

A NEM ÖNKÉNTES PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS ÉS A VÉLEMÉNYSZABADSÁG*

NEM ÖNKÉNTES KEZELÉS ÉS KEZELÉSI FORMA

Ma egyre elterjedtebb az a felfogás, hogy a pszichiátriai kezelésre kötelezhetőség függ a kezelés formájától, módszerétől. E koncepció szerint az egyes pszichiátriai és pszichoterápiás kezelési formák jelentősen különböznek egymástól intruzivitásuk foka szerint. Annál intruzívabb egy kezelés, minél kevésbé igényli a beteg együttműködését, minél kevésbé képes a beteg akaratlagon ellenállni a kezelés hatásának. Kevésbé intruzív kezelés esetén a kezelésre kötelezés inkább elfogadható, vélik e felfogás hívei, hiszen a beteg együttműködése nélkül, akarata ellenére a kezelés úgysem érheti el a célját. Ezzel szemben az intruzív pszichiátriai kezelésre kötelezés erkölcsileg és jogilag is nehezebben indokolható, mert az a beteg akarata ellenére is hatékony, s így – szélsőséges esetben – a beteg tehetetlen „bábbá” válhat a kezelőorvos kezében, ami erkölcsileg elfogadhatatlan. A XX. század számos antiutópiája (például Aldous Huxley: *Szép, új világ*, George Orwell: *1984* stb.) vetítette előre egy olyan világ rémképét, melyben különböző pszichotechnológiákkal az emberi elme működésének hatékony kontrollja valósítható meg, s az így „kezelt” személyek szinte programozott robotként viselkednek majd, programozóik szándékainak megfelelően, teljesen elveszítve korábbi egyéniségüket. Noha ez nem vált valóra, a ma létező hatékony technológiák birtokában célszerű ezek alkalmazhatóságát – intruzivitásuk függvényében – korlátozni, vagyis szigorú eljárási szabályok betartását megkövetelni a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk esetén.

A kezelési formák intruzivitásuk szerinti sorrendbe állítása azért is fontos, mert a nem önkéntes pszichiátriai kezelés bizonyos formái alkotmányos alapjogokat is sérthetnek. Erre más alapjogok védelme érdekében szükség lehet ugyan, de csak akkor megengedhető, ha az alapjog korlátozása szükséges más alapjogok védelme érdekében, továbbá a korlátozás arányos az elérni kívánt céllal. A korlátozás tehát nem haladhatja meg a szükséges legkisebb mértéket.¹ Eb-

ből az elvből fakad a pszichiátriai kezelése során a „legkevésbé korlátozó alternatíva” követelménye. Eszerint ha az alapjogok sérelmét jelentő kezelést alkalmazni kell más alapjogok védelme érdekében, akkor az arányosság fent említett követelménye szerint olyan kezelést kell választani, amely a célt a lehető legkevésbé korlátozó módon éri el. Ebből az következik, hogy egyformán hatékony kezelések esetén a lehető legkevésbé intruzív alkalmazandó. A koncepciót Bruce J. Winick munkálta ki,² s mivel a pszichiátriai kezelés visszautasíthatóságának ez a legkidolgozottabb mai elmélete, érdemes részletesebben is elemezni.

A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS INTRUZIVITÁSA

Az egyes kezelési formák – intruzivitásuk alapján – egy kontinuumot képviselnek: annál intruzívabb egy kezelés, minél kevésbé függ hatása a beteg együttműködésétől. Intruzív az a kezelés, amely az ellenálló, együtt nem működő betegre is kifejti hatását. Az intruzív kezelés tehát „ellenállhatatlan” a beteg számára, mert az akarata ellenére is hatásos. Van, aki az intruzivitás helyett a „kényszerítő” szót használja. Azért helyesebb mégis az intruzivitás kifejezés használata, mert a „kényszerítő” jelző a terápia alkalmazásának módját jelöli, az intruzivitás ezzel szemben azt, hogyan fejti ki a terápia a hatását. Az intruzivitás tehát magának a terápiának a jellemzője, míg a kényszer a terápia alkalmazásának módjára, körülményeire vonatkozik. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az intruzivitás a kezelési forma belső, biokémiai, fiziológiai szinten ható kényszerítő erejének a jellemzője, a kényszerítő szót pedig inkább a külső kényszer jelzésére szoktuk alkalmazni. A kettő szemben is állhat egymással. Például lehet kényszeríteni valakit egy nem intruzív terápiára (például pszichoterápiára), noha ilyenkor – éppen kis intruzivitása miatt – a terápiának esetleg semmilyen hatása nem lesz. Másfelől lehet önkéntesen, kényszermentesen beleegyezni

* Ez az írás a Széchenyi Professzori Ösztöndíj keretében megírt *Pszichiátriai és pszichoterápiás etika* című könyvem kéziratának egy részlete. Köszönettel tartozom Tóth Gábor Attilának, akinek több észrevételét, pontosítását felhasználtam a tanulmány végleges változatának kialakítása során.

egy erősen intruzív terápiába (például pszichiátriai sebészeti beavatkozásba.)

Winick szerint intruzivitásuk alapján a következő az egyes pszichiátriai terápiák sorrendje, a legkevésbé intruzívval kezdve a sort: 1. pszichoterápia, 2. viselkedésterápia, 3. pszichotrop gyógyszerekkel történő kezelés, 4. elektrokonvulzív terápia (ECT), 5. az agy elektromos stimulációja, 6. pszichiátriai sebészet.

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

AZ EGYES KEZELÉSI FORMÁK JELLEMZŐI INTRUZIVITÁSUK SZEMPONTJÁBÓL

A pszichoterápia

Noha a viselkedésterápia is a pszichoterápiák közé tartozik (ma általában kognitív- és viselkedésterápiáról szoktak beszélni), az intruzivitás szempontjából érdemes külön csoportba sorolni. Ezért ebben az írásban pszichoterápia alatt főleg a dinamikus orientált (analitikus, mélylélektani) és a humanisztikus pszichoterápiás módszereket értjük. Azért fontos ez a megkülönböztetés, mert a fenti módon felfogott pszichoterápiák közös jellemzője az intruzivitás hiánya: általában nem lehet eredményes pszichoterápiát végezni a beteg együttműködése nélkül, ahhoz ugyanis a beteg jelentős motivációja szükséges. A terápiás szerződésben meg is fogalmazódik, mit vár el a terapeuta a betegtől a terápiás folyamat sikere érdekében. Ezek az elvárások az egyes terápiás irányzatokban különböznek egymástól. A klasszikus pszichoanalízis követelménye például a szabad asszociáció: az, hogy a terápiás ülés alatt a kliens szabadon, „cenzúra” nélkül mondjon ki mindent, amit gondol. Az így felszínre került lelki tartalom értelmezése révén indulhat el a beteg változása. A személyközpontú terápia nem értelmezéssel dolgozik, hanem a kliens által közölték érzelmi tartalmának visszajelzésével stb. A terápiás módszer tehát irányzatról irányzatra változik,

mindegyikben közös azonban az önfeltárás követelménye: a pszichoterápiás folyamat fontos feltétele a beteg vagy a kliens részéről a személyes élményeiről való beszámolás.³ A terapeuta erre reagál, s a kliens ennek révén kap visszajelzést s képes változni.

Ebből az is következik, hogy ha a beteg nem hajlandó az önfeltárára, a terápiás folyamat el sem kezdődhet. Ezzel magyarázható, hogy noha elméletileg elképzelhető, hogy valakit kényszerítenek pszichoterápiában való részvételre, a gyakorlatban azonban eredményes pszichoterápia elképzelhetetlen a beteg együttműködése nélkül. A beteg ugyanis mindig könnyen „védekezhet” egy ilyen kényszer pszichoterápia ellen: nem mondja ki az eszébe jutó gondolatokat analitikus terápiában, vagy nem beszél élményeiről, érzéseiről egy személyközpontú pszichoterápia esetén, hanem csak olyasmiről, ami számára éntávoli, közömbös élmény. Ez természetesen azt jelentené, hogy a terápiának csak a külsődleges feltételei valósulnának meg, tényleges terápia nem zajlana.

Mivel tehát pszichoterápia nem végezhető a beteg együttműködése nélkül, pszichoterápiával akarata ellenére nem valósítható meg személyiségének megváltoztatása, ezért a pszichoterápia nem tekinthető intruzív beavatkozásnak.⁴

A viselkedésterápia

Noha a viselkedésterápia is a pszichoterápiák közé tartozik, a többenél nagyobb fokú intruzivitása miatt érdemes külön csoportba sorolni. A viselkedésterápia abból indul ki, hogy mind az egészséges, mind a kóros viselkedés tanulás eredménye, s ezért a kóros viselkedés megváltoztatása vagy egy kívánatos viselkedési forma kialakítása a tanulásméлет elvei segítségével történik: jutalmazással (pozitív megerősítés), egy büntető inger eltávolításával (negatív megerősítés) vagy büntetéssel (averzív kondicionálás.) A viselkedésterápia fontos elve, hogy a tanulás törvényszerűségei a kliens beleegyezése, aktív közreműködése nélkül is érvényesülnek. Elvileg bele nem egyező, együtt nem működő klienseken is viselkedésváltozás érhető el a tanulásméлет törvényszerűségeinek konzekvens alkalmazásával: ha egy viselkedés az egyén számára káros következményekkel jár (például büntetéssel), akkor annak megjelenési valószínűsége a jövőben csökkenni fog, míg nő akkor, ha egy viselkedés az egyén számára pozitív következményekkel jár (például jutalommal). Mivel tehát a viselkedésterápia hatékony kivitelezéséhez nem feltétlenül szükséges a kliens beleegyezése vagy együttműködése, ezért ez a többi pszichoterápiánál intruzívabb beavatkozás, így a visszaélések lehetősége itt sokkal nagyobb.

A viselkedésterápia egyik formája például a „zsetonrendszer” („token economy”), amelyben intézeti körülmények között betegeket megfosztanak bizonyos alapvető szükségleteik kielégítésének lehetőségétől, melyekhez csak akkor juthatnak hozzá, ha a terápiában megkívánt viselkedést tanúsítva zsetonokat szereznek, s azok beváltásával megszerezhetők az addig hiányzó kedvezmények. Már Skinner ezzel kapcsolatos állatkísérletei során nyilvánvaló lett, hogy a zsetonrendszer annál hatásosabb, minél nagyobb fokú a kezdeti depriváció. Ez az embereknél is igaz. Ha valakit alapvető szükségletei kielégítésének lehetőségétől fosztanak meg (élelem, ivóvíz, alvási lehetőség), s ezeket csak a kívánt viselkedés tanúsítása révén teszik számára elérhetővé, az nyilván erősebben motiválja, mintha csak mondjuk a televízió nézésének lehetőségétől fosztanák meg. A zsetonrendszer tehát csak nagyon mostoha „alapfeltételek” fennállása esetén igazán hatékony. Ekkor azonban intruzív terápiának minősül, melynek a kliens akarata ellenére történő alkalmazását általában nem is engedik meg a jogszabályok. Ugyanis ma a legtöbb országban törvényben határozzák meg azokat a minimális feltételeket és minimumkövetelményeket, amelyek biztosítása egy egészségügyi intézményben szükséges a működés engedélyezéséhez. Ha a zsetonrendszer alkalmazásakor a kiinduló helyzet (melyen a kliens zsetonok szerzésével javíthat) nagyon mostoha körülményeket jelent, akkor ez jogilag általában elfogadhatatlan, mert ilyen mostoha feltételek fennállása esetén nem engedélyezik az intézmény működését, hiszen az intézményben fekvő betegeknek joguk van az ellátás megfelelő szintjére. Ezért jogilag általában nem lehetséges, hogy a beteg beleegyezése nélkül hatékony zsetonrendszert alakítsanak ki.

A viselkedésterápiák közül az averzív kondicionálás módszerei a legintruzívabbak, s a visszaélés veszélye is itt a legnagyobb. Az USA-ban használták azt az averzív technikát börtönben fogva tartottak zavaró viselkedésének a befolyásolására, hogy a nem megfelelő viselkedést követően az elítéltnak akarata ellenére intravénásan izombénító hatású izomrelaxáns (szukcinilkolint) adtak, amely azonnali átmeneti mozgás- és légzőképtelenséget idézett elő. Noha lélegeztetőgép segítségével biztosították a lélegeztetést, az így kialakuló halálfélelem s a fulladás érzése volt az averzív inger. Ezt az elítéltek mindegyike rettenetes élményként írta le.⁵ Számos más visszaélés is történt az averzív kondicionálásnak a kliens akarata ellenére történő alkalmazásával. Használtak például elítélteknél hányást okozó apomorfint cigarettázás, káromkodás, hazudozás, engedély nélküli beszéd s egyéb nemkívánatos viselkedési formák megváltoztatására.

Pedofil bűnelkövetőnél ágyéktájon okoztak fájdalmas elektromos áramütést, miközben ruhátlan gyermekek képét mutatták neki.⁶ Mindez azért visszaélés, mert noha általában terápiának nevezik ezeket a beavatkozásokat, valójában mégis inkább büntetésnek tekinthetők, s kimerítik a kínzás, illetve az embertelen, megalázó bánásmód és büntetés fogalmát. Ezt tiltja az USA alkotmánya s tiltja az Emberi jogok európai egyezménye is.⁷

Egy kommentátor szerint a viselkedésterápiák azért nagyon intruzívak, mert megfelelő idő és energia ráfordításával elérhető, hogy egy viselkedésterápiás program eredményeként egy megrögzött bankrablónak hányhatnéka legyen, valahányszor meglát egy bankot vagy egy fegyveres rabló pánikot éljen át egy pisztoly láttán. Ezek a technikák a legjobb hatásfokkal ugyan a „kliens” együttműködése esetén működnek, de hatásosan alkalmazhatók akarata ellenére is.⁸

Nem szabad azonban túlbecsülnünk a viselkedésterápia hatásosságát. Kétségtelen, hogy a kliens akarata ellenére is alkalmazhatók, s rövid távon markáns viselkedésváltozást eredményezhetnek, ez azonban általában csak a kényszerítő körülmények fennálltaig tart (például amíg a kliens az intézményben van). Mielőtt azonban elhagyhatja az intézetet s a kényszer megszűnik, visszatérhet régi viselkedéséhez. Bármennyire is alkalmazható tehát a viselkedésterápia a kliens akarata ellenére, az így létrejött viselkedésváltozás nem tartós, csak a kényszer fennállásának idejéig tart. Mivel a viselkedésterápiák esetén is megvan a kliens lehetősége arra, hogy – legalábbis hosszú távon – „ellenálljon” a terápia viselkedésváltoztató hatásának, e kezelés intruzivitása csak korlátozott. Intruzívabb, mint a többi pszichoterápia, de kevésbé intruzív a később tárgyalandó terápiáknál.

