**Gurbai Sándor**

**A nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés**

**emberi jogi problémái és a pszichoszociális fogyatékosság –**

**a jelenség alternatív formái és jó gyakorlatok bemutatása**

# Tartalomjegyzék

[Bevezetés 2](#_Toc451515094)

[1. Fogalomtisztázás 2](#_Toc451515095)

[1.1. Nem-önkéntes intézeti elhelyezés és nem-önkéntes gyógykezelés 3](#_Toc451515096)

[1.1.1. Önkéntes gyógykezelés 3](#_Toc451515097)

[1.1.2. Sürgősségi gyógykezelés 3](#_Toc451515098)

[1.1.3. Kötelező gyógykezelés 4](#_Toc451515099)

[1.2. Pszichoszociális fogyatékosság, pszichiátriai betegség 5](#_Toc451515100)

[1.3. Emberi jogi paradigma 6](#_Toc451515101)

[2. A pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek és a számukra nyújtott ellátások magyarországi helyzetének rövid összefoglalása 7](#_Toc451515102)

[3. A nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéssel és nem-önkéntes kezeléssel, valamint ezek alternatív formáival kapcsolatos megélt tapasztalatok 8](#_Toc451515103)

[4. A Nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és nem-önkéntes kezelés emberi jogi problémái, különös tekintettel a nemzetközi emberi jogi jogfejlődésre 11](#_Toc451515104)

[4.1. Az ENSZ bizottságai és különleges jelentéstevői 12](#_Toc451515105)

[4.2. Az ENSZ Önkényes Fogvatartást Vizsgáló Munkacsoportja 16](#_Toc451515106)

[4.3. Az Európa Tanács 17](#_Toc451515107)

[4.4. Az Európai Unió 19](#_Toc451515108)

[4.5. Összegzés 19](#_Toc451515109)

[5. A nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés alternatívái, jó gyakorlatok bemutatása 20](#_Toc451515110)

[5.1. Sorstársi támogatás/önsegítés 20](#_Toc451515111)

[5.2. Felépülés alapú szolgáltatások 22](#_Toc451515112)

[5.3. Közösségi támogató hálózatok 25](#_Toc451515113)

[5.4. Személyi segítés 27](#_Toc451515114)

[5.5. Összegzés 29](#_Toc451515115)

[6. Konklúzió 30](#_Toc451515116)

# Bevezetés

Egyes források szerint Európa lakosságának mintegy 25-30%-a,[[1]](#footnote-1) míg más adatok szerint több mint 38%-a,[[2]](#footnote-2) összesen legalább 164 millió ember él „mentális rendellenességgel”.[[3]](#footnote-3) Közülük sokakat beleegyezésük nélkül, akaratuk ellenére helyeznek el egészségügyi intézményben és ott beleegyezésük nélkül, akaratuk ellenére kezelik őket. Míg egyesek úgy érvelnek, hogy ez helyes, hiszen ezeket az embereket meg kell védeni saját maguktól és óvni kell tőlük a társadalom tagjait, addig mások úgy látják, hogy ez a bánásmód számtalan emberi jogi sérelmet eredményez. Míg az egyik álláspont szerint a pszichiátriai intézményekben történő elhelyezés és kezelés olyan jogkorlátozásokkal jár, melyek megfelelnek a jogállami előírásoknak, mivel azok szükségesek és arányosak, addig a másik álláspont szerint ezek a jogkorlátozások diszkriminatívak és sem nem szükségesek, sem nem arányosak az elérni kívánt célhoz képest.

Ez a tanulmány rá kíván mutatni egy-egy kulcsfogalom kibontását követően az érintett személyek – akaratuk ellenére történő pszichiátriai elhelyezésükkel és kezelésükkel kapcsolatos – megélt tapasztalataira, a nemzetközi instrumentumok által lefektetett irányokra, valamint alternatívákat és jó gyakorlatokat kíván bemutatni az elzárásra és a nem-önkéntes kezelésre alapuló megoldásoktól való eltérés érdekében.

Habár számos országban, ideértve Magyarországot is, a pszichoszociális fogyatékossággal élő személyeket tartós szociális ellátást nyújtó intézményekben is elhelyezhetik akaratuk ellenére, e tanulmány elsősorban mégis a kórházi pszichiátriai osztályokon történő – a büntető jog terrénumát nem érintő[[4]](#footnote-4) – nem-önkéntes elhelyezéseket és az ott folyó nem-önkéntes kezeléseket, valamint ezek kiváltására irányuló alternatívák bemutatását tekinti vizsgálata tárgyának. Ezen alternatívák, természetesen, nem csak és kizárólag az egészségügy, de a szociális szféra keretein belül is relevanciával bírnak.

# 1. Fogalomtisztázás

Mivel egyes alapfogalmak rövid bemutatása elengedhetetlen ahhoz, hogy e tanulmány elemzései, felvetései, megállapításai és következtetései egy összefüggő keretben kerüljenek elhelyezésre, valamint hogy minden tekintetben helytállóak legyenek, definiálni szükséges a következő elemeket:

1. nem-önkéntes intézeti elhelyezés és nem-önkéntes gyógykezelés
2. pszichoszociális fogyatékosság, pszichiátriai betegség
3. emberi jogi paradigma

## 1.1. Nem-önkéntes intézeti elhelyezés és nem-önkéntes gyógykezelés

A nem-önkéntes intézeti elhelyezésnek és a nem-önkéntes kezelésnek nem létezik nemzetközileg elfogadott definíciója.[[5]](#footnote-5) Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) szerint a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésbe vételének 3 típusát a következők képezik:

1. önkéntes gyógykezelés;
2. sürgősségi gyógykezelés;
3. kötelező gyógykezelés.

### 1.1.1. Önkéntes gyógykezelés

Az *önkéntes gyógykezelésre* nem csak és kizárólag a beteg beleegyezésével kerülhet sor, hanem amennyiben a beteg cselekvőképtelen, akkor megtörténhet az alábbi személyek kérelme alapján is:[[6]](#footnote-6) a beteg törvényes képviselője; a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes házastársa vagy élettársa; a beteg cselekvőképes gyermeke, szülője, testvére, nagyszülője, unokája.[[7]](#footnote-7)

### 1.1.2. Sürgősségi gyógykezelés

*Sürgősségi gyógykezelésre* az azonnali intézeti gyógykezelést szükségessé tevő *közvetlen veszélyeztető magatartás* esetén, az azt észlelő orvos intézkedése alapján kerülhet sor.[[8]](#footnote-8) A beteg beszállításánál, szükség esetén, rendőri közreműködés is igénybe vehető.[[9]](#footnote-9) Az Eütv. értelmében közvetlen veszélyeztető magatartás:

„A beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely (…) azonnali intézeti gyógykezeléssel [sürgősségi gyógykezelés] hárítható el.”[[10]](#footnote-10)

A sürgősségi gyógykezelés esetén a beteg felvételét követően a pszichiátriai intézet vezetője 24 órán belül értesíti a bíróságot,[[11]](#footnote-11) és a bíróság pedig az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül határozatot hoz[[12]](#footnote-12) arról, hogy a beszállítás indokolt volt-e, valamint, hogy szükséges-e a kezelés fenntartása kötelező gyógykezelés formájában.

### 1.1.3. Kötelező gyógykezelés

*Kötelező gyógykezelésre* a bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata alapján kerülhet sor.[[13]](#footnote-13) A bíróság kötelező gyógykezelést rendel el, ha a beteg a sürgősségi gyógykezelésének megkezdését követően továbbra is közvetlen veszélyeztető magatartást, vagy ha *veszélyeztető magatartást* tanúsít.[[14]](#footnote-14) Az Eütv. értelmében veszélyeztető magatartás:

„A beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely (…) [kötelező] gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt.”[[15]](#footnote-15)

A kötelező gyógykezelés hossza határozatlan idejű, az Eütv. értelmében a „beteget az intézetből el kell bocsátani, ha gyógykezelése már nem indokolt;”[[16]](#footnote-16) a kötelező intézeti gyógykezelés szükségességét pedig a bíróság harmincnaponként felülvizsgálja.[[17]](#footnote-17) A kötelező gyógykezeléssel érintett személynek joga van a terápiás foglalkoztatáshoz,[[18]](#footnote-18) és annak ellenére, hogy pszichoterápia, csoportterápia vagy művészet terápia is alkalmazható lenne, sok esetben inkább a gyógyszeres kezelés jelenti a kezelés fő pillérét. Korlátozó intézkedések – ideértve a pszichikai korlátozást,[[19]](#footnote-19) a fizikai korlátozást,[[20]](#footnote-20) a kémiai vagy biológiai korlátozást,[[21]](#footnote-21) valamint a fizikai, kémiai vagy biológiai korlátozások komplex alkalmazását[[22]](#footnote-22) – abban az esetben alkalmazhatóak, ha az érintett személy veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít,[[23]](#footnote-23) tehát a sürgősségi és a kötelező gyógykezelés ideje alatt bármikor. Garanciális elemként említhető, hogy a korlátozás csak addig tarthat, illetőleg olyan mértékű és jellegű lehet, amely a veszély elhárításához feltétlenül szükséges,[[24]](#footnote-24) továbbá, hogy több lehetséges és alkalmas korlátozó intézkedés közül azt kell választani, amely az intézkedéssel érintettre a veszélyeztető, illetve közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges legkisebb mértékű korlátozással, hátránnyal jár.[[25]](#footnote-25)

## 1.2. Pszichoszociális fogyatékosság, pszichiátriai betegség

Magyarországon, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.) értelmében fogyatékossággal élő személy többek között az, aki tartósan vagy véglegesen olyan pszichoszociális károsodással él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.[[26]](#footnote-26) A pszichoszociális vagy mentális[[27]](#footnote-27) károsodás diagnosztizálására alapvetően a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) X. revíziója, vagy az Amerikai Pszichiátriai Társaság „Diagnostic and Statistical Manual” (DSM) című dokumentuma alapján kerül sor. Azzal összefüggésben, hogy az Eütv. *pszichiátriai beteg*[[28]](#footnote-28) fogalma miként viszonyul a *pszichoszociális fogyatékosság* terminusához, rá kell mutatnunk, hogy a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény (a továbbiakban: CRPD) 1. cikke az alábbi módon fogalmaz:

„Persons with disabilities *include* those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.”[[29]](#footnote-29)

A CRPD e rendelkezése a következő magyar szöveggel került kihirdetésre a 2007. évi XCII. törvényben:

„Fogyatékossággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”[[30]](#footnote-30)

Az angol *include* kimaradt a magyar fordításból, így míg a CRPD angol nyelvű szövege a fogyatékossággal élő személyek fogalmával összefüggésben egy nem-taxatív felsorolást tartalmaz, addig a magyar fordítás taxatív felsorolást alkalmaz. Mindez fontos szerepet játszik a pszichoszociális fogyatékosság fogalmának megfogalmazásában is, mivel így bizonyos mentális károsodások/pszichiátriai betegségek – a környezeti akadályokkal való kölcsönhatás következtében és a társadalmi részvétel korlátozottságát eredményezve – minden bizonnyal a pszichoszociális fogyatékosság fogalmához *fognak tartozni*, míg egyéb mentális károsodások/pszichiátriai betegségek a pszichoszociális fogyatékosság fogalmához *tartozhatnak.[[31]](#footnote-31)*

Ez a tanulmány alapvetően a pszichoszociális fogyatékosság fogalmát használja, de ahol jogszabály vagy más dokumentum ettől eltérő terminológiát alkalmaz, abban az esetben – a forrás szóhasználatát megőrizendő – azt veszi át.

