA akadémikusi kinevezéseinél is.

Tanulmányomban a fenti történeti dimenzió mélyebb, átfogóbb ismertetése, terjedelmi okokból nem lehetséges.

III. A hazai pszichiátria Prokrusztész ágyában

A tudományos műhelyek konkrét helyét a tudományos mátrixban leginkább a vezető professzorok elismerése és a tudományos eredmények fogják megalapozni. A nagy iskolák mindig olyan személyekhez kötődnek, akik számos tudományos próbát kiálltak, kellő számú, a területükön is elismert publikációt is szereztek, rendelkeznek tudományos fokozatokkal, adott esetben az akadémia által is elfogadott nagydoktori „beavatás” próbáján is túljutottak, és lehetőség szerint fiatal kutatók csatlakoznak hozzájuk, hogy hiteles forrásból szerezzenek beavatást szűkebb szakterületükön. Az orvostudományban alapvetően megfigyelhető a rangsorban elfoglalt helyek szolid változása, az előrelépés az egyetemi ranglétrán lassú mintázatot követ.⁵³ Vizsgálódásaink során külön kell választani az alap kutatásokra koncentrááló elméleti orvostudományt, a klinikai vagy interdiszciplináris orvostudománytól. Terjedelmi okokból nem térek ki részletesen az alap kutatásokra, hanem kizárólag olyan műhelyek kialakulását veszem számba, amelyek a gyakorlati orvosi munkát támogatják és klinikai bázisokon jönnek létre, így történetük alkalmas a magyar ideg- és elme gyógyászat fejlődéstörténetének megértésére. Arra itt nincs mód, hogy több részterületet elemzés alá vegyek, kizárólag a kutatási témám szempontjából releváns mozzanatokot emelem ki. A szakorvosképzésben az ideg- és elme gyógyászati szakvizsga régen közös volt, a terület sajátosan együtt fejlődött, az egyes területek további nemzetközi szinten is jelentős differenciálódása okozta, hogy végül a pszichiátria és a neurológia is önálló útra tért. Az ideg- és elme gyógyászat hazai története, kezdetei alapvetően nem a Lipótmezőhöz kötődnek. Az Osztrák-Magyar Monarchia idején már megfogalmazódott az igény egy korszerű intézet építésére, hiszen a magyar betegeket Bécs már nem fogadta,⁵⁴ 1754-től a betegek nagy részét Egerben, az irlalmasrendi kórházban ápolták. 1791-ben II. Lipót császár már önálló elmeintézet

⁵² Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 4. rész

⁵³ Jól megfigyelhető, hogy több évtized kell egy docensi kinevezéshez egyetemi klinikákon.

⁵⁴ 1812-től Ferenc József rendeleti úton tiltotta meg, hiszen Bécs magyaroknak tett jótéteményéért nem tudott szívességet adni a betegek minőségi ellátásáért.

„Az emberbaráti intézetek, melyeket József franciaországi útján Parisban ismerni tanult, fölkeltették nemes szívében a gondolatot, hogy Bécsben hasonló alkotásokat léptessen életbe, s szokott buzgalmával gyorsan munkához látott, így, a párisi Hôtel-Dieu mintájára közkórházat építtetett, mellyel egy szellemi betegek számára való torony, az úgynevezett „Narrenthurm“, valamint egy sánylódekházás lelencház köttetett össze.” Holczwarth, Franz Joseph (1891): Világtörténet, újkor, Csanádi Egyházmegye, Temesvár.

megalakítását tűzte ki célul.⁵⁵ Kisebbségi intézmények voltak már, az egréhez hasonló intézményekben, de az ellátható betegek létszáma rendkívül kevés volt. Viszonylag korai rendelkezés volt, hogy a „fundus confrateritatum József Császár által felosztott és kifosztott szerzetesrendek vagyonából”⁵⁶ jelentős pénzüsszeget kellett a tébolyda építésére fordítani. A fenti összeg nem bizonyult elegendőnek, mivel II. József visszavonta rendeleteit.⁵⁷ 1807-ben a bécsi államigazgatás rendeletileg országos tébolyda építésére szánt gyűjtést indított. Az első elmeorvosintézet Nagyszombatban létesült, az első igazgatója pedig Schnirch Emil⁵⁸ volt. Pólya József nevéhez fűződik, az 1841-ben nyitott kis létszámú intézet, ő az MTA rendes tagja is volt. Vállalkozóként hozta létre a Nyíró Gyula Korház területén az első jelentősebb hazai magántébolydát⁵⁹, majd Schwartz Ferenc Vácott alapított elmeorvosintézetet, amely a már ismert módon Budára került.⁶⁰ A későbbi OPNI építésének tervezési fázisában többféle variáció szóba jött, végül Schwartznek is köszönhetően Pest-Budát jelölték ki a leendő épület számára, különösen a földrajzi adottságok, a betegek nyugalma biztosító környezet volt lényeges szempont, a terület kiválasztásánál, így esett a választás a Lipótmezőre. A terület Göbl Lipót molnármester tulajdona volt. 1853-ban született döntés a telek megvásárlásáról, a császár a királyi váraknak szánt elkülönített pénzalapból juttatott 315.000 forint kezdőtőkét.⁶¹ A Budai Helytartótanács 1857-ben született döntése alapján Várasdy Lipót készített helyszínrajzokat a területről, majd sor került 10 db határköre, amelyek kijelölték a terület körvonalait.⁶² Az épület a tervutasítások szerint egy korszerű, világos, a dolgozók és az ápoltak számára is ideális környezetet biztosító többfunkciós, alapvetően tömbszerű elhelyezkedésű, könnyen átjárható és átlátható komplexum lett. Az évtizedek során a területen az ideg- és elmeorvosintézet terápiai módszereinek köszönhetően jelentős változások történtek, a korabeli mázsház, sütőde, műhelyek új funkciókat kaptak, de az épület mindvégig megőrizte patináját, tágas tereit. *„Az utasításban rendelkeztek arról is, hogy az épület külső megjelenését tekintve egyszerű, nem hivalkodó és a betegek számára „felvidítő” elemeket tartalmazó legyen, kerülni kellett a túldíszítettséget, leginkább egy bérház benyomását keltse, ne legyen hasonló kolostorokhoz vagy kastélyokhoz se”.*⁶³ Így születhetett meg a Lipótmező grandiózus épülete, amely eleinte 800 beteg ellátását tette lehetővé, továbbá a fekvőbeteg ellátás mellett már kezdetben is rendelkezett gondozóintézeti kapacitásokkal.⁶⁴ A hazai ideg- és elmeorvosintézet központja kétséget kizáróan (a klinikák mellett) a Magyar Királyi Tébolyda volt, amely 1868-ban nyitotta meg kapuit, a kor szellemiségének megfelelő ellátáson túl, kimondottan humánus légkörben zajlott a gyógyítás, a társadalom eltérő rétegei különféle színvonalú terápiákat kaptak. Ekkor

⁵⁵ Kárpáti Miklós: Volt egyszer egy Lipótmező. Kapos Kolor Print Kft, Kaposvár, 2009

⁵⁶ Nagy Anita: Villából Kórházat. In: A természettudományok, a technika és az orvoslás, és a természetes és épített környezet ... = Science, Technology and Medicine, and the Natural and Built Environment ... Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből = Studies into the History of Science, Technology and Medicine. Országos Műszaki Múzeum - Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége, Budapest, 2007, 111-116. 12 o.