A pszichotrop szerekkel való gyógyszerelés

Az 1950-es években a gyógyszeres kezelés megjelenése forradalmasította a pszichiátriát. Az antipszichotikumok, majd az antidepresszánsok bevezetése nemcsak hatékonyabbá tette a kezelést, de elindította a dezintitucionalizálódás folyamatát is. A korábban évekig, évtizedekig kórházakban ápolt pszichotikus betegek jelentős része rövid kórházi kezelés után elbocsátható lett, s fenntartó gyógyszerelés mellett alkalmassá vált a társadalomban való életre.⁹

Ma sokféle pszichotrop szer áll rendelkezésre, s ez a pszichiátria új, ma egyre inkább dominánssá váló ágának, a biológiai pszichiátriának a kialakulásához vezetett. Mai ismereteink szerint a gyógyszerek befolyásolják a génexpressziót és a sejten belüli jelátviteli mechanizmusát.¹⁰ Így a gén, illetve a sejt szintjén hatnak, s ilyen értelemben intruzív kezelési formák-

nak tekinthetők, hiszen nem szükséges a beteg együttműködése ahhoz, hogy hatásukat kifejtsék.

A pszichotrop gyógyszerelésnek a beteg akarata ellenére történő alkalmazását etikailag bonyolítja, hogy a gyógyszereknek jelentős mellékhatásaik vannak. Az antipszichotikumok tekintélyes része például parkinsonizmust, akut disztóniát és akathisiát okozhat. A neuroleptikus malignus szindróma, noha ritkán fordul elő, a beteg életét veszélyeztető mellékhatás. A neuroleptikus kezelés kapcsán fellépő tardív diszkinézia pedig viszonylag későn kifejlődő, szubjektíve nagyon kellemetlen és irreverzibilis, jelenlegi tudásunk szerint a gyógyszer abbahagyásával sem megszüntethető mellékhatás. A mellékhatások egy része meglehetősen gyakran fordul elő. Hosszú távú neuroleptikus kezelések felében fejlődik ki parkinsonizmus, s a négy évnél hosszabb időn keresztül neuroleptikummal kezelt betegek negyedénél alakulhat ki tardív diszkinézia.¹¹ Az antipszichotikumok nem jelentéktelen mellékhatásai miatt nem tekinthető irracionálisnak, ha még akár egy akut pszichotikus állapotban levő beteg is visszautasítja a szerek valamelyikét.¹²

A pszichotrop szereknek a beteg akarata ellenére történő alkalmazása – intruzivitásuk s komoly mellékhatásaik miatt – komoly problémákat vet fel. Egyrészt a betegek nem kis hányada a gyógyszereket kellemetlen és az életminőséget jelentősen rontó mellékhatásaik miatt nem szedi. A beteg életminőségét főleg az irreverzibilis tardív diszkinézia veszélyezteti, amely általában a száj, a nyelv, esetleg a törzs és a végtagok akaratlan, feltűnő mozgása formájában jelentkezik, s a beteget munkaképtelenné teheti.¹³ Jellemző továbbá, hogy a neuroleptikumok tartós használata elsűrkíti az érzelmi életet, gátolja a motivációkat, s az agy „jutalmazó rendszere” (a dopaminerg rendszer) gátlásával csökkenti az öröme és a tanulásra való képességet. Mindennek eredménye markáns személyiségkárosodás lehet (a neuroleptikus deficit szindróma).¹⁴ A felvilágosított beteg – ismerve és betegtársainál tapasztalva mindezen mellékhatásokat – sok esetben húzódozik a gyógyszerek szedésétől, mert úgy érzi, hogy azok esetleg rosszabb állapotba juttatják, mint a kezeletlen alapbetegség.

A neuroleptikumok éppen erőteljes, a beteg együttműködését nem igénylő hatásuk miatt visszaélések forrásai lehetnek. Intézeti körülmények között sokszor büntető jelleggel használják ezeket a gyógyszereket a beteg magatartásának kontrollálására. Gyakran használnak például fenotiazinokat nem pszichotikus értelmi fogyatékosokat ellátó intézményekben az ápoltak „megszelídítésére”, aktivitásuk csökkentésére. Alkalmaznak neuroleptikumokat fiatalkorúak intézetében, itt is erőszakos (de nem pszichotikus) viselkedés kontrollálására, mintegy „kémiai

ai kényszerzubbony” gyanánt. Mindez azért is különösen aggályos, mert a neuroleptikumok csökkentik a tanulási képességet, pedig értelmi fogyatékosok, fiatalok esetében éppen annak növelésére lenne szükség, hiszen annak volna számukra terápiás hatása. Ezek a „kezelések” tehát nem az ő érdekeiket szolgálják, hanem inkább az őket ellátókat. Pszichiátriai osztályokon is leírták a neuroleptikumok büntető célú használatát. Ha egy beteg nem tartja be a szabályokat, visszautasítja a gyógykezelést, előfordul, hogy szokásos neuroleptikus gyógyszeradagjának három-négyszeresét adják be neki akarata ellenére (ezt a gyakorlatot hívják „behavazásnak”), amely a beteget szinte komatózus állapotba juttatja, s a jövőben elveszi a kedvét az ellenkezéstől.¹⁵ Gyakori probléma, hogy orvosokkal rosszul ellátott pszichiátriai intézményekben orvos felügyelete nélkül alkalmaznak neuroleptikus kezelést, gyakran nem terápiás célból, hanem az intézmény rendjének a fenntartása érdekében. Magyarországon is előfordul, hogy orvoshiánnyal küzdő intézményekben (például pszichiátriai betegek otthonaiban) nem orvos alkalmaz kémiai kényszerítő intézkedéseket.¹⁶

Gyakran használnak neuroleptikumokat olyan intenzív (nem pszichotikus jellegű) szorongás csillapítására, amely hagyományos anxiolitikumokra nem reagál. Ez a gyakorlat valószínűleg abból a megfontolásból fakad, hogy szemben a hagyományos, minor trankvillánsoknak is nevezett anxiolitikumokkal, a neuroleptikumokat sokszor major trankvillánsoknak is hívják, ami azt sugallhatja, hogy olyan szorongások csillapítására is képesek, amelyekre a minor trankvillánsok nem hatnak. A valóságban nem ez a helyzet, viszont a major trankvillánsok alkalmazása – éppen veszélyes és olykor irreverzibilis mellékhatásaik révén – a beteg felesleges veszélyeztetése.

Az is ismert visszaélési lehetőség, hogy a pszichiátriai intézménybe akarata ellenére bekerült betegnek felvételét követően azonnal neuroleptikumot adnak, mielőtt még a korrekt diagnózist fel lehetett volna állítani. Ez két okból is problematikus. Egyrészt így módon lehetetlenné válik a korrekt diagnózis, hiszen ha a tüneteket valamilyen pszichoaktív szerrel történő abúzus okozta, a szer kiürülése a tünetek eltűnését eredményezte volna neuroleptikus kezelés nélkül is. Ilyenkor súlyos pszichiátriai betegséget feltételezve s neuroleptikumot alkalmazva stigmatizálódhat a beteg a nem megfelelő, de később már nem megcáfolható pszichiátriai diagnózissal. Másrészt az akarata ellenére kórházba szállított beteg otttartását bírói felülvizsgálattal kell megerősíteni. A neuroleptikummal kezelt beteg azonban nem lesz képes érdemlegesen részt venni a bírói felülvizsgálatban és megkérdőjelezni pszichiátriai diagnózisát, s a diagnó-

zist már a bírói felülvizsgálat sem tudja ellenőrizni, hiszen a vizsgált személy viselkedése a neuroleptikum hatására megváltozott. A helyes gyakorlat ilyen esetben az lenne, ha az eredeti tüneteket elfedő neuroleptikus kezelést a felvételt követő negyvennyolc óra elteltéig tilos volna elkezdni, amely elegendő időt adna például pszichoaktív szerabúzus esetén a feltisztulásra, illetve a beteg megfigyelésére és a korrekt pszichiátriai diagnózis felállítására.

A gyógyszerekkel kapcsolatban sok visszaélés forrása az is, hogy a gyógyszergyárak által a készítményekről nyújtott információk – melyek ma egyre inkább meghatározzák az orvosok gyógyszerrendelési szokásait – gyakran félrevezetők. Egy vizsgálat összehasonlította a gyógyszergyár és független szakmai folyóiratok információit a diazepamról (Seduxen) és a chlórdiazepoxidról (Elenium), s kiderült, hogy a gyógyszergyári információk források a gyógyszer sokkal többféle felhasználását javasolták, mint a független szakmai folyóiratok.

Összefoglalóan tehát megállapítható, hogy a pszichotrop szerekkel történő kezelés sokkal intruzívabb kezelési forma, mint a pszicho-, illetve a viselkedésterápia. Ezért a beteg akarata ellenére történő alkalmazása sokkal több etikai és jogi problémát vet fel, már csak azért is, mert a gyógyszer adagolása viszonylag könnyen megoldható, s a gyógyszeres kezelés gyakorlata ma olyan széles körben elterjedt s olyan nagymértékben elfogadott, hogy kevésbé kelt gyanút, mint más pszichiátriai kezelési formák.¹⁷

Az elektrokonvulzív terápia (ECT)

Az ECT-t ma a pszichiátriai gyakorlatban főképpen a major depresszív zavar, a bipoláris zavar depressziós és mániás fázisai és kisebb mértékben skizofrénia esetén használják. Major depresszív zavarnál az ECT a jelenleg ismert leggyorsabban ható és leghatékonyabb terápia. Kontrollált vizsgálatok szerint a gyógyszeres kezelésre nem reagáló depressziós betegek 70%-a ECT-re javulást mutat. Az ECT a bipoláris zavar mániás epizódja alatt is legalább olyan hatékony, mint a lítiumkezelés. Erre azonban csak ritkán szokták használni, hiszen az elérhető gyógyszeres kezelés olyan gyors hatású és hatékony, hogy jórészt kiszorította az ECT-t. Az ECT akut skizofrénia esetén is használható, a pozitív tünetek mérséklésére. Az ECT kezelés során a halálozási arány 0,002% kezelésenként, illetve 0,01% betegenként. Az ECT legfőbb, a betegek által legkellemetlenebbnek ítélt mellékhatása a nyomában fellépő emlékezetzavar. Objektív vizsgálatok szerint ezek szinte mindig előfordulnak, de átmenetiek, főleg a kezelés utáni időszakra korlátozódnak, s a kezelést követő hat hónap eltel-

tével már nem kimutathatók. Mégis akadnak betegek, akik végleges, nem javuló emlékezetzavarról számolnak be.¹⁸ Ez nehézséget okozhat a beteg számára régi szakmai tudásának előhívásában, szakmája további zavartalan gyakorlásában, illetve bizonyos részképességek (például a térbeli tájékozódás) permanens elvesztését jelentheti.¹⁹

Az ECT-vel kapcsolatos visszaéléseknek is több formája lehetséges. Régebben népszerű volt a halmazott vagy más néven regresszív ECT: ez heteken keresztül naponta többször alkalmazott ECT-t jelentett, melynek célja a beteg teljes „dekondicionálása” volt. Az így kezelt betegnél reverzibilis organikus pszichózis alakult ki inkontinenciával, teljes emlékezetkieséssel, a kezelő személyzettől való teljes függőséggel. A kezelés filozófiája szerint a beteg személyiségét a halmazott ECT révén teljesen „le kell építeni”, teljes regresszióba kell juttatni, majd innen újból – most már egészségesen – felépíteni. A kezelés hatásosságának azonban nincs tudományos bizonyítéka, ezért ilyen célú felhasználása ma már nem indokolható.²⁰ Az USA-ban és Kanadában a hatvanas években a CIA finanszírozásával folytak olyan kísérletek, amelyek során hónapokon keresztül történő altatással, naponta alkalmazott ECT-vel s napi tizenhat órában magnóról ismételtetett üzenetekkel próbálták „átprogramozni” a beteget. A kísérlet eredményeként akadt olyan beteg, aki fél év elteltével már nem tudott sem írni, sem olvasni, nem emlékezett férjére, gyerekeire, nem emlékezett a múltjára. Az ilyen „agymosás” áldozatai a nyolcvanas években sikerrel perelték be a kanadai és az amerikai kormányt, s komoly kártérítést kaptak a kísérlet révén elszenvedett károkért.²¹

Az ECT-t létezése óta gyakran vetették be büntetési, megfélemlítési célzattal, hiszen sorozatos alkalmazása a beteget egyre zavartabbá, feledékenyebbé, engedelmesebbé teszi az előidézett regresszió miatt. A többi beteg jelenlétében végzett „nyilvános” ECT, s az azt így megismerő többi beteg pusztá megfenyegetése azzal, hogy ECT-t fognak kapni, ha nem engedelmeskednek, sokszor elegendő volt megfélemlítésükhöz s az engedelmesség kikényszerítéséhez.²² Az is előfordult, hogy az ECT hatásai iránt érdeklődő beteget nem tájékoztatták megfelelően, aki ezért tanácsstalanságában a többi beteget kérdezgette, mit tudnak erről a beavatkozásról. A nővér a beteg tájékozódási törekvését toladó, erőszakos viselkedésnek értelmezte, s megfenyegette a beteget, hogy a szobájában, egyedül kell étkeznie, ha tovább folytatja a kérdezősködést. Ezzel nyilvánvalóan megsértette a beteg jogát ahhoz, hogy információkat szerezzen az eljárás hatásosságáról. Az ECT-vel való visszaélés lehetősége – éppen nagyfokú intruzivitása miatt –

olyan nagy, hogy van olyan hazai pszichiáter, akinek a véleménye szerint az ECT-t a beteg tiltakozása ellenére soha nem szabad alkalmazni, még akkor sem, ha a beteg cselekvőképtelen, s törvényes képviselője, hozzátartozója beleegyezik a beavatkozásba.²³ Némiképp hasonló megfontolások vezettek bizonyos államokban (például Kaliforniában) az ECT kezelés olyan szigorú jogi szabályozásához, amely szinte lehetetlenné teszi az ECT-nek a beteg tiltakozása ellenére történő alkalmazását. Ehhez hasonló Wisconsin állam jogi szabályozása is. Eszerint mindig a beteg kifejezett tájékozott beleegyezése szükséges az ECT-hez. A wisconsin szabályozás szerint sem a beteg törvényes képviselője, sem a bíróság nem engedélyezhet ECT-t a beteg akaratára ellenére, még akkor sem, ha az cselekvőképtelen.²⁴

Az ECT egyik legátfogóbb, legrészletesebb szabályozása Texas állam ezzel kapcsolatos törvénye. Eszerint tilos tizenhat évnél fiatalabbaknál ECT-t alkalmazni. Ennél idősebb, nem önkéntes kezelésben részesülő, cselekvőképtelen személynél pedig csak abban az esetben alkalmazható az ECT, ha törvényes képviselője abba beleegyezett, s ez a beleegyezés a beteg korábbi értékrendjén alapul. ECT csak a beteg tájékozott beleegyezését követően végezhető, s a tájékoztatásnak ki kell térnie az emlékeztettség lehetőségére, annak mértéke és időtartama elmagyarázására, s arra, hogy az ECT következtében előfordulhat irreverzibilis emlékeztetkárosodás vagy akár halál is.²⁵ Az ECT-vel kapcsolatos hazai szabályozást és annak kritikáját a későbbiekben tárgyaljuk.