## 1.3. Emberi jogi paradigma

A CRPD preambuluma a fent idézett 1. cikkel összhangban elismeri, hogy „a fogyatékosság a fogyatékossággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következménye, amely gátolja őket a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben.”[[32]](#footnote-32) A fogyatékosság emberi jogi paradigmájának rövid, lényegre törő megfogalmazását adja a CRPD nyitócikke:

„[A cél] valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlásának előmozdítása, védelme és biztosítása valamennyi fogyatékossággal élő személy számára, és a velük született méltóság tiszteletben tartásának előmozdítása.”[[33]](#footnote-33)

A CRPD és az *emberi jogi modell* minden fogyatékossággal élő személyre mint jogok alanyaira, és mint az emberi sokszínűség megnyilvánulására tekint.[[34]](#footnote-34) Az emberi jogi modell alapelvei magukban foglalják, hogy a fogyatékossággal élő személyek saját maguk hozzák meg döntéseiket,[[35]](#footnote-35) és hogy minden, az életüket érintő döntési folyamatban aktívan részt vesznek.[[36]](#footnote-36)

Az emberi jogi paradigma kapcsán a fogyatékosság *medikális modelljéhez* képest paradigmaváltásról kell beszélni, hiszen az orvosi modell kulcsszavai a képtelenség, képesség hiánya és az asszimiláció. Az utolsó kifejezés arra utal, hogy a fogyatékossággal élő embereknek ugyanolyanoknak kellene lenniük, mint a nem fogyatékos embereknek. Ha pedig a fogyatékossággal élő emberek ezt nem tudják megtenni, ki kell őket rekeszteni. Ez a modell, ennélfogva, bátorítja az előítéleteket, a fogyatékossággal élő személyek megbélyegzését, kirekesztését és diszkriminációját.[[37]](#footnote-37) Mivel ez a megközelítés a fogyatékosságot olyan jelenségnek tekinti, melyet betegség vagy más egészségügyi körülmény, avagy baleset idézett elő, és amely – akár az érintett személy akarata ellenére is – orvosi beavatkozást, gyógyítást igényel, ezért ez a megközelítés a fogyatékosság orvosi modelljeként vált ismertté.[[38]](#footnote-38)

A bemutatott paradigmaváltás nem tagadja a károsodás jelenlétét, vagy – az érintett személy tájékoztatáson alapuló beleegyezését követő – kezelések hasznosságát, azonban megkérdőjelez és elvet minden olyan a károsodáshoz kapcsolódó mítoszt, ideológiát és stigmát, amely a társadalmi interakciókat, a jogalkotást és a jogalkalmazást befolyásolja.[[39]](#footnote-39)

# 2. A pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek és a számukra nyújtott ellátások magyarországi helyzetének rövid összefoglalása

A Magyarországon élő pszichoszociális károsodással élő személyek száma – az irányadó definíció hiányában – nem határozható meg pontosan. Egy 2009-es tanulmány szerint a nyilvántartott pszichiátriai betegek száma dinamikusan nő, egyre több embert kezelnek pszichiátriai betegséggel Magyarországon: 2007-ben 146.029 személyt tartottak nyilván a pszichiátriai gondozókban.[[40]](#footnote-40) Egy évvel később, 2008-ban, 7.943 személy élt pszichiátriai betegek tartós bentlakást nyújtó intézetében és 310 személy élt pszichiátriai betegek lakóotthonában.[[41]](#footnote-41) 2013-ban a pszichiátriai betegek tartós bentlakást nyújtó intézeteiben már 8.495 személy volt elhelyezve, míg pszichiátriai betegek lakóotthonában 265 személy.[[42]](#footnote-42) Egy 2012-es Állami Számvevőszéki (a továbbiakban: ÁSZ) jelentés[[43]](#footnote-43) szerint Magyarországon a pszichiátriai krónikus betegségek (pl. a skizofrénia, a depresszió, a demencia) sok százezer embert érintenek.[[44]](#footnote-44)

Egy 2010-es, a mentális egészségről készült Eurobarometer jelentés[[45]](#footnote-45) arra mutatott rá, hogy „úgy tűnik, a magyar válaszadók érzelmi tapasztalatai negatívabbak, mint az átlag európaiaké.” Azok aránya, akik antidepresszánsokat szedtek a kutatást megelőző 12 hónapban, megegyezett az EU átlaggal, mely a megkérdezettek 7%-át jelenti. Mindemellett az EU átlagnál (47%) valamivel több magyar ember (52%) szedett antidepresszánsokat szorongás miatt.

Az említett 2012-es ÁSZ jelentés – mely a pszichiátriai ellátás minőségének csökkenését állapítja meg[[46]](#footnote-46) – rámutat többek között arra, hogy

„Magyarországon mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat végez feladatokat a pszichiátriai betegek ellátásában, gondozásában, de az ellátás szempontjából nem képeznek összehangolt, egységes rendszert.”[[47]](#footnote-47)

„A pszichiátriai ellátás minden területén (a fekvőbeteg-, a járóbeteg-ellátás, a bentlakásos szociális ellátás és a közösségi ellátás) tapasztalhatók a földrajzi hozzáférés jelentős különbözőségei.”[[48]](#footnote-48)

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (a továbbiakban: WHO) szakértői csoportja 2014. március 25-28. között vizsgálta a magyar mentális egészségügyi ellátást, és jelentésében hangsúlyozta:

* Az ellátórendszer különböző tagjai – az alapellátás, a közösségi szolgáltatások és a kórházak – küszködnek a rájuk nehezedő nyomástól;
* A háziorvosok nem rendelkeznek kapacitással vagy nincs meg a kompetenciájuk ahhoz, hogy a szükségleteket ellássák. Ennek oka, hogy egyedül dolgoznak és a „fejpénz-alapú” finanszírozás sem ösztönzi őket, hogy megfelelő figyelmet fordítsanak a mentális problémával élő betegeikre;
* A járóbeteg-ellátók és a gondozók nehézséggel szembesülnek a magas számú betegellátási szükséglet valamint az alacsony személyi és finanszírozási feltételek miatt;
* A kórházak alacsony színvonalú és kis hatékonyságú gyakorlatot folytatnak, mint például a rövid és többszörös felvételen alapuló kezelések;
* A közösségi ellátók gyakran félelemmel tekintenek a jövőt jellemző bizonytalan finanszírozás felé;
* Az egyes ellátási szintek egyre nagyobb kihívásokkal néznek szembe a többi ellátási szint inadekvát volta miatt.[[49]](#footnote-49)

A pszichoszociális fogyatékossággal élő személyeket gyakran érik előítéletek és hátrányos megkülönböztetés, életüket pedig sokszor bélyegzi meg a társadalomból való kirekesztettség. Talán ez az oka annak, hogy a stigmatizáció nemcsak az érintett személyeket érinti, de a szociális és az egészségügyi ellátórendszer azon szegmenseit is, amelyek e célcsoport számára nyújtan(án)ak támogatást, ellátást.

# 3. A nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéssel és nem-önkéntes kezeléssel, valamint ezek alternatív formáival kapcsolatos megélt tapasztalatok

Az emberi jogi paradigma keretei között gondolkodva, és vizsgálva a nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés kérdéskörét, valamint e jelenség alternatív formáit, elengedhetetlen, hogy a fogyatékossággal élő személyek mozgalmait meghatározó ’semmit rólunk nélkülünk’ elvet prioritásként kezeljük és az érintettek megélt tapasztalataira odafigyeljünk. Ez az odafigyelés kell, hogy jellemezze nemcsak az egészségügyben és a szociális területen dolgozókat, akik a releváns jogi előírásokat alkalmazzák, de a döntéshozókat és a jogalkotót, valamint a döntéshozatali eljárásokat és a jogalkotás folyamatát is.[[50]](#footnote-50)

Az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (a továbbiakban: FRA) 2012-ben publikálta a mentális egészségi problémákkal élő személyek nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésével és nem-önkéntes gyógykezelésével foglalkozó tanulmányát, melynek alapját képezték az érintett személyek e területeken szerzett személyes tapasztalatai is. Az Európai Unió kilenc tagállamában készített interjúk során, a pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek túlnyomó többségben negatív tapasztalatokról számoltak be, hangsúlyozva, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéssel és kezeléssel kapcsolatosan az élethelyzetük feletti kontroll elvesztését érezték, erőszakos atmoszférát érzékeltek, valamint traumát, félelmet, rettegést, megalázottságot és összezavarodottságot éltek meg.[[51]](#footnote-51)

„Nem, senki sem mondott semmit arról, hogy hol vagyok, vagy miért vagyok ott, fogalmam sem volt semmiről. És egy egész évet töltöttem abban a kórházban.”[[52]](#footnote-52)

(47 éves lett hölgy)

"Az egy nagyon erőszakos hely volt. Teljesen megsemmisültem, és sokkolódtam [...], nem hagytak számomra választást, és semmit sem magyaráztak el [...]. Olyan volt, mint egy letartóztatás [...]. Nem szeretem a pszichiáteremet, mivel kezelni akart engem, pedig én szabad akartam lenni."[[53]](#footnote-53)

(65 éves francia hölgy)

„Amikor gyógyszert adnak, senki sem mondja el pontosan, hogy mit is kell bevenned. Négy vagy öt tablettát adnak. Senki sem magyaráz el semmit.”[[54]](#footnote-54)

(47 éves bolgár férfi)

„Álltam, az ablakon dörömböltem és már azon voltam, hogy kiugrok. Ezután két őr lebirkózott, rám ültek, és adtak egy injekciót. Összességében négy férfi kényszerített az ágyba. Rendkívül megalázó volt."[[55]](#footnote-55)

(Egy svéd hölgy)

Az alapvető jogok biztosa az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Merényi Gusztáv Kórház telephely, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Pszichiátriai Osztály zárt részlegén tett látogatásáról szóló jelentésében[[56]](#footnote-56) hasonló megállapításokat tett, hangsúlyozva, hogy „a betegek sok esetben nem tudják, hogy milyen gyógyszereket vesznek be, és azoknak milyen mellékhatásai lehetnek.”[[57]](#footnote-57) A zárt részlegen az egyik női beteg arra panaszkodott, hogy nagyon zavarja a közös előterű illemhely és fürdő, mert nem lehet nyugodtan WC-re menni és tisztálkodni. Egy férfi beteg ezt úgy fogalmazta meg, hogy nem érzi itt jól magát – többek között azért –, mert a férfi és a női WC egyben van, és az ülőke le van szaggatva.[[58]](#footnote-58)

A látogatás alkalmával az ombudsman munkatársai azt tapasztalták, hogy „az egyik személy jobb csuklóját az ágyhoz, míg a balt a radiátorhoz rögzítették. […] A beteg elmondása szerint akarata ellenére nyugtatózták le és sérelmezte, hogy nem tud telefonálni, nincs csengő, és csak kiabálni tud, ha szomjas.”[[59]](#footnote-59) A nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéssel és kezeléssel kapcsolatosan az érintett személyek hangsúlyozták:

„A legrosszabb a kiszolgáltatottság.”

 „Sehová nem lehet elvonulni egyedül.”

„Ez [az, hogy az udvarra sem lehet kimenni] az én esetemben még hagyján, mert én nem régóta vagyok itt, de vannak, akik hónapok óta itt élnek a zárt részlegen.”

„Nem emberként kezelnek bennünket, de nem is állatként. Leginkább élvezik, hogy hatalmuk van”.

„Semmilyen injekciót nem fogadok el, de ennek ellenére beoltottak. Nem értettem vele egyet. Nem vagyok egy őrjöngő típus, nyugtatókat sem szoktam szedni. Kábaság van rajtam azóta is.”

Az alapvető jogok biztosa az egészségügyi pszichiátriai intézménybe történő nem-önkéntes elhelyezéssel kapcsolatos élményekhez hasonló tapasztalatokat tárt fel a tartós bentlakást nyújtó szociális intézményekben történő nem-önkéntes elhelyezésekkel összefüggésben is.[[60]](#footnote-60)

Bár az évtizedek során újabb és újabb emberi jogi dokumentumok születtek, a megélt tapasztalatok hasonlóságokat mutatnak. Egy morfinista orvos pszichiátriai zárt részlegen megélt egyik tapasztalatát így beszéli el a XX. század második felében, Magyarországon:

„Az egyik helyen volt egy sokat nyüzsgő öreg beteg, éjjel nem tudtunk tőle aludni. Az ápolók se, ezért mindennap erős nyugtatót adtak neki. Túladagolták: előbb légzési zavar lépett fel, aztán tüdőgyulladás, aztán tüdővizenyő. Az el is vitte.”[[61]](#footnote-61)

Az itt bemutatott tapasztalatok arról tanúskodnak, hogy a CRPD fentebb idézett célját még nem értük el; a pszichoszociális fogyatékossággal élő emberek még nem élhetnek szabadon valamennyi emberi jogukkal és alapvető szabadságukkal, és társadalmunk még nem tartja tiszteletben a velük született emberi méltóságukat.

# 4. A Nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és nem-önkéntes kezelés emberi jogi problémái, különös tekintettel a nemzetközi emberi jogi jogfejlődésre

A nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és a nem-önkéntes kezelés, valamint az ezekkel kapcsolatos emberi jogi problémák kérdésének vizsgálata három szinten történhet. Míg az első és a második szintet alapvetően a régi, az orvosi paradigma keretei jellemzik azzal, hogy az emberi jogi paradigma tételei többé-kevésbé beszüremked(het)nek e keretek közé, addig a harmadik szintet tisztán az emberi jogi paradigma határai között kell értelmeznünk.

