

A pszichiátria a történelem szellemi áramlataiban

TRINGER LÁSZLÓ

PSYCHIATRY IN THE INTELLECTUAL CURRENTS OF HISTORY

Az emberi közösségek életét zavaró deviáns viselkedésmódok problémája egyidős a történelemmel. A szélsőséges magatartásmódok értelmezése és társadalmi megoldása vallási, orvosi vagy rendészeti jellegű közösségi reakciókat eredményezett. E három beszédmód végigkíséri az emberiség történetét, és jelentőségük, egymáshoz viszonyított súlyuk változó. Az orvosi értelmezési keret viszonylag későn önállósdott, és napjainkban ismét visszaszorulóban van. Az orvosi szolgáltatások szinte finanszírozhatatlan fejlődése következtében a kormányzatok korlátokat állítanak, amely korlátok a mentális betegekkel kapcsolatos intézményeket különösen is érintik. Ugyanakkor a mentális problémák rendészeti vagy szociális jellegű kezelése a társadalmakat az orvosi ellátásnál nagyobb költségekkel terheli.

The problem of deviant behaviour disturbing the life of human communities is as old as the history itself. The interpretation and the social management of extreme behaviours resulted in religious, medical and security reactions. The three ways of discourse accompany the societies along the history of mankind, and their significance and relative emphasis is variable. The medical interpretation has achieved its independence relatively late, and has been pushed back again in our age. The governments place financial restrictions due to the almost unfinanceable development of medical services. The institutions relating mental disorders are especially touched by the limitations. However the social and security management of mental disorders burdens the societies with higher costs than the expenditure of the medical service system.

**pszichiátriátörténet,
pszichiátria és társadalom, deviancia,
biopszichoszociális modell**

**history of psychiatry,
psychiatry and society, deviance,
bio-psycho-social model**

dr. TRINGER László (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem,
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika/Semmelweis University Department of Psychiatry and Psychotherapy;
H-1086 Budapest, Balassa u. 6. E-mail: tringer.laszlo@semmelweis.hu

Érkezett: 2023. december 3. Elfogadva: 2024. május 7.

<https://doi.org/10.33616/lam.34.0507>

Az emberi viselkedés szélsőséges megnyilvánulásai a közösségek életét kisebb-nagyobb mértékben zavarják. Ősidők óta vannak adataink arról, hogy az ilyen megnyilvánulásokat a közösségek szervezett formában próbálják elhárítani, illetve a közösségek életét, esetenként magát az egyént is, megvédeni.

„Az orvostudomány nem csökkentette az emberi szenvedést annyira, mint gondoljuk. Szenvedéseinket nem csupán baktériumok és vírusok okozzák, hanem ezeknél sokkal alattomosabb hatóerők is; az ideggyengeség, a korlátolttság, az erkölcsi romlottság, az elmebetegség sokkal vesze-

delmesebb a civilizáció jövőjére, mint a sárgaláz, a rák, a tífusz. Nem szabad elfelejteni, hogy az elmebetegek száma van akkora, mint a többi betegeké együttvéve” – írja a Nobel-díjas *Alexis Carrel*, az *Orvosok, kuruzslók, eretnekek* című könyv előszavában (1). Nem ma, hanem az 1940-es évek elején.

A mentális zavarok mindenképpen ütköznek a közösség általánosan elfogadott normáival, akár elsődlegesen, a nyílt viselkedés zavaró hatása által, akár másodlagosan olyan módon, hogy az egyén patológiája vagy szenvedése kivetül a környezetre.

Három nagy társadalmi alrendszer alakult ki a történelem folyamán e probléma elhárítására, a közösségek nyugalmanak biztosítására és védelmére, valamint a bajbajutott egyén megsegítésére, kezelésére: a vallási, a rendészeti és az orvosi alrendszer.

1. Ősidők óta papok feladata volt a gyógyítás, beleértve egyes mentális zavarok kezelését is. A papi és orvosi funkció csak a klasszikus hellén világban kezd különválni. A mentális állapotok egyes szélsőséges változatait ugyanis könnyen értelmezhetjük valamely vallásos nézetrendszer terminológiája segítségével (lásd „morbus sacer”).

2. A viselkedészavar kezelésének legkézenfekvőbb formája rendészeti jellegű: az egyén, családja, hordája fizikai erőszakkal védi meg magát a deviáns személy zavaró magatartásától. Ősidők óta kialakultak a megfelelő szervezetek, amelyek mai formái a rendőrség és egyéb szervek.