⁵⁷ Nagy Anita: Villából Kórházat. In: A természettudományok, a technika és az orvoslás, és a természetes és épített környezet ... = Science, Technology and Medicine, and the Natural and Built Environment ... Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből = Studies into the History of Science, Technology and Medicine. Országos Műszaki Múzeum - Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége, Budapest, 2007, 111-116. o.

⁵⁸ Kárpáti Miklós: Volt egyszer egy Lipótmező. Kapos Kolor Print Kft, Kaposvár, 2009.

⁵⁹ „Ezen intézetnek két célja van: I. Az Elmeorvosok orvosi lehetőségeit segíteni. II. Orvosoknak az Elmeorvosok szemléletében alkalmat nyújtani” (Pisztora, 1983); Lásd továbbá Nagy, 2007, 111-116.

⁶⁰ Emese, Lafferton: Hungarian Psychiatry, Society and Politics in the Long Nineteenth Century. In: Mental Health in Historical Perspective, Palgrave Macmillan, 2022. november, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85706-6> (2023. 11. 25.)

⁶¹ Kárpáti Miklós: Volt egyszer egy Lipótmező. Kapos Kolor Print Kft, Kaposvár, 2009.

⁶² Uo.

⁶³ Nem szó szerinti idézet, az eredeti szöveg szerzőjét Kárpáti nem tüntette fel, így N.N.

⁶⁴ Uo.

még többnyire az elzáráson volt a hangsúly, hiszen a kor orvosi eszközei és a gyógyszerelési lehetőségek szűkösek voltak. A korszerűbb gyógyszerek a XX. század közepén jelentek meg, addig domináns volt a munkaterápia, később kezdetleges eljárások, mint a lobotómia, hidegvizes fürdők, elkülönítő szobák (bömbölde üzemelt ekkor az intézetben), alkották a terápiás arzenált.

Az új tudományos felfedezések, új molekulák ajtót nyitottak egy szofisztikáltabb ellátás felé, sok esetben olyan gyógyszer-molekulákat kezdtek el használni elmebetegségek gyógyítására is, amelyeket eredetileg más betegcsoportoknak fejlesztettek ki, ilyen volt például a Pipolphen, amely egy antihisztamin készítmény, de bizonyos betegeknél, főként szkizofréniásoknál sikerrel alkalmazták adjuváns gyógyszerként. Ékes példája ennek, amikor a gyógyszerkutatók eredményeit a klinikai gyakorlat az eredetitől eltérő módon használ fel, de jó példa a neurológia és a pszicho farmakológia együttműködésére az a tény is, hogy a legtöbb epilepsziára szánt készítményt felírják pszichiátriai kórképekben is. Több szakmai átalakítás és paradigmaváltások után az OPNI egy integratív szemléletű, a szervi (szomatikus) idegrendszeri gyógyítás és a funkcionális kórképek (pszichiátria) hazai fellegettevé vált. Számos nagy professzor vezette, voltak kiemelkedő egyéniségek is, mint Mária Béla, Tariska István, Gimesné Hajdú Lili (az egyetlen női vezető), Veér András, professzor Nagy Zoltán intézetigazgatóként, és számos olyan osztályvezető, akik iskolát teremtettek, például professzor Halász Péter, létrehozta több szakma metszéspontján az Országos Epilepszia Centrumot, ahol a gyógyszeres kezeléseket kiegészítette a munka- és szocioterápia, valamint a pszichológiai munka. Mérei Ferenc volt, aki az első hazai Pszichológiai Laboratóriumot alapította a Lipóton, köré csoportosultak többen, ebből lett a „Mérei kör”, másik nevén a „Mérei lányok”, mivel többnyire nők voltak. Mérei politikailag rendkívül ellentmondásos és sokáig szakmailag mellőzöttnek számított,⁶⁵ de „Lipóton”, az intézet falai között rangot kapott a klinikai szakpszichológia, így Mérei teremtette meg ennek diagnosztikai alapjait is, a lipóti klinikai szakpszichológia mint mértékadó iskola kialakításában és tovább fejlesztésében professzor Bagdy Emőke is elvülhetetlen érdemeket szerzett. A hazai neuropatológia meghatározó műhelye is Lipótmezőn volt, Tariska István professzor, majd Majtényi Katalin főorvosnő vezetésével, alkoholbetegek, heroinfüggők, prionbetegek (Creutzfeld-Jakob kór) agyának átfogó makroszkópos és szövettani feldolgozását végezték el, a legkorszerűbb módszerekkel. Az OPNI 2007-ben történt bezárásáig az egyetlen magyar agyszövetbank létrehozása is Majtényi Katalin, illetve Havas Ferenc főorvos tevékenységének köszönhető. Az osztályvezető főorvosok köré szerveződött osztályok is majdnem mind egy-egy önálló iskolát is jelentettek, ilyen volt Döme László főorvos osztálya, aki főként személyiségzavarokkal foglalkozott, Tariska Péter Memória Klinikája, aki speciálisan az időskori memóriazavaraira specializálódott, Rihmer Zoltán, aki a hangulatzavarok elismert szakértőjének számít, Takách Gáspár, aki a hazai többdimenziós addiktológia egyik megteremtője. Süle Ferenc főorvos még Intaházán, Benedek István „Aranyketrecében” tanulta a szakmát Goldschmidt Dénes szintén kitűnő pszichiáter mellett, aki az Intaházán lévő Pszichiátriai Intézetet vezette, később Pesthidegkútra került. Budapesten szintén legendás volt a Szinetár főorvos által vezetett Metálhigiénés Osztály a Palatinus utcában⁶⁶, ahol korszerű pszichoterápiás rezsim működött,

⁶⁵<https://litera.hu/magazin/interju/k-horvath-zsolt-a-merei-ferenc-altal-szorgalmazott-gyermekkozpontu-pedagogiaban-van-meg-municio.html> (2023. 12. 04.)” Az a tizenöt év, amíg 1950 és 1965 között nem kutatható, nem publikálható, nagyon látszik ezeken a könyveken, hiszen a benne írtakat már évtizedekkel korábban is tudta.”