Az *első szint* az, amikor a nem-önkéntes intézeti elhelyezést és a nem-önkéntes gyógykezelést előíró vagy lehetővé tevő jogi szabályozás nem kérdőjeleződik meg, azonban e rendelkezések végrehajtása során olyan magatartásokkal, bánásmódokkal és mulasztásokkal szembesülünk, amelyekkel összefüggésben jogsérelmeket állapíthatunk meg. *A probléma tehát nem a jogi szabályozással van, hanem azok nem megfelelő végrehajtásával*. Ilyen sérelmek lehetnek például, hogy a betegek számára nem biztosított a jogszabályban előírt elegendő férőhely vagy az ápolószemélyzet létszáma. Ezen a szinten jelentkezhet megállapításként, hogy – a jogszabályi előírásokkal ellentétben – a kötelező pszichiátriai elhelyezés törvényességéről szóló bírói meghallgatásra és döntésre nem kerül sor időben; a korlátozó intézkedések protokollja nem publikus; a korlátozó intézkedéseket nem az előírt módon alkalmazzák; a korlátozó intézkedések dokumentálására szolgáló adatlapokat nem (megfelelően) töltik ki.[[62]](#footnote-62)

A *második szintet* már nem csak a hatályban lévő jogi szabályozás végrehajtásával kapcsolatos sérelmek jellemzik, hanem magukkal a jogszabályokkal összefüggő problémák is. Mindemellett, *ezen a szinten még nem a nem-önkéntes intézeti elhelyezést és a nem-önkéntes gyógykezelést előíró vagy lehetővé tevő jogi szabályozás egésze a kérdéses, hanem annak egyes elemei.* Ilyen – a jogi szabályozást érintő – elemek lehetnek például, hogy az időskorú betegek ellátására ne a pszichiátriai osztályok akut ellátása keretében kerüljön sor, hanem egyéb más ellátási formák keretében, vagy, hogy a pszichiátriai osztályok zárt részlegén kezelt beteg személy számára tájékoztatáson alapuló beleegyezésének hiányában beadott gyógyszer ne minősülhessen önkéntes gyógyszerbevételnek, még akkor sem, ha a beteg nem tiltakozik a gyógyszer bevétele ellen.[[63]](#footnote-63) Ezen a szinten merülhet fel az a kérdés is, hogy indokolt-e különbséget tenni a beteg akarata ellenére történő pszichiátriai intézetbe történő utalása, elhelyezése (involuntary placement) és az akarata ellenére történő kezelése (involuntary treatment) között.[[64]](#footnote-64)

A *harmadik szintet* *a vélt vagy valós károsodáson/fogyatékosságon alapuló nem-önkéntes intézeti elhelyezésre és a nem-önkéntes gyógykezelésre irányuló jogi szabályozás egészének elutasítása jellemzi* azzal, hogy olyan alternatív megoldásokat kell kidolgozni, melyek az emberi jogi paradigma talaján állnak.

Habár a nem-önkéntes intézeti elhelyezéssel és a nem-önkéntes gyógykezeléssel összefüggő emberi jogi problémákat mindhárom szinten elemezni lehetne, e tanulmány a harmadik szint elemzését tűzi ki céljául.

## 4.1. Az ENSZ bizottságai és különleges jelentéstevői

A nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés kérdésével foglalkozó, az ENSZ szintjén történő vizsgálódásainknak a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény a kiindulópontja, melyet Magyarország a 2007. évi XCII. törvény elfogadásával hirdetett ki.[[65]](#footnote-65) A CRPD 14. cikk 1. bekezdése előírja, hogy

„[a] részes államok biztosítják, hogy a fogyatékossággal élő személyek, másokkal azonos alapon

a) élvezhetik a személyi szabadsághoz és biztonsághoz való jogot;

b) jogellenesen vagy önkényesen szabadságuktól nem foszthatók meg, továbbá a szabadságtól való bármilyen megfosztás a jogszabályokkal összhangban történhet, és hogy *a fogyatékosság megléte semmilyen esetben nem indokolhatja a szabadságtól való megfosztást.*”[[66]](#footnote-66)

A CRPD 25. cikk *d)* pontja értelmében a részes államok

„kötelezik az egészségügyi szakembereket, hogy a fogyatékossággal élő személyek számára ugyanolyan színvonalú ellátást biztosítsanak, mint mások számára, beleértve *a szabad és tájékoztatáson alapuló hozzájárulás alapján nyújtott ellátást*…”[[67]](#footnote-67)

Mindezek alapján megállapítható, hogy míg a CRPD 14. cikke a fogyatékossággal élő személy akarata ellenére történő pszichiátriai intézetben történő *elhelyezését* (involuntary placement), addig a 25. cikk a fogyatékossággal élő személy akarata ellenére történő *kezelését* (involuntary treatment) tiltja.[[68]](#footnote-68) Mindkét cikk sérelme a CRPD 12. cikkének sérelmét is jelenti, hiszen az érintett személy, a másokkal egyenlő alapú cselekvőképességhez való jogát egyik esetben sem gyakorolhatja szabadon.

Manfred Nowak, az ENSZ kínzás elleni küzdelemmel foglalkozó különleges jelentéstevője (2004 – 2010) a 2008. évi A/63/175. számú időközi jelentésében[[69]](#footnote-69) hangsúlyozta:

„Számos állam lehetővé teszi, hogy pszichoszociális és értelmi fogyatékossággal élő személyeket jogszerűen vagy jogalap nélkül tartsanak fogva intézményi keretek között, anélkül, hogy ebbe az érintettek tájékozott beleegyezésüket adták volna. A fogva tartás alapja a diagnosztizált értelmi vagy pszichoszociális fogyatékosság, továbbá gyakran valamely járulékos feltétel, például az ’ön- és közveszélyesség’ vagy a ’kezelés szükségessége’. A különleges jelentéstevő emlékeztet arra, hogy a CRPD 14. cikke tiltja a szabadságtól való jogellenes vagy önkényes megfosztást, illetve azt, hogy a fogyatékosság a szabadságtól való megfosztás indokául szolgáljon.”[[70]](#footnote-70)

Hasonlóan foglalt állást Manfred Nowak utódja, Juan E. Méndez is.[[71]](#footnote-71)

Az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága 35. számú Általános Kommentárja arra hívta fel a részes államokat, hogy vizsgálják felül a mentális egészség körébe tartozó idejétmúlt jogszabályaikat és gyakorlataikat annak érdekében, hogy önkényes fogvatartásra ne kerülhessen sor. Az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága – a különleges jelentéstevőkkel ellentétben – azonban kiemelte:

„A fogyatékosság megléte *önmagában* nem indokolhatja a szabadságtól való megfosztást. Ehelyett inkább bármely szabadságtól való megfosztásnak szükségesnek és arányosnak kell lennie és arra kell irányulnia, hogy az érintett személyt a súlyos sérelemtől megóvja vagy mások sérelmét megelőzze.”[[72]](#footnote-72)

A ENSZ Fogyatékossággal élő személyek jogainak bizottsága (a továbbiakban: CRPD Bizottság) a különleges jelentéstevőkhöz hasonlóan és az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága álláspontjával szemben[[73]](#footnote-73) kiemelte, hogy *összeegyeztethetetlen a CRPD 14 cikkével, diszkriminatív, és a szabadságtól való önkényes megfosztást jelenti*, hogy számos részes állam jogi szabályozása – ideértve az elme-egészségügyi törvényeket – lehetőséget biztosít a *valós vagy vélt károsodás alapján történő fogva tartásra, még akkor is, ha e mellé más okokat is megkíván*, mint például az ön- és közveszélyességet.[[74]](#footnote-74) Összességében a CRPD Bizottság rámutatott:

„[…] a 14. cikk (1) bekezdés (b) pontja tiltja a valós vagy vélt károsodás alapján történő szabadságtól való megfosztást még abban az esetben is, ha a szabadságtól való megfosztás igazolására [a károsodás mellett] további kitételek vagy kritériumok is alapul szolgálnak.”[[75]](#footnote-75)

Shuaib Chalklen, az ENSZ Fogyatékosságügyi különleges jelentéstevője is aggodalmát fejezte ki az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága álláspontjával kapcsolatosan és a 35. számú Általános Kommentár elfogadása előtt azt kérte az Emberi Jogi Bizottságtól, hogy a CRPD rendelkezéseinek és a CRPD Bizottság állásfoglalásainak megfelelően módosítsák a szövegtervezetet.[[76]](#footnote-76)

Kiemelendő, hogy az ENSZ Nőkkel Szembeni Hátrányos Megkülönböztetés Kiküszöbölésével Foglalkozó Bizottsága is magáévá tette a CRPD Bizottság álláspontját és a Nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló ENSZ Egyezmény olyan értelmezését tette magáévá, amely szerint meg kell tiltani a nők fogyatékosságon alapuló fogva tartását, ideértve a nem-önkéntes kórházi és a nem-önkéntes intézményi elhelyezéseiket, és hatályon kívül kell helyezni azokat a jogszabályokat, amelyek ezekhez alapul szolgálnak.[[77]](#footnote-77)

A CRPD Bizottság hangsúlyozta, hogy az a jogi megoldás nem áll összhangban a CRPD 14. cikkével, amely a fogyatékossággal élő személyek fogva tartását azon az alapon teszi lehetővé, hogy állítólagos veszélyt jelentenek saját maguk vagy mások számára.[[78]](#footnote-78) Itt szükséges kiemelni azt is, hogy kutatások azt támasztják alá, hogy a pszichiátriai betegek általában nem veszélyesebbek másokra, mint az átlagpopuláció, tehát a pszichiátriai betegeket nem stigmatizálhatjuk a másokra való veszélyességgel.[[79]](#footnote-79) Mindemellett „[a] másokra való veszélyesség megítélése […] a pszichiátriában nehéz, s jól ismerten pontatlan. Közismert, hogy a pszichiátriában jelentősen túlbecsülik a betegek másokra való veszélyességét, vagyis sok olyan betegről jelentik ki, hogy másokra veszélyes, akikről aztán kiderül, hogy valójában nem az."[[80]](#footnote-80)

A CRPD Bizottság arra is rámutatott, hogy a CRPD törvény előtti egyenlőségről szóló 12. cikke – amely a cselekvőképességgel és a támogatáson alapuló cselekvőképesség-gyakorlással kapcsolatosan ír elő kötelezettségeket – és 14. cikke között fontos összefüggés van. A fogyatékossággal élő személyektől gyakran vonják meg cselekvőképességüket és helyezik őket gondnokság alá.[[81]](#footnote-81) A gondnok – az érintett személy akaratától függetlenül –, helyettes döntéshozóként eljárva kezdeményezheti gondnokoltjának akár tartós szociális ellátást nyújtó intézményben, akár kórházi pszichiátriai osztály zárt részlegén történő *elhelyezését*,[[82]](#footnote-82) amely gyakorlat a szabadságtól való önkényes megfosztást eredményezi és a CRPD 12. és 14. cikkének sérelmét jelenti.[[83]](#footnote-83) Amennyiben az érintett személy nem áll gondnokság alatt, de nem-önkéntes pszichiátriai osztályon történő elhelyezésére valamely valós vagy vélt károsodása miatt kerül sor, akkor az szintén a 12. cikk sérelmét idézi elő, mivel ez a gyakorlat az érintett személy döntéshozatalát figyelmen kívül hagyva, cselekvőképességének *de facto* megvonására épül.[[84]](#footnote-84)

Mindezek mellett, a fogyatékossággal élő személyek egészségügyi intézmények pszichiátriai osztályain történő *nem-önkéntes kezelésével* kapcsolatosan a CRPD Bizottság – az 1. számú Általános Kommentárjában – az alábbi módon értelmezte a CRPD egészségügyről szóló 25. cikkét:

„a lehető legmagasabb szintű egészséghez való jog […] magában foglalja a szabad és tájékoztatáson alapuló egészségügyi ellátáshoz való jogot. *A részes államok kötelesek arra, hogy minden egészségügyi szakembertől (ideértve a pszichiátriai szakaembereket is) megköveteljék, hogy a fogyatékossággal élő személyektől szerezzék be a szabad és tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket valamennyi kezelés előtt.* A másokkal egyenlő alapú cselekvőképességhez való jogot is szem előtt tartva a részes államok kötelesek arra, hogy *ne engedjék, hogy a fogyatékossággal élő személyek nevében helyettes döntéshozó adja meg a beleegyezést*.”[[85]](#footnote-85)

A CRPD 12. cikke tehát a nem-önkéntes kezelés tekintetében is releváns, hiszen a kezelésbe való beleegyezés nem az érintett személytől, hanem egy helyettes döntéshozótól származik.

