

ELMEEGÉSZSÉGÜGY:

A pszichiátriai kezelések alternatívái



ÁLLAMPOLGÁRI BIZOTTSÁG AZ EMBERI JOGOKÉRT ALAPÍTVÁNY

2008

Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Alapítvány
1461 Budapest, Pf. 182
06 (1) 342-6355
info@cchr.hu
www.emberijogok.hu

© 2008 Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Alapítvány. Minden jog fenntartva.

BEVEZETÉS

Alapítványunk 1994 óta foglalkozik Magyarországon a pszichiátria területén történő emberi jogi sérelmek feltárásával és a pszichiátriai kezeltek jogainak védelmével. Az eltelt közel másfél évtized során számtalan olyan ügyben keresték fel alapítványunkat, amikor a hozzánk forduló arról panaszkodott, hogy jogait megsértették pszichiátriai kezelése során, és számos ügyben sikerült is érvényt szerezni a kezeltek jogainak.

Az egyes ügyek emberi jogi vonatkozásai mellett azonban rendszeresen szembesülünk azzal, hogy az érintett úgy érzi, a pszichiátriai kezelés nem segített neki – esetenként rontott az állapotán –, és más módot keres, hogy saját – vagy rokona, ismerőse – állapotán javítson. A mai elmeegészségügyi rendszerben azonban a hagyományos pszichiátriai kezeléseken kívül erre más lehetőség nemigen áll rendelkezésre. Ezért – bár alapítványunk a pszichiátria területével elsősorban emberjogi szempontból foglalkozik – szükségessé válik, hogy a pszichiátriai kezeléseket alternatíváival legalább nagy vonalakban foglalkozzunk.

E kiadvány a teljesség igénye nélkül igyekszik bemutatni olyan lehetőségeket, amelyek a hagyományos pszichiátriai kezeléseken kívül nyújthatnak megoldást a mentálisan zavart emberek kezelésére vonatkozóan. Az anyag célja a figyelemfelkeltés, illetve hogy bemutassuk: a szokásos, legtöbbször erős tudatbefolyásoló szerek használatán alapuló pszichiátriai kezeléseken kívül léteznek olyan módszerek, amelyekkel eredményesen segíteni lehet a mentális problémákkal küzdő embereknek.

MIÉRT VAN SZÜKSÉG ALTERNATÍVÁKRA?

Noha semmi kétség afelől, hogy a társadalomban szükség van egy olyan ellátórendszerre, amely a mentális problémáktól szenvedő embereknek gondját viseli, világszerte megoszlanak a vélemények azzal kapcsolatban, hogy napjaink pszichiátriai kezelése valóban ellátják-e ezt a feladatot.

Miközben a gyógyszergyárak által nagymértékben támogatott pszichiátriai szaklapokban rendszeresen jelennek meg „a legújabb kutatási eredményekről”, illetve „a legújabb pszichiátriai szerek hatékonyságáról” szóló cikkek, számos szakember és szakhatóság kérdőjelezi meg egyre gyakrabban a napjainkban használt pszichiátriai kezelése hatékonyságát. Sok esetben éppen vezető pszichiáterek azok, akik mindezt elismerik:

- Az Amerikai Pszichiátriai Társaság kutatási igazgatója, Dr. Darrell Reiger nemrégiben ezt nyilatkozta: „Jelenleg nem ismerjük egyik mentális rendellenesség kóroktanát sem.”
- Dr. Norman Sartorius, a Pszichiátriai Világszövetség elnöke 1994-ben így nyilatkozott: „Az az idő, amikor a pszichiáterek úgy gondolták, hogy képesek meggyógyítani a mentális betegeket, elmúlt. A jövőben a mentális betegeknek meg kell tanulniuk együtt élni a betegségükkel.”
- Dr. Rex Cowdry pszichiáter, az USA Országos Mentális Egészségügyi Intézetének igazgatója 1995-ben elismerte: „Nem ismerjük az okokat [a mentális betegségekét]. Még nincsenek módszereink arra, hogy »meggyógyítsuk« ezeket a betegségeket.”

Nemcsak a tengerentúlon, Magyarországon is láttak már napvilágot hasonló nyilatkozatok neves pszichiáterek részéről:

- Dr. Veér András 1993-ban ezt írta: „Mindaddig tehát, amíg nem ismerjük az elmebetegségek valódi okait, az ellenük való védekezés sem lehetséges.”
- Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) főorvosa, Dr. Magyar Iván György 2006-ban elismerte, hogy a pácienseket nem szokták gyógyultnak nyilvánítani.
- Gaszner Péter, az OPNI pszichiáter professzora 2002-ben így nyilatkozott: „Nem véletlen, hogy tünetmentességről beszéltem és nem gyógyításról. Gyógyítani azt a betegséget tudjuk, aminek biztosan tudjuk az okát.”