Az agy elektromos stimulációja

Ez a ma még kísérletinek számító beavatkozás abból áll, hogy sebészeti módszerekkel az agy kéreg alatti régiókba parányi elektródákat ültetnek. Az elektródák által keltett elektromos impulzusokkal előidézhető bizonyos kívánatos viselkedések, a nemkívánatosak pedig megakadályozhatók. A módszer hatásosságát, erejét (s egyben intruzivitását) mutatja, hogy állatkísérletekben erős anyai ösztönrel rendelkező, kölykeiket gondozó rhesus majmokban lehetett így az anyai ösztönt elnyomni s a majmokat kölykeik elhanyagolására késztetni. Más kísérletekben ezzel a módszerrel egy gomb megnyomásával meg lehetett állítani egy támadó bikát.

Emberen – agyműtét során kipróbálva – a módszerrel agresszív, ellenséges indulatokat lehetett kiváltani, majd ezeket meg is lehetett szüntetni, és a módszer hallucinációkat, nevetést, hangulatváltozást okozott. A módszer etikailag azért kifogásolható különösen, mert képes teljesen megszüntetni a kliens szabad akaratát abban a vonatkozásban, amelyben

használják. Az emberkísérletek során a kellő intenzitással alkalmazott stimulus mindig erősebbnek bizonyult a kliens szabad akaratánál. Például a megfelelően elhelyezett elektróda stimulálásával akkor is el lehetett érni, hogy a kísérleti személy behajlítsa a kezét, ha kifejezetten arra szólították fel, hogy azt akaratával akadályozza meg. Amikor a kísérleti személyt előre figyelmeztették, hogy jönni fog az inger, próbálta megakadályozni a mozdulatot, s ez soha nem sikerült neki, a kísérleti alany azt mondta: „Doktor úr, azt hiszem, az elektromossága erősebb, mint az akaratom.” Más kísérletekben az agy elektromos ingerlésével meg lehetett akadályozni a klienst, hogy beszéljen, a térben és időben tájékozott kísérleti személyt dezorientálttá lehetett tenni stb.

A módszer – noha még csak kísérleti stádiumban van, s sokféle pszichiátriai betegség kezelésére tűnik ígéretes lehetőségnek – éppen intruzivitása miatt komoly visszaélések forrása lehet. Állították például, hogy az elítélt bűnözők agyának megfelelő helyére implantált elektródát rádió telemetriás eszközzel összekötve feleslegessé válhat a börtönbüntetés. Az agy távolról való számítógépes megfigyelésével ugyanis elvben lehetővé válik a másokra veszélyes viselkedés korai jeleinek regisztrálása, majd a megfelelő elektróda stimulálásával annak megakadályozása a távolból. Így ez a módszer messziről alkalmazható elektromos bilincs lenne, amely azonnal mozgásképtelenné tenné a támadó személyt.²⁶ Mindez ma még technikailag nem lehetséges, de az ötlet jelzi a visszaélési lehetőségeket.

Mindezek alapján természetesen az agy elektromos stimulációját is intruzív beavatkozásnak kell tekintenünk.

A pszichiátriai sebészet

A pszichiátriai sebészet voltaképpen az agyszövet olyan részeinek sebészi eltávolítását vagy elroncsolását, illetve az agy bizonyos részei közötti kapcsolat sebészi úton való megszüntetését jelenti, melyek strukturális károsodására nincs közvetlen bizonyíték, viszont a tapasztalat szerint az ilyen műtétek tünetredukciót eredményeznek. Éppen ezért az agy strukturális eltérései esetén alkalmazott sebészi kezelési formákat (például az epilepszia vagy az agytumor sebészi kezelését) nem szokták a pszichiátriai sebészethez sorolni.²⁷ Peter Breggin definíciója szerint a pszichiátriai sebészet normális agyszövet elroncsolása az érzelmek, illetve a viselkedés kontrollálása céljából, vagy olyan abnormális agyszövet elroncsolása ugyanebből a célból, melynek szerepe a kérdéses érzelem, illetve viselkedés kialakításában nem bizonyított.²⁸ A pszichiátriai sebészet a ma létező legintruzívabb terápiás

eljárás a pszichiátriában. A modern pszichiátriai sebészet kezdetének 1935 tekinthető, amikor az eljárásért később Nobel-díjban részesített portugál Antonio Egas Moniz húsz pszichotikus betegen prefrontális lobotómiát végzett, vagyis az agy frontális lebenye fehérállományának sebészi bemetszésével megszüntette a frontális lebeny és bizonyos szubkortikális alsóbb agyi központok között a kapcsolatot. Mivel a pszichotikus tünetek csökkenését és a pszichés feszültség mérséklődését tapasztalta, a technika gyorsan terjedt és egyben egyszerűsödött is. Kifejlesztették a koponya megnyitása nélkül végezhető transzorbitális leukotómia technikáját, melynek során egy éles eszközzel a szemgolyó és a felső szemhéj között hatoltak be a szemüregen keresztül az agyállományba.²⁹ Az ezt követő tizenöt évben az eljárás annyira elterjedt, hogy a krónikus skizofréniától a különböző neurózisokig terjedő indikációkkal becslések szerint kb. százezer lobotómiát végeztek a világon.³⁰ Az ötvenes években azonban a lobotómia majdnem teljesen eltűnt a pszichiátria eszköztárából. Ennek oka részben az, hogy ekkor váltak elérhetővé az első antipszichotikumok, amelyek sebészi beavatkozás nélkül is jelentős javulást eredményeztek a pszichotikus betegeknél. A lobotómia megszűnésének másik oka az volt, hogy jelentős mellékhatásai (epilepszia, részleges bénulások, komoly érzelmi és intellektuális leépülés, motivációhiány stb.) miatt rendkívüli módon megosztotta a pszichiátereket. Sokan ugyanis etikai okokból nem tartották elfogadhatónak, hogy a pszichiátriai beteg relatíve enyhe tüneteit a sebészi eljárás révén egy organikus pszichoszindróma súlyos tüneteire cseréljék fel.³¹ Ma sokan vélekednek úgy, hogy a lobotómia az elmezavarok kezelésének legembertelenebb módja volt.³² Egas Moniz 1949-ben odaítélta Nobel-díját ezért ma a meg nem érdemelt Nobel-díjak iskolapéldájaként szokták említeni.³³

Magyarországon is sok száz lobotómia műtétet végeztek az 1940-es évektől kezdődően folyamatosan, egészen 1978-ig, bár egyre kisebb számban.³⁴ Noha ilyen beavatkozásra ma már nem kerül sor, a pszichiátriai sebészet más formáit – sokkal pontosabb „célzást” lehetővé tevő idegsebészeti technikákkal és sokkal körülhatároltabb indikációval – ma is alkalmazzák. A más módszerekkel legalább öt éve terápia-rezisztens súlyos major depresszív zavar és az obszesszív-kompulzív zavar jelenti a mai pszichiátriai sebészet fő indikációs területét.³⁵

A pszichiátriai sebészet mai formáinak kritikusa ezt a technikát is azzal vádolják, hogy hatásmechanizmusában nem különbözik a lobotómiától. Eszerint a pszichiátriai sebészet minden formájára igaz lenne, hogy nem a tüneteket szünteti meg, hanem szubjektív átélésük megváltoztatásával könnyebben elvisel-

hetővé teszi azokat. Ez azonban oly módon történik, hogy a műtét a beteg érzelmi reakcióit tompítja: továbbra is tapasztalja tüneteit, de azok kevésbé „zavarják”, kevésbé lesznek kízóók számára. Vagyis a pszichiátriai sebészet egyfajta érzelmi apátiát eredményez, s egyben csökkenti a beteg absztrakt gondolkodásra, tanulásra való képességét.³⁶ A kritikusok szerint a pszichiátriai sebészettel való visszaélésre sok lehetőség van; a ma elfogadott indikációkon kívül használták már pedofília, frigiditás, nimfomania, alkoholizmus, drogabúzus, kleptománia, kóros játékszenvedély, elhízás, gyermekkori hiperaktivitás, homoszexualitás s egyszerűen erőszakos, agresszív viselkedés „kezelésére” is.³⁷

Van, aki a pszichiátriai sebészetet „szedatív idegsebészetnek” nevezi, hiszen ezek a beavatkozások az érzelmek tompításával és a viselkedés spontaneitásának gátlásával az operáltakat nyugodtabbá és kezelhetőbbé teszik. Amigdalotómiát végeztek ilyen célból például mentálisan retardált intézeti gyermekek kezelhetőbbé tételére, depressziósok érzelmeinek tompítására vagy skizofrén betegek együttműködőbbé tételére.³⁸ Különösen aggasztónak tartják a műtét gyerekeken való alkalmazását. Már négyéveseken is végeztek ilyen beavatkozást, néha olyan homályos diagnózisokkal, mint például „hiperorális tendencia”, „kóborlási tendencia”, „destruktivitás”. Az ez ellen kínálkozó természetes ellenérv, hogy a gyerekek kinőhetik ezeket a homályos megfogalmazású, sokak által nem is kórosnak tartott „betegségeket”, de egyetlen gyerek sem tud új amigdalát növesztetni.

A pszichiátriai sebészet – annak a beteget megnyugtató, „leszerelő”, ellenállását letörő hatása miatt – elvileg felhasználható a társadalmi kontroll eszközeként. Túlsúfolt, egészségügyi személyzettel nem megfelelően ellátott osztályokon a betegek „kezelhetőbbé tételére”, az agyonhajszolt személyzet munkájának a megkönnyítésére való alkalmazása is felmerülhet. Ezért ma ezeket a technikákat csak kísérleti eljárásként tartják elfogadhatónak. A pszichiátriai sebészeti beavatkozásokat kísérletieknek tekintve pedig alkalmazásuk előtt mindazokat a feltételeket teljesíteni kell, amelyek a kísérletek etikus végzéséhez szükségesek. (Kutatási protokoll benyújtása tudományosan minősített kutatók, illetve akkreditált intézmények által, a protokoll kutatásaitikai bizottság általi jóváhagyása, az alternatív terápiás eljárások más formái hatástalanságának bizonyítása, a beteg tájékozott beleegyezésének elnyerése stb.)³⁹

A pszichiátriai sebészeti technikák intruzivitásuk és kísérleti jellegük miatt belátási képességgel nem rendelkező, így az ilyen beavatkozáshoz tájékozott beleegyezést adni nem tudó betegeken nem alkalmazhatók.⁴⁰ Az ezt az elvet megállapító precedens

értékű eset volt az USA-ban az 1973-as Kaimowitz-ügy. Egy tanulónővért meggyilkoló, majd a holttestet megerőszakoló, de pszichiátriai betegsége miatt nem büntethető beteg tizenhét év kényszergyógykezelés után önként vállalkozott volna arra, hogy kísérlet keretében pszichiátriai sebészeti beavatkozást hajtsanak rajta végre abból a célból, hogy agresszív dühkitöréseit és szexuális késztetéseit mérsékelni tudja. A beteg a kísérlethez tájékozott beleegyezést adott, s a kutatást több etikai bizottság is jóváhagyta. A kutatás megkezdése előtt a beteg érdekében fellépő Kaimowitz bíróság előtt támadta meg a tervezett kutatást. A bírósági döntés szerint egy ilyen nagy mértékben kísérleti jellegű, komoly kockázatokkal járó beavatkozáshoz kényszergyógykezelésben részesülő beteg nem tud tájékozott beleegyezést adni, s azt törvényes képviselője sem adhatja meg helyette. A nem önkéntes intézeti kezelés ugyanis megfosztja az egyént attól a társas támogatástól, amely lehetővé teszi, hogy fenntartsa önértékelését, saját fizikai és mentális integritásának fontosságába vetett hitét. A bíróság érvelése szerint a nem önkéntes intézeti kezelés olyan inherensen kényszerítő környezetet jelent, amely miatt még akkor is lehetetlen szabadon beleegyezést adni, ha senki semmiféle nyomást nem gyakorol a betegre. Így a döntés ezt a beavatkozást ilyen betegen el nem végezhetőnek nyilvánította.⁴¹

A BETEG AKARATA ELLENÉRE TÖRTÉNŐ PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS KORLÁTAI: ETIKAI ÉS JOGI MEGFONTOLÁSOK

A pszichiátriai betegek jogaival kapcsolatos legátfőbb és legrészletesebb nemzetközi jogi dokumentum az ENSZ által 1991-ben elfogadott Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről.⁴² A dokumentum 11. alapelvének (1) pontja kimondja, hogy bizonyos kivételektől eltekintve „a beteget megfelelő tájékoztatás alapján adott hozzájárulása nélkül semmilyen kezelésnek nem lehet alávetni”. A dokumentum 11. alapelvének (6) pontja szerint azonban a beteg akarata ellenére is pszichiátriai kezelésben részesíthető, ha egy arra felhatalmazott „független hatóság” megállapítja, hogy a betegnek nincs meg a javasolt kezelési tervbe való tájékozott beleegyezéshez vagy a kezelés tájékozott visszautasításához szükséges belátási képessége, s a kezelés a beteg érdekét szolgálja. A beteg akarata ellenére történő kezelés az alapelvek ugyanezen pontja szerint – a „független hatóság” felhatalmazása alapján – akkor is lehetséges, ha a beteg cselekvőké-

pes ugyan, de saját vagy mások biztonsága szempontjából indokolatlanul utasítja vissza az érdekében álló kezelést.

Az alapelvek 11. (8) pontja szerint a beteg tájékozott beleegyezése nélkül is kezelésben részesíthető, ha a hazai jog által arra felhatalmazott elmeegészségügyi szakember megállapítása szerint sürgős kezelésre van szükség a beteget vagy más személyt közvetlenül fenyegető kár elkerülésére. A 9. (1) pont alapján azonban minden pszichiátriai kezelés esetén alkalmazni kell a „legkevésbé korlátozó vagy intruzív alternatíva” elvét, vagyis kezelési alternatívák fennállása esetén minden betegnek joga van arra, hogy a legkevésbé korlátozó környezetben kezeljék, illetve kezelése mások fizikai biztonságának és saját egészségügyi szükségleteinek megfelelő legkevésbé korlátozó vagy intruzív módon történjen. A 11. (9) pont megköveteli, hogy még akkor is, ha a beteg kezelése tájékozott beleegyezése nélkül történik, tájékoztassák a beteget a kezelés természetéről és annak alternatíváiról, s a lehetséges mértékig vonják be az őt érintő kezelési terv kidolgozásába. A 11. (14) pont szerint tilos pszichiátriai sebészeti beavatkozásokat vagy más intruzív, illetve irreverzibilis pszichiátriai kezelési formákat a beteg akarata ellenére alkalmazni.