A CRPD Bizottság többször is arra hívta fel a CRPD részes államait, hogy az egészségügyi intézményekben fogvatartott fogyatékossággal élő személyek esetében hagyjanak fel a kötelezően alkalmazott kezelés, az elkülönítés, valamint a korlátozó intézkedések – ideértve a fizikai, kémiai és mechanikus korlátozásokat – gyakorlatával.[[86]](#footnote-86) A CRPD Bizottság szerint ezek a gyakorlatok a CRPD – a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés tilalmát előíró – 15. cikkének sérelmét jelentik.[[87]](#footnote-87)

Ezt hangsúlyozza Manfred Nowak, amikor rámutatott, hogy a pszichiátriai intézményekben történő, az érintett személy szabad és tájékoztatáson alapuló belegyezése nélkül megvalósuló elhelyezés olyan fogva tartás, amely fogyatékosságon alapul, súlyos fájdalmat vagy szenvedést okozhat, és ezáltal a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni nemzetközi egyezmény[[88]](#footnote-88) hatálya alá eshet.[[89]](#footnote-89) A különleges jelentéstevő felhívta továbbá a független emberi jogi megfigyelőket, ide értve a nemzeti emberi jogi intézményeket és a nemzeti kínzás-megelőző mechanizmusokat, hogy rendszeresen ellenőrizzék azokat az intézményeket, ahol fogyatékossággal élő személyek tartózkodhatnak, mint például a pszichiátriai egészségügyi ellátást nyújtó intézményeket.[[90]](#footnote-90) Az ilyen jellegű fogvatartási helyek monitorozásának kötelezettsége a CRPD előírásaiból is fakad.[[91]](#footnote-91)

*Összegzésként az állapíthatjuk meg, hogy az ENSZ entitásai nem egységesek a nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés kérdésével kapcsolatos válaszok megfogalmazásában; az alapvető ellentét az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága és a CRPD Bizottság között feszül. Az utóbbi testület, mint a CRPD autoritatív magyarázatát adó ENSZ bizottság, elutasít minden olyan jogi szabályozást és gyakorlatot, amely nem-önkéntes intézeti elhelyezést és nem-önkéntes kezelést valamely valós vagy vélt károsodás/fogyatékosság alapján tesz lehetővé.*

## 4.2. Az ENSZ Önkényes Fogvatartást Vizsgáló Munkacsoportja

Az ENSZ keretei között létrehozott Önkényes Fogvatartást Vizsgáló Munkacsoport[[92]](#footnote-92) 2015. április 29-én fogadta el a *Szabadságuktól letartóztatás vagy fogva tartás útján megfosztott személyek bíróság előtti eljárás indítási jogára vonatkozó jogorvoslatokról és eljárásokról szóló alapelvek és iránymutatások*[[93]](#footnote-93) című dokumentumának 20. számú Iránymutatását, melyben hangsúlyozta:

„Azokat a személyeket, akiket jelenleg pszichiátriai kórházakban vagy hasonló intézményekben tartanak fogva és/vagy nem-önkéntes kezelésnek vetnek alá, vagy akiket ilyen módon tarthatnak fogva vagy kezelhetnek nem-önkéntes jelleggel a jövőben, tájékoztatni kell egyrészről arról, hogy miként tudják szabadságukat ténylegesen és azonnal visszaszerezni, másrészről pedig arról, hogy milyen erre irányuló gyorsított bírósági eljárás biztosított a számukra.”[[94]](#footnote-94)

Az Önkényes Fogva tartást Vizsgáló Munkacsoport álláspontja szerint ezeknek a gyorsított bírósági eljárásoknak kettős céljuk van. Egyrészről olyan döntést kell magukban foglalniuk, amely

1. arra kötelezi a fogvatartó létesítményeket, hogy az érintett személyt haladéktalanul engedjék szabadon és/vagy haladéktalanul szüntessenek meg minden nem-önkéntes kezelést,
2. rendszerszintű intézkedéseket tartalmaz, mint például, hogy az elme-egészségügyi intézmények szüntessék meg a zárt ajtós rendszert és tájékoztassák az érintett személyeket arról, hogy joguk van az intézményt elhagyni.[[95]](#footnote-95)

Az intézménytelenítés (deinstitutionalisation) valamint az önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz való jog előmozdítása érdekében, e döntéseknek és folyamatoknak együtt kell járniuk olyan hatóságok létrehozásával, amelyek segítik az érintett személyeket a lakáshoz, a létfeltételekhez és egyéb gazdasági és szociális támogatásokhoz való hozzájutásban. Ezzel összefüggésben a Munkacsoport hangsúlyozza, hogy ezen támogatások ingyenes vagy megfizethető közösségi alapú szolgáltatások biztosítását kell, hogy jelentsék olyan alternatívák kidolgozásával, melyek nem orvosi diagnózisokra és beavatkozásokra épülnek.[[96]](#footnote-96)

*Az Önkényes Fogva tartást Vizsgáló Munkacsoport álláspontja tehát egyértelműen a CRPD Bizottság megközelítését veszi alapul és konkrét ajánlásokat is megfogalmaz annak érdekében, hogy az emberi jogi paradigma jusson érvényre. Ennek érdekében a Munkacsoport rámutat, hogy azon fogyatékossággal élő személyek számára, akiket önkényesen, illetve jogtalanul fosztottak meg szabadságuktól, kártérítést és egyéb reparációs megoldásokat kell nyújtani.[[97]](#footnote-97)*

## 4.3. Az Európa Tanács

Az Európa Tanács instrumentumai közül az Emberi Jogok Európai Egyezménye explicit módon lehetővé teszi, hogy az „elmebetegeket” jogszerűen megfosszák a szabadságuktól.[[98]](#footnote-98) Az Emberi Jogok Európai Bírósága a nem-önkéntes elhelyezéssel és – bár az Egyezmény nem tartalmaz explicit rendelkezést – a nem-önkéntes pszichiátriai kezeléssel kapcsolatosan jelentős döntések sorát hozta már meg.[[99]](#footnote-99) E döntések, valamint az Európa Tanács jogi kötőerővel bíró Ovideói Egyezményének[[100]](#footnote-100) 6. és 7. cikke[[101]](#footnote-101) a medikális paradigma talaján születtek, így szöges ellentétben állnak az ugyancsak jogi kötőerővel bíró CRPD által képviselt emberi jogi paradigmával.

A CRPD lencséjén keresztül tekintve az Emberi Jogok Európai Egyezményére és az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogára, egy fontos észrevételt kell megfogalmaznunk. Az Emberi Jogok Európai Egyezményének elfogadása 1950-re datálódik és nem szabad úgy tekinteni rá, mint egy statikus mértékre, hanem sokkal inkább, mint egy olyan egyezményre, amely „dinamikus interpretáció”[[102]](#footnote-102) – így például a CRPD és a CRPD Bizottság megközelítése – alapján értelmezendő.[[103]](#footnote-103) Az ennek megfelelő „élő jog” doktrínáját az Emberi Jogok Európai Bírósága úgy fogalmazta meg, hogy az Emberi Jogok Európai Egyezménye egy „élő instrumentum […] amelyet az aktuális körülményeknek megfelelően kell értelmezni.”[[104]](#footnote-104)

Az Európa Tanács Bioetikai Bizottsága (a továbbiakban: DH-BIO) – többek között a CPT és az Európa Tanács Emberi Jogi Operatív Bizottsága[[105]](#footnote-105) támogatásával – 2013 óta dolgozik egy, az Ovideói Egyezményhez kapcsolódó, a mentális rendellenességgel élő személyek nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésével és nem-önkéntes kezelésével foglalkozó kiegészítő jegyzőkönyv előkészítésén. E dokumentum szövegtervezetének 2015. évi nyilvános konzultációja alatt[[106]](#footnote-106) több magas-szintű emberi jogi testület is aggodalmának adott hangot, mivel e – hatályba lépése esetén jogi kötőerővel rendelkező – dokumentum szembe megy a CRPD fent bemutatott és elemzett rendelkezéseivel, valamint a CRPD Bizottság, az ENSZ fogyatékosságügyi különleges jelentéstevője és az ENSZ kínzás elleni küzdelemmel foglalkozó különleges jelentéstevője álláspontjával.

A kiegészítő jegyzőkönyv tervezetét – amely definiálná a „mentális rendellenességet”, kritériumrendszert állítana fel a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és kezelés alkalmazhatóságával összefüggésben, speciális jogokat biztosítana a mentális rendellenességgel élő személyek számára etc. – alapjaiban kritizálta Nils Muižnieks, az Európa Tanács Emberi Jogi Biztosa is.[[107]](#footnote-107) Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése pedig 2016. március 29-én arra kérte az Európa Tanács Miniszteri Bizottságát, utasítsa a DH-BIO-t, hogy vonja vissza a mentális rendellenességgel élő személyek nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésével és nem-önkéntes kezelésével foglalkozó kiegészítő jegyzőkönyv előkészítésére irányuló javaslatát. Ezzel párhuzamosan a Parlamenti Közgyűlés azt kérte a Miniszteri Bizottságtól, utasítsa a DH-BIO-t, hogy munkája során inkább a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és nem-önkéntes kezelés alternatíváira koncentráljon és segítse elő az érintett személyek bevonását az őket érintő döntések meghozatalába.[[108]](#footnote-108)

Elgondolkodtató beadvány érkezett a kiegészítő jegyzőkönyv tervezetével kapcsolatosan Jonas Gunnarssontól, a Parlamenti Közgyűlés leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek jogainak Általános Jelentéstevőjétől, aki rámutatott arra, hogy a tervezet a mentális rendellenesség definíciója kapcsán explicit módon utal az ENSZ Világegészségügyi Szervezete által kidolgozott diagnosztikus rendszerre, a Betegségek Nemzetközi Osztályozására (BNO-10)[[109]](#footnote-109), mint nemzetközileg elfogadott orvosi standard alkalmazhatóságára a mentális rendellenesség diagnosztizálásával összefüggésben. A BNO-10 magában foglalja a „gender identitással kapcsolatos rendellenességeket” (F64), ily módon az LMBT emberek is érintettek lehetnek a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéssel és nem-önkéntes kezeléssel kapcsolatosan.[[110]](#footnote-110) Az Általános Jelentéstevő a transznemű identitás depatologizációjára szólított fel, és hangsúlyozta, hogy „gender identitással kapcsolatos rendellenességek” soha nem szolgálhatnak alapul nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezéshez és nem-önkéntes kezeléshez.[[111]](#footnote-111)

*Az Európa Tanács szintjén, csakúgy, mint az ENSZ entitásai között, nem található egységes megközelítés. Az Európa Tanács két jogi kötőerővel bíró dokumentuma, az Emberi Jogok Európai Egyezménye és az Ovideói Egyezmény, valamint az Emberi Jogok Európai Bíróságának joggyakorlata nincs összhangban a szintén jogi kötőerővel bíró CRPD-vel. Mindemellett, az Európa Tanács több szintjén, így a Parlamenti Közgyűlésben és az Emberi Jogi Biztos Hivatalában is az emberi jogi paradigma felől közelítve foglalnak állást a nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés kérdésével összefüggésben.*

## 4.4. Az Európai Unió

Az Európai Unió Alapjogi Chartájában foglalt alábbi jogok relevanciával bírnak a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésekkel és a nem-önkéntes kezelésekkel összefüggésben:

1. a személyi sérthetetlenséghez való jog (3. cikk);
2. a kínzás és az embertelen vagy megalázó bánásmód és büntetés tilalma (4. cikk);
3. a szabadsághoz és biztonsághoz való jog (6. cikk);
4. a magán- és a családi élet tiszteletben tartása (7. cikk);
5. a megkülönböztetés tilalma (21. cikk);
6. a fogyatékossággal élő személyek beilleszkedése (26. cikk);
7. egészségvédelem (35. cikk).