Közismert dolog, hogy ha egy problémának nem ismerjük az okát, kezelni sem tudjuk igazán. A pszichiátriai osztályokon kezelés gyanánt gyógyszerezett embereknek mindössze a tüneteit nyomják el, a valódi problémát ezek a szerek nem oldják meg, ráadásul sok esetben függőséget okozhatnak. Ezek az emberek azután – hatékony segítség híján – újra és újra visszakerülnek a pszichiátriai ellátórendszerbe – éveken, vagy akár egész életükön át pszichiátriai szereket szedve –, amely többszörösére növeli az elmeegészségügy területére fordítandó költségeket. Az, hogy ezeket az embereket a pszichiátriai szerek szedésével „tünetmentessé” teszik, nem jelent valódi gyógyítást, ellenben folyamatos pluszköltséget jelent az egészségbiztosítás számára. Nem ritka jelenség az sem, hogy a – valódi gyógymód hiányában – nem gyógyuló páciens leszázalékolásra kerül, amely a nyugdíjbiztosítási kiadások növekedésével tovább terheli a költségvetést.

Mindezt csak tetézi, hogy számos, Magyarországon is széles körben használt pszichiátriai szerrel kapcsolatban az utóbbi években sorozatban jelennek meg olyan hivatalos figyelmeztetések, amelyek a legriasztóbb mellékhatásokra hívják fel a figyelmet. Az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság (FDA) 2004-ben „fekete keretes” figyelmeztetés elhelyezését rendelte el az ún. SSRI antidepresszánsok csomagolásán, arra hívva fel a betegek figyelmét, hogy ezek a szerek öngyilkossági gondolatokat és öngyilkossági kísérletet válthatnak ki gyermekeknél és serdülőkorúaknál. Az Európai Gyógyszerértékelő Ügynökség (EMA) Gyógyszer Bizottsága 2005-ben figyelmeztetést adott ki az antidepresszánsok gyermekgyógyászati alkalmazása ellen, kijelentve, hogy ezek a szerek öngyilkossági késztetést és gondolatokat, agressziót, ellenséges viselkedést, dacot és dühöt válthatnak ki. A pszichiátriai szerekkel kapcsolatos ilyen és ehhez hasonló hivatalos figyelmeztetések listája oldalakra rüg.

Az a tény, hogy napjaink pszichiátriai rendszerében nem állnak rendelkezésre valódi gyógymódok, nem jelenti azt, hogy ilyenek nem is léteznek. Ezek mai társadalmunkban igen kevés támogatottságot kapnak – ha kapnak egyáltalán –, ám ha azt akarjuk, hogy az elmeegészségügy valóban nyújtani tudja azt, amit a társadalom elvár tőle, akkor a hatékonyabbnak bizonyult módszerek sokkal nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjanak.

MIÉRT MONDJÁK EGYES PÁCIENSEK, HOGY A PSZICHIÁTRIAI SZEREK HASZNÁLNAK?

Nem kétséges, hogy a pszichiátriai szerek *hatást* fejtenek ki az azt szedő ember mentális állapotára. Ezeket többnyire azért szedik, hogy enyhítsék szorongásukat vagy más kellemetlen mentális tünetüket. A pszichiátriai szerek csökkenthetik az élet valamely problémája által okozott nyomás érzését vagy más kellemetlen mentális megnyilvánulást, de ezek nem kezelnek vagy gyógyítanak meg semmilyen fizikai betegséget vagy állapotot (mint például egy kémiai elváltozást az agyban).

A szer által okozott megkönnyebbülés miatt az illető érezheti úgy, hogy jobban van, de ez a megkönnyebbülés nem bizonyítja azt, hogy ez bármilyen „mentális zavart” megoldott volna. Kérdezzen meg egy kábítószerest, jobban érzi-e magát, amikor kokaint szippant fel vagy ópiumot szív, és azt fogja mondani, hogy igen, miközben a szer károsítja őt. Bizonyos szerek, amiket depresszió kezelésére írnak fel, egyfajta „tompító” hatással bírnak. Elnyomják a „depresszióhoz” társított fizikai érzéseket, de nem orvosolják azt az állapotot, amely a problémát okozza.



MILYEN MEGOLDÁSOK JÖHETNEK SZÓBA?

A háttérben meghúzódó testi probléma felderítése

Vissza tud-e Ön emlékezni egy olyan alkalomra, amikor különösen éhes volt, annyira, hogy az éhség mardosta a gyomrát? Ilyen helyzetben az ember gyakran sokkal türelmetlenebb, ingerlékenyebb lehet embertársaival, mint egyébként. Történt-e Önnel olyan, hogy egy reggel új cipőt vett fel, amely azután egész nap törte a lábát? Elképzelhető, hogy aznap estére egészen máshogyan állt a világhoz, mintha kényelmes cipőben töltötte volna a napot?