⁶⁶ Nagy Anita: Villából Kórházat. In: A természettudományok, a technika és az orvoslás, és a természetes és épített környezet ... = Science, Technology and Medicine, and the Natural and Built Environment ... Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből = Studies into the History of Science, Technology and Medicine. Országos Műszaki Múzeum - Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége, Budapest, 2007, 111-116. o.

amely az ország egész területén kialakult szocioterápiás, illetve munkaterápiás (szociálpszichiátriai) közösségépítés következményeként jöhetett létre, részben a „Benedek” féle hagyományt, és a Pomázon kialakult „Pándy” féle iskolát követték. Annak ellenére, hogy az egyes orvostudományi klinikák külön iskolák voltak, az intézeteket mindig az adott orvosról nevezték el, ahogy Budapest első Magán Ideg-és Elmegyógyintézetét „Schwartzter-féle” intézetnek hívták, Schwartzter professzor végigjárta a belga, svéd intézeteket, a korra jellemzően a nyugati jogyakorlatokat kívánta beépíteni a hazai gyógyításba. Magánkórháza a mai Országos Onkológiai Intézet területén volt, a Lipótmező korszerű kialakításához hozzájárultak az ő külhoni tapasztalati is. 1882-ben Elmekórtani Tanszék alakult, amelynek vezetője Laufenauer Károly lett, így ő volt az első vezető elmeorvosprofesszor a pesti orvosegyetemen, de klinikát alapítani nem tudott. A budapesti Elme-és Idegkórtani Klinikát „Moravcsik Klinikaként” emlegették, amely 1908-ban nyílt meg a Balassa utcában, a kor szokásaihoz híven Moravcsik is a „fogásokat”⁶⁷ külföldre ment tanulmányozni, hiszen itthon nem volt hagyománya az ideg-és elmeorvoslásnak, egyébként az orvostörténelemben sajnálatos módon mindig mellőzött területnek számított. Moravcsik felkereste Angliát, Belgiumot, Német-Francia-, Orosz- és Olaszországot, hogy szakmai tapasztalatokat szerezzen és visszatérve megvalósította Laufenauer álmát. A budapesti klinika építésénél „cél volt, hogy a tanításra, a tudományos tevékenységre, a betegek racionális szabadabb elhelyezésére legyen alkalmas”⁶⁸. Szegeden, a Magyar Királyi Ferencz József Tudományegyetem Ideg-és Elmegyógyászati Klinikája alakult meg, a pesti klinikánál később, 1921-ben Lechner Károly vezetésével, aki Budapesten és Bécsben tanult. A Debreceni Magyar Királyi Tisza István Tudományegyetem Orvosi Karának Elmegyógyászati Klinikája Benedek László professzor vezetésével nyílt meg, 1922-től.” *A pszichiátria és a neurológia paradigmái, kutatási, gyógyítási módszerei, beteganyaga és szakmaisága a XX. szd. folyamán egyre jobban elkülönült. Ennek az elkülönülésnek a nyugtázásaként hozta létre a Debreceni Orvostudományi Egyetem 1996-ban a Pszichiátriai Tanszékét. A DOTE, majd DEOEC Pszichiátriai Tanszékét 2009-ig Degrell István professzor vezette, aki megszervezte a Tanszék önálló betegellátását és gazdálkodását, továbbá jelentősen fejlesztette a Pszichiátriai Tanszék oktatási, szakképzési és továbbképzési profilját. 2001 és 2009 között a Pszichiátriai Tanszéken működött a „Psychiatria Hungarica” folyóirat szerkesztősége is.”⁶⁹*

A fenti idézet azért is fontos, hiszen bár Debrecen jelentős távolságra van a fővárostól, mégis az ország vezető pszichiátriai szakfolyóirata pár éven át ott működött, –ez egyébként mindig a szerkesztő/főszerkesztő professzor munkahelyén is működött. A Pécs városában épített „Idegklinikára” 1906-ban érkeztek az első betegek, a hányattatott sorsú klinikán több neves professzor is tevékenykedett, pl. Környey István, aki a hazai neuropatológia egyik kiemelkedő művelője volt. A fentiekből jól látszik, hogy Budapesten elsőként létesült olyan intézmény, amely kifejezetten az ideg- és elmebetegségek kezelésére szolgált, majd a nagy egyetemi klinikák következtek, végül a kisebb városi kórházakban is létesültek a 20. század elején még összevont osztályok.⁷⁰ A lenti (1.ábra) az orvos-és egészségtudomány tudományos intézményeinek a kialakulását mutatja. A Magyar Pszichiátriai Társaság, mint a pszichiátriai szakma meghatározó, számos munkacsoportból álló intézménye, érdekképviseleti és szakmai szervezete már a 2000-es években felhívta a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai betegségek negligálása, a nemzetközileg elfogadott kezelési módok elutasítása tízezreket fog kilátástalan

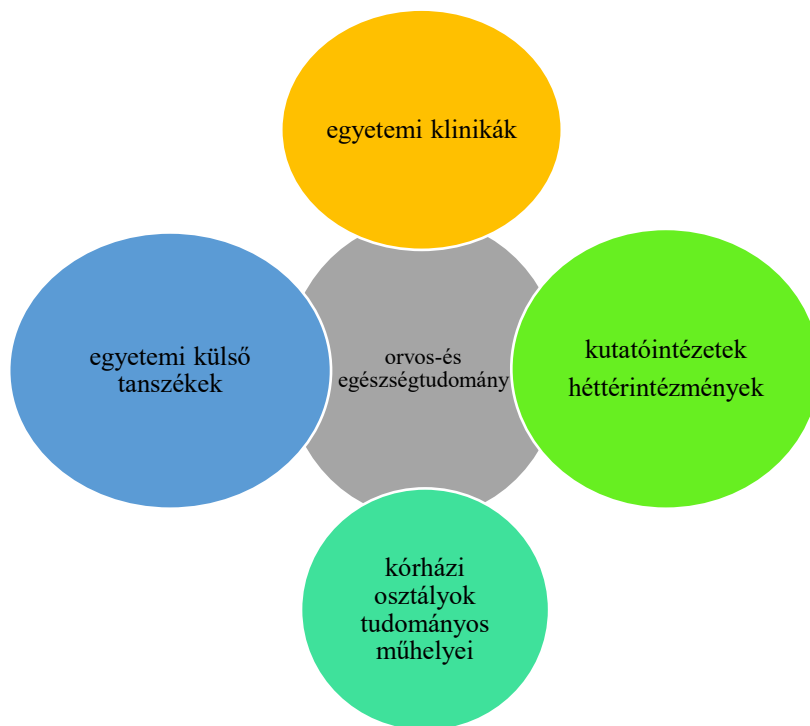
⁶⁷ Polányi Mihály: Személyes tudás I-II. Atlantisz Kiadó, Budapest, 1994.