Miután az EU 2010 decemberében csatlakozott a CRPD-hez, a fenti jogokat a CRPD-ben foglalt rendelkezések figyelembevételével kell biztosítania – a kompetenciahatárai között – minden pszichoszociális fogyatékossággal élő személy számára. *A FRA a mentális egészségi problémákkal élő személyek nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésével és nem-önkéntes gyógykezelésével foglalkozó tanulmányában felhívta a figyelmet arra, hogy minden EU tagállamnak harmonizálnia kell nemzeti jogi szabályozását a CRPD-vel.[[112]](#footnote-112)*

## 4.5. Összegzés

Összegzésként azt mondhatjuk, hogy a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és a nem-önkéntes kezelés emberi jogi paradigma alapú vizsgálata – amint arra fentebb rámutattunk – két komponensből épül fel:

1. valamely valós vagy vélt károsodáson/fogyatékosságon alapuló nem-önkéntes intézeti elhelyezésre és nem-önkéntes kezelésre irányuló jogi szabályozás egészének elutasítása;
2. olyan alternatív megoldások kidolgozása, felkutatása és hozzáférhetővé tétele, melyek az emberi jogi paradigma talaján állnak.[[113]](#footnote-113)

Másképpen fogalmazva, ez nem azt jelenti, hogy fogyatékossággal élő személyeket nem lehet jogszerűen fogvatartani azért, hogy kezeljék őket, de a szabadságkorlátozás jogi alapját úgy kell meghatározni, hogy az ne tartalmazzon sem közvetlenül, sem közvetetten a károsodásra/fogyatékosságra utaló kitételt, és ezáltal minden személyre azonos alapon vonatkozzon.[[114]](#footnote-114)

# 5. A nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes gyógykezelés alternatívái, jó gyakorlatok bemutatása

Az alábbiakban a nem-önkéntes intézeti elhelyezés és a nem-önkéntes kezelés néhány olyan alternatíváját mutatjuk be, melyek a CRPD rendelkezéseit és az emberi jogi paradigma tételeit tiszteletben tartják. A kiindulópont a CRPD 12. cikkének maximális elfogadása kell, hogy legyen, mely a helyettes döntéshozatali struktúrák, így az erre épülő gondnoksági rendszerek helyett a támogatásokon alapuló cselekvőképesség-gyakorlást követeli meg.[[115]](#footnote-115) A támogatásokon alapuló emberi jogi modell ismérveire épülő alternatívák kidolgozása innovatív attitűdöt feltételez. Ennek oka, hogy kevés számú iránymutatóul szolgáló keretrendszer, jó gyakorlat ismert és egyszerűbb a régi, medikális paradigma keretei között megalkotott jogszabályi rendelkezéseket, így a nem-önkéntes intézeti elhelyezést és a nem-önkéntes gyógykezelést alkalmazni. Ilyen innovatív alternatívaként említhetjük például a következőket:

1. sorstársi támogatás/önsegítés (peer support)
2. felépülés alapú szolgáltatások (recovery-based services)
3. közösségi támogató hálózatok (community support networks)
4. személyi segítés (personal assistance).[[116]](#footnote-116)

E négy alternatíva egymással összefügg, az egyik megléte erősít(het)i, hiánya pedig gyengít(het)i a másikat, illetve a többit.

## 5.1. Sorstársi támogatás/önsegítés

Több sorstársak által vezetett kisebb-nagyobb szervezet is jelentős szerepet játszik az önsegítés terén; ilyen például a Pszichiátria (volt) Használóinak és Túlélőinek Világhálózata[[117]](#footnote-117) globális szinten; a Pszichiátria (volt) Használóinak és Túlélőinek Európai Hálózata[[118]](#footnote-118) európai regionális szinten; és példának okáért Magyarországon a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum,[[119]](#footnote-119) vagy az Egyesült Királyságban a Hanghallók Egyesült Királyságbeli Hálózata[[120]](#footnote-120) nemzeti szinten.

Szőke Zsolt, a Lélekhang Egyesület[[121]](#footnote-121) elnöke és a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum alelnöke, az önsegítés lényegét abban látja, hogy

„hasonló bajban, gondban levő ill. betegségben szenvedő emberek összeszövetkeznek és megpróbálnak egymásnak segíteni. A tagok érzelmileg támogatják egymást, segítenek elviselni vagy megoldani az életben felmerülő problémákat, bajokat.”[[122]](#footnote-122)

Az Ébredések Alapítvány szerint az önsegítő csoportok céljai:

1. a pszichiátriai problémával élők érdek- és jogvédelme;
2. a társadalmi megbélyegzés csökkentése;
3. a szakemberekkel való együttműködés;
4. a páciensek rehabilitációja;
5. a kölcsönös segítség és közösség kialakítása.[[123]](#footnote-123)

Az *Intentional Peer Support* (a továbbiakban: IPS) az 1990-es években jött létre.[[124]](#footnote-124) Ez egy olyan gondolkodásmódon alapuló megközelítés, amellyel kapcsolatosan az alapító, Shery Mead ezt fogalmazta meg:

„Amint egyre inkább növekszik a sorstársi támogatás a mentális egészségügyben, oda kell figyelnünk a szándékunkra: társadalmi változás. Ez nem a hatékonyabb szolgáltatások kifejlesztéséről szól, hanem sokkal inkább párbeszédek létrehozásáról, melyek hatással vannak a megértésre, a beszélgetésekre és a kapcsolatokra.”[[125]](#footnote-125)

Az IPS olyan gondolkodásmód, amely átalakítja a kapcsolatokat, segít a dolgokat új szemszögből nézni, valamint nagyobb hangsúlyt helyezni a személyes és kapcsolati mintákra, továbbá támogatni és kihívások elé állítani egymást az új dolgok kipróbálásában. Az IPS különbözik a tradicionális szolgáltatási kapcsolatoktól az alábbiak miatt:

1. *az IPS társkapcsolatokra épül*, melynek lényege, hogy az abban résztvevő személyek tanuljanak és növekedjenek általa, és nem arról szól, hogy az egyik személy segíti a másikat;
2. *az IPS nem azzal indít, hogy feltételezi a problémát*; ez azt jelenti, hogy figyelmet fordítanak a tapasztalatok értelmére és kapcsolatokból fakadóan létrehozzák a látás, gondolkodás és cselekvés új formáit;
3. *az IPS elősegíti a trauma-szenzitív kapcsolatot*, ami megnyilvánulhat abban is, hogy miként kérdezünk, például, „Mi a baj?” helyett azt kérdezhetjük „Mi történt?”
4. *az IPS a kölcsönösen felelős kapcsolatok és közösségek kontextusában értelmezi az életünket*, és az egyéni felelősségen túlra tekint a változások elérése érdekében;
5. *az IPS arra bátorít, hogy egyre jobban éljük azt, mozduljunk afelé, amit akarunk*, ahelyett, hogy arra fókuszálnánk, mivel kell leállnunk, vagy mit kell elkerülnünk.[[126]](#footnote-126)

Az IPS különböző tréningeket dolgozott ki annak érdekében, hogy a fent megfogalmazott üzentet átadja. Az Alaptréning egy 5 napos tanulási folyamat. Az IPS közel 20 éve tart Shery Mead gondolatain alapuló[[127]](#footnote-127) tréningeket szerte a világban mindazok számára, akik szolgáltatásokat nyújtanak, sorstársi támogatásban/önsegítésben vesznek részt vagy a közösség tagjaiként érdeklődést mutatnak azzal kapcsolatosan, hogy miként építsenek kölcsönösségen alapuló kapcsolatokat. Az Alaptréning elvégzése és az IPS területen elkezdett munka a feltétele az IPS Haladó tréningnek, mely 4 napból áll és célja az IPS gyakorlati tapasztalatainak elmélyítése. Az IPS a képzők képzésére is hangsúlyt fektet, erre egy 5 napos tréninget dolgoztak ki. Mindemellett az IPS flexibilis tréningeket is tart, ha ilyen jellegű igény érkezik hozzájuk.[[128]](#footnote-128)

## 5.2. Felépülés alapú szolgáltatások

A felépülés nem-medikális paradigmájáról hazánkban már folyik diskurzus. Amint Gombos Gábor rámutat a „Mi a pszichoszociális fogyatékosság?”[[129]](#footnote-129) című írásában, a Soteria Alapítvány folytat e paradigmán alapuló rehabilitációt és Bugarszki Zsolt publikált tanulmányokat e témakörben.[[130]](#footnote-130)

A felépülés

1. alapját az érintettek saját tapasztalatai és öndefiníciói adják;[[131]](#footnote-131)
2. egy olyan folyamat, amely lényegileg különbözik a terápia és a gyógyítás módszerétől;[[132]](#footnote-132)
3. megtörténhet annak ellenére is, hogy az érintett személy a „betegségéből” nem gyógyul ki;[[133]](#footnote-133)
4. az a folyamat, melynek során reményteljes és odaadó élete lehet valakinek, annak ellenére, hogy a meglévő károsodások nem tűnnek el;[[134]](#footnote-134)
5. egy életmód, egy attitűd, egy fajta szembenézés a kihívásokkal.[[135]](#footnote-135)

A felépülés paradigmáján alapuló egyik modell az *Árapály Modell (Tidal Model)*, melyet egy öt éven át tartó, az angliai Newcastle-ben folytatott kutatás inspirált a 1990-es években. Az irányzat „Árapály Modell” elnevezése a káosz teória központi filozófiai metaforája nyomán született. A metaforák és a nyelv használata, valamint a személyes történetek központi szerepet töltenek be a modellben. Az Árapály Modell az első mentális egészség területét érintő felépülési modell, melyet felhasználók és ezen a területen dolgozók fejlesztettek ki és amelyet a mentális egészség területén dolgozók nemzetközi szinten is elismernek.[[136]](#footnote-136)

Az Árapály Modell szerint a mentális jóllétünk az egyéni élettapasztalatainktól függ, melyhez hozzátartozik önmagunk érzékelése, az észleléseink, a gondolataink és a cselekedeteink. Mindannyiunknak van egy, az élettapasztalatokból táplálkozó egyedi története, melynek lényegi részét képezik a másokkal folytatott interakciók. Ennek alapja az, hogy egymástól függünk, interdependensek vagyunk. Azok a személyek, akik valamilyen mentális problémával, pszichoszociális károsodással élnek, sokszor felkavaró élettapasztalatokkal rendelkeznek, és csak úgy lehet támogatásokat nyújtani számukra, ha közel kerülünk hozzájuk, meghallgatjuk a személyes történetüket és tapasztalataikat, megértjük őket, és velük együtt próbálunk megoldásokat keresni.[[137]](#footnote-137)

Phil Barker és Poppy Buchanan-Barker, az Árapály Modell kidolgozói, meghatároznak 10 alapvető kötelezettségvállalást, melyek a másokkal való munkát segítik:

1. *Figyelj az érintett személy élettörténetére*: ez a hozzáállás alfája és ómegája;
2. *Tartsd tiszteletben az érintett személy nyelvezetét*: mindenki egyedi nyelvezetet használ az élettörténete elmondására, és ez – ideértve a sajátos nyelvtani szerkezetek és metaforák használatát – segíthet a felépülés felé vezető út feltárásában;
3. *Tanúsíts valódi odafigyelést*: a személy élettörténete nem egy nyitott könyv, valódi tisztelettel kell odafigyelni, hogy a „mesélőt” megértsük;
4. *Légy tanítvány*: a személy az, aki a saját életének a legjobb szakértője és sokat tanulhatunk tőle;
5. *Tárd fel az érintett személyes bölcsességét*: az emberek hatalmas bölcsességgel rendelkeznek saját magukkal, a világgal és másokkal kapcsolatosan;
6. *Ne feledd, hogy a változás állandó*: segíteni kell, hogy a személy ismerettel rendelkezzen arról, miként történik a változás és, hogy miként tudja használni a tudását abban, hogy a veszélyből és szorongásból a biztonságba és a felépülésbe jusson;
7. *Használd a feltárt ismereteket*: a személy életében számos dologról kiderül, hogy működött vagy sem az életében, vagy, hogy mi segíthet neki itt és most a felépülésében;
8. *Munkáld meg a következő lépést*: támogatni kell a személyt abban, hogy mi történjen, mit kell tenni következő lépésként a felépülés elérése érdekében,
9. *Add az idő ajándékát*: a minőségi idő a változás elősegítője;
10. *Légy őszinte*: az érintett személy és a támogató egy csapatot kell, hogy alkosson, meg kell bízni egymásban és tisztelni kell egymást, őszintének és nyíltnak kell lenni egymással.[[138]](#footnote-138)

Az Árapály Modell a fentieken túl olyan kompetenciákat is meghatároz, melyeket a támogató, segítő személynek el kell tudni sajátítania.[[139]](#footnote-139) Ezek a kompetenciák a legkülönbözőbb helyzetekben kerülnek alkalmazásra:

