

Dobai Attila Marcelián

Az intézménytelenítés társadalmi és jogi vetületei a hazai pszichiátriában
című

É R T E K E Z É S T É Z I S E I

Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Kar
Jog-és Társadalomelméleti Tanszék

Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola



Témavezető
Dr. habil. Zsidai Ágnes

2025

Tartalomjegyzék

I. A kutatás célkitűzései – elméleti alapvetés.....	3
II. Az empirikus kutatások ismertetése	8
2.1. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet retrospektív kvalitatív vizsgálata	8
2.2. Közelkép a budapesti közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátás műhelyeiből	9
III. Tézisek.....	14
3.1. A demokratizálódó társadalmi környezet a hazai pszichiátria intézményrendszerében jelentős változások kibontakozásához vezetett, ennek ellenére alapvetően a megkésetttség és az útfüggőség jellemezte a szakterületet a fordulat éveiben.	14
3.2. Az ideg-és elmeorvoslás 20. századi hazai fejlődését az orvos- és egészségtudomány hatalmi terének viszonyrendszerében tárom fel.	16
3.3. A jogalkotói és szakpolitikai térben a pszichiátriai intézményrendszer átalakulásának történeti íve az 1968-as „Irányelvektől” kezdődően dinamikus változásokon ment keresztül.	16
3.5. Magyarországon a közösségi ellátás nemzetközi jógyakorlatainak /normarendszerének implementálása megtorpant, a közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátóhelyeken végzett interjúk kutatás rámutat alapvető, rendszerszintű problémákra.	17
IV. Eredmények.....	17
V. Diskusszió	19
VI. A témában megjelent publikációk	20
VII. Felhasznált irodalom.....	21

I. A kutatás célkitűzései – elméleti alapvetés

A doktori kutatómunka célja az egészségügyi tudományos szféra tudományos mezőjébe¹ (Bourdieu, 2009) történő betekintés, és annak az egészségügyi-szociális jogi keretrendszernek, de novo orvos-beteg joghelyzetnek (Zsidai, 2009) az értelmezése, amely a rendszerváltást megelőző, és az azt követő időszakban meghatározz(t)a a pszichiátriai ellátást. A témafelvetés jellege miatt nem törekedhettem arra, hogy dolgozatomat egy konkrét jogi szakterület, így kizárólag a jogelmélet vagy a tételes jog keretei között helyezzem el, ez mind a módszertantól, mind a téma jellegétől teljesen idegen lett volna. Ennek ellenére a társadalmi praxisban manifesztálódó jelenségek és a pszichiátria értelmezése során egyértelműen társadalomelméleti reflexióra törekedtem (ilyen értelemben és a módszertan tekintetében inkább a jogszociológiához kapcsolódik a mű), illetve a tételes jogi vonatkozásokat a szükséges mértékben beépítettem a dolgozat elméleti és gyakorlati részébe is, illetve kiegészítettem az ügyvédi praxisomból származó jogesetek elemző bemutatásával. Nem idegen ez a megközelítés a jogtudomány kurrens kutatásaitól (Fekete, 2015:421). Munkám arról a légkörről szól, amely a rendszerváltozás reményei között újjászületett, pezsgő tudományos életet, az egészségügyi rendszert jellemezte (Dobai et al, 2024). Dolgozatomban kiemelten foglalkozom a betegek szabadságtól történő megfosztásával (Hajnóczy, 1975), az alapvető jogok módszeres megsértésével, a „jogüres térrel” (Fekete, 2023:10), amelynek szelleme a fordulat éveiben is átjárta a pszichiátriai intézményeket, és nyomokban a mai napig jelen van. A rendszerváltozás utáni magyarországi pszichiátriában jellemző(volt) egy sajátos értékválság probléma, a szakma jövőképek és az ellátórendszer demokratikus szellemen történő újradefiniálásának lehetőségei között. A bürokratizmus évtizedes gyakorlatairól, az elidegenítés formáiról, a kilátástalanságba sodortság, a periféria probléma sajátosságairól (Falusi, 2023) élénk diskurzusok kezdődtek a rendszerváltás hajnalán. Összességében a politikai rendszerrel együtt alakultak át a devianciák heterotópiái. Új formákban, de a kirekesztés diskurzusok által a társadalmi térben máig érzékelhető a pszichiátriai betegekkel szembeni periferizáló attitűd.

Az egészségügyi szervezetrendszer felépítése hierarchikus, az új jogszabályok mindig alkalmazkodnak ahhoz a meglévő struktúrához, a közigazgatási egészségügyi alrendszeréhez, amelyben a tisztviselők sajátos alkalmazási és előmeneteli rendszerben látják el feladataikat (Fazekas, 2022b:117-123).² A hierarchikus belső felépítés ellenére az egészségügy szolgáltatás is, amely a humán közszolgáltatások között helyezkedik el. (Fazekas, 2021:123). A jelenkori rezsimszerű struktúra egyfajta sajátos útfüggőséget mutat, a monarchia időszakára nyúlik vissza. Az egészségügyet dekrálaltan a Belügyminisztérium feladat-és hatáskörében helyezi el

² A 2020. évi C. törvény átvette a kormány-és köztisztviselői karok együttalkalmazási tilalmait, a jogviszony alapstruktúrája az egészségügyi szolgálati jogviszony karaktere tisztviselői lett.

a jogszabályi környezet, ez a szabályozási technika még a centralizált szocialista berendezkedéstől is idegen volt. Az egészségügyi és szociális alrendszert is besoroló, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdése jogszabály³ jelenleg – nem túl szerencsés módon – a belügyminiszter feladat-és hatáskörébe sorolja-a: szociálpolitikát, kábítószer-megelőzésének tárgyköréit, a kábítószerügyi koordinációs feladatokat, egészségbiztosítást, az egészségügyi rendszer egészének irányítását. Ezeket a feladatokat belügyminisztériumban működő egészségügyi államtitkár, de összességében a minisztériumi apparátus látja el (Fazekas, 2022a). A jelenlegi szervezeti struktúrában visszaköszön az Elkülönítóból (Hajnóczy,1975) megismert apparátus, amelyben a jogszabályok tengerében a humánus elillanni látszik, a szociálpszichiátria eltűnésével a pszichiátria társadalmiságának figyelmen kívül hagyásával orvosi/ belügyminisztériumi hatáskörbe sorolt problémává válik. Jól mutatja ezt a tendenciát a közelmúltban létrehozott biztonsági pszichiátriai osztály. A klasszikus pszichiátriai osztályok és az IMEI között létrehozták a fokozott őrzést biztosító osztályt. (biztonsági szolgálattal működő osztály). Emelt Biztonságú Pszichiátriai Egységet (1282/2023. (VII. 17.) Korm. határozat) az OPAI keretein belül.

Jóllehet, dolgozatunk a jogtudomány által kevésbé reflektált területet érint, ugyanakkor a jog-és irodalomkutatások, vizsgálódások főként Hajnóczy Péter (1975, 2013) munkássága már megteremtette a téma hazai diskurzusközösségét. (pl. Nagy, 2015, továbbá Fekete, 2023, Falusi, 2023). Hasonló dolgozatok illeszkednek abba a kánonba, amely a jogtudomány nyugatiasodásához és a tudományos diskurzus többféle változásához vezetett, egyben lehetőséget teremtett a társadalmi megközelítések kibontakozásához is (Jakab-Menyhárd, 2015:31). A jogszabályok és az életvilág kölcsönhatásai által igyekszem egységet és hűséget teremteni választott szakterületem felé. Munkám annyiban nyújt a szakterületen belül újdonságot, hogy sajátos szemlélettel igyekszem kitörni a szigorú diszciplináris keretek közül. és Keresztmetszeti képre törekszem: a munka társadalmi aspektusból mintegy szembefordított tükröt tart a hazai pszichiátriának különös tekintettel az útfüggőség jelenségére az intézmények létrehozása és fenntartása kapcsán (Légmán, 2011). Mindamellet meg kívánjuk jegyezni, hogy a munka terjedelme és műfaja, a szerző lehetőségei nem tették lehetővé a hazai pszichiátria átfogó vizsgálatát, a jelenlegi ellátórendszer minden problémájának feltárását és az ezekre történő reflexiókat.