3. Bár az orvosi hivatás elkülönülése korán megkezdődik, a mentális devianciák betegséggé minősítése az ókortól kezdődően még nagyon szórványos, és csak a 17. századtól kezdődően válik tömegessé. Az elmeorvos (helyesebben tébolydai orvos, aliéniste) foglalkozásának önállósodása inkább a 18. század, a felvilágosodás korától válik egyértelművé. Napjaink történései is arra utalnak, hogy az orvosi illetékesség határai korántsem egyértelműek.

Tanulságosnak látszik, ha a mentális zavarok társadalmi beágyazottságát e három eljárásrend egymás közti viszonyának története szempontjából elemezzük. A három megközelítés viszonyát bizonyos történelmi dinamizmus jellemzi: egyik-másik az idők folyamán teret nyer, vagy ellenkezőleg, befolyást veszít.

A 18. század végén az elmebetegek felszabadítása (a „láncok levétele” *Pinel* és *Tuke* által) az értelmezés átminősítéseként írható le (rendészetiből a vallásiba). A bilincseket ugyan valóban eltávolították a betegekről, de helyette a „morális terápiák” erkölcsi bilincseit rakták rájuk. A „veszélyes” őrült ezek után erkölcsi ronccsá minősült, aki bűnei következtében, az erkölcsi törvények megsértése miatt került szánalmas állapotba. Büntetés helyett ezért a „bolondot” (*stultus*) munkával és dresszúrával „nevelni kell”. Ha nem engedelmeskedik, meg is lehet verni, akár kínozni, immáron nem büntetésként, hanem jobbitó szándékkal. *Leuret* például jéghideg vizet folyatott a beteg fejére, s közben a téveszmével vitakozott. A vizet akkor zárták el, ha feladta téveszméit. Nem kevésbé hatásos „nevelő eszközök” voltak a különféle, a beteget forgató mechanikai berendezések, vagy a váratlanul jéghideg vízbe taszítás.

A vallások devianciaértelmezése

A szent iratok számtalan, a betegségekkel és gyógyításukkal kapcsolatos utalást tartalmaznak. *Dávid* hárfazenével próbálta felvidítani a melankóliás *Sault*, akinek kisebbségi komplexusa – mint jó depressziósé – még a Biblia szövegén keresztül is átüt.

A vallási értelmezést hagyományosan externalizáló és internalizáló csoportba sorolhatjuk. Korunkban pedig új, szinkretista vallások jelennek meg, amelyek a lélektan egyes jelenségeit, a pszichoterápia egyes praktikáit építik be többnyire ezoterikus, máskor tudományos szótárt használó beszédmódjukba.

Externalizáló megoldások esetén a betegség – a mentális különösen – ártó, démonikus erők következtében jön létre. Akár úgy, hogy a démon (ördög, gonosz lélek stb.) megszállja az egyént, annak akarát maga alá gyűri. A gyógyítás tehát nem más, mint a gonosz lélek kiűzése. Az egyistenhívő vallásokban az intrapunitív megoldások is jelentős szerepet játszanak. A ségyen, illetve a bűn internalizált megélése annak, hogy az egyén magatartása eltér a (társadalmi, de inkább az egyéni) normától (1. ábra). A bűntudat vallási formája a személyen belüli feszültséget Isten előtti vétékként jeleníti meg, s az isteni parancsoktól való eltérésként értelmezi. A vallások számos megoldást kínálnak arra, hogy az egyén belső feszültségét enyhítsék. Ezek közül különösen a személyes gyónás pszichoterápiás jellegét kell kiemelnünk. „Soli tibi peccavi et malum coram te feci” (Zsolt. 50,6), azaz a teológiai bűn csak az istenhit fényében definiálható. A gyakorlatban azonban a vallásos ember bűntudata a patológias bűntudattal gyakran összemosódik. Ilyen módon a depressziós betegek tömegei keresnek a lelkipásztornál segítséget, gyógyulást, vigaszt.

A deviancia kezelésének orvosi vonulata

Az orvosi megközelítés a történelem kezdetén teljesen egybefonódott a papi-vallási funkcióval. A vallási kultusz helyei egyben gyógyhelyek voltak, ahol mentális betegeket is kezeltek. Például az egyiptomi serapeionokban a nyugtalan beteget alkohollal, nadragulyafőzettel, sőt kézrátétellel gyógykezelték. Nyugtató zenét is alkalmaztak.