Ha az érintett személy azt mondja, hogy „nekem semmi bajom sincs”, az Árapály Modell munkatársai szem előtt tartják azt a tapasztalatukat, hogy számos ember hiszi azt – vagy legalábbis azt állítja –, hogy „nincs semmi baj”, hacsak az nem, hogy a „problémáiról” kérdezgetik. Semmi értelme sincs annak, hogy ezt a személyt meggyőzzük arról, hogy „de igenis problémája van.” Ez csak veszélyeztetné a kapcsolat kialakítását, fenntartását. Ehelyett az Árapály Modell munkatársai elfogadják, amit a személy mond és megkérdezik, hogyan segíthetnek. Ha az érintett azt mondja „semmi bajom, hadd menjek haza”, akkor a válasz lehet, hogy „rendben, beszéljük meg, hogyan tudunk segíteni ebben”. A munkatársnak segítőkésznek kell lennie, arra kell fókuszálnia, hogyan tud segíteni, támogatóként fellépni.[[140]](#footnote-140)

Ha az érintett személy azt mondja, hogy „meg akarom ölni magam”, az Árapály Modell munkatársai tudatában vannak annak, hogy elég sok emberrel találkoztak már, akik azt mondták, hogy „meg kell ölnöm magam” vagy, hogy „valahogy ártanom kell magamnak vagy valaki másnak”. Amikor az emberek zaklatottak, frusztráltak, dühösek, vagy valamilyen más nagy érzelmek hatása alatt állnak, akkor sok olyan dolgot akarnak tenni, amelyet később megbánnának. Ilyen helyzetben az a feladat, hogy az érintett személy jobban érezze az érzelmi biztonságot. A beszélgetést el lehet kezdeni azzal, hogy nem tudnak segíteni az ilyen tettek végrehajtásában, de fel lehet ajánlani, hogy olyan dolgokról beszélgessenek, amelyek fontosak az érintett személynek, és amelyekben a támogatás megadható. Meg kell találni azt az utat, amelyen járva támogatást lehet nyújtani.[[141]](#footnote-141)

Phil Barker és Poppy Buchanan-Barker 2005-ben jelentette meg a „The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals” című könyvet, melyben leírják az Árapály Modell kialakulását, felvázolják az elméletet és bemutatják az önirányítást és a felépülést elősegítő holisztikus modell előnyeit. Példákon keresztül szemléltetik, hogy – feltérképezve a személy élettörténetét – miként lehet bátorítani az érintettet, az életét érintő döntésekben való nagyobb részvételre.[[142]](#footnote-142)

Az Árapály Modell bevezetésre került már Anglián kívül Németországban, Svájcban, Dániában, Svédországban, Törökországban, Spanyolországban és Brazíliában.

Prof Dr Michael Schulz, az Árapály Modell német társfordítója szerint:

"Az árapály Modell nagyon jó keretet biztosít a pszichoszociális munka terrénumán belül. […] Mint a pszichiátriai ápolás németországi professzora, rengeteg diákot látok, akik megtapasztalták az Árapály Modellel való munka jelentős eredményeit. A személy-központú megközelítés és a személyes történet személyes nyelven történő elmesélése jelenti a kulcsot ahhoz, hogy a felépülés modellt átültessük a valóságba. Ez kitágítja azt a horizontot, amivé a pszichiátriai ápolás lenni képes, és amivé változnia kell."[[143]](#footnote-143)

Chanett Babette Simonsen, a pszichiátriai ápolók speciális képzésének dániai oktatási igazgatója arról számolt be, hogy az Árapály Modell az elmúlt években mélyen gyökeret eresztett a dániai pszichiátriai ápolás terén. Az oktatási igazgató büszke arra, hogy a speciális tréningben részesülő nővérek az Árapály Modell emberies megközelítésének lehetnek a hírnökei.[[144]](#footnote-144)

## 5.3. Közösségi támogató hálózatok

A CRPD 12. cikke (2) bekezdése megkívánja a részes államoktól, hogy elismerjék a fogyatékossággal élő személyek jog- és cselekvőképességet, mely az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti őket. Az Egyezmény a (3) bekezdésben további kötelezettséget is támaszt:

„A részes államok meghozzák a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a fogyatékossággal élő személyek cselekvőképességének gyakorlásához esetlegesen szükséges támogatás[[145]](#footnote-145) hozzáférhetővé váljon.”

Az ENSZ Emberi Jogi Főbiztosának Hivatala ezzel kapcsolatosan kiemelte:

„A támogatott döntéshozatal számos formát ölthet. A támogatást nyújtó személyek kommunikálhatják az egyén szándékait mások felé vagy segíthetnek neki a választási lehetőségek megértésében. Segíthetnek másoknak felismerni, hogy a súlyos fogyatékossággal élő személyek is élettörténettel rendelkező személyek, akiknek fontos az élet és céljaik is vannak, valamint, hogy olyan személyek ők, akik képesek gyakorolni a cselekvőképességüket.”[[146]](#footnote-146)

A támogatott döntéshozatal, amellett, hogy a gondnoksági rendszerek egyik leghatékonyabb alternatívája,[[147]](#footnote-147) fontos szerepet játszhat a nem-önkéntes elhelyezések és nem-önkéntes kezelések megelőzése, kiváltása terén is. Ahhoz azonban, hogy a támogatott döntéshozatal és a támogató hálózatok betölthessék ezt a szerepüket, a CRPD-ben foglalt rendelkezéseknek és a CRPD Bizottság autoritatív értelmezésének[[148]](#footnote-148) megfelelően kell felépülniük és funkcionálniuk.[[149]](#footnote-149)

A *Nyílt Párbeszéd (Open Dialogue)* megközelítés, amelynek hazája a finnországi Nyugat Lappföld, valójában nem alternatívája a hagyományos pszichiátriai szolgáltatásoknak, hanem ez maga a pszichiátriai szolgáltatás. Maga a Nyílt Párbeszéd modell egyrészről egy filozófiai és elméleti megközelítés, mellyel a mentális egészséggel kapcsolatosan krízist megélt személyekhez, családjaikhoz, valamint támogató hálózataikhoz fordulnak, másrészről pedig egy ellátási rendszer. A Nyílt Párbeszéd több elméleti modellt foglal magában, így például a szisztematikus családterápiát, a dialógus elméletet és a szociálkonstruktivizmust.

Az 1980-as években a pszichiátriai ellátás nagyon rossz állapotban volt Nyugat Lappföldön, mely abban is megnyilvánult, hogy ez volt az egyik olyan hely Európában, ahol a legtöbb személyt diagnosztizálták skizofréniával. Manapság itt mutathatók ki a legjobb eredmények a nyugati világban. Ez megnyilvánul például abban, hogy a pszichózist megélt személyek mintegy 75%-a visszatért a munka vagy a tanulás világába két éven belül és mindössze körülbelül 20%-uk szed még anti-pszichotikumot 2 éves nyomon követés mellett.

A Nyílt Párbeszéd modell arra törekszik, hogy amennyire csak lehetséges, a saját otthonukban dolgozzon együtt a családokkal és a támogató hálózatokkal annak érdekében, hogy az érintett személyek együtt lehessenek, valamint hogy el tudjanak köteleződni egy párbeszédben. A tapasztalat az, hogy ha a család vagy a támogató hálózat egy krízis helyzetben el tudja fogadni a szélsőséges érzelmeket és tolerálni tudja a bizonytalanságot, akkor ez értelmet nyer az együtt töltött idő alatt és a gyógyulás is lehetséges.[[150]](#footnote-150)

A Nyílt Párbeszéd modell – többek között az alábbi princípiumokra épül:

1. azonnali válasz a krízisre az első 24 órán belül;
2. az érintett személy családjának és az őt körülvevő társadalmi háló (támogató hálózat) más kulcsfontosságú tagjainak a kezdetektől történő részvétele;
3. a kórházi ellátás elkerülése, olyan gyakorisággal történő otthoni látogatásokkal, amilyen intenzitással erre szükség van;
4. Nyílt Párbeszéd a találkozókon minden releváns kérdéssel kapcsolatosan.[[151]](#footnote-151)

A Nyílt Párbeszédről Daniel Mackler készített egy filmet, melyben pszichiáterek, pszichológusok, nővérek és újságírók tesznek tanúságot a gyógyszermentes felépülés sikereiről és egyben megfogalmazzák a tradicionális pszichiátria kritikáját.[[152]](#footnote-152) A Nyílt Párbeszéd eredményességéről több tanulmány is született, így az „Egy kétéves nyomon követés a Nyílt Párbeszéd által alkalmazott kezelésről az első epizódos pszichózissal kapcsolatosan: Csökken a kórházi elhelyezés és a neuroleptikus gyógyszerek iránti szükséglet”[[153]](#footnote-153) című tanulmányban a szerzők azt bizonyították, hogy

1. az akut pszichotikus betegek otthoni kezelése egy járható út;
2. a megfelelő társadalmi támogatással együtt járó Nyílt Párbeszéd megközelítés csökkenti a neuroleptikus gyógyszerek használatának szükségességét;
3. a Nyílt Párbeszéd modell egy két éves periódus alatt elérte, hogy csökkentek a pszichotikus tünetek, fokozódott a pszichológiai működés, és növekedett a munkába visszatérők száma.

Az „Öt év tapasztalata az elsőepizódos non-affektív pszichózisról a nyílt párbeszéd megközelítés keretei között: A kezelés elvei, nyomon követés eredményei, és két esettanulmány”[[154]](#footnote-154) című tanulmány a Nyílt Párbeszédet jó példaként mutatja be és zárszavában megjegyzi, hogy ez „nem egy drága megközelítés, sokkal inkább egy költséghatékony megoldás a közösség számára.”[[155]](#footnote-155)

A támogató hálózatokra, támogatott döntéshozatalra további jó példa, például, a *KeyRing*, a *Vela Microboards* és a *Circles Network*.

A KeyRing olyan emberekre épül, akik a saját otthonaikban élnek, de megosztják egymással és az őket körülvevő közösséggel a tudásukat és tehetségüket. Minden egyes hálózatban van egy önkéntes, aki rendszeresen látogatja a tagokat és támogatást nyújt a csoportnak az együttműködésben. Az önkéntes olyan, mint egy jó szomszéd, aki segít, ha nehézségek vannak. Mivel az önkéntes a tagok közeli környezetében él, ezért ismeri a történéseket és segítséget tud nyújtani, hogy az információ áramoljon, valamint, hogy a tagok kapcsolatokat építhessenek és tartsanak fenn. A KeyRing-nél közösségi támogató munkások és támogatott lakhatás koordinátorok is dolgoznak annak érdekében, hogy a tagok minden szükséges támogatást megkapjanak. A KeyRing a közösségi kapcsolatok fontosságára épül.[[156]](#footnote-156)

A Microboard™ egy kis (mikro) csoport, mely elkötelezett családtagokból és barátokból áll, akik azért fognak össze egy adott személlyel, hogy egy non-profit szervezetet hozzanak létre. Összefognak azért, hogy támogatást nyújtsanak az érintett személynek az élettervezésben; hogy ki merjen állni, fel tudjon lépni a szükségleteiért; ellenőrzik az érintett személynek nyújtott szolgáltatásokat; biztonságot nyújtanak; és hidat képeznek a szélesebb értelemben vett közösséghez. A Vela egy jó példa arra, hogy miként építsünk fel egy személyközpontú mikro csoportot, Microboard-ot. A Vela már több mint 900 Microboard létrehozását segítette elő a kanadai British Columbiában.[[157]](#footnote-157)

A Circles Network egy brit önkéntes szervezet, melynek székhelye Warwickshire-ben található. A Circles Network az igazságosság, érdekképviselet, empowerment és a barátságok talajára épülő befogadó közösségeket épít. A Network-nek jelentős tapasztalata van támogató hálózatok kialakításában, az elmúlt több mint két évtizedben több ezer támogatói hálózat létrehozásában és fejlesztésében nyújtottak segítséget Nagy-Britannia minden részében.[[158]](#footnote-158)

## 5.4. Személyi segítés

A személyi segítő fogalma nem ismeretlen Magyarországon, a személyi segítő szolgálat működtetése különösen is fontos feladata a támogató szolgálatoknak.[[159]](#footnote-159) A *Személyi Segítés a Közösségi Létezésben* (*Personal Assistance in Community Existence* – a továbbiakban: PACE) az Amerikai Egyesült Államok Nemzeti Felelősségteremtés Központjának (National Empowerment Center) azon megközelítése, melynek célja a „mentális betegséggel” élő személyek olyan jelegű személyi segítése, amely a mentális betegségből történő teljes felépülést kívánja elérni úgy, hogy az érintett személy saját ritmusához, sebességéhez igazodik. A PACE alapelvei

1. önrendelkezés;
2. hinni a személyben;
3. hit a teljes felépülésben;
4. bizalom;
5. tisztelet;
6. kényszermentesség.[[160]](#footnote-160)

A PACE alternatívaként született a Programok az Asszertív Közösségi Kezelésben (Programs in Assertive Community Treatment – a továbbiakban: PACT) iránnyal szemben. A PACT célja

1. szimptómák stabilizációja,
2. visszaesés megelőzése;
3. alapvető szükségletek kielégítése.