A hazai egészségügyi törvény az alapelvekben szereplő jogok nagy részét megerősíti, fontos kivétel azonban, hogy – valószínűleg fordítási hiba miatt – az alapelvekben szereplő fontos betegjogot, a pszichiátriai beteg jogát arra, hogy kezelése a „legkevésbé korlátozó vagy intruzív” módon történjen, átfogalmazza, s a pszichiátriai beteg azon jogát ismeri el, hogy kezelése „a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel” történjen.⁴³ A „lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen” nem ugyanaz, mint az alapelvekben szereplő „legkevésbé korlátozó és intruzív” alternatíva.

Az egészségügyi törvényben szerepel ugyan az a megkorlátozás, hogy a beteg „pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására [...] csak feltétlenül indokolt esetben [...] kerüljön sor”,⁴⁴ ebből azonban nem következik az, ami az alapelvek elfogadása esetén következne, azaz ha ilyen intézkedések alkalmazására sor kerül, akkor annak a korlátozó, illetve intruzív kezelések közül is a lehető legkevésbé korlátozónak, illetve intruzívnak kell lennie. Az alapelvekben szereplő pszichiátriai betegjog, a „legkevésbé korlátozó környezetben” való kezelés joga sem jelenik meg a hazai egészségügyi törvényben, az ugyanis e jog helyett a beteg azon jogáról beszél, amely szerint „pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében” történjen.⁴⁵

Mivel az alapelvek előírásai – eltérően más nemzetközi emberjogi konvencióktól – nem kötelező jellegűek a tagországokra nézve, ezért Magyarországon is útmutatónak, fontos etikai előírásrendszernek tekinthetők a hazai törvények, illetve gyakorlat megítélése során.

A PSZICHIÁTRIAI BETEG AKARATA ELLENÉRE TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK ALKOTMÁNYOS KORLÁTAI

Az alábbiakban – Winick nyomán – megvizsgáljuk, hogy bizonyos alkotmányos alapjogok hogyan korlátozzák a pszichiátriai betegek nem önkéntes kezelésének lehetőségét. Ehelyütt elsősorban a véleménynyilvánítás szabadságához való jogot vizsgáljuk, s terjedelmi okoknál fogva nem térhetünk ki a személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jog, a kínzás, a kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmód és a büntetésnek való alávetés tilalma, a lelkiismereti és vallásszabadsághoz való jog és a tisztességes (megfelelő) eljáráshoz való jog elemzésére mint a nem önkéntes pszichiátriai kezelés fontos alapjogi korlátaira. Természetesen már előjáróban le kell szögeznünk, hogy a fent említett alapjogok csak korlátokat emelnek a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai kezelésével szemben, de nem jelentik annak kategorikus tiltását. Az alapjogok korlátozhatóságának vizsgálatakor alkalmazott kettős teszt, a szükségesség és arányosság tesztje határozza meg, hogy végül is az egyes alapjogok milyen mértékben sérthetők meg a pszichiátriai betegek nem önkéntes kezelése során. E két teszt alkalmazásának elve az, hogy alapjog csak akkor korlátozható, ha az más alapjogok védelme érdekében feltétlenül szükséges, s csak a többi alapjog védelme érdekében szükséges mértékben korlátozható.

A VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGA ÉS A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS

Az alkotmány 61. § (1)–(2) bekezdése alapján a Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a szabad véleménynyilvánításra. Ez a jog az Alkotmánybíróság értelmezése szerint úgynevezett kommunikációs „anyajog”, számos alapvető szabadságjog következik belőle. Tágabb értelemben magába foglalja a művészi és a tudományos alkotás szabadságát, továbbá a lelkiismereti és vallásszabadságot is.⁴⁶ Többen a kifejezés szabadsága fogalmát használják, hiszen ez az alapjog nem pusztán a szólásszabadságot foglalja magába, hanem az emberi magatartás megszámlálhatat-

lanul sokféle formáját, melyekkel egy személy a gondolatait, érzéseit, hiedelmeit, véleményét ki tudja fejezni.⁴⁷ Az USA-ban az alkotmánybíráskodási feladatokat is ellátó Legfelső Bíróság is ilyen értelemben foglalt állást, amikor a szólásszabadságot úgy értelmezte, hogy az nem szűkül le a kimondott vagy leírt szóra, hanem a kommunikatív emberi magatartás egészének alkotmányos védelmét jelenti. Az emberi kommunikáció ugyanis sokféle formát ölthet: szavakon kívül megnyilvánulhat például bizonyos fajta zenében, bizonyos ruhaviseletben stb.⁴⁸

A véleménynyilvánítás szabadságát nemcsak a magyar alkotmány védi, hanem számos nemzetközi jogi dokumentum is. Az emberi jogok és alapvető szabadságjogok védelméről szóló római egyezmény 10. cikke alapján „mindenkinek joga van a véleménynyilvánítás szabadságához. Ez a jog magában foglalja a véleményalkotás szabadságát.” A pszichiátriai kezelés szempontjából az utóbbi vonatkozás különösen fontos. A vélemény ugyanis már csak egy mentális folyamat „végterméke”. A véleménynyilvánítás szabadságának a joga nyilvánvalóan nem pusztán e végtermék (a vélemény) szabad kifejezésének a joga, hanem a vélemény szabad megalkotásának a joga is. Ez voltaképpen a gondolat szabadságát, az emberi elmeműködés szabadságának a jogát jelenti. Ez még alapvetőbb jog, mint a gondolat (vélemény) kifejezésének a szabadsága, mert utóbbi – értelemszerűen – bizonyos esetekben korlátozható, míg az előbbi nem. Az USA Legfelső Bíróságának megfogalmazása szerint az elmeműködés szabadságához való jog abszolút, míg a véleménynyilvánítás joga nem az.⁴⁹

Érdekes, hogy a gondolatszabadság kifejezést főleg a XVIII–XIX. században használták, ez a szóhasználat azonban fokozatosan átadta a helyét a gondolat-kifejezés szabadsága fogalmának, abból kiindulva, hogy mivel a gondolat korlátozása lehetetlen, alkotmányos védelemben csak annak kifejezését kell részesíteni.⁵⁰ A pszichiátriai kezelés modern intruzív formáinak elterjedésével azonban indokolt a gondolatszabadság megfogalmazás ismételt használata, hiszen ma már nemcsak a gondolat kifejezése, hanem maga a gondolat is korlátozható.

A pszichiátriai kezelés általában mind az emberi viselkedést, mind a gondolkodást, az érzéseket, az élménymódot megpróbálja befolyásolni. Ez nem csak a pszichiátriai kezelés sajátja. Az emberek közötti leghétköznapibb kommunikáció is befolyásolni szeretné a másik (például a beszélgetőtárs) gondolatait, érzéseit, s ez történik tágabb értelemben akkor is, amikor mondjuk az állam meghatározza az iskolai oktatás tartalmát, szellemiségét, vagy amikor egy politikai párt meg akarja győzni igazáról a választókat. Ha bizonyos értékek nevében akarjuk a fiatalságot nevel-

ni vagy értékeket kommunikálva szeretnénk választásokat nyerni, az voltaképpen mások elmeműködésének befolyásolási kísérlete. Mindezt az teszi elfogadhatóvá alkotmányjogi értelemben, hogy az emberi gondolkodás e megszokott befolyásolási formái nem intruzívak: nem kényszerítik rá magukat ellenállhatatlan erővel a befogadóra. Neki szabadságában áll a befolyásolást megkísérlővel szemben eltérő véleményt kialakítani. Ettől minőségileg különböznek a pszichiátriai kezelés intruzív formái, melyek, mint láttuk, nem igénylik a befolyásolni kívánt együttműködését: megváltoztatják annak elmeműködését, érzéseit, gondolkodását, élménymódját, akár akarja azt az illető, akár nem.

Az elmeműködés szabadságához való jog elismerése nélkül értelmét veszítené a véleménynyilvánítás szabadsága jogának elismerése. A vélemény az elmeműködés eredménye. Ez utóbbi korlátozása a modern pszichotechnológia eszközeivel sokkal közvetlenebb korlátja lehet a véleménynyilvánítás szabadságának, mint a vélemény kifejezésének a korlátozása, hiszen az utóbbival a végtermék terjesztését akadályozzuk meg, míg előbbi esetben annak létrehozását. Így a véleménynyilvánítás szabadságának értelemszerűen magában kell foglalnia a „mentáció” szabadságát: egy személy szabadságát arra, hogy mások ellenállhatatlan (intruzív) befolyásától mentesen gondolatokat, eszméket alkosson, vagyis elmeműködése mások kényszerítő befolyásától mentesen mehessen végbe. A véleményalkotás szabadsága, a gondolatok létrehozásának szabadsága, a mentáció szabadsága nélkül a véleménynyilvánítás szabadságának a joga értelmetlenné válik.⁵¹

Ha a véleménynyilvánítás szabadságának a joga csak a vélemény szabad kifejezésének jogát védené, szabad megalkotásának jogát azonban nem, akkor az ily módon felfogott szólásszabadság – a modern pszichotechnológia intruzív módszereinek a birtokában – összhangban lehetne a legteljesebb totalitarizmussal.⁵² A véleménynyilvánítás szabadságának az alapja ugyanis a véleményalkotás szabadsága. Az utóbbi korlátozása a véleménynyilvánítás sokkal direkter – forrásánál történő – korlátozását jelenti, mint a véleménynyilvánítás szabadságának korlátozása. Ahogyan az amerikai Cardozo bíró megfogalmazta: a szabadság feltétele a tudás, csak tudásunk mértéke szerint vagyunk szabadok. A tudáshoz azonban szükséges az elme szabadsága arra, hogy eszméket fogadjon be, illetve eszméket hozzon létre.⁵³

Brandeis bíró szerint a véleménynyilvánítás szabadságának a joga azt az állapotot jelenti, amikor „azt

gondolhatsz, amit akarsz, s azt mondhatod, amit gondolsz”.⁵⁴ A nem önkéntes pszichiátriai kezelés intruzív formáit alkalmazva ez azonban arra módosulhatna, hogy „azt mondhatod, amit gondolsz, de nem gondolhatod azt, amit akarsz, hanem csak azt, amit a modern kezelési formákat felhasználva szeretnénk, hogy gondolj”. Egy ilyen megfogalmazás a véleménynyilvánítás szabadságának csak a betűjét tartaná be, szellemiségétől azonban idegen lenne.

Az Egyesült Államokban a Kaimowitz-döntés a magánszférához való jog (privacy) nélkülözhetetlen részének tekintette az elmeműködés, a személyiség, a viselkedés és az identitás védelméhez való jogot. Eszerint az értékek hierarchiájában az elmeműködés folyamatának intruzív befolyásolástól való mentessége alapvetőbb érték, mint a hitvesi ág magánszférájának a védelme.⁵⁵

A VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGÁNAK JELENTŐSÉGE

A véleményszabadság mellett kétféle módon lehet érvelni. Az utilitarista (instrumentális) érvelés szerint a véleményszabadság nem öncél, hanem eszköz, elismerése azért hasznos, mert ez teszi lehetővé a szabad vitát, s így az igazsághoz való eljutást. Alapvetően ilyen John Stuart Mill alább részletesen elemzett érvelése. A másik (konstitutív) igazolás szerint a véleménynyilvánításhoz való jog egyfajta önérték, amely része a személyiség szabad kibontakoztatásának, a szabad önkifejezésnek.⁵⁶

A gondolat- és szólásszabadság mellett szóló klasszikus utilitarista érveket John Stuart Mill fogalmazta meg.⁵⁷ Eszerint a gondolat- és szólásszabadság az igazság felfedezésének és „életben tartásának”

nélkülözhetetlen feltétele, s mivel minden emberi haladás az igazság megismerésén alapul, ezért a gondolat- és szólásszabadság az emberiség fejlődésének az alapja. Az emberiség számára nincs más módszer az igazság megközelítéséhez. „Csak úgy ismerhetünk meg egy tárgyat nagyjából teljesen, ha mindazt meghallgatjuk, amit a legkülönbözőbb felfogású emberek mondhatnak róla, s

ha az összes nézőpontból megvizsgáljuk, amelyekből a legeltérőbb szellemi alkatú emberek szemlélhetik. Minden bölcs így szerezte bölcsességét, s az emberi megismerés számára nincs is más eszköz a bölcsesség elérésére.”⁵⁸

A cselekvés szabadsága a milli érvelés szerint jóval szűkebb, mint a gondolat- és szólásszabadságé, hiszen egy ember cselekvése csak addig lehet szabad, míg

AZ ELMEMŰKÖDÉS SZABADSÁGAHOZ VALÓ JOG ELISMERÉSE NÉLKÜL ÉRTELMÉT VESZÍTENÉ A VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGA JOGÁNAK ELISMERÉSE.

ezzel másoknak nem okoz „igazolható ok nélkül” kárt. Ezzel a megszorítással azonban fontos, hogy egy személy egyénisége szabadon érvényesülhessen, hogy mindenki szabadon próbálhassa ki a „különböző életformák értékét”, hiszen ez az egyéni boldogság fontos feltétele.⁵⁹ Ezzel szemben – mondja Mill – ma „mindenki úgy él, mintha egy ellenséges és rettegett cenzor állandóan rajta tartaná a szemét”.⁶⁰ Az emberek igyekeznek kerülni a szokatlan viselkedést, még akkor is, ha ez saját hajlamaik követését, személyiségük kibontakoztatását jelentené, s még akkor is, ha nem ártanának vele másoknak. Ez természetesen sajátos képességeik, hajlamaik elsorvadásához vezet, melyért boldogságukkal fizetnek. Ugyanakkor általában a közvélemény kényszeríti őket erre, mely valamilyen formában bünteti a megszokott viselkedéstől való eltérést. Márpedig az emberiség haladása Mill szerint csak azáltal lehetséges, ha az embereknek megengedik az eszmékkel, életformákkal való szabad kísérletezést, ha lehetővé teszik eltérő élettapasztalatok keletkezését, vagyis ha nem erőszakolnak bele minden embert ugyanabba az „öntőformába”.⁶¹

A nagy tehetségeknek – Mill szóhasználatára szerint a zseniknek – nagyon sokat köszönhet a társadalom, de mivel ők addig járatlan utakat próbálnak ki, sokszor különcöknek nevezik őket, mert a társadalomban a cselekvés és gondolkodás zsinórmértékét az átlagember, illetve az ő nevében beszélő, az ő tetszésére vadászó, s így az ő véleményét, gondolkodását tükröző középserűség testesíti meg. Mill szerint az átlagtól eltérő gondolkodási és cselekvési módokat – mivel ez a társadalmi fejlődés záloga – nem akadályozni, hanem bátorítani kell, mert csak így derülhet ki, hogy közülük melyek alkalmasak arra, hogy idővel „szokássá váljanak”.⁶² A különböző gondolkodás- és cselekvésmódok kikísérletezésének megengedése, noha a társadalomnak érdekében állna, komoly akadályokba ütközik. Az ilyen embert – ha a jog nem is, de – a közvélemény üldözi, sok esetben „őrültnek” nyilvánítják, vagyonát pedig szétosztják a rokonai között. Mindez – Mill szerint – az emberi szabadság megcsúfolása, hiszen az „őrültnek”, „elmebetegnek” való bélyegzéstől s ennek következményeitől való félelem a szabad gondolkodás és cselekvés nagyon hatékony gátja. Ezt a félelmet kell legyőznie annak, aki eredeti módon mer gondolkodni, illetve cselekedni, amivel a társadalmi haladást szolgálja, de egyben – a megszokottól való eltérése miatt – a társadalmi megbélyegzést kockáztatja.