A dolgozat első részében igyekeztem meghatározni a téma helyét egy interdiszciplináris szakirodalmi metszetben, majd a pszichiátriai intézmény, mint társadalmi termék (Levfebvre, 1991) jellemzőit ismertetem. A téma megértéséhez és a konkrét intézményi struktúra körvonalazásához szükséges az intézmény szociológiai fogalmának bevezetése amelyet a téziszűzetben is célszerűnek tartok megjeleníteni. A kezdeti intézmény(csírája) az alábbi módon formalizálható:

- A és B kapcsolatba lépnek egymással és tipizációkat termelnek
- A megfigyeli, mit csinál B (A feltételezése, hogy B cselekedeteit mozgatórugók vezérlik)
- Ha B cselekedetei megismétlődnek, az indítékok tipizálását, mint ismétlődőket identifikálja A
- A hamarosan azt is mondhatja: „már megint kezd”
- Ugyanakkor A is felteheti, hogy B ugyanúgy viselkedik vele szemben, A és B kezdettől fogva feltételezi tipizációjuk kölcsönös mivoltát (Berger –Luckmann, 1998: 84–85).

A cselekvők tipológiájának lehetősége ebben a fázisban még nem adott, de az intézményesülés alapja (feltételrendszere) megteremtődik (Berger – Lukmann, 1998:84-85). Az intézmény mint szociológiai fogalom sokrétű, mély és többértelmű. A betegség szükségszerűen kitermel interakciókat, intézményeket a társadalmi térben (Parsons, 1991:289), és betegségnarratívákat hoz létre az egyének valóságában.

Alapvetően elmondható, hogy:

„az intézmény fogalmának viszonylag széles körben elfogadott különböző értelmezései szerint az intézmény jelentheti elvárások, illetve szabályok sajátos rendszerét, a viselkedés megfigyelhető szabályszerűségét, a kölcsönhatások rendszerességét, beállítottságok, értelmezési hajlandóságok valószínűségét. Az intézmény jelenthet továbbá valamilyen csoportot vagy szervezetet, végül jelentheti a társadalom valamely szféráját vagy alrendszerét” (Farkas, 2007:34)

Dolgozatom első empirikus részében a volt dolgozók szemüvegén keresztül az utolsó, totálisnak tekinthető, aktív ágyakkal is rendelkező pszichiátriai intézmény jellemzőit mutatom be (Goffmann, 1961) mint bürokratikus gépezetet, és elidegenedő gyakorlatai mellett a párhuzamos (jó)intézmény világát is megjelenítem) Értelmezésemben az elmegyógyintézet szimbólum, a kirekesztés, az elkülönítés, és legfőképpen a „terápia”, a normalizáló gyakorlatok szimbóluma, színtere, helye (Parsons, 1991:289).

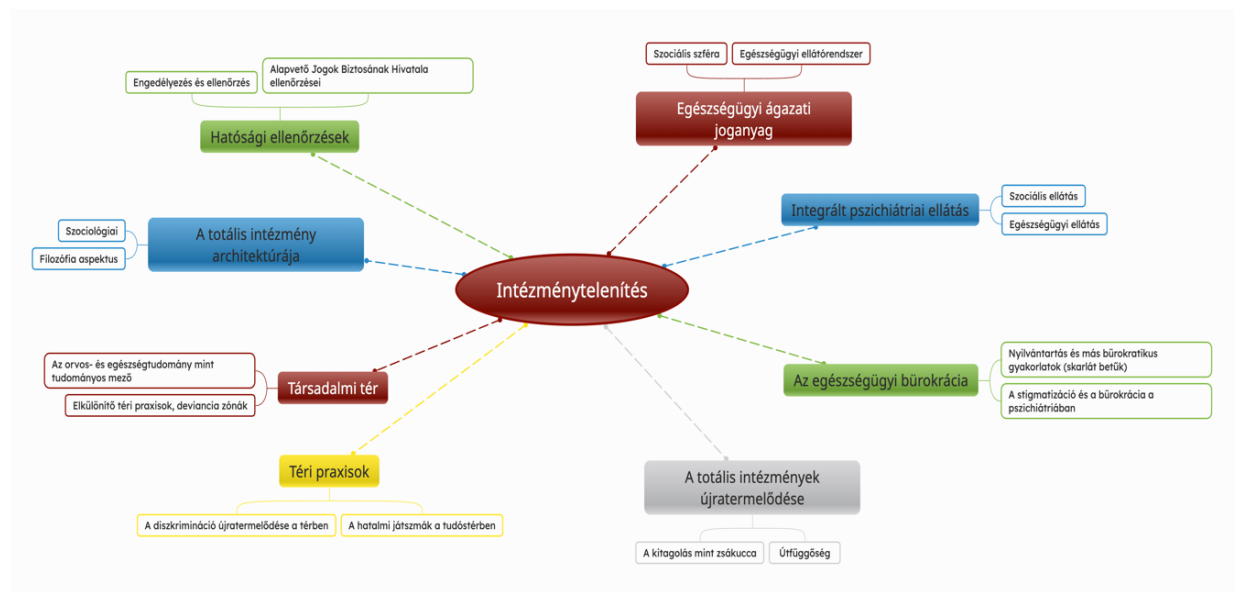
A demokratikus országok mellett az államszocialista berendezkedésű társadalmak esetén is mérföldkőnek számított a „tömegintézmények” megszüntetése, vagy éppen a transzinstitucionalizáció segítségével egy új ellátórendszer kiépítése. Ez a fordulat hasonló volt az összes hatalmi szimbólum ledöntéséhez, átkeretezéséhez (Zsidai, 2022).

A második empirikus részben perspektívaváltással a közösségi pszichiátriai intézményekben végzett interjúk kutatás eredményei tükrében, mintegy alulnézetből tekintek az egész jelenlegi pszichiátriai ellátórendszerre. Itt az elemzés problémaközpontú, megoldásfókuszú, jövőre orientált. A dolgozat koncepciójának kidolgozásakor vezérelvem volt, hogy olyan munka születhessen, amely az elmélet és a tételes normák világából kilépve, az életviszonyok vizsgálatára irányul, és kimondottan kapcsolódik a „law in context” típusú kutatások szemléletéhez. A jogszociológiai perspektíva a bourdieu-i hagyományból ered, a témát a mezőelmélet (Győry – Fleck, 2020:221) oldaláról közelítem meg, abból az alapvetésből kiindulva, hogy az orvos- és egészségtudomány értelmezése nélkül nem érthetjük meg igazán az egészségügyet mint rendszert, sajátos intézményt, ezen belül pedig a pszichiátriát mint speciális tudományos mező talaján kialakult és önállóan fejlődött, olyan hibrid tudományterületet (Bodor – Nyitrai – Sükösd, 2009), amely számos kapcsolódással bír a neurológia, a klinikai pszichológia, a kognitív (ideg)- és a társadalomtudományok felé. A disszertáció gondolattérképét az (1. ábra) szemlélteti.

Az alkalmazott kutatómódszertan a társadalomtudományi kutatások kvalitatív irányzataihoz kötődik, ezen belül is a Grounded Theory-hoz (Horváth–Mitev, 2015). Kutatási kérdéseimre a szociálpszichológiában is gyakran alkalmazott félig strukturált interjúk, megfigyelések, tartalomelemzés segítségével a Denzin-féle (Denzin, 1989) triangulációt (Sántha, 2017a) alkalmazva keresek válaszokat. A dolgozat elején a terület történeti ívét, a pszichiátriai narratíva 19-20. századi fejlődéstörténetét mutatom be. Munkámban a történeti összehasonlító elemzéssel a pre-és posztoszocialista kontextus párhuzamos értelmezése mellett elsősorban a téma társadalomelméleti hangsúlyait igyekszem körvonalazni. Az egészségügyet bürokratikus szervezetként azonosítom, ezen belül keresem a pszichiátriai helyét, illetve a szociális és egészségügyi alrendszer közötti kapcsolatot. Az egészségügy hierarchikus szerveződésének és a többszintű, különböző ellátási formák jogi kontextusba helyezését végeztem el.