Az orvosi illetékesség a hellénizmus idején válik önálló területté, a deviancia „orvosi tortaszelete” azonban viszonylag vékony marad. A kereszténység térhódításával minden püspökség

köteles volt ispotályt felállítani. A pogány templomokat, amelyek gyógyhelyként is szolgáltak, bezárták (ugyanúgy ideológiai alapon, mint 2007-ben a lipótmezei intézetet, feláldozva a deinstitutionalizáció, tágabban egy individualista társadalomfelfogás oltárán). A mentális zavarok értelmezésében a vallásnak kiemelt szerepe maradt egészen napjainkig.

A tudományoknak a metafizikai világtól való fokozatos elszakadása (Foucault szerint a világ válságának fő oka) az ész évszázadának gyümölcseit hozza magával (2). A mentális betegségek orvosi kizárólagossága egyre nagyobb teret kap (2. ábra). Míg a 17. századi azilumok nem csupán mai értelemben vett pszichiátriai betegeket őriztek, hanem csavargókat, bűnözőket, fogyatékosokat, vérbajosokat, rokkantakat is, a 18. század végén, különösen Napóleon törvénykezései nyomán minden francia megye köteles volt külön tébolydát és külön börtönt felépíteni.

Az orvosi megközelítés a 19. században a mentális betegségeket a fiziológiai kórképek mintájára gondolta el. „A mentális betegségek lényegében posztulátumok, s a pszichoszomatikus totalitás elfelejtődik” – írja Foucault A klinikai orvoslás születése című művében (2).

A természettudományos orvoslás előtérbe kerülése jellemzi a 19. század második felét – Griesinger híres tétele: az elme betegségei az agy betegségei (3). E folyamat ellen Freud és a pszichoterápiás mozgalom emelte föl a szavát. A mentális zavarok élettani folyamatokra való redukciója a 20. század végén különösen fellendült (lásd az „agy évtizedének” is nevezett 1990-es éveket). Sokan ma is úgy vélik, hogy a pszichiátriai megbetegedések azok a neurológiai betegségek, amelyekkel a pszichiáterek foglalkoznak (4).

Az orvosi megközelítés az utóbbi évtizedekben mindezek ellenére mintha ismét teret veszítene a metafizikai világ javára. A pszichiátriai kutatásokban újra teret nyer a kvalitatív szempont, a szubjektum felértékelődik. Az „evidence-based” kutatások mellett a „value-based” paradigma is megjelenik. Ugyanakkor egyre nagyobb figyelem fordul a személy identitásának elemzése felé. Ennek egyik eszköze az egyén érzelmi történetének feltárása, narrációja.

Mindez a gyakorlatban még kevésbé tükröződik. A mentális zavarok az egészségügyi szférán belül szomatikus nyelvezetbe öltöznek, és a szomatikus orvoslás kivizsgálási és terápiás pályáin hánycódnak. Ugyanakkor a magatartás egyes zavarai a rendészeti intézményekbe csúsznak át. Mind a rendészeti, mind a medicinán belüli átcsoportosulás végeredménye még nagyobb költség, mint az eredeti mentális ellátás költsége lett



1. ábra. Az inaszakadt meggyógyítása. A tanítványok testtartásukkal a Mestert utánozzák. 18. századi orosz ikon

volna. Az Egyesült Államokban egy személy börtönben tartása mintegy tízszer annyiba kerül, mint a kórházi kezelés.

Az orvosi vonulat, az egyoldalú szomatikus szemléletmód mellett új törekvésként jelenik meg a „személyközpontú medicina” (person centred medicine) (5), amely a 20. század nagy pszichoterápiás irányzatának kiterjesztése a medicina egészére (Carl R. Rogers). Cox és munkatársai szerint a személyre szabott orvoslásnak antropológiai, filozófiai kérdésekre is ki kell terjedniük. Korunk változó eszméaramlataiban tehát a medicina a túlzott specializálódással szemben a személy orvoslását helyezi előtérbe, és ezt kívánja megvalósítani az ellátórendszerben is.