Mill voltaképpen megelőlegezi, amit a XX. században Foucault fejtett ki részletesen: azt, hogy a modern társadalomban a véleménynyilvánítás szabadságának, a szabad gondolkodásnak nem annyira jogi, hanem egyéb gátjai vannak. Foucault tézise szerint

ma az ilyen gondolatokat nem jogellenesnek, hanem „abnormálisnak”, „pszichiátriai zavar által előidézettnak”, „patológiásnak” tekintik. Ez sokkal jobban megfosztja ezeket a szabad gondolatokat a legitimitástól, mintha egyszerűen csak jogszabályba ütközőnek nyilvánítanák őket. Ezzel ugyanis a gondolat hangoztatója bátor, a szabadságért kiálló, eredeti gondolkodónak számítana, a gondolat patológiássá minősítésével viszont egyszerűen elmebetegnek. Az utóbbi ma sokkal megbélyegzőbb, sokkal nagyobb az elrettentő ereje, s sokszor az egyén számára súlyosabb társadalmi következményekkel jár, mint a jogi elítélés. Foucault tézise tehát az, hogy korunkban a véleménynyilvánítás szabadságának legfőbb korlátja nem az ezt esetleg korlátozó jogszabályoktól való félelem, hanem a pszichiátriai beteggé nyilvánítástól való félelem. Ez utóbbi készteti az egyént arra, hogy véleményeit, viselkedését, gondolkodását igyekezzék minél jobban összhangba hozni a társadalmilag elvárttal, a közgondolkodás által normálisnak kikiáltottal.

A véleménynyilvánítás szabadságának alapját képező véleményalkotás szabadsága, vagyis az elmeműködés zavartalanságához való jog, mint láttuk, a politikai szabadság nagyon fontos feltétele. Az USA Legfelső Bíróságának híressé vált megfogalmazása szerint a szabadság feltétele, hogy a polgárok intellektuálisan és spirituálisan is különbözők lehessenek. A kulturális sokféleséget rendkívüli elmék hozzák létre, ennek azonban az az ára, hogy a társadalomnak el kell viselnie alkalmanként az excentricitást és az abnormális hozzáállást is.⁶³

Mindez tehát azt jelenti, hogy egy szabad társadalomban a vélemények szabad piacának kell érvényesülnie. Az amerikai Holmes bíró megfogalmazása szerint az eszmék szabad piaca biztosítja azok összemérhetőségét, ami azért fontos, mert egy gondolat igazságának legfontosabb bizonyítéka, ha az el tudja fogadtatni magát az eszmék piacán a más gondolatokkal folytatott versenyben.⁶⁴ Bármely hiedelem vagy vélemény szabadon megjelenhet a piacon, még az ártalmasnak, károsnak ítélték is, mert „egy vélekedés hasznosságának megítélése maga is vélekedés, éppúgy megkérdőjelezhető, éppúgy vitatható, s éppannyira kívánja is a megvitatást, mint maga a vélekedés”.⁶⁵ Az igazság megismerését akadályozza meg az, aki bizonyos véleményeket – mint hamisakat vagy károsakat – eleve kizár az eszmék szabad piacáról. Ebből a megfontolásból az is veszélyes, ha eszméket arra való hivatkozással zárnak ki az eszmék piacáról, hogy azok „őrültek” vagy „bűnösök”. Az „egészséges” és az „őrült” eszmék elkülönítése ugyanis ugyanolyan nehéz, mint az igaz és a hamis vélemények elkülönítése. A „hamis”, „őrült” eszmék megjelenésének megakadályozása egyfajta cenzúra, a

cenzúrának azonban szükségszerűen abból a hamis véleményből kell kiindulnia, hogy a cenzúrát végző jobban védett a tévedések ellen, mint a cenzúrázott. A cenzúra azt feltételezi, hogy a cenzúrázó az igazság birtokában van: eleve tudja, mi az igaz vagy mi az egészséges. A valóságban azonban éppen az eszmék szabad piaca szükséges egy eszme igazsága, s így „egészségessége” megállapításához. Ezért az eszmék szabad piacának bármiféle korlátozása, akár úgy is, hogy bizonyos gondolatokat „betegnek”, „őrültnek” bélyegezve azokat a pszichotechnológia modern és hatékony módszereivel létre sem engednek jönni, az „elérhető tudás spektrumát” szűkíti, s így az igazság felbukkanásának a lehetőségét csökkenti.⁶⁶

AZ „ŐRÜLT” GONDOLATOKRA IS KITERJED-E A VÉLEMÉNYALKOTÁS ÉS -NYILVÁNÍTÁS SZABADSÁGA?

A fentiekkel azt szokták általában szembehelyezni, hogy a véleménynyilvánítás szabadsága nem vonatkozik a „zavart”, „beteg”, „abnormális” gondolatok terjesztésének a szabadságára. A legtöbb országban például bűncselekmény a gyermekpornográfia, illetve a pedofil anyagok terjesztése. A nyíltan szexuális tartalmú közlések terjesztését sokféle módon korlátozzák a jogszabályok, hasonlóképpen sok országban tiltják a gyűlöletbeszédet, bizonyos vélemények terjesztését (például holokauszttagadás), egyes önkényuralmi jelképek használatát stb. Ha tehát a véleménynyilvánítás szabadsága összefér egyes vélemények szabad terjesztésének korlátozásával vagy tiltásával, akkor miért nem lehet korlátozni a betegség eredményeként létrejövő „zavart”, „abnormális”, „őrült” gondolatok terjesztését, illetve azok megalkotását, létrehozását?

Az érvelés úgy is folytatható, hogy a véleménynyilvánítás szabadsága s az ennek alapját képező gondolatszabadság, illetve az elmeműködés szabadságához való jog egyenesen megköveteli a pszichiátriai betegségek bizonyos formáinak a nem önkéntes kezelését, hiszen a pszichiátriai betegség súlyos formái akadályozzák a legjobban az elmeműködés szabadságát. A súlyos pszichiátriai beteg elmeműködése ugyanis nem szabad, szól az érvelés, hanem a betegség okozta fiziológiai, biokémiai stb. mechanizmusok által korlátozott. A pszichiátriai beteg a betegség „rabja”, betegsége korlátozza őt abban, hogy elméje szabadon működjön, hogy „ön maga” legyen. A pszichiátriai kezelés pedig „megszabadít” a betegségtől s az általa létrehozott kényszersztól, „visszaadja” az egyént saját magának, lehetővé teszi, hogy az nem beteg módon

érezzen, gondolkodjon, vagyis hogy ismét saját maga lehessen. Ahelyett tehát, hogy a nem önkéntes pszichiátriai kezelés korlátozná az elmeműködés szabadságát, éppen újból létrehozza, helyreállítja azt. Más megfogalmazásban: a pszichiátriai betegnek joga van a pszichiátriai kezelésre, joga van arra, hogy kiszabadítsák őt a pszichiátriai betegség okozta „rabságból”, az azáltal korlátozott létből. Így a nem önkéntes kezelés nem a szabadság elvétele, hanem éppen ellenkezőleg: a szabadság visszaadása, helyreállítása.

Sokféle válasz kínálkozik a fenti felvetésekre. Az első válasz mindenképpen az, hogy a pszichiátriai betegség és egészség közötti határ ma is bizonytalan, s erősen értékítélet- és értékrendfüggő. Meghatározása függ annak a kultúrának az értékrendjétől, amely eldönti, mit tekint abnormálisnak.⁶⁷ A térben és időben különböző kultúrák véleménye azonban ezekben a kérdésekben jelentősen eltér egymástól. Amit egy adott helyen és időben normálisnak tartanak, azt egy másik helyen és időben nem. Vannak ugyan olyan elmeállapotok, melyeket a legtöbb kultúrában betegségnek tekintettek, s ezért ezeket kultúrafüggetlen, kulturálisan invariáns, objektív betegségnek tartják (ilyen például a skizofrénia), de még ennek a definiálása is időről időre változik, így nem értékrendfüggetlen. Például 1980-ban, a DSM III bevezetését követően a skizofrénia diagnózisa az USA-ban a hatódára, Angliában a felére csökkent a diagnosztikus kritériumok változása miatt.⁶⁸ Ha a „legobjektívebbnek” tartott pszichiátriai betegség kritériumai ennyire változékonyak, akkor nehezen tartható fenn az az állítás, hogy itt kultúrafüggetlen, értékrendmentes entitásról van szó. A pszichiátriai diagnosztikus kategóriák jelentős része – a betegségek alapjául szolgáló patofiziológiai folyamattal, illetve az etiológiával kapcsolatos ismereteink hiánya miatt – ma is önkényes, s megkérdőjelezhető, hogy valós határokat jelölnek. A diagnózis reliabilitása (annak valószínűsége, hogy klinikusok egyetértének egymás ugyanazon esetre vonatkozó diagnózisával) a DSM III/IV bevezetése óta ugyan sokat javult, pszichiátriai betegségekre összegzetten azonban ma is csak 68%, személyiségzavarokra vonatkoztatva pedig csak 56%.⁶⁹

Mint említettük, a skizofréniát tartják a „legobjektívebb” pszichiátriai betegségnek. A pszichiátriai betegségek nagy részének értékrendfüggése azonban sokkal nagyobb, mint a skizofréniáé. Winick a következő hipotetikus példát hozza fel. Ha a munkaalkoholizmust (vagyis azt, hogy bizonyos emberek, sőt egész szakmák olyan munkamennyiséget követelnek meg maguktól, illetve tagjaiktól, mely lehetetlenné teszi számukra az élet szinte bármely egyéb oldalának az élvezetét) pszichiátriai betegségnek tartanánk, akkor nagyon sok orvost és jogászt pszichiátriai beteg-

nek kellene tekintenünk, hiszen e két hivatásra hagyományosan jellemző, hogy képviselői sokat dolgoznak, gyakran tönkretéve ezzel saját egészségüket és családi életüket. A saját vagy mások egészségére való veszélyesség hagyományosan indoka a nem önkéntes pszichiátriai kezelésnek. Joga volna a társadalomnak az így diagnosztizált orvosok, jogászok nem önkéntes kezeltetésére?⁷⁰

A pszichiátriai betegségek diagnózisa ma szinte kizárólag szubjektív klinikai megítélésen alapul, s nincs olyan objektív laboratóriumi vagy strukturális eltérés, amely a pszichiátriai betegség létét egyértelműen megerősítené vagy kizárná. Ezért nemcsak a pszichiátriai betegség meghatározásának kritériumai szubjektívek és pontatlanok, hanem a diagnosztizálás folyamata is elkerülhetetlenül értékítéleteken alapul, s ez a gyakorlatban az azt megítélő klinikus szubjektív értékítéletét jelenti, amely nem tudományosan megalapozott, hanem a pszichiáter személyes élettörténetéből következik.

Emiatt tehát – néhány extrém és könnyen eldönthető esettől (például a skizofrénia súlyos formái) – eltekintve annak meghatározása, hogy ki tekinthető pszichiátriai betegnek, legalább annyira társadalmi-morális megítélés kérdése, mint tudományos-klinikai probléma.⁷¹ Mindez – szemben az antipszichiátria állításával – nem azt jelenti, hogy pszichiátriai betegség nem létezik, hanem csak azt: annak határai, kritériumai értékrendfüggők, s ma még meglehetősen bizonytalanok. Ezért egy konkrét esetben annak megállapítása, hogy valaki pszichiátriai értelemben beteg-e vagy sem, függ annak a diagnosztikus rendszernek a jellemzőitől, amelyet az adott pszichiáter használ (azonban minden ilyen mai rendszer érvényessége erősen vitatott), továbbá függ a klinikus egyéni értékítéleteitől is. Így nincs meg a betegség megállapításához szükséges olyan fokú objektivitás, amely számos nem pszichiátriai betegség esetén elérhető. Mindez természetesen a beteg önkéntes kezelésekor nem jelent problémát. Nem önkéntes kezelés esetén azonban – a betegség határainak bizonytalansága miatt – nagyon óvatosan kell eljárunk, s a gondolat szabadság alkotmányos joga alapján az ilyen bizonytalan alapon „abnormálisnak”, „patológiásnak” tartott gondolatokat is védelemben kell részesítenünk azok nem önkéntes intruzív megváltoztatásával szemben. Ha a véleménynyilvánítás szabadságát a pszichiátriai betegség pontatlanul és homályosan meghatározható fogalmával tartanánk korlátozhatónak, akkor ez utat nyitna önkényes értelmezéseknek és a véleménynyilvánítás szabadsága áltudományos indokokkal való korlátozásának.