Számtalan hasonló példát lehetne még felsorolni, amelyek jól illusztrálnák, hogy egy testi kellemetlenség hogyan befolyásolhatja az ember mentális jóllétét.

Ha valaki fizikailag nem érzi jól magát, ez erősen ronthatja szellemi állapotát, és ez különösen igaz lehet, ha a probléma okozója egy, a háttérben meghúzódó, fel nem derített (krónikus) betegség. Számtalan olyan testi betegség létezik, amely azt okozhatja, hogy a páciens „pszichiátriai” tüneteket mutat.

Jól illusztrálja ezt az a történet, amelyről egy budapesti neurológus doktornő számolt be. Egy alkalommal, amikor ügyeletes volt a kórházban, egy férfit öngyilkossági kísérlettel szállítottak be és éppen elhelyezni készültek a pszichiátrián. Mivel a doktornőnek feltűnt, hogy a páciens nehezen, zajosan veszi a levegőt, megvizsgálta, és úgy találta, hogy a férfinak olyan keringési problémája van, amely ahhoz vezetett, hogy folyadék halmozódott fel a tüdejében. A férfi három napja gyakorlatilag fuldoklott, és senkitől nem kapott segítséget, így végül már az öngyilkosságához fordult.

Egy Kaliforniában végzett tanulmány úgy találta, hogy a pszichiátriai felvételek 40%-a szükségtelen lenne, ha azt megfelelő orvosi kivizsgálás előzné meg. Egy szintén amerikai kutatás szerint a klinikák és szociális munkások által pszichiátriai kezelésre küldött páciensek 83%-a szenvedett diagnosztizálatlan testi betegségben; a „pszichózissal” (elmezavarral) diagnosztizáltaknak pedig 42%-áról találták úgy később, hogy testi betegségben szenvedtek.¹

A Debreceni Egyetem Orvosi- és Egészségtudományi Centrumának Pszichiátriai Tanszékén készült „Mi »baja« lehet a demens betegnek?” című tanulmány a demencia (elbutulás, szellemi hanyatlás) kapcsán a következőket írja:

„A demencia tüneteinek észlelése esetén, mint minden más megbetegedésben, elengedhetetlen az egész szervezet átvizsgálása, részletes laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok elvégzése. Ha olyan betegség derül ki, mely másodlagosan demencia tünetegyüttest okozhat, ez terápiás szempontból döntő jelentőségű, hiszen az alapbetegség megfelelő kezelése a pszichiátriai tünetek javulását vagy megszűnését eredményezheti. ... A kiváltó oknak tekinthető alapbetegség lehetőségére mindig kell gondolni, de különösen akkor, ha az addig szellemileg friss, idősödő egyénen hirtelen jelentkeznek a leépülés jelei.” A tanulmány a demencia lehetséges okaként többek között a következőket említi meg: krónikus szív-, tüdőbetegség, érrendszeri betegségek, anyagcsere-zavarok, táplálkozási és felszívódási zavarok, fertőzések, mérgezések, gyógyszerhatások, daganatok.²

A diagnosztizálatlan testi betegségek felfedése tehát nem elhanyagolható tényezője egy működőképes mentális egészségügyi rendszernek. A valódi segítségnyújtást célzó elmeegészségügyi intézményeket olyan teljes diagnosztikai rendszerrel kell ellátni, amely segítségével a páciens tetőtől talpig kivizsgálható. A mai

pszichiátriai osztályokon a kezeltek felvételekor a fizikális vizsgálaton (ide tartoznak a megtekintés, kopogtatás, hallgatóság, megtapintás, reflexvizsgálat) kívül végeznek ugyan rutinvizsgálatokat (pl. vérkép, vizelet, vagy egyéb laboratóriumi vizsgálatok, vérnyomásmérés), ám ez nagyon messze áll attól a teljes körű kivizsgálástól, ami ahhoz szükséges, hogy biztosan megállapítsák, van-e az illetőnek a háttérben meghúzódó, „pszichiátriai” tüneteket okozó testi betegsége.