A weber-i bürokrácia megjelenésével (Weber, 1967) az egészségügyben totális intézmény kialakulásának társadalmi előfeltételeivel (Merton, 2002) foglalkoztam, a vonatkozó joganyag fejlődésével, a kurrens szakirodalom alapján a pszichiátriai ellátórendszer tételes jogi, közigazgatási dimenziójának leírását végeztem el.

A téma szakszerű körvonalazásához a szakmai hagyományok, a hivatásszemélyiség fejlesztése az orvosi pályán megjelenő szocializációs mintázatok megértése nélkülözhetetlen volt. Az intézmények belső viszonyrendszereinek közelítőleg objektív interpretációja a belső terek életvilágának megértése segítette a pszichiátria mint szakterület elhelyezését. Kutatásom azt a célt is szolgálja, hogy részletesen bemutassam és feltárjam, az ideg-és elmeegógyászat formálódásának folyamatát hazánkban, s bemutassam a fontosabb szakmai műhelyeket. A kvalitatív módszerekkel végzett, empirikus kutatásom egyrészt az OPNI volt dolgozóinak, lakóinak a Lipótmezőhöz, mint munka- illetve lakóhelyhez való kötődésének és a tárgykötdéseknek a totális intézmény sajátos kontextusában való megjelenítésére irányult, másrészt adalékul szolgál a rendszerváltást közvetlenül megelőző és azt követő évek változásainak⁴ az intézménytelenítés tükrében történő megjelenítéséhez.



1. ábra A disszertáció gondolattérképe

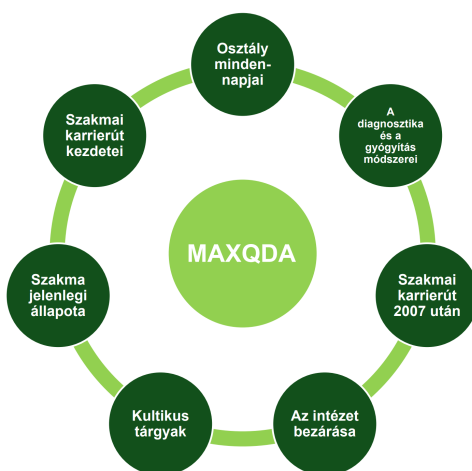
⁴ Az OPNI dolgozói közösségének retrospektív kvalitatív vizsgálata, ELTE PPK Környezetpszichológia Kutatócsoport (Dobai-Düll, 2022)

II. Az empirikus kutatások ismertetése

2.1. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet retrospektív kvalitatív vizsgálata

Az operacionalizálás során nyilvánvalóvá vált, hogy a pszichiátriai joganyag bár vizsgálható a jogi dogmatika eszközeivel az egyes jogintézmények elemző bemutatásán keresztül, mégis szükségesnek tartottam a tételes jogi normák mögött a látható intézményt, a hétköznapi praxist, az életvilágot megjeleníteni. Az elméleti kérdések bemutatása után két empirikus vizsgálatot végeztem. Az OPNI 2007-ben történt bezárása mérföldkő volt a hazai pszichiátria számára. Az eltelt idő kellő távolságot biztosított az interjúalanyaimnak, hogy az ellátórendszer 1990 utáni történetét és a személyes narratívákat is hitelesen tudjam rögzíteni.

Az empirikus vizsgálat gerincét a félig strukturált életinterjúk alkotják, az adatalemzéseket MAXQDA2024 felhasználói környezetben végeztem el (Sántha, 2017b) (2.ábra).



2. ábra Az életút interjúk kérdései

Az interjúk alkalmat adtak arra, hogy az utolsó totális pszichiátriai intézmény belső és külső kapcsolatait jobban megértsem, interpretáljam, és a pszichiátria fejlődéstörténetének rendszerváltást közvetlenül megelőző és azt követő időszakáról hitelesebben írjak. Az elméleti konstrukciók jobb megértését ez a konkrét intézményi példa egészíti ki, színesíti. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet volt dolgozóival retrospektív, kvalitatív módszertani paradigmába sorolható vizsgálatot végeztünk. Az interjúk anyagának részletesebb elemzését az empirikus részben (2.ábra) végeztem el, ennek ellenére az elméleti fejezetekben is idézek az interjúalanyoktól, így megteremtve az elmélet és a gyakorlat közötti kapcsolatot, egyfajta sajátos párbeszédet a szakirodalommal és a szakma egykori mindennapjaival, az életvilággal

„Ez a társadalmi életvilág, amelyen a szubjektumok a világon belüli ügyeikről kölcsönösen megegyezhetnek.” (Habermas, 1984:111)

A teljes jelenlegi keresztmetszeti képhez szükséges volt a budapesti közösségi pszichiátria és addiktológia műhelyeinek kvalitatív vizsgálata is, amely lehetőséget teremt arra, hogy mintegy alulnézetből tekintsünk az ellátórendszer egészére, és rámutassak a jogilag és társadalmi szempontból is releváns problémahalmazra. A kvalitatív adatok másik csoportját a részvételi fotóinterjú, valamint digitális tartalomelemzés, illetve a virtuális közösség megfigyelése (résztevő megfigyelés) alkották.



3. ábra Kutatásmódszertani eszköztár

2.2. Közelkép a budapesti közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátás műhelyeiből

A pszichiátriai betegek ellátása két alrendszerben valósul meg. Az egyik elsődlegesen az egészségügy által nyújtott fekvő- és járóbeteg szakellátásokat tartalmazza, a pszichiátriai és addiktológiai páciensek pedig a szociális szféra hatókörébe tartoznak. Egyes szerzők arra is utaltak, hogy megvalósítható lenne az integrált ellátás az addiktológiai betegek számára is (Harangozó-Perczel, 1998). Az alapvetően kórház centrikus ellátás helyett – a szociális törvény⁵ szerint is – törekedni kell új megoldások, pl. a közösségi ellátás alkalmazására (Bodrogi, 1998). A közösségi ellátás főbb szolgáltatásai a jogszabály alapján: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtás, meglévő képességek megtartása, fejlesztése, házi- és kezelőorvossal való kapcsolattartás, továbbá pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,

⁵ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

megkereső programok szervezése. Az idézett törvény a háromdimenziós, holisztikus szemléletű (Fallon et al, 1998) modell felől tekint a pszichiátriai betegekre, megjelenítve azt a komplexitást, amely szükségszerűen jellemzi a szakellátásokat. A legfrissebb Szakmai Ajánlás definíciója szerint:

„a közösségi ellátás esetében a közösségi kifejezés arra utal, hogy az érintettek ellátása eredeti lakókörnyezetükben, közösségükben történik, s nem az érintett kiemelésével, intézményi keretek között. A lakókörnyezetben nyújtott szolgáltatás biztosítja, hogy az érintett ott kapjon segítséget problémáira, ahol azok keletkeztek, javítva ezzel a segítséghez jutás esélyét és az igénybevételi hajlandóságot.”⁶