A pszichiátriai betegség – ha el is tekintünk pontos meghatározásának nehézségeitől – sok esetben

nem is befolyásolja a pszichiátriai beteg gondolatainak minőségét. Még a pszichiátriai betegség legsúlyosabb formája, a skizofrénia sem torzíttja el annyira a gondolkodást, hogy az ilyen módon érintett beteg ne lenne képes például jelentős művészi alkotásra. Több kreatív s nagy hatású alkotóművész skizofrén volt (így Gustav Mahler, Csontváry Kosztka Tivadar, József Attila).⁷² A híres balett-táncos, Václav Nizsinszkij is súlyos skizofréniában szenvedett.⁷³ A kevésbé súlyos (és kevésbé egyértelműen diagnosztizálható) pszichiátriai betegségek esetében pedig még inkább igaz, hogy a betegség nem zárja ki társadalmilag értékes tudományos vagy művészi alkotások létrehozását. Sőt, mai vizsgálatok szerint a kreatív emberek az átlagosnál gyakrabban s hosszabb ideig szenvednek pszichiátriai betegségben. Egy elemzés szerint a megvizsgált költők 87%-a, a festők 73%-a, a zenészek 68%-a, a színészek 74%-a szenvedett élete során valamilyen mentális zavarban, ami messze meghaladja az átlagos arányt.⁷⁴ Mindez azt mutatja tehát, hogy a pszichiátriai értelemben beteg ember gondolatai nem értéktelen gondolatok, s a pszichiátriai betegség enyhébb formái (például a neurotikus állapotok) nem jelentenek kizárólag negatív kategóriát, „mínusz variánst”. Enyhébb pszichés zavarok, s főleg azok egyéni kompenzációja, szublimációja rendkívüli teljesítmény forrásai lehetnek.⁷⁵ Nem mondható ezért, hogy a pszichiátriai betegség által létrehozott gondolatokra, élménymódra, érzésre, viselkedésre mint társadalmilag értéktelenre nem vonatkozik a véleménynyilvánítás szabadságának joga. Mivel ezek társadalmilag értékes gondolatok, viselkedési formák is lehetnek, ezek védelme éppen olyan fontos, mint az „egészséges” emberek által létrehozott gondolatok, kifejezési formák védelme. Egy gondolat értéke igazságától függ, s nem létrehozója egészségi állapotától. Elmebeteg gondolatok is lehetnek igazak, érvényesek vagy értékesek, s mivel a gyakorlatban nehezen lehet eldönteni, hogy egy gondolat mennyire igaz, érvényes vagy értékes, ezért abból kell kiindulni: minden gondolat potenciálisan az lehet, s ezért mindenki elmeműködését egyformán védi a véleménynyilvánításhoz való jog (s ami ennek az alapját képezi: a vélemény szabad megalkotásának a joga).

A gondolat szabadság s az elmeműködés szabadságának az elve tehát alapesetben a pszichiátriai beteget is megilleti. Mivel a gyakorlatban a „normális” és „abnormális”, az „egészséges” és „zavart” gondolat elkülönítése csak ritkán lehetséges egyértelműen, ezért nem szabad abnormális, zavart gondolat feltételezésére hivatkozva e gondolatok megalkotásának szabadságát korlátozni, mert ez a véleménynyilvánítás szabadságának elvébe ütközik.

A SZÜKSÉGESSÉG ÉS ARÁNYOSSÁG AZ INTRUZÍV KEZELÉSI FORMÁK NEM ÖNKÉNTES ALKALMAZÁSAKOR

Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy pszichiátriai betegség esetén soha nem lehet valakit akarata ellenére kezelni, mint ahogyan a véleménynyilvánítás szabadságának a joga sem jelent abszolút szabadságot bármely vélemény bármely körülmények között való kinyilvánításához. A véleménynyilvánítás szabadsága alapesetben védi a pszichiátriai beteg jogát arra, hogy gondolatait kényszerszól mentesen, szabadon alkossa meg, s a bizonyítás terhe azon van, aki ilyenkor a beteg vagy másvalaki érdekében a beteg akarata ellenére indokolhatónak tartja a beavatkozást. Ilyenkor pedig ugyanazt a tesztet kell alkalmazni, amelyet alkotmányos alapjogok korlátozása esetén az Alkotmánybíróság használ a korlátozás alkotmányosságának ellenőrzésére: a szükségesség és arányosság tesztjét. Eszerint egy alapjog korlátozása (törvényben rögzített feltételekkel) alkotmányosan csak akkor elfogadható, ha az egy másik alapjog védelméhez szükséges, és a korlátozás arányos az elérni kívánt céllal (vagyis nem nagyobb, mint amennyi feltétlenül szükséges a másik alapjog védelme érdekében.)⁷⁶

Egy pszichiátriai beteg elmeműködésének akarata ellenére történő befolyásolása, illetve megváltoztatása a véleménynyilvánítás szabadsága szempontjából annál inkább aggályos, minél hatékonyabban valósítható meg a beteg együttműködése nélkül, vagyis minél intruzívabb. Indoklása tehát csak rendkívüli esetben állja ki az alkotmányosság próbáját. Ilyen érvelést használtak az USA-ban a már említett Kaimowitz-ügy tárgyalásakor. A bíróság döntése szerint egy akarata ellenére kórházban kezelt beteg pszichiátriai sebészeti módszerekkel történő, intruzív kezelése – beleegyezése ellenére – sérti az USA alkotmányának első kiegészítését, amely a véleménynyilvánításhoz való jogot fogalmazza meg, s mely jog – a bíróság értelmezése szerint – magában foglalja az egyén mentális folyamatainak, a gondolatok szabad megalkotásának védelméhez való jogát.⁷⁷ A véleménynyilvánítás szabadságának alkotmányos joga nem tiltja meg, hogy mások gondolatait, meggyőződését, véleményét olyan eszközökkel próbáljuk meg befolyásolni, melyek számára nem kényszerítőek, vagyis melyeket szabadságában áll elfogadni vagy elutasítani. Ezért elfogadhatók a mások gondolkodásának befolyásolását szolgáló hagyományos eszközök: a hirdetés, a reklám, az érvelés, a meggyőzés, a vita stb. Ennek megfelelően a pszichiátriai kezelések vonatkozásában is abból kell kiindulnunk, hogy a beteg gondolkodását befolyásoló nem intruzív módszerek azok, amelyek nem vetnek fel alkotmányossági aggályokat, még akkor sem,

ha ezeket a beteg akarata ellenére alkalmazzák. Ezzel szemben minél inkább intruzív (belülről kényszerítő) egy kezelés, minél kevésbé szükséges a beteg együttműködése ahhoz, hogy gondolkodása, élménymódja annak hatására megváltozzon, alkotmányos szempontból annál problematikusabb a kezelés nem önkéntes alkalmazása, mert annál inkább veszélyezteti a beteg véleménynyilvánítási szabadságát. Mindez, mint láttuk, nem jelenti azt, hogy intruzív kezelési forma a betegnél akarata ellenére soha nem alkalmazható, mert a véleménynyilvánítás joga – noha alapjog – semmiképpen nem abszolút. Viszont mivel alkotmányos alapjogról van szó, korlátozása csak akkor elfogadható, ha az más alapjog érvényesítéséhez szükséges s az elérni kívánt céllal arányos. Ez azt jelenti, hogy ha rendelkezésre állnak a beteg kezelésének kevésbé intruzív eszközei, akkor először ezeket kell alkalmazni, mert a szükségesnél nagyobb mértékben intruzív kezelési forma sértené az alapjogok korlátozhatóságának arányossági kritériumát.

A pszichiátriai sebészet, az agy elektromos stimulációja, az ECT s a pszichotrop szerekkel történő kezelés tekinthető olyan kényszerítő kezelési formának, amely a véleménynyilvánítás szabadsága szempontjából alkotmányossági aggályokat vet fel, s amelynek a beteg akarata ellenére történő alkalmazásakor meg kell felelnie a szükségesség és arányosság tesztjének ahhoz, hogy alkotmányosan elfogadható lehessen. Alapvetően tehát ezek azok a kezelési formák, amelyeket a beteg visszautasíthat, illetve amelyek – legalábbis tartósan, a sürgős szükség fennállásának hiányában – a beteg akarata ellenére nem alkalmazhatók. (Mindez nem jelenti azt, hogy sürgős szükség esetén, rövid ideig s relatíve kis dózisban ne lehetne a beteget akarata ellenére például neuroleptikus terápiában részesíteni. Ez azonban egy szükséghelyzet megoldásaként jöhet csak szóba, melynek célja a beteg állapotának stabilizálása, s ezért csak a szükséghelyzet megoldásának időtartama alatt alkalmazható. Nem engedhető meg azonban ennek alapján egy krónikus beteg akarata ellenére történő hosszú távú kezelése ilyen kényszerítő eszközökkel.)

A pszichoterápia különböző formái, beleértve a kognitív és viselkedésterápiákat is, nem olyan kényszerítőek, hogy a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk veszélyeztetné a beteg véleménynyilvánítási szabadságához való jogát. Az ilyen kezelésre kötelezett beteg ugyanis mindig ellenállhat a kezelésnek. Az ő aktív együttműködése nélkül ezek a kezelési formák nem eredményesek, vagyis nem tudják a beteg gondolkodását akarata ellenére megváltoztatni.

Ellenérvként főképp a viselkedésterápiákat szokták felhozni, melyek sokszor alkalmaznak pozitív megerősítésként olyan „jutalmakat”, melyek hatáso-

san tudják módosítani egy személy viselkedését. Látni kell azonban, hogy jutalmazásra a mindennapi életben is sor kerül (például fizetésemelés, nyaralás ígérete stb.), s az így megvalósított csábítás nem tekinthető a gondolkodás szabadsága megengedhetetlen korlátozásának. Ezért a pszichoterápiák kényszerítő jellege eléggé csekély ahhoz, hogy akár a beteg akarata ellenére történő alkalmazásuk se vessen fel alkotmányossági aggályokat.⁷⁸

MENNYIRE SPECIÁLISAK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK?

Alapesetben minden betegnél a tájékozott beleegyezés elvének kell érvényesülnie: a beteg akkor részesíthető kezelésben, ha megfelelő tájékoztatás után az adott kezelésbe szabadon beleegyezett. Pszichiátriai betegek esetén ettől az elvtől gyakran eltérnek, és a beteget akarata ellenére is kezelésben részesíthetőnek tartják. E felfogás szerint a pszichiátriai betegek mások, mint a többiek, s esetükben ez a másság indokolja a nem önkéntes kezelést. Miben áll ez a másság? Valóban radikálisan különböznek a pszichiátriai betegek a más betegségekben szenvedőktől?

Az egyik gyakran hallott érv a pszichiátriai betegeket érintő eltérő bánásmód mellett az, hogy a pszichiátriai betegek veszélyesek. Ezt az állítást azonban a tények cáfolják. A pszichiátriai betegek általában nem veszélyesebbek más betegeknél, s fordítva is igaz: a veszélyes, de nem pszichiátriai betegségben szenvedőket nem tekintik akaratuk ellenére kezelhetőnek. Az, hogy egy pszichiátriai beteg veszélyes-e, esetről esetre dönthető el, de nem szabad abból kiindulni, hogy a pszichiátriai betegek általában veszélyesebbek másoknál.⁷⁹

A pszichiátriai betegekkel való speciális bánásmód melletti – a XIX. században kialakult – másik érv szerint a pszichiátriai betegeknek nincs meg a kezelésükkel kapcsolatos döntéshozatalhoz szükséges belátási képességük, vagyis ebből a szempontból cselekvőképtelenek. Ma ezt az álláspontot nem fogadjuk el. Számos vizsgálat igazolja, hogy a pszichiátriai betegség legtöbbször nem csökkenti a beteg belátási képességét, s azokban az esetekben, amikor általában csökkenti, nem feltétlenül csökkenti a kezeléssel kapcsolatos belátási képességet. Így pszichiátriai betegeknél ugyanabból kell kiindulni, mint bármely más betegcsoport esetén: fel kell tételezni a beteg belátási képességét, cselekvőképséget mindaddig, míg az ellenkezője be nem bizonyosodik.⁸⁰ A cselekvőképeség megítélésének – akárcsak a veszélyesség megítélésének – pszichiátriai betegeknél is esetről esetre kell megtörténnie, s nem szabad abból kiindulni, hogy a pszichiátri-

ai betegek általában veszélyesebbek, vagy hogy belátási képességük kisebb, mint más betegeké.

MIKOR ALKALMAZHATÓK AZ INTRUZÍV PSZICHIÁTRIAI KEZELÉSI FORMÁK A BETEG AKARATA ELLENÉRE?

Alapvetően azt mondhatjuk, hogy minél intruzívabb egy kezelés, annál erősebb indoklás szükséges az adott kezelési formának a beteg akarata ellenére történő alkalmazásához, hiszen alapjogi megfontolások korlátozzák ezek alkalmazhatóságát. Ezek a korlátozások azonban nem abszolútak. Általánosságban azt lehet mondani, hogy a beteg akarata ellenére akkor lehet egy intruzív kezelést alkalmazni, ha az szükséges bizonyos alapvető érdek (a beteg érdeke vagy a közérdek) szempontjából, továbbá ha nincs kevésbé intruzív kezelés vagy módszer, mellyel ugyanaz a cél (a beteg vagy a köz érdekének védelme) megvalósítható lenne.⁸¹ Ennek az a magyarázata, hogy egy intruzív kezelésnek a beteg akarata ellenére történő alkalmazása mindenképpen alapjogi sérelemmel jár. Alkotmányos jogaink sérelme viszont csak akkor indokolható, ha az szükséges és arányos, tehát nem nagyobb, mint ami elkerülhetetlenül szükséges a kívánt cél megvalósításához. Melyek tehát egy nem önkéntes pszichiátriai kezelés alkalmazásának a szükségesség és arányosság követelményeit kielégítő feltételei?

*A kezelésnek a beteg érdekét kell szolgálnia,
orvosilag indokoltnak és hatékonnak kell lennie*

E feltétel szerint intruzív nem önkéntes pszichiátriai kezelés (leggyakrabban nem önkéntes gyógyszeres kezelés) csak akkor alkalmazható, ha az illetőnél pszichiátriai betegség áll fenn. Nem szabad tehát például pszichotrop szert alkalmazni egy agresszív, támadó, de pszichiátriai betegségben nem szenvedő személy esetében börtönökben, fogdáknak stb. pusztán agresszivitásának leszerelése céljából. Az Emberi Jogok Európai Bírósága határozata szerint nem sürgősségi esetben még pszichiátriai betegség fennállása esetén is csak akkor alkalmazható intruzív nem önkéntes kezelés, amikor azt a zavar jellege és súlyossága indokolja, s csak addig, amíg a zavar ilyen súlyos formában fennáll.⁸²

A beteg akarata ellenére pszichiátriai betegsége esetén is csak akkor kezelhető, ha a kezelés orvosilag az ő érdekét szolgálja, s nem más érdeket. Így tehát nem szabad a beteget akarata ellenére intruzív kezelésben (például pszichotrop gyógyszeres kezelésben)

részesíteni pusztán abból a célból, hogy „könnyebben lehessen vele bánni”, hogy jobban betartsa az intézmény szabályait, hogy kevésbé legyen kritikus, agresszív.