A PACT *rövidtávon* azt célozza, hogy segítséget nyújtson a betegeknek a kórházból a közösségbe való visszatérés idejére. Ez a folyamat önkéntes alapon történik. A PACT *hosszútávon* viszont már nem önkéntes alapon, hanem kötelező jelleggel, intruzív módon és függőséget indukálva működik. Habár az érintett személyek a közösségben élhetnek, szorosan megfigyelik őket, és újra kórházba kerülhetnek, ha nem veszik be a gyógyszereiket. Ez az atmoszféra bizalmatlanságot eredményez és a felépülés ellen hat.[[161]](#footnote-161) Nagyon fontosak lehetnek ezek a PACT-hoz kötődő negatív tanulságok Magyarországon is, hiszen a medikális paradigma keretei között felvetődik például a *nem-önkéntes ambuláns kezelés*[[162]](#footnote-162) vagy a *nem-önkéntes viselkedésterápiás kezelés*[[163]](#footnote-163) bevezetésének gondolata azzal, hogy ezek a kezelések kevésbé korlátozó alternatívák a nem-önkéntes intézeti kezeléshez képest.

A PACE a „súlyos érzelmi rendellenességből” felépült személyek tapasztalataiból indul ki, amely szerint az önrendelkezés és az önkéntes programokon való részvétel kardinális feltételei a felépülésnek. A Nemzeti Felelősségteremtés Központ kutatásai igazolták, hogy a felépülés a bizalmi és a felelősségteremtésre irányuló kapcsolatokon keresztül történik. A kutatások rámutattak, hogy a felépülés legfontosabb tényezője az, hogy legyen valaki, aki támogat, hisz a személyben, megérti őt, és akiben az érintett személy is bízhat.[[164]](#footnote-164)

A PACE megközelítésében az elsődleges támogató a személyi segítő, ezért rendkívül fontos, hogy milyen emberek látják el ezt a feladatot. Sok esetben azokból a személyekből lesznek a legjobb személyi segítők, akik felépültek, mert ők már végigjárták azt az utat, amelyen az érintett személy halad. A személyi segítők olyan emberek, akik nem félnek szoros kapcsolatba kerülni az érintett személlyel, a „fogyasztóval”, és képesek arra, hogy támogassák a fogyasztót, hogy a saját szocio-kulturális közegükben értelmezhessék az úgynevezett problémákat.[[165]](#footnote-165)

A Nemzeti Felelősségteremtés Központ kiadott egy kézikönyvet is a PACE-val kapcsolatosan, melyet minden olyan személy számára ajánl, aki a mentális betegségekkel összefüggésben valamilyen formán érintett, így sikerrel forgathatják a már felépült személyek, a felépülésben lévők, tanárok, trénerek, és nem utolsó sorban a családtagok.[[166]](#footnote-166)

További jó példa lehet a személyi segítés körében a támogatott döntéshozatal elvein alapuló Finnországból eredő *Személyes Ombudsman* (Personal Ombudsman - PO) rendszer. A PO rendszer a támogatott döntéshozatal egyik modellje, mely minden hatóságtól függetlenül működik. Svédországban több független civil szervezet is nyújt ilyen szolgáltatást. A PO egy olyan különleges szakértelemmel rendelkező személy, aki a szolgáltatást kérő személy megbízásából jár el. A PO nagyon széles körben nyújt segítséget a kliense számára, a családi ügyektől kezdve a lakhatásig, a szolgáltatásokhoz való hozzáférésig vagy a munkaviszonyig. Ez a modell elképzelhetetlen a PO és kliense közötti bizalmi viszony és mindkettejük részéről történő hosszú távú elköteleződés nélkül. A PO modell célja elsősorban olyan emberek megközelítése, akik nehezen elérhetőek, izoláltan vagy támogatások nélkül élnek.[[167]](#footnote-167)

## 5.5. Összegzés

*Összefoglalásul rá kell mutatni, hogy az itt bemutatott alternatívák, jó gyakorlatok mellett természetesen más olyan megoldások is ismertek, amelyek összhangban vannak a CRPD rendelkezéseivel, valamint az emberi jogi paradigma tételeivel.* Ilyenek lehetnek – továbbra is – a teljesség igénye nélkül az alábbiak:

1. Alternatív elvek szerint működő krízis házakkal kapcsolatosan – ahol egyáltalán nem, vagy csak kis mértékben használnak gyógyszereket és ebben az esetben is csak az érintett személy tájékoztatáson alapuló beleegyezésével – bizonyítást nyert, hogy ezek legalább annyira hatékonyak, mint a kórházi osztályokon történő kezelések és a betegek nagyobb része jelezte elégedettségét.[[168]](#footnote-168)
2. Oktatáson keresztül magvalósuló társadalmi befogadás.[[169]](#footnote-169)
3. Munkához jutáson alapuló társadalmi befogadás.[[170]](#footnote-170)

# 6. Konklúzió

A nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezés és a nem-önkéntes kezelés emberi jogi paradigma alapjain történő vizsgálata során alapvetően három lényegi megállapítást tettünk:

1. valamely valós vagy vélt károsodáson/fogyatékosságon alapuló nem-önkéntes intézeti elhelyezésre és nem-önkéntes kezelésre irányuló jogi szabályozás, a diszkriminatív természete miatt nem elfogadható;
2. a szabadságkorlátozások jogi alapját úgy kell meghatározni, hogy az ne tartalmazzon sem közvetlenül, sem közvetetten a károsodásra/fogyatékosságra utaló kitételt, és ezáltal minden személyre azonos alapon vonatkozzon;
3. olyan alternatív megoldásokat kell kidolgozni, felkutatni, hozzáférhetővé tenni, és a kulturális, társadalmi és egyéb tényezőket figyelembe véve átültetni, melyek az emberi jogi paradigma tételeire épülnek.

Az itt említett alternatívák átültethetőségével, alkalmazhatóságával kapcsolatosan a következők figyelembe vétele releváns:

1. az alternatívák nem épülhetnek helyettes döntéshozatali struktúrákra;
2. az alternatívák nem épülhetnek „kevésbé korlátozó nem-önkéntes” modellekre;
3. az alternatívák kerüljék az orvosi diagnózisok felállítását;
4. az alternatívák elő kell, hogy segítsék az önrendelkezést, a cselekvőképesség (támogatásokon alapuló) gyakorlását, a kölcsönös bizalmat, a kölcsönös tiszteletet, a kényszermentességet, a felépülést;
5. az alternatíváknak az érintett személyek élettörténetén, saját tapasztalatain és öndefiníciójukon kell alapulniuk;
6. az alternatívák kidolgozásába, működtetésébe és ellenőrzésébe be kell vonni az érintett személyeket;
7. az alternatíváknak elő kell segíteniük a stigmatizáció elkerülését, megszüntetését és a társadalmi befogadást;
8. az alternatíváknak ingyenesnek vagy megfizethetőnek kell lenniük mindazok számára, akik ezeket igénybe kívánják venni.
1. WHO Regional Committee for Europe: *Fact sheet – Mental health*. 2013. [↑](#footnote-ref-1)
2. WITTCHEN H.U. et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, Vol 21, 2011. 655–679. A kutatók szerint az arány ennél is magasabb, hiszen az eseteknek megközelítőleg csak az egyharmadában fordulnak orvoshoz az emberek. [↑](#footnote-ref-2)
3. „Mental disorders”. A WHO Regional Committee for Europe: *Fact sheet – Mental health* (2013) dokumentum a mentális rendellenességeket akként definiálja, hogy ezek közé a különböző tünetekkel jellemezhető problémák széles köre tartozik, azonban általánosságban elmondható róluk, hogy a zavart gondolatok, érzelmek, magatartás és a másokkal való zavart kapcsolatok kombinációja jellemzi. Példaként említi a dokumentum a depressziót, a szorongást, a gyermekkori magatartászavart, a bipoláris rendellenességeket és a skizofréniát. A WHO dokumentum hozzáteszi a definícióhoz, hogy e rendellenességek közül sokat sikeresen lehet kezelni. [↑](#footnote-ref-3)
4. E tanulmány nem fókuszál a büntető jog keretei között történő kényszergyógykezelés és ideiglenes kényszergyógykezelés kérdésére. [↑](#footnote-ref-4)
5. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA): *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012. 9. [a továbiakban: FRA (2012)]. [↑](#footnote-ref-5)
6. Az Eütv. elérni kívánt célja az, hogy az a cselekvőképtelen beteg, aki önkéntes gyógykezelését kéri, a gondnok – mint törvényes képviselő – jognyilatkozata alapján tartózkodhasson a pszichiátriai intézetben. [↑](#footnote-ref-6)
7. Vö.: Eütv. 196, § a) pont, 197. § (2) bekezdés, 16. § (1)-(2) bekezdés. [↑](#footnote-ref-7)
8. Uo. 196. § b) pont, 199. § (1) bekezdés. [↑](#footnote-ref-8)
9. Uo. 199. § (1) bekezdés. [↑](#footnote-ref-9)
10. Uo. 188. § c) pont. [↑](#footnote-ref-10)
11. Uo. 199. § (2) bekezdés. [↑](#footnote-ref-11)
12. Uo. 199. § (3) bekezdés. [↑](#footnote-ref-12)
13. Uo. 196. § b) pont, 199. § (1) bekezdés. [↑](#footnote-ref-13)
14. Vö.: 200 (1) bekezdés. [↑](#footnote-ref-14)
15. Eütv. 188. § b) pont. [↑](#footnote-ref-15)
16. Uo. 200.§ (9). [↑](#footnote-ref-16)
17. Vö. Eütv. 200. § (8) bekezdéssel és a 198. § (1) bekezdéssel. [↑](#footnote-ref-17)
18. Eütv. 195. § (1) bekezdés. [↑](#footnote-ref-18)
19. A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII.6) ESzCsM rendelet 1. § (1) bekezdés *b)* pont: „*pszichikai korlátozás:* a pszichiátriai beteg felszólítása a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra, illetve az ilyen magatartások abbahagyására, valamint a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítását célzó beavatkozásokkal, kezelésekkel történő együttműködésre való felszólítás, (…) [valamint ezek] eredménytelensége esetén az arra való figyelmeztetés, hogy egyéb korlátozó intézkedés alkalmazása következik.” [↑](#footnote-ref-19)
20. Uo. *c)* pont: „*fizikai korlátozás:* a pszichiátriai beteg szabad mozgásának megtagadása, illetve mozgási szabadságának testi kényszerrel, fizikai és mechanikai eszközökkel, berendezésekkel való korlátozása, így különösen az osztály, a részleg és az intézet elhagyásának megtagadása és megakadályozása, az intézet területén történő mozgás korlátozása, az elkülönítés, a testi kényszer, a rögzítés, valamint a lekötés.” [↑](#footnote-ref-20)
21. Uo. *d)* pont: „*kémiai vagy biológiai korlátozás:* a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer beleegyezés nélkül történő alkalmazása.” [↑](#footnote-ref-21)
22. Uo. *e)* pont. [↑](#footnote-ref-22)
23. Eütv. 192. § (1) [↑](#footnote-ref-23)
24. Uo. [↑](#footnote-ref-24)
25. A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII.6) ESzCsM rendelet 4. § (6) bekezdés. [↑](#footnote-ref-25)
26. Vö.: Fot. 4. § a) pont. A pszichoszociális fogyatékosságról és a fogalom kialakulásáról bővebben: GOMBOS Gábor: *Mi a pszichoszociális fogyatékosság?* <http://rehabportal.hu/hirek/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-26)
27. A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 1. cikke a „mental” kifejezést használja. [↑](#footnote-ref-27)
28. Az Eütv. 188. § d) pontja szerint „*pszichiátriai beteg:* az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.” [↑](#footnote-ref-28)
29. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-29)
30. A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény 1. cikk. [↑](#footnote-ref-30)
31. Pszichiáter szakorvosok álláspontja szerint, míg a „krónikus”esetekre igaz lehet, hogy a pszichoszociális fogyatékosság kategóriájába tartoznak, addig a pszichiátriai osztályra alkalmi, „akut” problémával – pl. drog indukálta pszichózissal, szuicid krízissel – felvett személyeket tévedés lenne a fogyatékossággal élő személyek csoportjába sorolni. [↑](#footnote-ref-31)
32. CRPD preambulum e) bekezdés. [↑](#footnote-ref-32)
33. Uo. 1. cikk. [↑](#footnote-ref-33)
34. Uo. 3(d) cikk. [↑](#footnote-ref-34)
35. Uo. 3(a) cikk. [↑](#footnote-ref-35)
36. Uo. 4(3) cikk. [↑](#footnote-ref-36)
37. Marianne GIJZEN: A fogyatékos emberekre és velük szembeni diszkriminációt tiltó jogra vonatkozó elméletek: áttérés az orvosiról a szociális modellre. In: *National Confederation of Disabled People – Greece: A fogyatékos emberek érdekeit képviselő aktivisták és jogvédők.* Képzési kézikönyv. Budapest, MEOSZ, 2006. 13. [↑](#footnote-ref-37)
38. A fogyatékosság megközelítésének modelljeiről bővebben: KÖNCZEI György - HERNÁDI Ilona: A fogyatékosságtudomány főfogalma és annak változásai. Hipotetikus kísérlet rekonstrukcióra. In: NAGY Zita Éva (szerk.): *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Kutatási eredmények a TÁMOP 5. 4. 1. projekt kutatási pillérében. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 2011. 7-28.; Dan GOODLEY: *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*. London, SAGE, 2011. [↑](#footnote-ref-38)
39. Vö. Simi LITVAK: Disability Studies vs. Disability Policy Studies. 14 *Disability Stud. Q*. no. 2, Summer 1994. 24. Idézi: Arlene S. KANTER: The Law: What’s Disability Studies Got to Do with it or An Introduction to Disability Legal Studies. *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 42, No. 2, 2011. 408. [↑](#footnote-ref-39)
40. BÁNYAI Borbála – LÉGMÁN Anna: *Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben*. 2007. 8. A tanulmány szerint a Magyarországon – gondozókban – nyilvántartott pszichiátriai betegek száma 1965 és 2007 között az alábbi módon alakult:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 2000 | 2007 |
| Nyilvántartott elme- és idegbetegek száma | 46.574 | 62.339 | 106.312 | 107.698 | 112.162 | 127.884 | 130.762 | 146.029 |