Arra a felvetésre, hogy a kórházak ilyen felszerelése túl költséges lenne, mindössze egy kérdést kell feltennünk: akarjuk-e, hogy ezek az intézmények valódi segítséget nyújtsanak? Ha igen, akkor azoknak a módszereknek kell teret adni az elmeegészségügyi intézményekben, amelyek *valóban* segíteni tudnak az oda felvett embereknek. Ráadásul azokban a kórházakban, ahol a pszichiátria csupán egy a számos egyéb osztály közül, a központi diagnosztikai egységek (röntgen, CT, ultrahang, központi laboratórium) többnyire eleve adottak. De ha nem is állnának rendelkezésre, még akkor sem biztos, hogy egy intézményt komplett diagnosztikai rendszerrel ellátni költségesebb a társadalom számára, mint a mentális problémákkal küzdő emberek sokszor éveken vagy évtizedeken át tartó folyamatos gyógyszerkezése, miközben a valójában álmegoldást jelentő pszichiátriai szerek rendkívül magas árának gyakran 90%-át – egyes esetekben 100%-át – az egészségbiztosító fizeti.

Megfelelő étrend

A fenti ponthoz hasonlóan az elégtelen, tápanyagokban vagy vitaminokban szegény táplálkozás is negatív hatást fejthet ki a mentális állapotra.

William H. Philpott, egykori pszichiáter, aki most a táplálkozási allergiák szakértője, a következőről számolt be: a B₁₂ vitamin hiányából adódó tünetek a gyenge koncentrációtól a letargikus depresszióig, komoly nyugtalanságig és hallucinációkig terjednek. A bizonyítékok azt mutatják, hogy bizonyos tápanyagok képesek megállítani a neurotikus és pszichotikus reakciókat, és az eredmények azonnaliak is lehetnek.³

A nem megfelelő étrendből adódó mentális és viselkedési problémák a gyermekeknél éppúgy előfordulhatnak, mint a felnőtteknél. Stephen J. Shoenthaler professzor, a Kaliforniai Állami Egyetem kriminológusa tanulmányt folytatott 12, fiatalokúakkal foglalkozó javítóintézet és 803 iskola bevonásával, ahol a gyermekek étrendjében növelték a gyümölcsök, zöldségek és magvak mennyiségét, miközben csökkentették a zsír és a cukor bevitelét. A javítóintézetekben 47%-kal kevesebb „antiszociális viselkedés” volt tapasztalható 8076 fiatalokú bűnöző körében. Az iskolákban a tanulási teljesítmény 1,1 millió gyermeknél 16%-kal javult, a tanulási nehézségek 40%-kal csökkentek.⁴



Egyes tápanyagok vagy táplálékkiegészítők hiányának mentális állapotra kifejtett hatásáról Szendi Gábor klinikai szakpszichológus „Depresszió: vissza az okokhoz” című cikkében a következőt írja: „[A]gyunk nélkülözhetetlen alkotóeleme az omega-3 zsírsav [amely elsősorban a tengeri állatokban található meg nagy mennyiségben]. Már az 1980-as években felfigyeltek arra, hogy depressziósok vérében valamiért jóval alacsonyabb az omega-3 szint. Az 1990-es években derült ki, hogy a nemzetek egy főre jutó halfogyasztása

fordított arányt mutat adott nemzet depresszió és mániás-depresszió gyakoriságával. Így pl. Japánban vagy Hong-Kongon az amerikai depressziógyakoriság tizede mutatható ki. Ugyanezt az összefüggést kapták szülés utáni depresszióra is. Vagyis minél több az omega-3 bevitel, annál ritkább a depresszió. A felismerés után depressziós betegekkel kettős vak placebo kontrollos vizsgálatokat végeztek [olyan vizsgálatok, ahol sem az orvos, sem a beteg nem tudja, hogy hatástalan – azaz placebo – vagy hatásos szert kap], és kiderült, hogy a depressziós betegek jól gyógyulnak omega-3-ra! ... Több vizsgálat igazolta azt is, hogy az öngyilkosság legjobb előrejelzője az alacsony omega-3 szint!”

A cikk folytatásában a szerző további anyagokat említ, amelyek hiányában szintén „depresszió” alakul ki: „Ilyen pl. a B₁₂ vitamin, amely nélkülözhetetlen az agyi ingerületátvivő molekulák szintéziséhez. A vizsgálatok többszörösen megerősítik, hogy különösen az idős emberekben krónikus B₁₂ hiány mutatható ki, és az ilyen személyeknek kétszer nagyobb a kockázata a »depresszióra«. Hasonló szerepet tölt be a folsav (B₉ vitamin). Hiánya könnyen előáll, a modern táplálékban ugyanis – leszámítva a pékségekben kötelezően hozzáadott folsavat – alig található. Folsav nélkül az idegrendszer nem tud megfelelően működni. Depressziósok 30-60%-ánál folsav hiányt találtak, s a folsav hiánnyal arányos volt a depresszió mértéke. Hasonló a helyzet a B₆ vitaminnal is. E három vitamin kiegyensúlyozott bevitele rendkívül fontos bizonyos idegrendszeri folyamatokhoz. ...