Egy pszichiátriai osztályon folyó nem önkéntes kezelés továbbá csak addig indokolható e feltétel fennálltával, ameddig ott olyan aktív kezelés történik, amely az illető állapotán javít. Ha az osztályra nem önkéntesen utalt betegnél a további kezelés állapotjavulással már nem kecsegtet, akkor a kórházban való benntartás e feltétel értelmében elfogadhatatlan, mert annak célja csak a beteg állapotának javítása lehet. Egy kórházi osztályon folyó nem önkéntes kezelés, ha az nyilvánvalóan hatástalan, sérti ezt a feltételt, vagyis hogy a kezelésnek a beteg orvosi érdekét kell szolgálnia. Hatástalan, a célt el nem érő kezelés ugyanis nem áll a beteg érdekében. A beteg akarata ellenére történő, pusztán kusztodiális, megőrző célzatú intézetben tartása általában nem az ő érdekét, hanem a társadalom érdekét szolgálja, így az ő érdekére való hivatkozás az ilyen kusztodiális célzatú benn tartást nem igazolja.

Ez a feltétel azt is kizárja, hogy intruzív pszichiátriai beavatkozásokat egy személy akarata ellenére, büntetesként alkalmazzanak, azért, hogy a továbbiakban a kezelt betartsa az intézmény házirendjét, szabályait. Az ilyen büntetések, mint láttuk, sokszor terápiának nevezik, de amennyiben egy beavatkozás nem a kérdéses személy, hanem mások érdekét szolgálja, illetve amennyiben a kérdéses személy nem pszichiátriai beteg, úgy helyesebb büntetésről, mint terápiáról beszélni. Ily módon tehát például bizonyos szexuális jellegű bűncselekményeket elkövetők sebési vagy kémiai kasztrációja inkább büntetés, illetve bűnmegelőzés, mint kezelés, s ezért az e feltétel szerint a személy akarata ellenére nem alkalmazható. Azért minősíthetők az ilyen beavatkozások büntetésnek, mert a szexuális bűncselekményeket elkövetők legtöbbször nem tekinthetők pszichiátriai betegek. Ma egyre inkább az az uralkodó álláspont, hogy a szexuális bűncselekményeket elkövetők felelősek a tetteikért, s ezért büntetésben kell részesülniük, ennek azonban nyíltan kell történnie, s nem orvosi kezelés-ként feltüntetve.⁸³

*A kezelést vagy elkülönítést a beteg érdeke
(a parens patriae elve alapján) vagy bizonyos
alapvető közérdek indokolhatja*

Rendőri hatalma alapján az állam megteheti a közegészség, a közbiztonság, a közérkölcsök, a közösség jóléte védelmének az érdekében szükséges intézkedéseket. A parens patriae elve pedig az állam azon kötelességét jelenti, hogy védje azok érdekeit, akik ko-

ruk, fogyatékoságuk alapján nem képesek saját érdekeik védelmére. Az állam rendőri hatalma elvével lehet indokolni a beteg akarata ellenére történő intruzív pszichiátriai kezelését a beteg veszélyessége esetén, más betegek, illetve a személyzet biztonságának védelme érdekében. Ez az elv azonban nem alkalmazható akkor, ha pusztán a személyzet kényelme, a kezelési költségek csökkentése, a kezelés idejének rövidítése lenne az intruzív pszichiátriai kezeléssel elérni kívánt cél.

A beteg veszélyessége csak akkor indokolhatja az akarata ellenére történő intruzív kezelést, ha a beteg közvetlen, azonnali veszélyt jelent másokra (tehát a sürgős szükség esete, vagyis fizikai károsodás okozásának közvetlen veszélye áll fenn). Ennél kevésbé szigorú kritériumok esetén (például ha annak alapján is megengednének nem önkéntes kezelést, hogy a beteg valamikor a jövőben potenciálisan veszélyes lehet) voltaképpen minden pszichiátriai beteg nem önkéntes, intruzív eszközökkel történő kezelésére is mód lenne, ami nem elfogadható. A parens patriae elve alapján nem önkéntes kezelés csak azokkal szemben alkalmazható, akik belátási képessége az adott kezelés vonatkozásában hiányzik vagy korlátozott. Pszichiátriai betegség fennállása önmagában még nem indokolja a parens patriae elv alkalmazását, hiszen a pszichiátriai betegek nagy része, mint láttuk, teljes belátási képességgel rendelkezik.

Nagyon fontos itt ismét kiemelni, hogy a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai intézetbe utalása nem jelentheti automatikusan azt, hogy egyben pszichiátriai kezelésben is részesíthető akarata ellenére. A nem önkéntes intézetbe utalás ugyanis történhet annak alapján is, hogy a beteg másokra veszélyes, noha saját kezelését illetően teljes belátási képességgel rendelkezik. A nem önkéntes beutalás célja ilyenkor mások biztonságának védelme (az állam rendőri hatalmának elve alapján), s nem a beteg saját érdekeinek a védelme a parens patriae elve alapján. Ilyen esetben tehát a cél (mások biztonságának a védelme) megvalósítható azzal, hogy a beteget nem önkéntes jelleggel egy biztonságos pszichiátriai intézményben helyezik el (esetleg azon belül elkülönítik). Így kevésbé intruzív módon lehet elérni azt a célt (mások biztonságának védelmét), mint ha akarata ellenére mondjuk pszichotrop kezelésben részesítenék. A legkevésbé korlátozó alternatíva elve alapján tehát mások biztonságának a védelme csak a beteg nem önkéntes intézeti elhelyezését indokolja, nem önkéntes intruzív pszichiátriai kezelését azonban nem. Erre csak akkor kerülhet sor (most már a parens patriae elve alapján), ha a beteg belátási képessége kezelése vonatkozásában hiányzik.⁸⁴

Az USA-ban – ahol a halálbüntetés kiszabása még ma is lehetséges – az a probléma is felmerült, hogy

joga van-e egy halálra ítélt, de az ítélet végrehajtására várva időközben mentálisan zavart állapotba került, s emiatt nem kivégezhető elítéltnak olyan pszichiátriai kezelést visszautasítani, amely mentális zavartságát megszüntetné, s így őt „kivégzésre alkalmas” állapotba hozná. Az USA Legfelső Bíróságának döntése szerint ugyanis nem lehet kivégezni valakit, ha a kivégzésére várva cselekvőképtelen állapotba kerül.⁸⁵ Túl azon, hogy egy ilyen nem önkéntes kezelés az USA-ban valószínűleg alkotmányellenes volna, fontos orvosi kifogás is felmerül. Kérdés ugyanis, hogyha a nem önkéntes kezelés elrendelése nem volna alkotmányellenes, akkor egy pszichiáternek kötelessége lenne-e a halálra ítélt „beteg” kezelése. Egy orvosnak kötelessége ugyan a szenvedő beteg kezelése, ugyanakkor nem járulhat hozzá annak halálához. Ebben az esetben viszont a beteg pszichiátriai kezelése, illetve „meggyógyítása” egyet jelentene azzal, hogy kivégzik. Ezért az American Medical Association és az American Psychiatric Association közös nyilatkozatban fejtette ki azt az álláspontját, mely szerint az orvosi etikával ellentétes, hogy orvos azért hozzon cselekvőképes állapotba egy halálraítéltet, hogy az azután kivégezhető legyen. Magyarországon, ahol a halálbüntetést alkotmányellenesnek nyilvánították és megszüntették, ilyen probléma természetesen nem merül fel.

További kérdés, hogy egy büntetőeljárás során beszámíthatatlansága miatt nem büntethetőnek nyilvánított s nem önkéntes intézeti felvételre utalt pszichiátriai beteg részesíthető-e akarata ellenére kezelésben. A válasz attól függ, hogy a beteg beszámíthatatlansága milyen mértékben befolyásolja saját kezelésével kapcsolatos belátási képességét. Ha belátási képessége is olyan mértékben csökkent, hogy nem tud tájékozott beleegyezést adni, akkor az állam – a parens patriae elve alapján – elrendelheti a beteg nem önkéntes kezelését, hiszen ilyenkor feltételezhető, hogy a beteg érdekében áll pszichiátriai betegsége tüneteinek mérséklése vagy megszüntetése. Ha azonban a beteg saját kezelésével kapcsolatos belátási képessége nem csökkent, s a kezelést visszautasítja, akkor kényszeríthető-e kezelésre az állam rendőri hatalmának elve alapján, azzal az érveléssel, hogy állapota mást veszélyeztet, s ez indokolja a nem önkéntes kezelést? Ez utóbbi érv nehezen védhető, hiszen ha elfogadjuk azt az elvet, hogy alapjogi korlátozás csak a cél eléréséhez szükséges lehető legkisebb mértékű lehet, akkor ebben az esetben a társadalom védelme biztosítható az illető biztonságos elzárásával is. Ez kevésbé korlátozó, mint az illető akarata ellenére történő pszichotrop kezelés. Ilyenkor tehát csak az illető biztonságos elkülönítése indokolható, nem önkéntes kezelése nem. Ez ellen nem lehet érvként

felhozni, hogy az illető tartós elzárása, őrzése stb. többletköltséget jelent a társadalomnak, mert egyedül a költségek mérséklése nem lehet egy aránytalan alapjogi korlátozás indoka.⁸⁶ Ezért kezelésükkel kapcsolatban megfelelő belátási képességgel rendelkező, de a büntethetőség hiánya miatt nem önkéntesen intézetbe utalt bűnelkövetők nem önkéntes kezelése intruzív pszichiátriai eszközökkel nem indokolható.

A beteg akarata ellenére nyújtott kezelési forma a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát jelenti

Ez a feltétel (a nem önkéntes kezelésnek a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát kell képviselnie) abból az elvből következik, hogy egy személy alapvető szabadságjogai csak a feltétlenül szükséges esetben és mértékig korlátozhatók. Ennek megfelelően a nem önkéntes pszichiátriai kezelés feltételeinek a fennállása még nem jelenti azt, hogy bármely pszichiátriai kezelés alkalmazására lehetőség van nem önkéntes jelleggel. Csak az adott cél elérésére alkalmas legkevésbé intruzív kezelési forma alkalmazható ilyenkor a beteg beleegyezése nélkül. Ha például a beteg erőszakos magatartása miatt mások védelmére van szükség, s ehhez a pusztá elkülönítés elegendő, nem szabad az intruzívabb pszichotrop kezelést alkalmazni, még abban az esetben sem, ha az jelentősen lerövidítené a beteg intézeti tartózkodásának idejét. Ha a cél (jelen esetben a társadalom védelme) a beteg pusztá intézetbe utalásával vagy elkülönítésével biztonságosan megvalósítható, akkor – ha a beteg semmilyen beavatkozásba nem egyezik bele – ezt kell alkalmazni, mert ez a legkevésbé intruzív mód, amellyel a cél megvalósítható. Ugyanígy ha nem önkéntes pszichotrop kezeléssel a probléma megoldható, nem szabad nem önkéntesen ECT-t alkalmazni stb. Mindez azt jelenti, hogy a lehető legkevésbé intruzív, de még hatásos kezelés alkalmazandó, vagy ugyanannak a kezelésnek a kevésbé intruzív formája. Azaz ha egy esetben a nem önkéntes pszichotrop kezelés indokolható, akkor is a lehető legkisebb, még hatékony dózisban kell a gyógyszert alkalmazni, hiszen ugyanaz a pszichotrop szer kisebb dózisban kevésbé intruzív, mint nagyobbban.

Ha pedig egy depressziós beteg nem önkéntes pszichiátriai kezelése indokolt, akkor először antidepresszív pszichotrop kezelésben kell részesíteni, s ECT csak abban az esetben alkalmazható, ha a gyógyszeres kezelés hatástalannak bizonyul. Ha egy másik esetben a nem önkéntes viselkedésterápiás kezelés eredményre vezethet, akkor ezt kell először megpróbálni, s csak ennek sikertelensége után alkalmazható a beteg akarata ellenére gyógyszeres kezelés.⁸⁷ Az elv következménye, hogy a nem önkéntes

kezelésnek (például antipszichotikum adásának) csak a sürgősség elhárításához szükséges ideig szabad tartania. A sürgősség megszűnése után a beteg, ha cselekvőképese, visszautasíthatja a kezelést.⁸⁸

A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK MAGYARORSZÁGI PROBLÉMÁI

A fentiekben áttekintettük a pszichiátriai kezelés visszautasításának etikai és bizonyos alkotmányjogi megfontolásait. Ennek alapján érdemes röviden megvizsgálni, mennyiben felel meg a hazai jogi szabályozás ezeknek az elveknek.

Az egészségügyi törvény megkülönböztet veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást. A kettő közötti különbség a törvény szerint fokozati: veszélyeztető magatartás esetén „a beteg – pszichés állapotának zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt” [188. § (b) pont]. Közvetlen veszélyeztető magatartás esetén „a beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent” [188. § c) pont]. A megkülönböztetés szerint tehát veszélyeztető magatartásúnak tekinthető az a pszichiátriai beteg, aki saját maga vagy mások számára potenciálisan veszélyt jelent, míg a közvetlen veszélyeztető magatartás az aktuálisan veszélyes betegeket jelöli.

A törvény tartalmazza azt a megkötést, mely szerint a pszichiátriai beteg törvényben elismert jogai csak a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartása esetén, s csak a „feltétlenül szükséges mértékben és ideig” korlátozhatók. A veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartás esetén a törvény lehetőséget ad a beteg nem önkéntes gyógykezelésére, s csak ebben az esetben engedi meg a beteg személyes szabadságának bárminemű egyéb korlátozását. Itt is szerepel azonban az a megkötés, hogy a korlátozás csak a veszély elhárításához szükséges legkisebb mértékű és jellegű lehet.

A törvény tartalmazza még azt a hármas követelményt is, hogy minden beteg „a) pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében, továbbá b) pszichiátriai gyógykezelésére az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemtelen módszerrel, illetve c) pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására, valamint korlátozó feltételek közötti el-

helyezésére csak feltétlenül indokolt esetben, ön maga vagy mások veszélyeztetése esetén kerüljön sor” (190. §).

Már említettük, hogy ez a megfogalmazás némiképp eltér a „legkevésbé korlátozó alternatíva” fentebb ismertetett elvétől. A törvényből nem olvasható ki egyértelműen az a követelmény, hogy intruzív kezelést csak a kevésbé intruzív kezelési formák hatástalansága esetén lehet alkalmazni; a törvény egyáltalán nem is használja a pszichiátriai kezelési formák intruzivitásuk alapján történő megkülönböztetését. Komoly probléma az is, hogy a veszélyeztető és a közvetlen veszélyeztető magatartás a törvényben szinte egymással felcserélhető módon szerepel: a legtöbb korlátozást a törvény megengedi pusztán veszélyeztető magatartás esetén is, amikor a beteg csak potenciálisan jelent veszélyt másokra vagy magára. Ez túl „laza” feltétel, hiszen potenciálisan szinte bárki veszélyes lehet saját magára vagy másra, speciális körülmények között. Így a szigorúbb kritériumot kellene használni, amely csak közvetlen veszélyeztető magatartás esetén engedi meg a beteg nem önkéntes kezelését.