A deviancia és a társadalmi rend

Korunkban a mentális zavarok rendészeti, azaz esetenként büntető kezelése egyes területeken visszaszorulóban van. Sőt nem egyszer hallani kritikus hangokat, hogy a bűncselekményeket medicalizáljuk, ezáltal az erkölcsi problémát orvosi, terápiás kérdéssé szelídítjük (3. ábra). A 1990-es



2. ábra. Messmer doktor szuggesztióval gyógyítja a beteget. Robert Dodd (rézmetszet), 1794

évektől előtérbe került a fiatalok bűnözés és erőszak az Egyesült Államokban. A kérdéssel foglalkozó bizottságok – hivatkozva többek között az erőszak kockázati tényezőinek kutatására – a terápiás-preventív-rehabilitációs intézkedéseket helyezték előtérbe a büntető eljárások helyett (6).

A rendészeti „felépítmény” szerepe jelen körünkben bizonyos területeken ugyanakkor növekszik. A jogalkotás egyre szélesebb társadalmi, magánéleti területeken szerez térnyerést. A visszafejlesztett, ideológiai alapon felszámolt pszichiátriai intézményrendszer felhasználói, a betegek nagy száma kerül át börtönökbe, vagy a szociális szférába, vagy a társadalom peremére, ahol ugyancsak rendészeti problémát jelentenek.

A deinstitutionalizáció a legújabb korban a rendészeti vonulat erősödéséhez vezetett. Az Egyesült Államokban a százezer lakosra jutó pszichiátriai ágyak száma 45-ről 10 alá esett mintegy 25 év alatt. Ugyanakkor az államok börtöneiben megszorodott a pszichiátriai betegek száma. Egy felmérés szerint ezekben az intézményekben több mint 800 000 pszichiátriai beteget tartanak fogva. Közismert, hogy a hajléktalanok körében mennyi mentális beteg van (New York hajléktalanjai között körülbelül 50% a szkizofrén betegek aránya) (7).

A mentális betegek pszichiátriai ellátáshoz való eljutásának egészségügyi karrierje jelentős mértékben átalakult az említett folyamat következtében. Megnőtt azok aránya, akik kényszerintézkedések révén jutnak ellátáshoz, mivel a betegségfolyamat hosszabb ideig marad ellátatlan. E sorok szerzője 1983-ban publikált egy tanulmányt a mentális betegek egészségügyi karrierjeiről, azonos megállapításra jutva: az egészségügyi pályák szociálisinterakció-sémákként tanulmányozhatóak, viszonylag függetlenül a háttérben lévő medicinális betegségtől (8).

A deinstitutionalizáció előtt általánosan elfogadott adat volt, amelyet gyakran még ma is hangoztatunk: a mentális betegek nem követnek el több bűncselekményt, mint az „egészségesek”. Megbízható vizsgálatok szerint ma már ez nem igaz. A bűnelkövető pszichiátriai betegek aránya többszöröse az átlagpopuláció bűnözési mutatójának. Egy dán felmérés szerint a bűnelkövető pszichiátriai betegek aránya mértani haladvány szerint növekszik, az éves növekedési ráta 5,96%. A szerzők a pszichiátriai intézmények leépítésében jelölik meg a növekedés fő okát (9) (lásd a cikk végén a Szerkesztőségi kommentárt).

Kitörési kísérletek

E három nagy területnek megfelelően a pszichiátria kitörési kísérleteit három fő területen jelenítjük meg: 1. idegtudományok, 2. filozófia, fenomenológia, tudat, elmefilozófia, 3. spiritualitás.

1. A kutatók jelentős része a neurobiológiai redukcionizmus alapján állva a szabad akarat létét elveti. Véleményük szerint a további kutatások során lehetővé válik a szubjektum működésének és az idegrendszerrel való kapcsolatának mélyebb megismerése anélkül, hogy valamely testetlen (disembodied), szellemi létező ontológiai valóságát feltételeznénk. E kutatók nagyrészt egyenlőségjelet tesznek az agy és az elme fogalma közé. A „szellemi” működést sokan a microtubulusok funkciójának tartják, amelyek mintegy kvantumkomputer működnének (10). Mások, mint Clarke, lehetségesnek tartják, hogy a kvantumindeterminizmus, ma még ismeretlen módon, lehetővé teszi a testetlen lélek (szellem, soul, mind, subject) kapcsolódását a fiziológiai valósághoz. A szellem működését sokan a Heisenberg-féle határozatlansági reláció segítségével értelmezik, miszerint a szellem a sztochasztikus folyamatok útján érvényesíti befolyását. Mások a kvantumméretek és a neurofiziológiai méretek közötti több nagyságrendnyi eltérés miatt ezt nem tartják lehetségesnek (11). A descartes-i

dualizmus tehát, modern formában, továbbfoglalkoztatja a kutatókat.