A relapszusok megelőzésének közvetlen, modern terepe mindenképpen a beteg saját környezete, és nem a pszichiátriai fekvőbeteg osztály (Fallon et al., 1998). Az egészségügyi és szociális alrendszer között bár léteznek laza, főleg informális szakmai kapcsolatok, a hatékony, közös szempontrendszer alapján végzett esetkezelés az elmúlt évtizedekben nem tudott szervezőelvvé válni, annak ellenére, hogy számos joggyakorlat kialakulását olyan mértékadó szaktekintélyek katalizálták, mint pl. az Ébredések Alapítvány, Forrásház Gondozási Központ munkatársai (Harangozó et al., 1998), akik évtizedek óta sikeresen alkalmazzák az integrált pszichiátriai ellátás modelljét (IPE). A biopszichoszociális pillérek dinamikus együttműködése a hatékony ellátásszervezés kulcsa (Fallon et al., 1998). Fallon összekapcsolta a kórházi ellátáson alapuló modellt és a közösségi ellátáson alapuló keretrendszer előnyeit, így teremtette meg az Integrált Pszichiátriai Ellátás vízióját. A jelen kutatás megszervezésekor is szembesülhettünk azzal, hogy mindkét szféra több olyan szereplővel is operál, amelyek vonatkozásában érződik egyértelműen az igény az ellátástípusok összekapcsolására. A 2018-ban kiadott szakmai ajánlás említi a gondozókkal való koordinátori kapcsolattartás szükségességét, de a munkaanyagban részletesebb iránymutatást nem adnak az egészségügyi és szociális ágazati szereplők együttműködésének szükségességéről:

”A pszichoedukációs tevékenység kompetenciahatárait felismerve képes a közösségi gondozót segíteni, folyamatosan együttműködve a pszichiáter gondozóorvosokkal.”⁷

Több ágenssel találkoztunk, akik a saját területüket védelmezik, sokszor a hatékonyság rovására is. Erre a jelenségre és a párhuzamosságra mások is rámutattak (Légmán, 2011: 80). Hazánkban a hagyományos ambuláns, illetve gondozóhálózati ellátás továbbra is medikális szemléletű, gyógyszerközpontú, és nem teszi lehetővé a betegek kísérését, hatékony monitorozását, szociális utánkövetését. Bár vannak törekvések arra, hogy a gondozókon belül legyen pszichológus és szociális munkás álláshely, illetve kellő számú és képzettségű

⁶ Szakmai Ajánlás Közöségi Ellátás Pszichiátriai Betegek Részére EEMI,2018.

⁷ uo. 29.o.

szakdolgozót (gondozók) foglalkoztassanak, de az ellátások minősége a vezetői, illetve a szakdolgozói készségektől, attitűdöktől, leterheltségtől függenek, esetlegesen. Korábbi interjúk kutatásunk alkalmával elmondták a volt Lipótmezőn dolgozó, még aktív kollégák, hogy több intézményben nincs mód a klasszikus kijárós gondozásra, mert pl. az úti költségek térítése⁸, elszámolása több helyen nem megoldott. Nincsenek egységes járóbeteg standardok a nem medikális ellátásra, a gondozói kapacitástól függően, egy-egy páciensre viszonylag kevés idő jut (jellemzően 15-20 perc, amely kizárólag az adminisztrációra, esetleg néhány kérdésre elég). A krónikus betegek utánkövetése, figyelemmel kísérése elmarad a nemzetközi szintén tapasztalt lehetőségektől, gyakorlatoktól. 1990-től kezdődően a hazai pszichiátriai ellátórendszer jelentős átalakuláson ment keresztül (Dobai et al., 2024). A változások első hulláma volt, hogy a 1990-2007 között számos, többek közt fővárosi intézmény bezárt, amelyek integrált szemléletű, a betegek állapotát hatékonyan monitorozó terápiás rezsimek voltak. Ez a folyamat az elérhető ellátások körét ez jelentős mértékben szűkítette. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet megszüntetésével a legfőbb módszertani (tanácsadó) és mintaintézmény felszámolását éltük meg. Bár sok kritika érte a kórházi kapacitásokat biztosító intézményt – leginkább éppen a szociális indikációval (Friedman, 2010) „megőrzött” betegek miatt (Bugarszki, 2003) –, paradox módon ennek ellenére az OPNI sokszínűsége alkalmas lehetett volna az egységes pszichiátriai gyakorlatok monitorozására, jelentős szervezeti megújulásra, sőt az egész pszichiátria megújulásával kecsegtetett ez az időszak (Erőss–Veér, 2002). Az egyik legnagyobb veszteség továbbá a Goldschmidt Dénes főorvos, majd Bódog Gyula főorvos úr által vezetett Szent Rókus Kórház Pesthidegkúti Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztálya, ahol a betegek az állapotukhoz igazodva részesülhettek különböző gondozásban, utánkövetésben, amelynek fontos pillére volt a bejárós közösségnek szervezett célzott terápiás tevékenység.

1990 után 6 önálló pszichiátriai osztály bezárása vagy jelentős átalakítása történt csak a fővárosban, további összevonások és költöztetések, a korábbi Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ a Palatinus utca (Nagy A., 2007) megszüntetése is gyengítették a fővárosi pszichiátriai ellátást. A szociálpszichiátriai ellátási változatok (Füredi, 2007: 187), a rezsimek működéséhez könnyen elérhető ambuláns ellátások, a bejárósok számára rendelkezésre álló nappali kórház, a Lipótmezőn létezett Éjszakai Szanatórium olyan átmeneti ellátási formák voltak, amelyek szűkösen vagy egyáltalán nem állnak a páciensek rendelkezésére; ez a tendencia szinte semmit sem változott (Füredi, 2007: 186). Így teremtődött meg a leginkább

⁸ Az OPNI volt dolgozóinak retrospektív kvalitatív vizsgálata c. munkáinkból (Dobai–Düll, 2023)

vulnerábilis pszichiátriai/ addiktológiai beteg hajléktalan populáció növekedése, hiszen ezen átmeneti ellátások fenntartásával, a biztonságérzet megteremtésével a reszocializációs esélyek növelhetőek lennének. A kórházi ellátás biztonságosságáról szóló források ellentmondásosak. Nyilvánvalóan nem korszerű egy totális rendszerű pszichiátriai intézmény (Dobai, 2023), ahol elsősorban a paternalisztikus viszonyrendszer dominál, az alapvető jogok „szükségszerű” sérelme is nehezen elkerülhető az ezekhez hasonló intézményekben. A forgóajtó jelenség miatt a hosszan tartó hatékonyság is megkérdőjelezhető (Dobai, 2023). Az egyik legnagyobb, hazai, zárt intézmény megújulása a rendszerváltás utáni évektől látványos volt. Az OPNI-ban egyre több milieuterápiás műhely alakult, megújult a pszichiátriai osztályok egy része. A nappali kórházi és ambuláns, pszichoterápiás kapacitások növelésével, a betegek terápiás célú foglalkoztatásával a megőrző jellegű ún. custodiális osztályok helyett megnyílt az út a reszocializációs programok felé. Az alacsonyküszöbű⁹ ellátások hozzáférhetőbbek, az ellátásokat a beteg otthonáig nyújtják (Fallon et al., 1998). Meglepő jelenség a posztoszocialista országokban, hogy az intézeti alternatívaként felkínálható szolgáltatások körét egyre szűkítik, miközben az „új szegények” rétege folyamatosan növekszik (Friedman, 2010). A sokszakmási szolgáltatások humán erőforrás igénye nagyobb, az ellátáshoz elvárt szakképzettségeket és személyi minimumfeltételeket a vonatkozó rendelet szabályozza.¹⁰

A modern szemlélet szerint az intézményeknek egyformán, mindenki számára a leginkább szükséges szolgáltatást kell nyújtani (Bugarszki, 2011). Ideális esetben az otthon biztosítja azt a közeget, amely korábban a terápiás közösség volt, így a páciensek természetes közegében történhet állapotuk stabilizálása, javítása. A célokat, az elveket és a víziót a valóság árnyai megtörik. A pszichiátriai betegek egyéni motivációjának hiánya, a családi kapcsolatok töredezettsége nem kedveznek az ellátás közösségi megvalósításának. Amennyiben a társadalmi térben a családok hajlandóságot is mutatnak a pszichiátriai beteg érdekében együttműködni a különböző intézményekkel, a szakemberek hiánya, a kapacitások egyenlőtlensége, jól működő, az összefésült intézményrendszer hiánya nem jó táptalaja a hazai közösségi ellátási rendszernek.