De más vitamin is fontos lehet. A lakosság, különösen az idősek, komoly krónikus D vitaminhiányban szenvednek. Mivel a D vitamin a pajzsmirigyműködésben és az agyi hírvivő molekulák szintézisében is fontos szerepet játszik, hiánya »depressziót« okoz. A téli depresszió egyik oka a fokozott D vitamin hiány, D vitaminra az állapot javul.

Szülés utáni depresszióban figyeltek fel a vashiány szerepére, ez ugyanis egyfelől fontos enzimmalkotó az agyban [az enzimek biokémiai folyamatokat segítő fehérjék], másrészt vérszegénységet okoz, s mindkettő »depresszióhoz« vezet. Ugyanígy a cinkhiányt és a szelénhiányt is fontos tényezőnek tekintik a »depresszió« kialakulásában, ezek ugyanis szintén fontos enzimmalkotók.”⁵

Az eredményes elmeegészségügyi kezelésnek tehát részét kell, hogy képezze, hogy a páciensek napi étkezésük részeként megfelelő mennyiségű és összetételű tápanyagban, vitaminokban, ásványi anyagokban, nyomelemekben részesüljenek, illetve étrendjük részét képezze bármely olyan táplálékkiegészítő adagolása, amelynek hiánya a páciens szellemi állapotának rosszabbodásához vezetett.

Egészséges testmozgás

A *The Journal of Medicine and Science in Sport & Exercise* (orvostani és tudományos folyóirat a sportról és testmozgásról) 2005 decemberi száma arról számolt be, hogy a testmozgás – sokkal inkább, mint az antidepresszánsok – enyhítik a „depresszió” tüneteit. Az alanyok, akik testmozgást végeztek, maguk is pozitív hatást tapasztaltak, mint például „életerőt” és „jóllét” érzését.

Egy, a testmozgás mentális állapotra kifejtett pozitív hatásairól szóló cikk – *Halász Nikolettta: Egy másik lehetséges út* – a következőt írja: „Aktuális tanulmányok igazolják, hogy a testmozgás gyakran még eredményesebben is hat, mint a drága tabletták és a hipermodern gyógyászati eljárások. Hatására testünkben egészséges új sejtek termelődnek és kóros folyamatok fordulnak meg. Az előírás szerinti edzést sok esetben a jól bevált terápiák kiegészítéseként alkalmazzák.

A Mental Health Foundation [Mentális Egészségügyi Alapítvány] 200 házi orvos bevonásával készített felmérése szerint napjainkban az orvosok 22 százaléka javasolja a testmozgást a hangulat betegségek enyhébb formáiban... Az alapítvány szerint az eredmények azt mutatják, a testmozgás segít a depresszió enyhébb eseteiben, mivel növeli az önértékelést és megszünteti az elszigeteltség érzését.”⁶

A „súlyosan zavarodottak” kezelése

Amikor egy család irracionálisan viselkedő, láthatóan zavart elméjű (esetleg másokat veszélyeztető állapotú) családtaggal találja szemben magát, gyakran kétségbeesetten próbálnak lépéseket tenni vagy segítséget kérni a probléma kezeléséhez. Bár az ilyenkor következő pszichiátriai kezelés a zavart elméjű családtag eltávolításával ideiglenesen megoldja a család problémáját – a páciensét általában nem.

Ha valaki – mentális állapotától függetlenül – saját magára vagy a környezetében lévőkre nézve veszélyes magatartást tanúsít, természetesen szükség lehet arra, hogy az illetőt kisebb-nagyobb mértékben korlátozzák, megakadályozandó, hogy önmagában vagy másokban kárt tegyen. Ám nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy egy mentálisan zavarodott ember állapotát semmi esetre sem fogja javítani, ha a pszichiátriai kezelés során vagy „a terápia szükséges részeként” bezárják, leszíjazzák, vagy más módon kényszerítik.

Az a tény, hogy napjaink pszichiátriája nem képes olyan kezelést nyújtani, amely helyreállítja a páciensek mentális egészségét és jóllétét, nem jelenti azt, hogy ilyen módszerek nem is léteznek.