2. A test-lélek probléma az emberi gondolkodás egészen végighúzódik. Az animista felfogásokat követően a görög filozófusok hagyatéka egészen a modern korig érvényesült. A platóni hagyomány a léleknek is szubsztanciális jelentőséget tulajdonított. *Arisztotelész* ezzel szemben a lélek fogalmában azokat az emberi tulajdonságokat foglalta össze, melyeket a gondolkodás, az érzelmek, az akarat segítségével jelenítünk meg, s ezeket az ember képességeinek tartva nem önálló szubsztanciaként fogta fel. A kereszténység története a platóni hagyományt képviselte, *Szt. Ágoston*, majd *Aquinói Szt. Tamás* és mások tekintélyével megerősítve. A jelenkor tudományos eredményei alapján az idegtudományok újra *Arisztotelész* felfogását helyezik előtérbe. A lélek, a lélektan lényegében az idegtudományokban jelenik meg. A szellem szóval kifejezett összetevője az emberi lénynek ugyancsak koherens rendszer, amennyiben a transzcendens lét valamilyen formája mellett teszünk hitet. A szellem megközelítésében a fenomenológiai kutatások is jelentős segítséget nyújtanak. A szubjektum elemzése újra tudományos rangot kapott (12).

3. A vallási vonulatlak reneszánszát éljük a 21. század fordulójától. A szellemi fordulatot spiritualitásnak nevezhetjük. Spiritualitáson értjük a személynek az értékekhez, hagyományokhoz, vallásokhoz való kötődését, az élet értelmének megfogalmazását. Az orvosi szakirodalmi keresőben 1980–1990 között a „spirituális” kifejezés elvétve fordul elő. 2010 és 2018 között több ezer az előfordulások száma. E robbanásszerű megjelenés utal arra, hogy a személy orvosi elemzése, beleértve a pszichiátriát is, nem áll meg a biológiai-pszichológiai-szociális nézőpontoknál, hanem kiegészül a spirituális jelzővel.

Számos vizsgálat foglalkozik a vallási orientáció és a mentális betegségek kapcsolatával. Legismertebbek *König* kutatásai az USA-ban (13). A mentális zavarok vallási nézőpontját napjainkban is támogatják azok a kutatási eredmények, amelyek az imának, illetve a vallásos hitnek a gyógyulás elősegítésében kimutatható szerepét igazolják. A vallásos meggyőződés kultúráktól függetlenül is érvényesíti a mentális betegségek szempontjából protektív hatását. Indián fiatalok templomlátogatása és öngyilkossági rátája között egyértelmű összefüggést mutattak ki (14), e vizsgálatokról kitűnő összefoglalást adott *Farkas* és munkacsoportja a közelmúltban (15). A mentális zavarok „vallási menedzsmentje” ma is jelentős szerepet játszik. Adósak vagyunk viszont a spirituális nézőpontnak a tudományos orvosláshoz történő integrálásával (16).



3. ábra. „High security” Krankenzimmer (Hollandia, Deventer, 2006) – *Medicina és „rendészet” határán* (fotó: Tringer László)

Záró gondolatok

A pszichiátriai megbetegedések és a kultúra kapcsolata régóta ismert kutatási terület. Mégis, modern vizsgálatok, különösen a multikulturális társadalmakban arra utalnak, hogy a mentális zavarok képét a pszichiátriai ellátórendszer elérhetősége, szerkezete sokkal nagyobb mértékben befolyásolja, mint a kulturális tényezők (17). Különösen jellemző ez korunkra, amikor az orvosi tevékenység finanszírozása minden országban kérdőjelessé válik. Az egészségügyi árrobbanás útjába állított korlátok szükségképpen érintik a mentális zavarok területén tevékenykedő szervezetek érdekszféráit.

Az érdekszférák közötti „határvillongásokat” leginkább a pszichiátria alapvető paradigmáinak alakulásában követhetjük nyomon. A 19. századi biologizmus, majd az ezt követő pszichologizmus napjainkban a „biopszichoszociális” gondolkodási modellben mintha kompromisszumot kötött volna. Az egyetértés azonban csak látszólagos. Egy ilyen, mindent magyarázni akaró elmélet extrém fokú eklekticizmushoz vezet, mivel „minden belefér”. Éppen ezért a legerősebb komponens dominanciája érvényesül, amely manapság a gyógyszeripar. Ilyen módon a „biopszichoszociális” modell „bio-bio” modellé torzul (18). E torzulás tükröződik a kutatásokba áramló erőforrások elosztásában is.