Az integrált pszichoszociális ellátás vonatkozásában a határterületi kórképekben szenvedő, pl. epilepsziás betegek komprehenzív ellátásának is hiányzik a centrumszerű

⁹ szolgáltatások (a szakirodalmi fogalomhasználattól eltérően a pszichiátriai betegek közösségi ellátását is a könnyebben hozzáférhető csoportba soroljuk, különösen azért, mert a felvételi kérelem, pszichiáter, illetve neurológus igazolása szükséges ugyan az igénybevételhez, a vonatkozó szabályozás szerint, mégis könnyebben hozzáférhető, mint pl. a várólistás gondozói ellátás)⁹

¹⁰ 9/1999. (XI.24.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

működtetése a jelenlegi ellátórendszerből, amely alapvető igénye ennek a betegcsoportnak, ahogy azt a WHO már a 68. Genfi Közgyűlésén is indítványában az epilepszia-ellátás magas szintű centrumok létrehozását sürgette (Halász–Békés, 2022a). A jelen munka elsősorban a pszichiátriai és addiktológiai páciensekről szól, de a komorbid betegek nehézségeire is szeretnénk rávilágítani. Az egészségügyi és szociális ellátások egységes szemlélete javítaná az ellátórendszer egészének a hatékonyságát, proaktivitását. A pszichiátriai betegek, valamint – a területi igények felmérése mellett – a társadalom érdekeit egyaránt figyelembe vevő reszocializációt lehetővé tevő háromdimenziós modellben koncentrálni kell a jelenlegi gondozók bázisán, az azokhoz szorosan kapcsolódó szociális kapacitásokat kellene kialakítani. A jelen terepkutatásunkból is nyilvánvalóvá vált, hogy rendkívül nehezített a betegek utánkövetése, a szociális ellátások az egyes kerületi önkormányzatok szakpolitikai szándékaitól, a lokálisan rendelkezésre álló anyagi eszközöktől, illetve a humánerőforráson múlik. Így jelentős területi egyenlőtlenségek keletkeznek az ellátás és a szolgáltatások tekintetében a fővároson belül is.

A főváros kerületeiben működő nappali és közösségi pszichiátriai ellátást nyújtó intézmények munkatársaival kvalitatív interjúk segítségével árnyaltabb képet kaptunk a munkavállalók pályaszocializációjáról, az OPNI bezárásának észlelt kihatásairól, az intézményekben jelenleg alkalmazott szolgáltatásokról, praktikákról, továbbá a munkavégzés során felmerülő nehézségekről, az intézmények belső kohéziójáról és az ellátórendszer anticipált jövőjéről. A félig strukturált interjú (Binkmann–Kvale, 2015) lehetőséget adott arra, hogy alaposabb betekintést nyerjünk az intézményekben alkalmazott közösségi szolgáltatásokba, valamint az ellátóhelyek munkaközösségének belső kapcsolatrendszerébe. Kiemelten lényegesnek tartottuk, hogy a dolgozók szabadon megoszthassák véleményüket, így minden kérdésre saját szavaikkal reagálhattak. Az elemzést a Grounded Theory (Sallay–Martos, 2018) segítségével új elmélet keretében értelmezhetjük, amit az 1. ábrán szemléltettünk. A módszerre jellemző eljárásokat, amelyeket Glaser és Strauss (2017) fektetett le, korábbi empirikus tapasztalatok alapján megbízhatónak ítéltük az általunk feltárni kívánt terület vonatkozásában. A kérdéseinken dinamikusan változtattunk az alanyok válaszait figyelembe véve, azonban ügyeltünk arra, hogy tartalmilag ne sérüljön a kérdéssor eredeti céliránya (Sallay–Martos, 2018). Az interjúk felvétele 2024-ben történt, az esetek többségében az interjúalanyok munkahelyén, elzárt, csendes környezetben. Egy alany számára, akinél a helyszíni interjúztatás nem volt megoldható, online videóhívásban tettük fel a kérdéseket. A hangfelvételekből anonimizált átiratok készültek, tárolásuk jelszóval védett számítógépen

történt, melyhez egyedül a kutatás vezetője fért hozzá. A Budapesten működő közösségi pszichiátriai ellátóhelyeket toborzó e-mailen keresztül kerestük fel, amelyet az 1. melléklet tartalmaz. Tizenhat intézménynek küldtük el a felkereső emailt, a végleges mintába öt intézmény tizenkettő (n = 12) dolgozója került be.

Az adatok kódolását a MAXQDA2024 szoftver segítségével végeztük el, amely lehetővé tette számunkra, hogy az MP3 formátumú fájlok alapján valós időben kódoljunk. A számítógépes programok által támogatott (Sántha, 2017b) kvalitatív adatelemzés és a trianguláció összefüggései az utóbbi években népszerű témaként jelent meg a nemzetközi tudományos diskurzusban (Rädiker–Kuckartz, 2020). Az interjúk kódolása az előzetesen egyeztetett kódrendszer alapján történt. Igyekeztünk kifejezni a kiemelkedő eredmények közötti azonosságokat és eltéréseket. A kódolási folyamat mellett a MAXQDA szoftver segítségével egyidejűleg a legfrissebb szakirodalom is feldolgozásra került, ami hozzájárult az elméleti háttér és az eredmények értelmezéséhez, valamint azok kontextusba ágyazásához. Az eredményeket külön-külön és az összefüggések figyelembevételével is vizsgáltuk, majd a Grounded Theory keretrendszerében elemeztük és interpretáltuk (Sallay–Martos, 2018).

Az elemzések során, szemléletünknek megfelelően a közösségi pszichiátria/addiktológia műhelyeit komparatív módon egymás mellett vizsgáltuk, úgy, hogy a közelképünk a szociális ellátórendszer felől mutat rá az ellátórendszer egészére. Az elméleti részben utaltunk már a szakirodalomra, az interjúk részleteiből közlünk fontosabb gondolatokat, reflexiókkal. Az interjúk elsősorban a jelenlegi állapot felmérésére irányultak.

III. Tézisek

3.1. A demokratizálódó társadalmi környezet a hazai pszichiátria intézményrendszerében jelentős változások kibontakozásához vezetett, ennek ellenére alapvetően a megkésetttség és az útfüggőség jellemezte a szakterületet a fordulat éveiben.

A rendszerváltás hajnalán a pszichiátria jövőjéről éles vita alakult ki pszichiáterek között, amely egészen a kilencvenes évek végig tartott. A vasfüggöny lebontása megváltoztatta a szakmai diskurzust a pszichiátriában, szabadabb és őszintébb keretek között folytatódhatott az intézményrendszerről való gondolkodás (Bánki M–Arató, 2008). Új hatóanyagok jelentek meg, ezzel szélesítve a pszichofarmakológiai lehetőségeket. Az intézményekben általános volt a szociálpszichiátria, de lassan a 1990-es évek végére egyre több a szocializmusban még virágzó

terápiás osztály szűnt meg, a gyógyításban az integrált szemlélet mellett megjelent a családközpontú pszichiátria, amely az intézményi elhelyezést csupán mintegy ultima ratioként alkalmazta. Egyre több támadás is érte a hazai ellátórendszert, különösen vélt vagy valós visszaélések miatt (A rendszerváltással megjelentek a szcientológusok (Veér–Eröss, 1999), az ország része lett különböző ellenőrzési mechanizmusoknak a kínzás és embertelen bánásmóddal összefüggő gyakorlatok, praxisokkal összefüggésben. Az első ENSZ egyezmény, amelyet már Magyarországon is implementáltak,:

„A kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetés vagy bánásmód elleni ENSZ egyezmény az 1988. évi 3. törvényerejű rendelettel vált a hazai jogrend részévé.”¹¹