Dr. Loren Mosher

A néhai Dr. Loren Mosher az USA Országos Mentális Egészségügyi Intézete Skizofrénia-kutató Központjának vezetőjeként, majd később a Kaliforniai Egyetem Orvostudományi Iskolájának klinikai pszichiáter professzoraként dolgozott, emellett ő volt az igazgatója a San Diego-i székhelyű Soteria-háznak. Ezt írta:

„1971-ben nyitottam meg a Soteria-házat... Ott a »skizofrénekként« diagnosztizált fiatalok gyógyszermentes életet éltek, nem szakmabeli személyzet segédlete mellett, akiket arra képeztünk ki, hogy figyeljenek oda rájuk, hogy megértsék őket, hogy nyújtsanak számukra támogatást, biztonságot, és kommunikációjukkal erősítsék meg, ha a fiatalok saját személyes érzéseikről beszélnek. Az elgondolás az volt, hogy a »skizofrénián« gyakran túl lehet jutni tartalmas emberi kapcsolatok kiépítésével, inkább, mint gyógyszerek használatával, és hogy az efféle kezelés végső soron megkérdőjelezhetetlenül egészségesebb élethez vezet.

A kísérlet a vártnál is jobb eredményt hozott. Két évvel a bekerülést követően a Soteria-kezelt alanyok jelentősen magasabb munkakörben dolgoztak, jelentősen gyakrabban éltek önálló életet vagy párkapcsolatban, és közülük kevesebb került vissza az intézménybe. Összehasonlítva a kórházi és gyógyszerrel kezelt kontrollalanyokkal, érdekes módon, a Soteriánál kezelt azon páciensek boldogultak – és lettek – a legjobban, akik a két teljes év során nem kaptak neuroleptikus [pszichiátriai] gyógyszeres kezelést... vagy akikről azt gondolták, hogy náluk lesz a legrosszabb a kezelés kimenetele.”⁷

Dr. Giorgio Antonucci

Olaszországban, az Imola-beli Osservanza Intézetben Dr. Giorgio Antonucci olasz orvos skizofrén nők tucatjait kezelte, akik legtöbbje állandó jelleggel ágyához volt szíjazva (néhányuk már 20 éve). Az intézetben kényszerzubbonyt, valamint műanyag maszkot alkalmaztak, ez utóbbit azért, hogy megakadályozzák a pácienseket a harapásban. Dr. Antonucci nekilátott, hogy a nők korlátozását megszüntesse, és naponta sok-sok órát töltött azzal, hogy beszélgetett velük, hogy „delíriumuk és gyötrelmeik mélyére hatoljon”. Dr. Antonucci minden esetben az intézményben eltöltött évek kétségbeesésének és szenvedésének történetét hallgatta meg. „Kezelése” csendesítő és megnyugtató hatással volt a kezeltékre.



Dr. Giorgio Antonucci

Vezetése alatt minden pszichiátriai kezelést elhagytak, és a legrosszabb pszichiátriai osztályok közül többet meg is szüntettek. Biztosította, hogy a páciensekkel könyörületesen, tisztelettel bánjanak, pszichiátriai szerek használata nélkül. Dr. Antonucci kommunikációt, testi vizsgálasokat és standard orvosi kezeléseket alkalmazott, ezen kívül a terápia részeként életvezetési gyakorlatokat tanított a pácienseknek, koncerteket szervezett, valamint utazásokat Rómába. Irányítása alatt az osztály az intézmény legerőszakosabbjából a legnyugodtabbá vált. Néhány hónappal később „veszélyes” páciensei szabadok voltak, csendben sétálgatva az intézet udvarán. Ami a kórházat illeti, Dr. Antonucci lakóhellyé alakította azt – minden páciens saját kulcsot kapott a szobájához. Végül állapotuk stabilizálódott és elbocsátották őket a kórházból, miután sokukat megtanították írni-olvasni, dolgozni, valamint arra, hogy életükben először gondoskodni tudjanak magukról.



Dr. Antonucci páciensei körében

Megemlíthetünk ezen kívül egy olyan kezdeményezést is, amely – ha máshogyan nem – ötletadóként szolgálhat. „Az elmebetegügy jelen kérdései Magyarországon” című, 1947. június 7-8-án megrendezett ankét részeként előadást tartott a magyar pszichiátria híres humanistája, Dr. Hollós István, a „Lipót” (később Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet) korábbi igazgatója is. Előadásában a következőkről ejtett szót:

„Második feladatunk, hogy az intézeti rendszerről más rendszerre térjünk át.

Az elmebeteg gondozás történetének van egy fejezete, amely erre a rendszerre világosan rámutat: ez a családi ápolás.

A családi ápolást nem orvosok találták ki, hanem az elmebetegek ösztöne teremtette meg. Élt Kr. után a 6-ik században Írországból egy király, aki Dymphna nevű leányát szerelmével üldözte. A királyleány elmenekült, de atyja mindenhová követte. A leány megőrült és a mai Gheel helyén meghalt. A környékbeli elmebetegek az örült királyleány sírjára zarándokoltak, ahol a betegek hosszabb-rövidebb idő után meggyógyultak, amiért Dymphnát szentté avatták. A Gheelbe zarándokló betegeket a helység családjai befogadták, akiknél azok hosszabb-rövidebb ideig megmaradtak. Így lett Gheel elmebetegek családi ápolásának ősi telepe. ...