Érthető, hogy a biológiai redukcionizmussal szemben napjainkban számos ellenreakció érvényesül (posztmodernizmus, antipszichiátria, libertáriánus felfogások). Sokan, mint *Healy*, kor-

poratista pszichiátriáról beszélnek, vagyis a pszichiátria és a profitérdekelt ipar összefonódásáról (19). Hazánkban Szendi keltett feltűnést hasonló nézetek hangoztatásával (20). Ez a felfogás képezi alapját az amerikai neokonzervatív (Nagy-Britanniában neoliberais) fellépésnek a pszichiátriával szemben. Hazánkban egyes kormányzati egészségügyi intézkedések is ennek a jegyében fogantak. A pszichiátriát korlátozó politika számos segítőtársra talál egyéb antipszichiátriai, pszeudovallási áramlatokban.

A mentális betegségek ellátását azonban nem lehet piaci elemekre bízni. Az Egyesült Államokban megvalósult ilyen irányú próbálkozások kudarcait az Egyesült Királyságban szinte megismételték a 80-as évek közepétől. A felelősség szétaprózása (szociális és egészségügyi ágazat, szolgáltató-vásárló-felhasználó stb.) számtalan helyi problémát, és általában költségnövekedést von maga után (21).

A pszichiátria paradigmaválságából kiutat kereső elgondolások között az integrációra irányuló elméleteket kell kiemelnünk, amelyek a közös alapok kutatását állítják előtérbe. A kognitív idegtudomány látszik legeredményesebbnek. A Nobel-díjas Kandel hangsúlyozza, hogy nem csupán az idegi struktúra határozza meg az információt, hanem fordítva is fennáll a kapcsolat: a tanulás az agyi struktúrákat módosítani képes (22). A „minden összevonása egyetlen elméletbe” azonban szükségképpen alkalmatlan arra,

hogy a tudományos kutatás minden területét átfogja. *Ghaemia* a pluralista megközelítést javasolja (23). E szemléletmódban *Karl Jaspersre* hivatkozik, aki a megérthető (verstehen) és megmagyarázható (erklären) összefüggések elgondolásával a pluralista nézőpont korai képviselője. A pluralizmus, szemben a „könnyű eklekticizmussal” rögzösebb út: szigorú ragaszkodás és elkötelezettség a tudományos módszertanhoz, ugyanakkor rugalmasság a módszerekben, világosság a fogalmakban. A DSM-IV szerkesztői 1991-ben már bizottságot hoztak létre a pszichiátriai diagnózisok kulturális szempontjainak elemzésére (Group on Culture and Diagnosis). A bizottság a betegnél a kulturális szempontokat négy tengely körül elemezte: 1. kulturális identitás, 2. a betegség kulturális értelmezése, 3. a pszichológiai támogatás kulturális szintje és 4. az orvos-beteg kapcsolat kulturális elemei és funkciója (24). A DSM-5 (2013) az egészség és a betegség közötti dimenzionális kapcsolatot emeli ki (25).

A pszichiátria – látszólag – vesztésre áll, de a segítségre szorulóknak növekvő száma, valamint a tudományos kutatások a mentális szférát remélhetőleg egy új társadalmi egyensúly felé vezetik.

A Zalaegerszegi Kórház pszichiátriai osztálya 110 éves jubileumi kongresszusán elhangzott előadás (2019. szeptember 20.) átdolgozott és bővített változata.