A 199. § (5) bekezdése alapján „a bíróság a sürgősséggel felvett beteg esetében akkor rendeli el a nem önkéntes gyógykezelést, ha a beteg veszélyeztető magatartást tanúsít és fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége”. Ez a paragrafus azonban nem tesz különbséget aközött, hogy a veszélyeztető magatartás melyik: az önmagát vagy a másokat veszélyeztető formájáról van-e szó. Ugyanis mint láttuk, ha a beteg másokat veszélyeztet, akkor elvileg az is elhárítja ezt a veszélyt, ha a beteget biztonságosan elköltöztetik egy pszichiátriai intézményben. Mivel ez kevésbé intruzív eljárás, mint a nem önkéntes módon, pszichotrop szerekkel való kezelés, ezért az a törvényben is kifejezetten említett elv, hogy a beteg jogai csak feltétlenül szükséges ideig és mértékben korlátozhatók, azt követelné meg, hogy csak a beteg biztonságos elköltöztetése történhessen meg akarata ellenére, gyógyszeres kezelése ne. Így a 199. § (5) bekezdése bizonyos esetekben ellentétben állhat a szükséges legkisebb alapjogi korlátozás elvével.

A magyar szabályozás nem tesz különbséget abból a szempontból, hogy a beteg belátási képessége eltérő lehet a két kérdés megítélésében: abban, hogy pszichiátriai betegsége miatt pszichiátriai intézménybe utalják, s abban, hogy már az intézetben különböző javasolt kezelésekre beleegyezzen vagy azokat elutasítsa. Vagyis Magyarországon hiányzik annak jogi elismerése, hogy a betegnek a nem önkéntes alapon történő pszichiátriai intézménybe való felvétele nem jelenti automatikusan azt, hogy akarata ellenére kezelésben lehet részesíteni. El kellene ismerni a

nem önkéntesen felvett, de kezelésükkel kapcsolatban megfelelő belátási képességgel rendelkező betegek jogát is arra, hogy pszichiátriai kezelést visszatartsanak.

További jelentős probléma a magyar szabályozásban, hogy a hatályos törvény szerint ha a beteg cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképese, akkor az ő képviselőjét ellátó személynek csak invazív beavatkozások esetén kell beleegyezését adnia a beavatkozáshoz. (Invazív beavatkozás a „beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat” [3. § m) pont].) Mivel a pszichiátriai gyógyszeres kezelés nem invazív beavatkozás, ezért ilyen esetben egyedül a kezelőorvos dönt annak alkalmazásáról. Ennek a szabályozásnak a megváltoztatását alkotmánybírósági beadványban kísérelték meg, arra hivatkozva, hogy ez sérti a pszichiátriai betegek integritását. Az Alkotmánybíróság azonban a 36/2000. (X. 27.) AB határozatban nem tartotta alkotmányellenesnek ezt a szabályozást. Úgy találta, hogy nincs olyan elvi ok, amely miatt a pszichiátriai betegek más szabályok kellene hogy vonatkozzanak, mint más betegekre.⁸⁹

A fentiek alapján azonban látható, hogy létezik ilyen elvi ok, mégpedig az, hogy a pszichotrop gyógyszerek, noha nem invazívak, erősen intruzívak. A hazai szabályozás, úgy tűnik, csak az invazív beavatkozásokat tekinti eléggé „komolynak” ahhoz, hogy alkalmazásukhoz mindenképpen beleegyezést (a betegét vagy képviselőjét) követeljen meg. Abból indul ki, hogy nem invazív beavatkozás esetén a beteget nem fenyegeti komoly veszély, ezért ilyenkor – nem cselekvőképese beteg esetén – pusztán az orvos döntése elegendő a kezelés elrendeléséhez. A fentiekből azonban látható, hogy az intruzív beavatkozás – a szó jogi és nem orvosi értelmében – szintén veszélyesnek tekinthető, hiszen egyebek mellett a beteg véleményalkotási szabadságát veszélyezteti. A hazai szabályozás szerint paradox módon nemcsak a pszichotrop gyógyszerek alkalmazása, hanem az ECT sem számít önmagában invazív kezelésnek (noha, mint láttuk, rendkívül intruzív), s így elvileg ez is alkalmazható lenne kizárólag az orvos utasítására, a nem cselekvőképese beteg vagy képviselője beleegyezése nélkül. Mivel a gyakorlatban ma ECT-t anesztéziában végeznek, s az már invazív beavatkozás, ezért az ECT-t bevezető anesztéziához már kell a nem cselekvőképese beteg hozzátartozójának a beleegyezése, magához az ECT-hez azonban elvileg nem. Ez nem elfogadható egy ennyire intruzív beavatkozás esetén. Összefoglalva tehát a hazai szabályozás problémája, hogy nem veszi figye-

lembe, hogy pszichiátriai betegeknek nemcsak a beavatkozás invazivitása jelent veszélyt, hanem intruzivitása is, s ezt is meg kellene jeleníteni a szabályozásban.

A magyar szabályozás további hiányossága, hogy hiányzik belőle a nem önkéntes ambuláns kezelés lehetősége. Ezt a kezelési formát az USA-ban a nyolcvanas években vezették be a pszichiátriai betegek nem önkéntes kezelésének egyik formájaként. Általában az antipszichotikumokkal való nem önkéntes ambuláns kezelést jelenti, melyet bíróság rendel el. Mindez összhangban van azzal az elvvel, hogy pszichiátriai betegek kezelésénél mindig a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát, kezelési formát kell választani. A nem önkéntes kezelés e formáját akkor lehet alkalmazni, amikor a beteg a kezelésével kapcsolatban nem együttműködő ugyan, de biztonságosan kezelhető ambulánsan is, anélkül, hogy ezzel mások vagy a maga számára veszélyt jelentene. Ez kevésbé korlátozó alternatíva a beteg számára, mint a nem önkéntes intézeti kezelés. Ilyen nem önkéntes ambuláns kezelést általában cselekvőképtelen beteg esetén rendelhet el a bíróság. A cselekvőképtelenség azonban a nem önkéntes kezelés elrendelésének nem feltétele akkor, ha a beteg pszichés állapotánál fogva másra veszélyes. Ilyenkor cselekvőképese betegnél is elrendelhető mások érdekében a nem önkéntes kezelés, ha veszélyességét pszichiátriai betegség okozta.

Mivel a nem önkéntes ambuláns kezelés kevésbé korlátozó alternatíva, mint az intézeti, ezért ennek elrendeléséhez kevésbé szigorú kritériumoknak is elég megfelelni, mint a nem önkéntes intézeti elhelyezés vagy kezelés kapcsán. Míg az utóbbinál a saját magára vagy másokra való közvetlen veszélyesség a megkövetelt kritérium, addig nem önkéntes ambuláns kezelésnél az ennél kevésbé szigorú kritériumot, például a „kezelést vagy gondozást igényel” feltételt szokták alkalmazni.⁹⁰ Magyarországon a nem önkéntes ambuláns kezelés mint kezelési forma nem létezik. Ez azért problematikus, mert sérti a „legkevésbé korlátozó alternatíva” elvét, mely szerint mindig azt a nem önkéntes kezelési formát kell alkalmazni, mely a beteg szabadságából csak a lehető legkevesebbet vesz el, vagyis amely csak a szükséges legkisebb mértékben sérti a beteg szabadságjogait. Ha egy országban nem létezik a nem önkéntes ambuláns kezelés lehetősége, akkor ez azt jelenti, hogy az ezt igénylő betegek nem önkéntes intézeti kezelésben fognak részesülni. Ez pedig a feltétlenül szükségesnél nagyobb szabadságkorlátozást jelent. A nem önkéntes ambuláns kezelés jogi lehetőségének megteremtése ezért sürgető feladat Magyarországon.

JEGYZETEK

1. Ezt a tesztet alkalmazza a magyar Alkotmánybíróság az alapjog-korlátozás alkotmányosságának megítélésekor. Lásd például SÁRI János: *Alapjogok. Alkotmánytan II.*, Budapest, Osiris, 2000, 33.
2. Bruce J. WINICK: *The Right to Refuse Mental Health Treatment*, Washington, DC, American Psychological Association, 1997.
3. TRINGER László: *A pszichiátria tankönyve*, Budapest, Semmelweis Kiadó, 1999, 504.
4. WINICK: *I. m.*, 40.
5. Uo., 54.
6. Uo., 7, 55.
7. SÁRI: *I. m.*, 78.
8. WINICK: *I. m.*, 55.
9. Nancy C. ANDREASEN, Donald W. BLACK: *Bevezetés a pszichiátriába*, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1997, 741.
10. TRINGER: *I. m.*, 89.
11. Harold I. KAPLAN, Benjamin J. SADOCK: *Synopsis of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997⁸, 957, 961.
12. William M. BROOKS: *A Comparison of a Mentally Ill Individual's Right to Refuse Medication under the United States and the New York State Constitutions*, Touro Law Review, Fall 1991, 11.
13. ANDREASEN, BLACK: *I. m.*, 748.
14. TRINGER: *I. m.*, 252.
15. WINICK: *I. m.*, 78.
16. GOMBOS Gábor, KISMÓDI Eszter, PETŐ Katalin: *Az el-látottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban*, Budapest, Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, 2001, 31.
17. WINICK: *I. m.*, 81–85.
18. KAPLAN, SADOCK: *I. m.*, 1116–1121.
19. WINICK: *I. m.*, 95.
20. Uo., 94.
21. Ronald J. COMER: *A lélek betegségei. Pszichopatológia*, Budapest, Osiris, 2000, 46–47.
22. WINICK: *I. m.*, 94–95.
23. BÁNKI M. Csaba: *Elektrokonvulzív kezelés*, in *A pszichiátria magyar kézikönyve*, szerk. FÜREDI János, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1998 (a továbbiakban: *A pszichiátria magyar kézikönyve*), 496.
24. Wisconsin Coalition for Advocacy: *Informed Consent for Electroconvulsive Therapy. A Report on Violations of Patients' Rights*, 1995, 5.
25. Texas Senate Bill No. 205. Article 5 (concerning „Electroconvulsive Therapy”) (Effective September 1, 1993) Sections 578.002. (a.) (c.) 578.003. (b.) (2).
26. WINICK: *I. m.*, 98–100.
27. *Kaimowitz versus Michigan Department of Mental Health*, Michigan Circuit Court for Wayne County, Civil Action No. 73-19434-AW.
28. Uo.
29. KAPLAN, SADOCK: *I. m.*, 1125.
30. WINICK: *I. m.*, 104.
31. Edward SHORTER: *A History of Psychiatry*, New York–Toronto, John Wiley & Sons, 1997, 229.
32. COMER: *I. m.*, 493.
33. Richard STONE: *At 100, Alfred Nobel's Legacy Retains Its Luster. Science*, 12 October, 2001. Vol. 294. No. 5541, 2001, 290.
34. BÁBEL Béla, LUKÁCS Eszter, NYÁRY István: *Pszichiátriai sebészet*, in *A pszichiátria magyar kézikönyve*, 499. Lobotómiát sok más országban is rendszeresen végeztek, kivéve a Szovjetuniót, ahol az 1950-es évek elején megtiltották. Lásd WINICK: *I. m.*, 106.
35. KAPLAN, SADOCK: *I. m.*, 1126.
36. Lásd a 27. jegyzetet.
37. WINICK: *I. m.*, 109.
38. Lásd a 27. jegyzetet.
39. WINICK: *I. m.*, 113.
40. United Nations: *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*, 1991, in *Amnesty International: Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Care Professions* (An Amnesty International compilation of selected ethical texts), London, Amnesty International Publications, 1994. Magyarul: *Alapekvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről* (ENSZ, 1991) 11 (15), in *Mental Disability Rights International: Emberi jogok és egészségügy. Magyarország, 1994*, Függelék B, 115–128.
41. Lásd a 27. jegyzetet.
42. Lásd a 40. jegyzetet.
43. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 190. § (b) pont.
44. Uo., (c) pont.
45. Uo., (a) pont.
46. 30/1992. (V. 26.) AB határozat.
47. SÁRI: *I. m.*, 128.
48. WINICK: *I. m.*, 133.
49. 310 US 296 (1940) Idézi WINICK: *I. m.*, 136.
50. HALMAI Gábor: *A véleménynyilvánítás szabadsága*, in *Emberi jogok*, szerk. HALMAI Gábor, TÓTH Gábor Attila, Budapest, Osiris, 427.
51. Lásd WINICK: *I. m.*, 143. és a 27. jegyzet.
52. WINICK: *I. m.*, 144.
53. Lásd a 27. jegyzetet.
54. *Whitney versus California*, 274 US 357, 375 (1927).
55. Lásd a 27. jegyzetet.
56. HALMAI: *I. m.*, 431.
57. John Stuart MILL: *A szabadságról*, Budapest, Magyar Helikon, 1980.
58. Uo., 46.
59. Uo., 111–112.
60. Uo., 121.

61. *Uo.*, 128.
62. *Uo.*, 132.
63. *West Virginia State Board of Education versus Barnette*, 319 US 624 (1943), idézi WINICK: *I. m.*, 137–138.
64. Lásd a 27. jegyzetet.
65. MILL: *I. m.*, 50.
66. WINICK: *I. m.*, 148.
67. *Uo.*, 152–155.
68. TRINGER: *I. m.*, 321.
69. ANDREASEN, BLACK: *I. m.*, 33–35.
70. WINICK: *I. m.*, 156.
71. *Uo.*, 159.
72. TRINGER: *I. m.*, 329.
73. COMER: *I. m.*, 481.
74. *Uo.*, 12.
75. TRINGER: *I. m.*, 215.
76. SÁRI: *I. m.*, 33.
77. Lásd a 27. jegyzetet.
78. WINICK: *I. m.*, 176, 185.
79. *Uo.*, 257.
80. *Uo.*, 258.
81. *Uo.*, 269.
82. *Winterwerp versus the Netherlands*, 2 EHRR 387.
83. WINICK: *I. m.*, 275, 313–317.
84. *Uo.*, 285–290.
85. *Ford versus Wainright*, 477 US 399 (1986).
86. WINICK: *I. m.*, 299–302.
87. *Uo.*, 321–323.
88. *Rivers versus Katz*, 504 NY S.2d 74 (Ct. App. 1986) in 504 New York Supplement, 2nd Series, 67 NY 2d 483, 80.
89. FRIDLÍ Judit: *Egészségügyi önrendelkezés – korlátok között*, Fundamentum, 2001/1, 108.
90. Allen E. BUCHANAN, Dan W. BROCK: *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989, 358–360.