⁶⁸ <https://semmelweis.hu/pszichiatria/bemutakozas/a-klinika-tortenete/> (2023. 06. 05.)

⁶⁹ <https://pszichiatria.unideb.hu/hu/rolunk-klinikank-tortenete> (:2023. 06. 20.)

⁷⁰ https://www.academia.edu/33557532/P%C3%A9cs_%C3%A9p%C3%ADt%C3%A9szete_a_sz%C3%A1zadfordul%C3%B3n_1888_1907_Pro_Pannonia_P%C3%A9cs_2004 (2023. 06. 20.)

helyzetbe, munkaképtelenségbe vagy akár a korai halál felé sodorni.⁷¹ Ennek ellenére, sajnálatos módon, az OPNI szétzilálását nem lehetett elkerülni. A károkat, amelyeket az intézet hiánya okoz, 16 évvel később már világosan lehetett látni.



1. ábra tudományos intézmények az orvos-és egészség tudományban

IV. A totális intézmény mint társadalmi produktum

A téma tekintetében megkerülhetetlen a totális intézmények⁷² általános szociológiai, pszichológiai jellemzőinek feltárása, annak érdekében, hogy jobban megismerjük, illetve megértsük azokat a folyamatokat, amelyek a nagy elmegyógyintézetek kialakulásához, fenntartásához és részbeni megszűnéséhez vezettek. Itt több kérdés is felmerül, például mi vezetett ahhoz, hogy egyáltalán kialakuljanak totális alrendszerek a társadalmon belül, milyen szükségességek hozzák létre ezeket, és mitől válnak embertelenné, kirekesztővé és izolálóvá? A totális intézmény (archetípusa) megfosztja a lakóit részben a szabad akaratuktól, ruháiktól, véleménynyilvánítási joguktól, fizikai és kémiai módszerek segítségével korlátoz. Paternalisztikus⁷³ viszony alakul ki, ahol a lakók gyermekként spártai nevelésben részesülnek, ennek ékes példája az a szokás is, hogy gyakran tegeznek az ellátottakat (betegeket) azok nemére, korára való tekintet nélkül. Ebben a légkörben a személyiség attribútumai feloldódnak az egyediség lényegtelené válik, ez már a halál kapuja,⁷⁴ ahol mindenki egyenlő. Az elmegyógyintézetben a gyógyítók morális válságban lévő vagy sokszor éppen kisszerű emberek, akik szadizmusukat éppen a legelesettebbeken élik ki. Nincs nagy különbség

⁷¹ Füredi János: *A pszichiátria szociális érzékenysége. Vizsgálatok és emlékek.* Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2007.

⁷² Goffman Erving: *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Anchor Books, New York, 1961.

⁷³ Az egészségügyben ennek jellemzői a mai napig jelen vannak.

⁷⁴ Tartós bentlakásos intézményekből többnyire nincs visszaút a társadalomba, kivételt talán az IMEI (Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet jelent)

(1.táblázat) a börtön és az elmeógyógyintézet között: az ítélet a diagnózis, a büntetés pedig a korlátlan ideig történő elzárás, ilyen értelemben az elmeintézet rosszabb is. Ennek ellenére elmondható, hogy a fentiekben vázolt végletesen kizsákmányoló és a megőrzésre koncentráló intézmények ma már csekély számban működnek, ennek ellenére néhány még őrzi ezeket a jellemzőket. A mentális betegséggel élők periférizálása és a társadalom szövetéből, mintegy abjektként⁷⁵ való kilökése figyelhető meg.⁷⁶ Az elmeógyógyintézetek kezdetben, ún. *asylumok*⁷⁷. Természetesen tényszerűen nem menedéket nyújtottak a városok a periférián rekedtek számára, hanem a tényleges elkülönítés helyszínei, úgy, mint a TBC intézetek, leprozóriumok⁷⁸, szanatóriumok, börtönök, stb. Az elkülönítés célja kettős, távolság a társadalomért és távolság a társadalomtól; a rendellenesek⁷⁹ kiiktatása vagy ideiglenesen történő távoltage, amíg a gyógyítás diszciplináris⁸⁰ hatása be nem következik. Thomas Mann remek regényéből, a Varázshegyből tudjuk, hogy az idő relativizálódik a totális intézményben, és a gyógyítóktól függ a kezelés vége, amely sokszor partatlan.⁸¹ Az elidegenedés kultúrája is előfordul a totális intézmény falai között, ahol a testek elvesztik a személyiséget, jogfosztottá lesznek, és végeredményben mechanikus cselekvéseknek, a gyógyítási folyamat gépezetének a kiszolgáltatottjaivá válnak. A személyiség feladásához az akarat megtöréséhez a cselekvőképességet kizáró, vagy korlátozó gondnokság is hozzájárul és tovább gyöngíti a szabad részvételt a társadalmi folyamatokban, kiszolgáltatottá tesz a bürokráciagépezetnek. Már önmagában az ellátotti és beteg státusz is determinálja az aszimmetrikus viszonyt, amely végighúzódik a teljes ellátórendszeren, a kórházi ellátás, gyógyítás valamennyi szegmensét átítatja. Az életet egy-egy ilyen közösségben Szathmári Sándor Kazohinia (1972) című műve írja le egészen pontosan, ahol a hinek világa a disztópikus társadalom mintapéldánya; az érzelmek helyett a ráció uralkodik, az emocionális tartalmak nem jutnak kifejezésre. Előre jelzi az individualizálódó és közömbös társadalmi struktúrák kialakulását, az empátia, az altruizmus elhalványodásának veszélyeit a posztmodern világban. A témába megdöbbenő betekintést nyújt, a kissé szélsőséges Horváth Márk kötete,⁸² amely inkább tekinthető disztópiának, mint a reális jövőkép variációjának, ennek ellenére megkerülhetetlen mű a jelenvaló világ társadalmi viszonyrendszerének megértéséhez.