Az Európai Unió Alapjogi Chartája¹² „4. cikk - A kínzás és az embertelen vagy megalázó bánásmód és büntetés tilalma” megjeleníti a korábban különböző dokumentumokban (erről részletesebben a betegjogok fejezetben írtam) azokat az alapjogokat amelyek védelme a részes országok alapvető kötelezettsége, a jogok védelmére intézményes kereteket is biztosítaniuk kell. Magyarországon a jogvédelmi mechanizmus többszintű, a „belső”, ún. nemzeti ellenőrzés különböző szerveken keresztül valósul meg: állampolgári jogok biztosa, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, illetve ide sorolható az OPCAT mechanizmus, amely 2015-től működik hazánkban, amelynek keretein belül, külső szakértők bevonásával, különböző bentlakásos intézményekben, kórházakban, börtönökben zajlanak célzott vizsgálatok, ezek segítik a pszichiátriai ellátórendszer prudens működését is. A dolgozatban a pszichiátriákon végzett egyes ellenőrzések tanúságait kötöm össze a kurrens szakirodalommal és az interjúk kutatás közvetlen tapasztalataival. Az egészségügyi rendszer átformálása céljából jól definiálható mechanizmusok működtek egy új jogalkotói térben a pszichiátria átalakítására, demokratikusabbá tételére vonatkozóan elindult a szakmai diszkurzus, ennek nyomai kvalitatív paradigmában is vizsgálhatóak. Az egészségügyi törvény lehetővé tette a betegjogok kódexbe történő beemelését. Számos országban megfigyelhető, még Ázsiában is a pszichiátriai betegjogok viszonylag kései kodifikálása¹³ Ez a megkésettség gyakorlatilag az európai kontinensen is hasonlóan jelentkezett. Az 1972. évi I. törvényt felváltotta az új egészségügyi törvény. Számos ágazati rendelet jelent meg a hatósági ellenőrzésekről, illetve az egészségügyi szolgáltatások minimumfeltételeiről. A pszichiátriai ellátórendszer közigazgatási vonatkozásait Max Weber bürokrácia elméletébe ágyazottan vizsgálom.

¹¹ <https://www.ajbh.hu/opcat> (2025.01.03.)

¹² <https://fra.europa.eu/hu/eu-charter/article/4-kinzas-es-az-embertelen-vagy-megalazo-banasmod-es-buntetes-tilalma#national-constitutional-law> (2025. 01. 03.)

¹³ pl. Japánban az új pszichiátriai törvénykönyv elfogadása is 1987-re esett (Kawasaki, 1998:177).

3.2. Az ideg-és elmeorvoslás 20. századi hazai fejlődését az orvos- és egészségtudomány hatalmi terének viszonyrendszerében tárom fel.

Az orvostudomány hatalmi terében különleges helyzetet foglal el a pszichiátria, részben azért, mert a szomatikus orvoslásból vált önállóvá, a rendszerváltáskor különvált Magyar Pszichiátriai Társaság identitáskríziséről és kiútkereséséről eseménytörténeti összefüggésben írok, reflexiókat keresve a kortünetek arcaira, a pszichiátria társadalmi helyzetének körvonalazására.

3.3. A jogalkotói és szakpolitikai térben a pszichiátriai intézményrendszer átalakulásának történeti íve az 1968-as „Irányelvektől” kezdődően dinamikus változásokon ment keresztül.

A szocialista pszichiátriai rendszer az 1990 utáni időszakban még masszívan meghatározta az ellátórendszer egészét, az interjúkból fellelhetőek azok a terápiás és büntető és fegyelmező eszközök, amelyek a totális intézményi működésből fakadtak. Megőrződtek az intézeti ellátásban is korszerűtlen terápiás algoritmusok, a hatalmi mezőben az ápolók egyeduralkodói a betegek felett, de ekkor jelenik meg markánsan a mellérendelő gyógyítás a pszichoterápia, a szociálpszichiátria második reneszánsza. A társadalomban is megkezdődtek az addiktológiai betegségekről szóló diskurzusok, a droghasználatról a prevencióról érdemi kérdésekről lehet informálódni a médiából, kerekasztal beszélgetések kampányok kezdődnek, láthatóvá válnak a pszichiátriai betegek, a betegjogokon keresztül a jogvédelmi mechanizmusok tudatosulnak a hozzátartozókban is. Oldódik a kinti és benti világ közötti diszkrépancia, a reszocializáció, az integráció, a társadalomba való visszakerülés reális cél, nemzetgazdasági igénnyé válik. Korszerű társadalmi hatástanulmányok jelennek meg a pszichiátriai betegekről.

3.4. A téma átfogó ismertetését segítette az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet belső struktúrájának 1968-2007 közötti időszakot átfogó retrospektív kvalitatív vizsgálata.

Az utolsó totális pszichiátriai fekvőbeteg intézmény belső világának feltárása alkalmas volt arra, hogy az intézet mikroközösségeinek hatalmi viszonyait, az intézet vezetésének a személyzethez fűződő kapcsolatát feltárjam.

3.5. Magyarországon a közösségi ellátás nemzetközi jógyakorlatainak /normarendszerének implementálása megtorpant, a közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátóhelyeken végzett interjúk kutatás rámutat alapvető, rendszerszintű problémákra.

A közösségi pszichiátriai ellátás az intézménytelenítés (Raphael–Stoll, 2013) célja és szükségszerű megjelenése előfeltétele a modern ellátórendszernek. A hazai pszichiátriai rendszerből hiányoznak azok a szabályozási technikák, amelyek lehetővé tennék az integrált pszichiátriai ellátást a szociális és egészségügyi ellátás összeolvasztásával, egységes kódexben történő megjelenítésével, akár a jelenlegi gondozóhálózatok bázisán hatékony ellátásszervezés valósulhatna meg, amely sokkal költséghatékonyabb is lenne. Ehhez szakmai és jogalkotói akarat szükséges, Budapest közösségi ellátórendszerében végzett kutatásunk a gyakorlati szakemberek ilyen irányú igényeit feltárták. Az ambuláns ellátás hatékonyságának növelése, a visszaesések megelőzése (Jongheo et al, 2021), a gyógyszerfelíró erősen medikális szemléletű pszichiátriát megváltoztathatná, a szociális szolgáltatásokat koncentrálhatná.

Munkánk célja volt, hogy egy kvalitatív vizsgálat segítségével láttelepet nyújtsunk a közösségi pszichiátriai és a fővárosi addiktológiai ellátás néhány műhelyéből. A kutatási kérdéseink és a vizsgálat célja arra irányult, hogy rátekintsünk a pszichiátriai betegek jelenlegi helyzetére. 2007 az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása, olyan mérföldkő volt, számos fővárosi egészségügyi intézmény mellett az utolsó zászlóshajó megszüntetése, amely új reményeket adott a szakterületnek, a közösségi ellátások, a védett lakhatás elérhetővé válásának ígéretével kecsegtetett ez az időszak. Joggal érezhették többen, hogy bár a korszerűnek sok tekintetben nem mondható OPNI megújulása nem fejeződhetett be, új fejezet nyílhat a pszichiátriai betegek ellátásában. A kutatómunka egyik elsődleges célja, hogy a volt dolgozók visszaemlékezésein keresztül feltáruljon előttünk az országos intézet teljessége, a rendszerváltást közvetlenül megelőző és azt követő időszak praxisa, az intézet dehumanizáló és megtartó kettőssége.

IV. Eredmények

- A kutatómunka során definiáltam az egészségügy mint tudományos mező fogalmát, és egy filozófiai és társadalomelméleti keretben helyeztem el a pszichiátriát, mint tudományt.