Szerkesztőségi kommentár

A szerző, irodalmi adatokra hivatkozva azt állítja, hogy „a bűnelkövető pszichiátriai betegek aránya többszöröse az átlagpopuláció bűnözési mutatójának”. Kétségtelen tény, hogy az elmúlt évtizedekben rendkívül sok kutatás vizsgálta a súlyos mentális zavarok és az erőszakos bűnelkövetés valószínűsége közötti kapcsolatot, valamint a pszichiátriai intézményrendszer állapota és a bűncselekmények száma közötti lehetséges összefüggés erősségét (utóbbi kapcsán lásd Penrose-törvény). Az eredmények ellentmondásosak, azokat nagymértékben befolyásolják a vizsgálati populáció és a kutatási módszertan jellemzői. *Elbogen* és *Johnson* például egy nagymintás amerikai felmérés alapján megállapították, hogy bár a súlyos mentális betegségben szenvedők körében magasabb volt az

erőszak előfordulása, de szignifikánsan csak azoknál, akiknél egyidejűleg előfordult kábítószerrel való visszaélés és/vagy függőség is. A többváltozós elemzések azt mutatják, hogy a súlyos mentális betegség önmagában nem jelzi előre a jövőbeni erőszakos viselkedést, ehelyett inkább más kriminogén tényezők a meghatározók; ugyanakkor az is tény, hogy a legtöbb ilyen rizikófaktor (például munkanélküliség, válás, szerfüggőség, szülők kriminalitása) valóban gyakrabban jelenik meg a súlyos mentális betegségben szenvedő személyek körében. [*Elbogen E, Johnson S. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009;66(2):152-61.*]

Irodalom

1. Carrel A. Orvosok, kuruzslók, eretnekek. Budapest: Révai; 1947. p. 6.
2. Foucault M. Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Budapest: Corvina; 2000.
3. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychiatrischen Krankheiten. Braunschweig: Wreden; 1876.
4. Bánfalvy A. Se vele, se nélküle. A Freud év után. LAM 2007;17(1):78-9.
5. John L, Coxa BC, Alison J. Gray D. Psychiatry for the person. *Current Opinion in Psychiatry* 2009;22:587-93. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e49>
6. O'Shaughnessy RJ. Violent adolescents: Psychiatry, philosophy, and politics. *J Am Acad Psychiatry Law* 2004; 32:12-20.
7. Tringer L. A lelki beteg útjai és útvesztői. Valóság 1983; 26(7):75-87.
8. Scull A. Madness in civilization. London: Thames and Hudson; 2015.
9. Kramp P, Gabrielsen G. Crime committed by mentally ill persons in the years 1977-1999. Development, number and causes. *Ugeskrift for Laeger* 165(25):2551-6.
10. Lahoz-Beltra R, Hameroff SR, Dayhoff JE. Cytoskeletal logic: A model for molecular computation via Boolean operations in microtubules and microtubule-associated proteins. *Biosystems* 2007;29:1-23. [https://doi.org/10.1016/0303-2647\(93\)90078-q](https://doi.org/10.1016/0303-2647(93)90078-q)
11. Maxwell RB. Development of the concept of mind. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41: 943-56. <https://doi.org/10.1080/00048670701689477>
12. Gallagher S, Zahavi D. A fenomenológiai elme. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó; 2008.
13. Koenig G. Medicine, religion and health; where science and spirituality meet. *West Conshohocken: Templeton Science and Religion*; 2008.
14. Kirmayer LD, Boothroyd LJ, Hodgins S. Attempted suicide among Inuit youth: psychosocial correlates and implications for prevention. *Canad J Psychiatry* 1998;43:816-22. <https://doi.org/10.1177/070674379804300806>
15. Farkas L, Takács I, Donáth A, Gerevich J. A vallásosság hatása az egészségre: Tapasztalati adatok áttekintése. *Egészségfejlesztés* 2005;46(4):29-33.
16. Turbott J. Religion, spirituality and psychiatry: conceptual, cultural and personal challenges. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996;30(6):720-7. <https://doi.org/10.3109/00048679609065037>
17. Vikram P. Culture, health systems and psychiatric disorder. *Current opinion in Psychiatry* 2000;13(2):221-6. <https://doi.org/10.1097/00001504-200003000-00014>
18. Sharfstein SS. Response to the presidential address: advocacy for our patients and for our profession. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:2045-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2045>
19. Healy D. The antidepressant era. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
20. Szendi G. Antidepresszáns és placebo. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet; 2004.
21. Hadley TR, Muijen M, Goldman H, Shepherd G. Mental health policy reform and its problems in the UK: déjà vu. *Current Opinion in Psychiatry* 1996;9(2):105-8.
22. Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:457-69. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>
23. Ghaemi SN. Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents (history and philosophy). *Current Opinion in Psychiatry* 2006;19(6):619-24. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000245751.98749.52>
24. Aggarwal NK. The psychiatric cultural formulation: translating medical anthropology into clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice* 2012;18:73-85. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000413273.01682.05>
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2013.