⁷⁵ „Az elvetemülés szó szó szerint azt jelenti, hogy "elvetett állapot". Ezt a kifejezést a poszt-strukturalizmusban úgy vizsgálták, mint amely magában foglalja a hagyományos identitást és kulturális fogalmakat. [1] Az abjekció legnépszerűbb értelmezései közé tartozik Julia Kristeva, különösen 1980-as *Phor of Horror: An Essay on Abjection* című munkájában. Kristeva a szubjektív borzalmat (elvetettséget) úgy írja le, mint az érzést, amikor az egyén megtapasztalja, vagy szembesül vele (mind mentálisan, mind testként), amit Kristeva „testi valóságának” nevez, vagy a megkülönböztetés megszakadása között. Önmaga és mi az Egyéb.

Forrás: <https://hmn.wiki/hu/Abjection> (2023.12.04.)

⁷⁶ Csabai Márta – Eröss Ferenc: *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei.* Józsefvárosi Műhely Kiadó, Budapest, 2000.

⁷⁷ menedékhelyek

⁷⁸ A leprások elkülönítését szolgáló intézmények, szigetek, a társadalmi élettértől, agorától távoli településrészek.

⁷⁹ Foucault, Michel: *Rendellenesek, Pszichiátriai szakértői vélemények elemzése (előadások), L' Harmattan Kiadó, Budapest, 2020.*

⁸⁰ Megjavítás, a normalizáló hatalom eszköze. Vö. Felber Tamás: *Michel Foucault pedagógiakritikája, avagy az oktatás mint normalizáló hatalomgyakorlás hálózata.*: <https://epa.oszk.hu/00000/00035/00118/2007-11-lk-Felber-Michel.html>(2024.01.21)

⁸¹ Mann, Thomas: *A varázshegy I-II.* Gabo Kiadó, Budapest, 2015.

⁸² Horváth Márk: *Az antropocén. Az ökológiai válság és a posztantropocentrikus természetkulturális viszonyok.* Prae Kiadó Kft., Budapest, 2021.

1. táblázat A totális intézmény egyes típusai E. Goffman (1961) alapján, saját szerk.

Intézménytípus	Viszony a lakókkal	A személyi szabadság	Elvégzendő feladat, vagy cél	Kilépés az intézményből	Büntetések formái
gondozó-intézetek (vakok, árvák, idősek, szegények)	felsőbbrendű orvosok, gondozók ápoltak, ellátottak	sérülékenységük miatt korlátozott	életben maradás, reintegráció?	önkéntes, de nem gyakori	fizikai és verbális
TBC intézetek, szanatóriumok, elmeegógyintézet	gyógyítók és gyógyulók aszimmetrikus paternalisztikus az orvosok és különösen főorvosok, professzorok a csúcson	többszire erősen korlátozott	gyógyulás és elzárás	az orvosok kizárólagos joga eldönteni az időpontot DE önkéntes távozás ma már néhol lehetséges	kémiai és fizikai verbális módszerek lekötözés elzárás bódítás
börtön, javító-nevelő intézet, hadifogolytábor és koncentrációs tábor	aszimmetrikus elítélt (rab) felügyelők	törvény/hatalom által korlátozott	büntetés letöltése megtörés kényszermunka		szankciók, fizikai büntetések, izolálás, halál
laktanya, óceánjáró, kollégium, munkatábor, gyarmati telep, szolgák szálláshelyei (zsellérházak)	katonai előjáró. rendfokozat szerint munkafelügyelő legfőbb katonai vezető uradalomban kegyúr (modern változat, újjgazdagok)	korlátozott	munkafeladat elvégzése	bizonyos idő után lehet	házi rendet, életrendet, munkarendet megszegőkre szankciók
apátság, zárda, kolostor, remeteség	A szerzetesek belépésük alapján novicius (mester) klerikus előjáró remeténél a helyi ordinárius (püspök)	korlátozott	a személyes üdvösség, a világ üdvössége	szabadon lehet, de az erős felettes én kontroll miatt nehéz	Isten büntet közvetlenül! Az apát a monostorban Krisztus helyettese

V. Útfüggőség⁸³ és intézménytelenítés⁸⁴ jogi keretrendszere Magyarországon

Az Európai Közösségek Bizottsága 2005-ben a Zöld Könyvet a mentális betegségekkel élőknek szentelte, és lefektette azokat az irányelveket, útmutatásokat, amelyek a tagállamok számára szükségesek a megbetegedések megelőzése és kezelése érdekében. Kiemelten

⁸³ Paul David fogalma (path dependence) (David,1985)

⁸⁴ Folyamatban lévő kutatásunk az intézménytelenítés társadalmi következményeit kutatja (Dobai-Dúll,2023)

foglalkoztak a reszocializáció jelentőségével⁸⁵. 2015-ben még kifinomultabb definíció született: „*A mentális egészség a belső egyensúly dinamikus állapota, mely lehetővé teszi az egyéneknek, hogy képességeiket a társadalom univerzális értékeivel összhangban használják. Alapvető kognitív és társadalmi készségek: a képesség, hogy felismerje, kifejezze és szabályozza az egyén az érzéseit, és hogy együtt érezzen másokkal; rugalmasság és megküzdési képesség váratlan élethelyzetekkel, funkcionálás a társadalmi szerepekben; valamint a harmonikus kapcsolat a test és lélek között fontos részei a mentális egészségnek, melyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához.*”⁸⁶ A fentiek is rámutatnak arra, hogy a mentális zavarokat az egészségesség és a hiányzó funkciók felől kell megközelíteni. Világszerte a mentális betegségekkel élők a 4. legnagyobb jelentős egészségdeficittel rendelkező társadalmi csoport.

A hazai intézménytelenítés csirái a közösségi pszichiátria megjelenésére vezethetők vissza. A 1970-től kezdődően megfigyelhető a nagy pszichiátriai intézmények rendkívül lassú átalakulása, amely a részleges kitagoláshoz⁸⁷ vezetett. A közösségi ellátásról elmondható, hogy egyértelműen forrásigényes ellátási formáról van szó, a legtöbb sikeres próbálkozás egyes gyermekotthonok felszámolásával történt, ahol a nagy totális intézmény pótlása kisméretű, családi ún. lakóotthonok kialakításával valósul meg. A pszichiátriai ellátás, mint egészségügyi ellátás szakemberigénye messze túlmutat pl. az egészséges gyermekek ellátásnak feltételrendszerén. Az intézménytelenítés Észak-Amerikában és Nyugat-Európában kezdődött, ahol a cél a nagy zárt pszichiátriai intézményrendszer felszámolása volt, azért, hogy a közösségi pszichiátriai intézmények lépjenek be az ellátórendszerbe, és a hangsúlyok az ambuláns ellátáson legyenek.⁸⁸ Saját kutatásomban is nyilvánvalóvá vált, hogy a nagy intézmények felszámolása még nyugaton sem tud megvalósulni teljesen, hiszen az ilyen intézményekben szocializálódott emberek tömegeit már csupán szociális okokból sem lehet kizárólag a járóbeteg ellátás (szociális gondoskodás) keretein belül kezelni.