- A történeti narratíva párhuzamos elemzésén keresztül rámutattam a hazai pszichiátriai ellátórendszer korai anomáliáira, zsinórmértéknek tekintve a két fő rendszerkritikus Hajnóczy Péter (1975, 2013(Nagy Tamás) és Bakonyi Péter (1986), (Fekete, 2023). Az 1970-től kezdődő szociálpszichiátriai „csendes forradalom” részeként azonosítottam a két szerző, a hazai „speak out” kultúra elindítói egy cseppet sem veszélyes társadalmi közegben, ennek a vátesznek minden megpróbáltatásával.
- Jogesetek elemző bemutatásán keresztül a napi gyakorlat nehézségeire, és a rendszer máig élő abszurditására is igyekeztem reflektálni.
- Az utolsó nagy, totális aktív pszichiátriai intézmény. az OPNI bemutatásán keresztül, a volt dolgozók életinterjúi segítségével az intézeti nosztalgiázáson túl, a rendszer működéséből fakadó anomáliákat és a kettős demarginalizáció¹⁴ problémáját mutatom be.
- Markánsan megjelenik és társadalmilag is jelentőségteljes a pszichiátria szinte teljes mértékben történő visszamedikalizálódása, míg a társadalmi narratívában realizálódik a pszichológusokat fogyasztók népes tábora, akik jellemzően magas szocioökonómiai státusszal rendelkeznek.
- A szociális és egészségügyi ellátórendszer és a jogi szabályozás életszerűtlenné válása jól tetten érhető a második empirikus vizsgálatban, amely alkalmat adott arra, hogy – mintegy kaleidoszkópszerűen – a szociális szféra aktorain keresztül tekintsek a probléma teljes vertikumára.
- Limitációként megemlíthető, hogy sem terjedelmi, sem egyéb korlátok nem tették lehetővé, hogy a teljes keresztmetszeti kép láthatóvá váljon, a hazai pszichiátria teljes vertikumát vizsgáljam. Földrajzi korlátai a munkának a Budapest centrikus perspektíva. Ennek ellenére a munka alkalmas volt problémák, kérdések megfogalmazására, az ellátórendszer struktúráinak definiálására, és az egyes „helyek” megismerésére.

¹⁴ A pszichiátriai intézményben dolgozók a betegekhez hasonlóan a társadalomban nem szocioökonómiai, hanem sokkal inkább interperszonális értelemben periferizálódnak.

További átfogó, longitudinális vizsgálatok szükségesek a jogi, pszichológiai és egészségstudományi szereplők bevonásával.

V. Diskusszió

A 16. századi eszmeáramlatok a betegeket még bezárásra ítelt, erkölcsileg megjavítandó egyéneknek tartották. A börtönök nagy része még tele volt elmebetegekkel (Foucault, 2004). A felvilágosodás korában kezdték felismerni, hogy betegségek heterogén csoportjáról van szó, nem megszállottak, hanem a társadalom periferiáján élő sokaság, akikért a társadalom felelősséggel tartozik. Széles körben hoznak létre zárt intézményeket (institucionalizáció korszaka) a betegek számára, ez a tendencia folytatódott a 19. század vége, 20. század elejéig. Az orvoslás kémiai és fizikai módszereinek/ protokolljainak kifinomultsága határozta meg a „Fényes szelek” időszakát, azt a nagyjából 100 évet, amely a pszichiátriai módszereinek szofisztikálódását, az ember, mint közösségi lény, újra felfedezését jelentette. A modern pszichológia, pszichiátria szinergiája és sajátos kölcsönkapcsolata valódi reformokat a milieu terápia megjelenését teremtette meg, mintegy előfeltétele lett a háromdimenziós ellátásszervezésnek. Az antipszichiátria és a szociálterápiás rezsim, illetve a közösség többdimenziós emberképével kiegészült gyógyítás az ellátórendszer nyitottságát és módszertani sokszínűségét hozta el, abban a reményben, hogy megteremtse a társadalmi előítéletektől mentességet, közvetlenül is hozzájáruljon az ellátórendszer decentralizálódásához hazánkban is. A jogi keretrendszer az egészségügyi jog kodifikálása a korábbi egészségügyi törvény kiváltása, az emberi jogok és a betegjogok fontosságának előtérbe helyezése az ellátórendszer paternalisztikus viszonyait igyekezett feloldani és egy emberközpontúbb, szociális és egészségügyi hálózat megteremtésén munkálkodott. A 20. század második felében már az európai kontinens valamennyi országában és az USA-ban is nagyszabású, totális pszichiátriai intézetek bezárásáról beszélhetünk, ami előremutató programnak tűnt. Az intézménytelenítés időszakát az emberi jogok és a betegek csoportjogainak szélesebb körű elterjedése, a joggyakorlat fejlődése indította el. A személytelen, sokszor fegyelmező és kirekesztő elmeegógyintézetek helyett egy humánusabb, a testi szabadságot előtérbe helyező biopszichoszociális ellátórendszer kiépítése volt a cél minden országban. Az USA-ban azonosítottak néhány kulcsterületet, amelyek a mentális betegségek megítélésében áttörést hoztak:

- paradigmaváltás, a biopszichoszociális nézőpont megjelenése,

- intézményrendszer és finanszírozás változásai,
- közösségi ellátási modell, súlyos mentális betegséggel élők számára,
- a fogyasztók és a családok bevonása,
- szolgáltatások gyermekeknek és serdülőknek,
- kapcsolat az igazságszolgáltatás alrendszerével. (Mowbray-Holter, 2002:135)

Sajnálatos módon hazánkban az elmélet mögött a gyakorlati megvalósítás csorbát szenved, mert sem a jogrendszer kiegészítése különböző, a gyakorlatot aktívan támogató normák kidolgozásával, sem a humán erőforrás kapacitások, a forráshiányos ellátórendszer (jelenleg) nem alkalmas arra, hogy integrált ellátásszervezés jöjjön létre, illetve cost-benefit indikátorokkal meg tudjuk ítélni ezeknek a rendszereknek a működését, hatékonyságát. Magyarországon a pszichiátriai szolgáltatások demokratizálódása közvetlenül a rendszerváltás előtti és utáni időszakhoz köthető, a szakterület fejlődésére a megkésetttség jellemző, sajátos elmaradt katarzis, amely számos területet átszőtt, így az orvostudomány műhelyeit is. Dolgozatom célja volt, hogy megjelenítsem azt a keresztmetszeti képet, amely a rendszerváltozás 30 évének pszichiátriai dinamikáját meghatározta a fővárosban. Az empirikus részben egy klasszikus totális intézmény, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet architektúrájának, belső közösségi dinamikájának feltárásával kívántam bemutatni egy szeletet az egyik utolsó deviancia heterotópiának és időtömörítő térnek is tekinthető milieu-ből. A szomorú és talán legmarkánsabb konzekvenciája a kutatásnak a pszichiátria visszamedikalizálódásának sokrétű jelensége, amelynek a szociális ellátórendszerben és az egészségügyi szolgáltatások terén is jól azonosítható jelei vannak. A területen az integratív gondolkodásmódra a jogalkotás, a szakterületi harmonizáció területén is van még tennivaló, ám ehhez jelenleg a kodifikációs hajlandóság hiányzik, illetve jelenleg a teljesítmény (költség/haszon) indikátorok (Nagy–Túri, 2021) kidolgozása sem időszerű.

VI. A témában megjelent publikációk

DOBAI A. (2018): *A szakrális tér, mint városi térkategória.* In.: Comitatus Önkormányzati Szemle 28.229 3-11 pp. Comitatus Társadalomkutató Egyesület.

DOBAI A. (2022): *Szakrális terek Budapesten a rendszerváltozás után.*

L'Harmattan Kiadó, Budapest. (A módszertani kérdések tekintetében releváns)

DOBAI A. (2022): *Egyes vallásfelekezetek és érzékeny csoportok jogainak érvényesülése a betegellátás során.* Ügyészek Lapja, 29:3 2022. pp. 29-46.

Dobai A.(2023): *A totális pszichiátriai intézmény mint társadalmi produktum arcélei a XX. században.* DIEIP, XIV évfolyam, Vol. XIV .2023/4.

DOBAI A. – Tóth Varga V. – Düll A. (2024): *A pszichiátriai intézményrendszer történeti jellemzői a rendszerváltozás után.* Kaleidoscope Orvostörténeti Folyóirat 2024.

DOBAI A. – Tótsaki G. (2025): *Közelkép a budapesti közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátás műhelyeiből.* In: Máltai Tanulmányok. (Megjelenés alatt.)

DOBAI A. (2025): *Pszichiátriai betegek az egészségügyi rendszer és a társadalom labirintusában.* Tanulmányok folyóirat, Újvidék. (Megjelenés alatt.)