Gheel igazolja, hogy nincs szükség nagy elmeintézetekre, ahova a betegeket tömegekben helyezik el. Gheelben 2000 elmebeteg él a 20.000 lakosú város családjainál. Csak egy kis zárt osztály, az Inlermerie, szolgál 100 férőhellyel oly betegeknél, akik átmenetileg nyugtalanok vagy más okból elkülönítésre szorulnak. Így a 2000 betegnek legfeljebb 5 százaléka kerül átmenetileg zárt osztályra. A 2000 beteg legtöbbje dolgozik, a tehetetlen is valamiképp hasznos a háznál, vagy a család távollétében a gyermekekre felügyel. Ön- vagy közveszélyes cselekedet nem fordul elő. ... A zárt intézeteknek sokkal szomorúbb a statisztikájuk. De ott is az volt a tapasztalatom, hogy amint a régi zárt rendszerből a nyitottabbá tértünk át, a szerencsétlenségek száma jelentékenyen csökkent.”⁸

Hollós István szavai a pszichiátriai kezeltekhez való hozzáállásról legalábbis elgondolkodtatóak.

Egy olyan hely, ahol a mentálisan zavart embereket biztonság és nyugalom veszi körül, ahol nem háborgatják őket, ahol megfelelően táplálkoznak és eleget alszanak, teljes orvosi kivizsgálásban részesülnek, meghallgatják őket és olyan tevékenységeket végezhetnek, ami javítja önbecsülésüket, sokkal többet tehetnek ezekért az emberekért, mint napjaink elsősorban kemikáliákra épülő pszichiátriai kezeléseiké.

ÖSSZEFOGLALÁS

Számos olyan alternatíva létezik, amellyel tényleges segítséget lehet nyújtani a mentális problémákkal küzdő embereknek – a kiadványban említett javaslatokat valószínűleg sok minden mással is ki lehetne még egészíteni. Néhány főbb pontot mindenesetre érdemes szem előtt tartani:

- A mentálisan zavart embernek olyan helyre van szüksége, ahol csend és nyugalom veszi körül, gondoskodnak szükségleteiről, és ha mindenképp szükséges, enyhe nyugtatót kap, hogy megfelelően tudjon pihenni.
- Biztosítani kell a teljes körű orvosi (testi) kivizsgálást annak megállapítására, van-e az illetőnek olyan testi betegsége, amely előidézhetheti vagy súlyosbíthatja mentális állapotát.
- Arra kell törekedni, hogy megtaláljuk a személy problémájának *valódi* okát. Nem szabad megelégedni pusztán a tünetek magyarázatával vagy olyan, tudományosan nem igazolt állításokkal, miszerint az állapotot az agy kémiai egyensúlyzavara okozza.

A mentális egészségügyi kezeléseket annak alapján szükséges megítélni, hogy milyen mértékben javítják és erősítik az egyént, felelősségérzetét és mentális jóllétét, és csak a valóban működőképes módszereknek szabad támogatást biztosítani. Ez nemcsak az ország egészségügyi költségvetését hozza jobb helyzetbe, nemcsak az elmeegészségügyi intézmények kapacitás-problémáit javítja – hiszen azok az emberek, akik valódi segítséget kapva tényleg gyógyultan hagyják el az intézetet, nem fognak újra és újra visszaesni annak rendszerébe, többszörösére emelve a forgalmat –, hanem a mentális problémákkal küzdő embertársainknak is csak így nyújthatunk egyenlő esélyeket és valódi segítséget.

ÁLLAMPOLGÁRI BIZOTTSÁG AZ EMBERI JOGOKÉRT

a mentális egészségügy nemzetközi megfigyelő szervezete

Az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért (Citizens Commission on Human Rights – CCHR) egy közhasznú, nemzetközi szervezet, amely a világ 34 országában több mint 130 csoporttal működik. A CCHR legfőbb feladata, hogy kivizsgálja és feltárja a pszichiátria területén elkövetett visszaéléseket, és így megvédje az egyéneket és azok emberi jogait ezektől a visszaélésektől. A CCHR-t, mint emberi jogi szervezetet a Szcientológia Egyház alapította 1969-ben az Egyesült Államokban azzal a céllal, hogy kivizsgálja és lépéseket tegyen a mentális egészségügy szomorúan elhanyagolt területével kapcsolatban. A nemzetközi szervezet munkájáról az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága a következőt írta egy 1986-os jelentésében:

„A CCHR számos nagy reformért felelős. Legalább 30 [mára több mint 100] olyan törvényjavaslat megszavazását akadályozta meg tevékenységével, amelyek máskülönben a pszichiátriai páciensek még több jogát vették volna el, vagy olyan hatalmat adtak volna a pszichiátriának, amellyel az kisebbségi csoportok vagy egyének fölött rendelkezhetett volna, azok akarata ellenére.”