Alapvetően paradigmaváltásról van szó a pszichiátriai ellátásban, amely olyan jogi feltételrendszer megteremtését is igényli, hogy mindenkinek a számára legkedvezőbb ellátási formát biztosítsa, véleményem szerint ez nem vezethet szükségszerűen az összes bentlakásos intézmény megszüntetéséhez. (Jelenleg is a Szentgotthárdi Szakosított Pszichiátriai Otthon hazánk egyik legnagyobb „elmeszociális” otthona még működik, illetve Nagyálló Sántha Kálmán Pszichiátriai Szakkórház.) Az OPNI 2007-es bezárását követően, a meglévő intézmények is átalakultak, humanizálódtak, ennek ellenére alapvetően ez a tendencia a Lipótmezőn is megfigyelhető volt az épület energetikai korszerűsítésével, a belső terek átalakításával méltó helyet tudna biztosítani jelenleg is a betegeknek/ellátottaknak. A Zöld Könyv ajánlásai a kitagolás tekintetében az alábbiak voltak:

⁸⁵ Zöld Könyv: A népesség mentális egészségének javításáról. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából. Brüsszel, 2005.10.14. – ez egy online valami lenne?

⁸⁶ Egészségfejlesztés, LIX. évfolyam, 2018. 1. szám, 61.o.

⁸⁷ A kitagolás a totális intézmények megszűnését jelenti azzal, hogy támogató kisebb méretű családias jellegű nappali ellátás és lakóotthon biztosítja a pszichiátriai betegek ellátását. Integrált, jól szervezett sokak által könnyen elérhető struktúrában, amely kifejezetten támogatja a társadalomba történő visszailleszkedést, sokszor alacsony küszöbű (könnyen hozzáférhető).

⁸⁸ Burgarszki Zsolt: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Esély 2011/2,55-85 o.

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeintézetek kiváltására irányuló folyamat. A bentlakásos forma ezzel a folyamattal nem szűnik meg, kisebb létszámú és léptékű lesz.⁸⁹
2. Az intézménytelenítés nem jelenti szükségszerűen az állam kivonulását a szektorból. Az egészségügyi, szociális szolgáltatások megszervezésére rugalmas, változatos formában kerül sor.⁹⁰
3. Az intézménytelenítés túlmutat a földrajzi átrendeződésen, az érintettek távoltartását az integrálás a társadalomhoz közelebb hozás szellemének érvényesülését segítik.⁹¹

Az OPNI közösségében már az 1990-es évektől folyamatosan megfigyelhető volt a nyitás, ez előre jelezte a paradigmaváltást a hazai ellátórendszerben, a pszichiátria jövőképeké körvonalait már a kétezres évek elején egyfajta sajátos aggodalommal és várakozással vegyes forradalmi hangulat hatotta át.⁹² A közösségi pszichiátria nem a nagy intézmények megszűnésével jelent meg, hiszen már számos helyen voltak pszichoterápiás osztályok, amelyeket rendre 1990 után végleg bezártak. Csupán néhány intézmény a fővárosból: Szent Rókus Kórház Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály, a fent, már említett Szinetár főorvos által vezetett osztály, a Kútvölgyi Kórház kihelyezett Mátyás Király úti részlege, Béla Király úti részlege, továbbá Nyéki út Pszichoterápiás Osztály, a volt OPNI területén még Községi Pszichiátriai (VI), Valláslélektani, Addiktológiai Osztályok, továbbá Pszichoterápiás Ambulancia, Munkaterápiás Osztály stb. Az intézetben belül ezekben a közösségekben a bio-pszicho-szociális szemlélet uralkodott, megvalósult a terápiás rezsím működésmód, ahol a csoportlélektani és egyéni pszichoterápiás munkát csupán kiegészítette a gyógyszeres kezelés és alapvetően nem a biológiai kezelésen volt a hangsúly. Ilyen értelemben egy humanizált nagy intézmény még mindig szerencsésebb, mint a jelenlegi széttöredezett ellátásszervezés. A fentiekben említett gyógyító helyek igazi szakmai műhelyként, szemléletükben nyitott és közösségi lehetőségeket nyújtó rendszerek voltak. A terápiás rezsimeknek az a célja, hogy nem ambuláns keretek között újra struktúrát, biztos kereteket adjon az egyénnek ahhoz, hogy képes legyen visszailleszkedni a társadalomba, önbecsülése javuljon, a szociális interakciókat védett környezetben próbálgassa, eltávolodva a mindennapjaitól, ahonnan távolságot véve képes az életére, mint egészre tekinteni. A „bejárós” pszichiátriai kezelés ennek a célnak nem felel meg. A pszichiátriai gondozók csupán a gyógyszerek felírását tudják elvégezni, futószalagon látják el a betegeket, és jelentős szakemberhiánnyal küzdenek. A szakpolitikai döntések elméleti keretrendszerének körvonalazására leginkább egy olyan modell alkalmas, ahol az input és output vonatkozások együttes értelmezése történik.⁹³ A döntéshozatali folyamatban felmérést követően szakmódszertani mérési folyamatokkal, kvalitatív vizsgálatokkal alátámasztott igényfelmérésre lenne szükség, a betegek bevonásával annak érdekében, hogy egy modern, preventív szemléletű, valamennyi ellátási formát biztosító, hosszabb távon is fenntartható ellátórendszer (alrendszer) jöjjön létre. A törvényhozás felhatalmazása a szakpolitikai kérdések eldöntésére szükséges, de nem elégséges feltétele a folyamatnak. Az első fázist követően a végrehajtási fázis „fekete” dobozába kerül minden lényeges tény, szakmai igény (2. ábra) a jogalkotási folyamatok eredményeként a jogszabályi hierarchia különböző szintjein születnek normák, amelyek a társadalmi térben a hatásvizsgálat keretein belül, a szakmai szervezetek

⁸⁹ Uo.

⁹⁰ Uo. 56.o. Bachrach, L.L. (1978): A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 29:573-578. idézi Bugarszki Zsolt, Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Esély 2011/2.