DOBAI A. (2025): *A büntetés és jutalmazás narratívái Lipótmezőn, kvalitatív interjúk alapján.* Szociológiai Szemle különszám. (Megjelenés alatt.)

VII. Felhasznált irodalom

BAKONYI P. (1984): *Téboly, terápia, stigma.* Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest.

BÁNKI M.CS.-ARATÓ M. (2008): *Vágyfantáziák a közelmúltból. Modern pszichiátria Magyarországon?* Professional Publishing Kft., Budapest.

BERGER,L,P.–LUCKMANN,T. (1998):*A valóság társadalmi felépítése.* József Műhely Kiadó, Budapest.

BODOR P., & NYITRAI – SÜKÖSD, A. (2009): *Politikai pszichiátria: Létezett-e Magyarországon az államszocializmus időszakában?* Élet És Irodalom, 52(30), 6.

BOURDIEU, P. (2009): *A tudományos mező.* Replika 2009/67, 11-36.

BURGARSZKI Zs. (2011): *Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén.* Esély, 2011/2,55-85 pp.

BUGARSZKI Zs.(2003): *Átmenet az intézményi alapú modellekből a felépülés-orientált közösségi alapú szolgáltatásokig a mentális problémák kezelése területén – Bevezető.* Esély, 23(3), 5–7.

DENZIN, N. K. (1989): *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods.* McGraw-Hill, New York.

FALLON R. H. IAN – COVERDALE JOHN H. – RONCONE R. (1998): *A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája: az optimális gondozási modell alapjai.* Pszichoterápia, 7 (Supplementum) 6-15.

FALUSI M. (2023): *A kézirat hatályba lép. A normasértő individuum Hajnóczy Péter és Bereményi Géza prózájában.* Valóság, 66. évf./2.sz.

FAZEKAS M. – KONCZ J. (2020a): *Egészségügyi jog és igazgatás.* In: Lapsánszky András (szerk.): *Közigazgatási jog. Szakigazgatásaink elmélete és működése.* Wolters Kluwer Kiadó, Budapest.

FAZEKAS M. (2021): *A humán közszolgáltatások (V.fejezet 1-4)* In: Fazekas Marianna szerk. *Közigazgatási jog általános rész II.,* Eötvös Kiadó ELTE, Budapest.

FAZEKAS M. (2022a): *A közigazgatás szervezete.* In: Fazekas Marianna szerk. *Közigazgatási jog általános rész I.,* Eötvös Kiadó ELTE, Budapest.

FAZEKAS M. (2022b): *A közigazgatási szervezetrendszer felépítésének elvei.* In: Fazekas Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog általános rész I.,* Eötvös Kiadó ELTE, Budapest.

FEKETE B. (2023): A nyugati jog szellemisége és az elkülönítő A nyugati jog nyelve, mint nyelvi lázadás Hajnóczy Péter prózájában. Állam-és Jogtudomány LXIV évf.2023.10.o.

FEKETE B. (2015): A jogösszehasonlítás magyarországi történetének és alkalmazásának alapkérdései. In.: Jakab András – Menyhárd Attila (szerk.): A jog tudománya. HVG-ORAC Kiadó, Budapest.

FOUCAULT, M. (2004): *A bolondság története*. Atlantisz Kiadó, Budapest.

FOUCAULT, M. (2020): *Rendellenesek, Pszichiátriai szakértői vélemények elemzése* (előadások), L' Harmattan Kiadó, Budapest.

FRIEDMAN, Jack R.: *A szociális eset. Betegség ,pszichiátria és intézménytelenítés a posztoszociálista Romániában*. AnBlok folyóirat, 2011/5.

FÜREDI J. (2007): *A pszichiátria szociális érzékenysége. Vizsgálatok és emlékek*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

GOFFMANN, E. (1961): *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Bókos, New York.

GYŐRY Cs. – FLECK Z. (2020): A jog szociológiai kutatása. In.: Jakab András –Sebők Miklós (szerk.): *Empirikus jogi kutatások*. Osiris Kiadó, Budapest.

HABERMAS, J. (1984): *Theory of Communicative Action, Volume 1: Reason and the Rationalization of Society*.

HAJNÓCZY P. (1975): *Az elkülönítő*. In.: Valóság, 1975/10

HALÁSZ P.–BÉKÉS J. (2022): *Az epilepszia kezelhető*.(magánkiadás), Budapest

HARANGOZÓ J.–PERCZEL E. (1998):*Közösségi pszichiátriai törekvések és integrált pszichiátriai ellátás. Pszichoterápia, VII. évf. Supplementum szám.*

HEO, Jongho et al.: *Effects of the Mental Health and Welfare Law revision on schizophrenia patients in Korea: an interrupted time series analysis.* International Journal of Mental Health Systems. 2021, 15: 76. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00499-3>

HORVÁTH D.–MITEV A. (2015): *Alternatív kvalitatív kutatási kézikönyv.* Aliena Kiadó, Budapest.

JAKAB A.–MENYHÁRD A. (2015): *A magyar jogtudomány helyzete és kilátásai.* In: Jakab András–Menyhárd Attila szerk. *A jog tudománya.* HVG-ORAC Kiadó, Budapest.

KAWASAKI, T. (1998). The therapeutic environment of psychiatric hospitals in Japan: A comparison of medical welfare facilities for senile dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 177–180. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1998.tb03215.x>

LEFEBVRE, H. (1991): *The production of space.* Blackwell, Oxford.

LÉGMÁN A. (2011): *Állandóság vagy átalakulás. A magyar pszichiátriai ellátórendszeréről.* Replika, 2011/1. 169-185.

MERTON, R. K. (2002).: *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra.* Osiris Kiadó, Budapest, 2002. 4. rész

MOWBRAY, C. T., & HOLTER, M. C. (2002). Mental health and mental illness: out of the closet? *Social Service Review*, 76(1), 135–179. <https://doi.org/10.1086/324611>

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

NAGY L. – TÚRI G. (2021): A mentális betegeket célzó szolgáltatások hatékonyságának fejlesztési lehetőségei két komplex nemzetközi program tükrében, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76 (1), 157-171. DOI: 10.1556/0016.2021.00024

NAGY T. (szerk.) (2013) Hajnóczy Péter Jelentések a süllyesztőből. Magvető, Budapest.

PARSONS, T. (1991): *The social system*. Routledge.

RÄDIKER, S. – KUCKARTZ, U. (2020): *Focused analysis of qualitative interviews with MAXQDA: Step by step* (First edition), Berlin, MAXQDA Press. DOI: <https://doi.org/10.36192/978-3-948768072>

RAPHAEL, S., & STOLL, M. A. (2013): Assessing the contribution of the deinstitutionalization of the mentally ill to growth in the U.S. incarceration rate. *The Journal of Legal Studies*, 42(1), 187–222. <https://doi.org/10.1086/667773>

SÁNTHA K. (2017a): A trianguláció-típológiák és a MAXQDA kapcsolata a kvalitatív vizsgálatban. *Vezetéstudomány*, 48(12), 33–40. <https://doi.org/10.14267/veztud.2017.12.04>

SÁNTHA K. (2017b): *Számítógéppel támogatott kvalitatív adatelemzés a haza neveléstudományi PhD-képzésben*. In.: Képzés és Gyakorlat 15.évf. 1-2 sz., 159-173.pp.

ZSIDAI Á. (2009): *Amikor a jog kötelezettség*. In: Ficsor, K.-Györfi, T.-Szabó M. szerk. *Jogosultságok–elmélet és gyakorlat*. Bíbor Kiadó, Miskolc.

ZSIDAI Á. (2022) Torzképek: Adalékok a diktatúra szimbolikájához. *DIIJP*, 13.76-112.

VEÉR A.–ERŐSS L. (1999): *Bolondok (űr)hajója*. Art Nouveau Kiadó, Pécs.

WEBER, M. (1967): *Gazdaság és társadalom*. Közigazgatási és Jogi Kiadó, Budapest.