Néhány példa a szervezet nemzetközi munkájáról

– A CCHR kivizsgálásai és kutatásai vezettek oda, hogy az ENSZ felkérte az Egészségügyi Világszervezetet (WHO), vizsgálja ki azokat a kegyetlenkedéseket, amelyeket a dél-afrikai apartheid idején a pszichiátriai magánkórházakban követtek el 1977-ben. Szintén a CCHR volt az a szervezet, amely az ENSZ Emberi Jogi Bizottságának figyelmét felhívta ezekre az atrocitásokra 1986-ban.

– Az ún. „mélyalvás-kezelés” során nagy dózisu nyugtatókkal és altatókkal a pácienseket öntudatlan állapotba juttatják 3 naptól 3 hétig terjedő időszakokra; ezt gyakran elektrosokk-kezelés kíséri. A „kezelést” a CCHR munkájának eredményeképpen Ausztráliában, Új-Dél Wales államban betiltották.

– A CCHR volt az a csoport, amely 1976-ban Kaliforniában elérte, hogy a pácienseket az elektrosokk-kezelést megelőzően tájékoztassák a kezeléstről, és azt csak az illető beleegyezésével hajthassák végre. Ez a szabályozás nemzetközi precedenst teremtett, és a világ sok más országában szintén elfogadták.

Az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Magyarországon alapítványi formában működik, immár több mint egy évtizede. 1994-es megalakulása óta az alapítványt sok száz olyan panaszos kereste fel, akik úgy érezték, emberi jogaik sérültek a pszichiátrián, és ezek közül számos ember kapott már hatékony segítséget vagy jogi kompenzációt, illetve ezek kapcsán már nem egy pszichiátert marasztaltak el a hivatalos szervek a visszaélések elkövetéséért.

Egy esetben például egy nő azzal kereste fel az alapítványt, hogy édesanyja kis híján belehalt a pszichiátriai „gyógyszerezésbe” egy vidéki kórházban; életét csak a családtagok beavatkozása és a gyors orvosi segítség mentette meg. A CCHR munkájának köszönhetően először az Orvosi Kamara marasztalta el a visszaélést elkövető pszichiátert, majd később a büntető bíróság is bűnösnek találta és elítélte. Az ügy precedens jelentőségű volt, mivel ez volt az első alkalom Magyarországon, amikor egy pszichiátert visszaélés elkövetéséért büntetőügyben bűnösnek találtak.

Az alapítvány kiemelten közhasznú szervezetként folyamatosan dolgozik azon, hogy a hazai pszichiátrián történő visszaéléseket, illetve emberi jogi sérelmeket feltárja, és a megtalált problémákról a törvényhozókat és a nyilvánosságot rendszeresen tájékoztassa kiadványok, újságcikkek, tévéműsorok stb. formájában.

A CCHR mindenütt a világon, így Magyarországon is azon dolgozik, hogy megtisztítsa a mentális egészségügy területét a visszaélésektől, és így egy biztonságosabb környezetet teremtsen mindannyiunk számára.

HIVATKOZÁSOK

1. David E. Sternberg, M.D., „Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients”, *Journal of Clinical Psychiatry* 47, no. 1 (1986 január, melléklet), 5. o.; Richard C. Hall, M.D. et al., „Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease”, *Archives of General Psychiatry* 35 (1978 november), 1315-20 o.
2. <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/IV/2/101.htm>, letöltve: 2008. április 22.
3. Eric Braverman és Carl Pfeiffer, *The Healing Nutrients Within: Facts, Findings, and New Research in Amino Acids*, 1987
4. Stephen Schoenthaler, Ph.D, „Institutional Nutritional Policies and Criminal Behavior”, *Nutrition Today*, 1985 május/június
5. Szendi Gábor, „Depresszió: vissza az okokhoz”, <http://www.tenyek-tevhitek.hu/depresszio-vissza-az-okokhoz.htm>, letöltve: 2008. április 22.
6. Halász Nikoletta, „Egy másik lehetséges út”, <http://www.antidepresszans.tenyek-tevhitek.hu/sport-es-depresszio.htm>, letöltve: 2008. április 22.
7. Loren Mosher, „Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187: 142-149, 1999
8. Dr. Hollós István, „Elmebeteg és társadalom”, *Az elmebetegügy jelen kérdései Magyarországon*, 1947. június 7-8., 54-55. o.



Az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért
nemzetközi szervezetének központja