⁹¹ Uo.

⁹² Eröss Lázsló-Veér András: *Téboolykeringő, a pszichiátria haláltáncja és újjászületése a XXI. században*. SHL könyvek, Edge Kiadó, Budapest, 2002.

⁹³ Uo. Easton, D. 1990: *The Analysis of Political Structure*. Routledge idézi Bugarszki 57. o.

kérésére, a gyakorlati oldalról érkező visszajelzések hatására módosulnak, vagy éppen cserélődnek fel. Az „ideális jogalkotási” folyamatok a gyakorlati élet valóságából indulnak ki, a politikai akarat feltétlen érvényesülése helyett racionális döntéseken alapulnak. A férőhelyek jelentős csökkentését többek között azzal a szakmapolitikai érvrendszerrel erősítették, hogy a megfelelő gyógyszeres kezelések rendelkezésre állnak, nincs szükség tartós intézeti elhelyezésre. Az akkori ellátórendszer túlzottan intézményspecifikusan működött, 1994-ben még 12 039 pszichiátriai ágy volt országosan, majd 2006-ra már csupán 9 308⁹⁴. A statisztika jól tükrözi azokat a folyamatokat, amelyek az elmebetegségről és a gyógyításról kialakultak az 1990-es évektől. Ennek ellenére túl gyors és drasztikus volt az a folyamat, amely a nagy, jól szervezett és reformra szoruló, de ellátásra alkalmas intézmények megszüntetéséhez vezetett, a nagy kórházbezárásokhoz, jelentős ágyszámok csökkentéséhez vezetett, nem csupán az OPNI-t érintette, hanem más bel-illetve gyermekgyógyászati intézményt is. Fontos megemlíteni a Svábhegyi Állami Gyermekszanatóriumot, a Budai MÁV Kórházat, a Szent Rókus Kórházat (utóbbi kettőben az aktív ágyszámok megszüntetése volt a cél). Számos más intézményt is érintett vidéken is ez a hullám, amely sok kisebb város aktív ellátást biztosító intézményének elvesztésével is járt, és a kapacitások jelentős szűkítését jelentette.



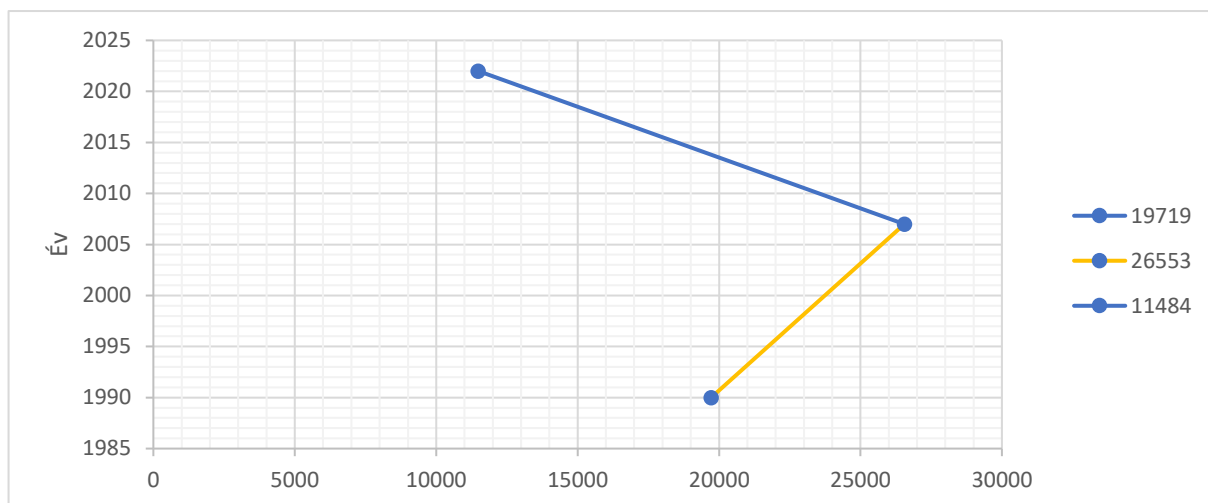
2. ábra Szakpolitikai döntéshozatal módosított modellje, Easton, 1990 alapján, saját szerk.

A hazai pszichiátriai ellátás a legnagyobb válság idejét éli, noha soha nem tartozott az orvostudományi szakterületek élvonalába, részben a tárgya társadalmi megítélése miatt. A hazai intézménymegszüntetéseknek a sajátossága, hogy míg nyugaton felváltják a nagy totális intézményeket emberibb léptékű közösségi bázisokon létrejövő változatos ellátási formákkal⁹⁵, addig Magyarországon kisszámú, széttagolt, egyenlőtlen intézményrendszer jött létre, működését tekintve a helyi érdekektől az önkormányzati finanszírozástól függ ezeknek a közösségi ellátásoknak a léte. Elmaradt a gondozók átfogó reformja, nem képesek pótolni a pszichiátriai betegek nappali ellátását, sok helyen a sajátos igényű betegek az idősgondozó hálózatba kerülnek. Egyértelmű, hogy a társadalom hosszabb távú érdeke a költségesebb, de hatékonyabb nappali ellátás megszervezése lenne. A statisztikai adatokból jól látható, hogy az intézmények bezárása minimálisan változtatta meg a gondozottak összlétszámát. Az interjúk kutatásunk tapasztalatai arra figyelmeztetnek, hogy az adatok mögött erős látencia mutatkozik, és a ténylegesen gondozásba vett betegeken kívül jelentős ellátatlan, kezeletlen, vagy éppen diagnosztizálatlan beteg van a társadalomban, részben köszönhetően a hiányzó nyílt

⁹⁴ Gyógyinfók, ESZCSM 1618/04.sz.(idézi Bugarszki,2011,59 o.)

⁹⁵ Bugarszki Zsolt, Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Esély 2011/2,55-85 o.

diskurzusnak is. Ennek ellenére látszik, hogy az OPNI 2007-es bezárása az új betegek létszámát az ambuláns ellátásban jelentősen megemelte a KSH adatai alapján, ez egyértelműen jelzi az intézménymegszüntetés közvetlen hatását az ellátórendszerre.



3. ábra Pszichiátriai gondozásba vett új betegek létszáma, forrás: KSH adatai alapján, saját szerkesztés

Összefoglalás

Munkámban az orvostudomány XX. századi történetének vázlatán, illetve a pszichiátria intézményesülésén keresztül mutatom be a totális intézmény architektúrájának alapvonalait. A fentiekből látszik, hogy a hazai egészségügyi intézményrendszer két pilléren nyugszik, egyrészt a szakmai hagyományok átadása történik iskolateremtő egyéniségeken keresztül, másrészt a jog által szabályozott struktúra keretét teremt az ellátórendszer biztonsága érdekében. A XIX. században erőteljes pszichiátriai intézményfejlődés figyelhető meg, ahol az elsődleges szerep a totális intézményeké volt. A XX. század második felében és különösen a csoportjogok, ún. harmadik generációs jogok⁹⁶ megjelenésével ártértékelődött a nagy elmegyógyintézetek szerepe, ahol elsősorban a megőrző⁹⁷ gyógyításon volt a hangsúly. A nyugati országokban is egyre több helyen megjelent az igény a közösségi pszichiátriai ellátásokra.⁹⁸ Az intézménytelenítés folyamata hazánkban inkább intézménymegszüntetésként értelmezhető, hiszen szélesebb körben nem alakultak ki olyan közösségi ellátást nyújtó terek, amelyek biztosítanák a biztonságos és inkluzív ellátást. Az EU-s jogharmonizáció az egészségügyi és a szociális ellátórendszer szakpolitikai döntéseinek jelentős átalakítását igényelné, amely 16 évvel az OPNI bezárását követően még várat magára.

⁹⁶ „A harmadik generációs jogok a 20. század második felében jelentek meg a nemzetközi jog fejlődésének eredményeképpen. Ezek a jogok jellemzően kollektív jogok, amelyek a nemzetközi közösség szolidaritására építve, a globális problémák megoldására kívánnak választ adni. A harmadik nemzedékhez tartozó emberi jogok döntő többsége nem valósítható meg egyetlen államon belül, hanem hatékony nemzetközi együttműködést igényel(né)nek. Egy szűkebb körük ugyan alapjogi jellegű (pl. egészséges környezethez való jog, gyermekek, betegek, fogyatékosok jogai stb.)” <https://u-szeged.hu/efop362-00007/kereses-abc-szerint/alapjogok> (2023. 11. 20.)

⁹⁷ Custodiális lat.órség

⁹⁸ Uo.

Irodalomjegyzék

1. Austin, John L.: *Tetten ért Szavak*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990.
2. Bachrach, L.L.: *A conceptual approach to deinstitutionalization*. In *Hospital and Community Psychiatry*, 1978/29. 573-578.
3. Berger Viktor: *Térré szőtt társadalmiság*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2018.
4. Bourdieu, Pierre: *A tudományos mező*. In *Replika* 2009/67, 11-36.
5. Bugarszki Zsolt, *Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén*. Esély 2011/2, 55-85 pp.
6. Csabai Márta – Eröss Ferenc: *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei*. József Műhely Kiadó, Budapest, 2000.
7. Csató et.al.: *A főemlősök és az ember: egy rokoni kapcsolat biológiai és pszichológiai alapjai*, In: Pléh Csaba szerk. *Pszichológia*, Akadémiai Kiadó, Budapest.
8. David, P. A.: *Clio and the Economics of QWERTY*. In *The American Economic Review*, 1985/75(2), 332-337.
9. Emese, Lafferton: *Hungarian Psychiatry, Society and Politics in the Long Nineteenth Century*. In: *Mental Health in Historical Perspective*, Palgrave Macmillan, 2022. november, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85706-6> (2023. 11. 25.)
10. Eröss László-Veér András: *Tébolykeringő, a pszichiátria haláltánca és újjászületése a XXI. században*. SHL könyvek, Edge Kiadó, Budapest, 2002.
11. Fleck, Ludwik: *A tudomány tudományának problémái*. In *Replika*, 2010/73, 67-69
12. Foucault, Michel (2020): *Rendellenesek, Pszichiátriai szakértői vélemények elemzése* (előadások), L' Harmattan Kiadó, Budapest.
13. Füredi János: *A pszichiátria szociális érzékenysége. Vizsgálatok és emlékek*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2007.
14. Goffman Erving: *Asylums, Essays on the Social Situation of Menatl Patients and Other Inmates*. Anchor Books, New York, 1961.
15. Horváth Márk: *Az antropocén. Az ökológiai válság és a posztantropocentrikus természetkulturális viszonyok*. Prae Kiadó Kft., Budapest, 2021.
https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3873/zsinkoszabozoltan.d_DOIs.pdf?sequence=1 (2023.12.04.)
16. Jenei György: *Max Weber bürokráciaelmélete és a neoweberianus szintézis*. In *Pro Publico Bono*, Magyar Közigazgatás, 2016/3, 42-55.
17. Kárpáti Miklós: *Volt egyszer egy Lipótmező*. Kapos Kolor Print Kft, Kaposvár, 2009.
18. Kovács M. Mária: *A numerus clausus és az orvosi antiszemitizmus a húszas években*. In *Budapesti Negyed*, 1995/2, 8.
19. Makkai János, Némethy Imre: *A zsidótörvény*. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest, 1939.
20. Mann, Thomas: *A varázshegy I-II*. Gabo Kiadó, Budapest, 2015.
21. Merton, Robert K.: *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 4. rész
22. Molière, Jean-Baptiste, Poquelin: *Hat Színmű*. Európa Kiadó, Budapest, 1991.
23. Nagy Anita: *Villából Kórházat*. In: *A természettudományok, a technika és az orvoslás, és a természetes és épített környezet ... = Science, Technology and Medicine, and the Natural and Built Environment ... Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből = Studies into the History of Science, Technology and Medicine*. Országos Műszaki Múzeum - Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége, Budapest, 2007, 111-116.
24. Nemes Nagy József: *Terek, helyek, régiók. A regionális tudomány alapjai*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2009.
25. Pisztora Ferenc: *Oláh Gusztáv élete és életművének jelentősége a magyar pszichiátria számára*. Ifjúsági Kiadó, Budapest, 1983.
26. Polányi Mihály: *Személyes tudás I-II*. Atlantisz Kiadó, Budapest, 1994.

27. Popper, Karl R.: *A tudományos kutatás logikája*, ford.: Petri György és Szegedi Péter, Európa Könyvkiadó, Budapest, 1997.
28. Szegvári Katalin: *Numerus Clausus rendelkezések az ellenforradalmi Magyarországon, a zsidó és nőhallgatók főiskolai felvételéről*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1998.
29. Weber, Max: *Vallásszociológia*. Helikon Kiadó, Budapest, 2005.
30. Zsinkó Szabó Zoltán: *Beavatási jelenségek az orvossá válás során*, doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest. DOI:10.14753/SE.2015.1759