 [↑](#footnote-ref-40)
41. Központi Statisztikai Hivatal: *Magyar Statisztikai Évkönyv, 2010*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011. 125. [↑](#footnote-ref-41)
42. Központi Statisztikai Hivatal: *Magyar Statisztikai Évkönyv, 2013.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013. 109. [↑](#footnote-ref-42)
43. Állami Számvevőszék: *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről.* 2012. június. [a továbbiakban: ÁSZ Jelentés]. [↑](#footnote-ref-43)
44. Uo. 14. [↑](#footnote-ref-44)
45. European Commission: *Special Eurobarometer 345 Report on Mental Health*. 2010. [↑](#footnote-ref-45)
46. ÁSZ Jelentés 19. [↑](#footnote-ref-46)
47. Uo. 18. [↑](#footnote-ref-47)
48. Uo. 24. [↑](#footnote-ref-48)
49. WHO HQ and WHO Regional Office for Europe: *An Assessment of the Hungarian Mental Health Care*. March 2014. 29. [↑](#footnote-ref-49)
50. E megközelítés párhuzamba állítható a kritikai fogyatékosságelmélet által alkalmazott megközelítéssel, amely Pothier és Devlin szerint „alulról felfelé fejlődik ki, a fogyatékossággal élő személyek megélt tapasztalataiból, nem pedig felülről lefelé, az elkülönítettséget jelentő elefántcsonttoronyból.” In: Dianne POTHIER and Richard DEVLIN (eds.): *Critical Disability Theory: Essays in Philosophy, Politics, Policy, and Law* (Law and Society Series), Vancouver, UBC Press, 2006. 9. [↑](#footnote-ref-50)
51. FRA (2012) i. m. 54-59. [↑](#footnote-ref-51)
52. Uo. 56. [↑](#footnote-ref-52)
53. Uo. 55. [↑](#footnote-ref-53)
54. Uo. 60. [↑](#footnote-ref-54)
55. Uo. 58. [↑](#footnote-ref-55)
56. Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet, Merényi Gusztáv Kórház telephely, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Pszichiátriai Osztály zárt részlegén történt látogatásról szóló, AJB-410/2015. számú ügyben [a továbiakban: AJB-410/2015. számú jelentés]. [↑](#footnote-ref-56)
57. Uo. 21. [↑](#footnote-ref-57)
58. Uo. 10 [↑](#footnote-ref-58)
59. Uo. 27. [↑](#footnote-ref-59)
60. Lásd pl.: Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése a Debreceni Terápiás Ház pszichiátriai betegeket és értelmi fogyatékosokat ápoló, gondozó bentlakásos szociális otthonban történt látogatásról szóló, AJB-372/2015. számú ügyben [a továbiakban: AJB-372/2015. számú jelentés]. [↑](#footnote-ref-60)
61. BAKONYI Péter: *Téboly, terápia, stigma*. Budapest, Szépirodalmi könyvkiadó, 1984. 250. [↑](#footnote-ref-61)
62. Ilyen és hasonló megállapításokat emel ki a Kínzást és az embertelen vagy megalázó bánásmódot vagy büntetést megelőzni hivatott európai bizottság (a továbbiakban: CPT) 1997. évi tevékenységéről szóló 8. számú Általános Jelentése (8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997. CPT/Inf (98) 12. 31 August 1998.) [a továbbiakban: CPT/Inf (98) 12.]. 34., 42., 47-48., 50., 52. bekezdés. [↑](#footnote-ref-62)
63. Vö.: AJB-410/2015. számú jelentés. Ajánlások III. pont. [↑](#footnote-ref-63)
64. Ezzel kapcsolatosan lásd például az USA-ban, 1983-ban született bírósági döntéseket a *Rogers v. Commissioner* (390 Mass. 489, 458 NE2d 308 (1983)) és a *Rennie v. Klein* (720 F2d 266 (3rd Cir 1983)) ügyben; Lásd továbbá a CPT 8. Általános Jelentésében hangsúlyozott álláspontját:

„A pácienst alapvetően olyan helyzetbe kell hozni, hogy a kezeléshez szabad és tájékozott beleegyezését adhassa. Azt, hogy egy személyt nem önkéntes alapon vettek fel egy pszichiátriai intézménybe, nem szabad úgy értelmezni, hogy a beleegyezése nélkül kezelhető. Következik ebből, hogy minden beszámítható páciens, akár önként kezelteti magát, akár akarata ellenére vitték be, meg kell kapja a lehetőséget a kezelés vagy bármely más orvosi beavatkozás visszautasítására. Bármilyen kivételt ezen alapelv alól csak jogszabály alapján lehet tenni, és ilyen esetben is csak világosan és szigorúan meghatározott körülményekre lehet érvényes.” (CPT/Inf (98) 12. 41. bekezdés). [↑](#footnote-ref-64)
65. A CRPD 2008. május 3-án lépett hatályba. [↑](#footnote-ref-65)
66. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-66)
67. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-67)
68. A CRPD 25. cikke és a nem-önkéntes pszichiátriai kezelések vonatkozásában lásd: Tina MINKOWITZ: The United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Nonconsensual Psychiatric Interventions. *Syracuse Journal of international law and commerce*, Vol 34, 2007. 405-408. [a továbbiakban: MINKOWITZ (2007)]. [↑](#footnote-ref-68)
69. Manfred NOWAK, az ENSZ kínzás elleni küzdelemmel foglalkozó különleges jelentéstevője 2008. évi A/63/175. számú időközi jelentése (Manfred Nowak: Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 28 July 2008, A/63/175.) [a továbbiakban: A/63/175.]; [↑](#footnote-ref-69)
70. Uo. 64. bekezdés. [↑](#footnote-ref-70)
71. Juan E. MÉNDEZ: Introduction. In: *Torture in health-care settings: reflection on the Special Rapporteur on Torture’s 2013 thematic report.* Center for Human Rights and Humanitarian Law. 2013. xix. [↑](#footnote-ref-71)
72. UN Human Rights Committee: *General Comment No. 35, Article 9* (Liberty and security of person). CCPR/C/GC/35. 19. bekezdés. Közzétéve: 2014. december 16. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-72)
73. Az ENSZ Emberi Jogi Bizottsága és a CRPD Bizottság álláspontja közötti kollízió feloldásával kapcsolatosan példaként szolgálhat a választójog területéről: GURBAI Sándor: A gondnokság alá helyezett fogyatékossággal élő személyek választójogi szabályozásának anomáliái és egy megoldási javaslat. In: *A felelt kérdései között. Fogyatékosságtudomány Magyarországon* (Szerk: HERNÁDI Ilona – KÖNCZEI György). Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. 2015. [↑](#footnote-ref-73)
74. Az ENSZ Fogyatékossággal élő személyek jogainak bizottsága: *A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 14. cikkére vonatkozó iránymutatás, a fogyatékossággal élő személyek személyi szabadsághoz és biztonsághoz való joga.* (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: *Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities).* Geneva, September 2015. 6. [a továbbiakban: Guidelines].

Vö.: CRPD Bizottság: *A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 14. cikkére vonatkozó nyilatkozat* (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: *Statement on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities).* Geneva, September 2014. CRPD/C12/2, Annex IV). 1. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-74)
75. Guidelines 7. Lásd továbbá, például: CRPD/C/KOR/CO/1, 29. bekezdés; CRPD/C/DOM/CO/1, 27. bekezdés; CRPD/C/AUT/CO/1, 30. bekezdés. Ezen záró észrevételekben a CRPD Bizottság felszólította a részes államokat, hogy helyezzék hatályon kívül azokat a jogszabályi rendelkezéseket, amelyek fogyatékossággal élő személyek nem-önkéntes elme-egészségügyi intézményekben (pszichiátriai osztályokon) történő elhelyezését valamely valós vagy vélt károsodásuk miatt lehetővé teszik. [↑](#footnote-ref-75)
76. Shuaib CHALKLEN, UN Special Rapporteur on Disability: *Urgent request to amend the Human Rights Committee’s draft version of General Comment No. 35 (CCPR/C/107/R.3) on Article 9 (Right to liberty and security of person) bringing it in line with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. 2014. május 27. [↑](#footnote-ref-76)
77. CEDAW Committee Concluding Observations on India, CEDAW/C/IND/CO/4-5, 2014, 37. bekezdés [↑](#footnote-ref-77)
78. Guidelines 13; CRPD/C12/2, Annex IV. 2. pont. [↑](#footnote-ref-78)
79. KOVÁCS József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest, Medicina, 2007. 351. [a továbbiakban: KOVÁCS (2007)]. Vö.: Allen E. BUCHANAN – Dan W. BROCK: *Deciding for others: The etics of Surrogate Decision making*. Cambridge, Cambridge University Press, 1989. 330-331. [↑](#footnote-ref-79)
80. Uo. [↑](#footnote-ref-80)
81. A magyar gyakorlattal összefüggésben lásd: Társaság a Szabadságjogokért: *Joghalál a törvényben: A fogyatékos személyek bármikor megfoszthatók önrendelkezési joguktól*. 2014. [↑](#footnote-ref-81)
82. Vö. 1.1.1. fejezettel. [↑](#footnote-ref-82)
83. UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities: *General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law.* Közzétéve: 2014. május 19. CRPD/C/GC/1. 40. bekezdés. [a továbbiakban: CRPD/C/GC/1.]; Guidelines 8. [↑](#footnote-ref-83)
84. Vö.: Guidelines 10. [↑](#footnote-ref-84)
85. CRPD/C/GC/1. 41. bekezdés. Kiemelés tőlem: G.S. [↑](#footnote-ref-85)
86. Lásd pl.: CRPD/C/PER/CO/1, 30-31. bekezdés; CRPD/C/HRV/CO/1, 24. bekezdés; CRPD/C/TKM/CO/, 32. bekezdés; CRPD/C/DOM/CO/1, 31. bekezdés; CRPD/C/SLV/CO/1, 33-34. bekezdés; CRPD/C/SWE/CO/1, 37-38. bekezdés; CRPD/C/NZL/1, 32. bekezdés; CRPD/C/AUS/CO/1, 36. bekezdés. [↑](#footnote-ref-86)
87. Guidelines 12. [↑](#footnote-ref-87)
88. Magyarországon kihirdette az 1988. évi 3. tvr. [↑](#footnote-ref-88)
89. A/63/175. 64-65. bekezdés. [↑](#footnote-ref-89)
90. Uo. 75. bekezdés. [↑](#footnote-ref-90)
91. Lásd CRPD 16. cikk 3. bekezdését, 33. cikk 2-3. bekezdését és a Guidelines 13. bekezdését. [↑](#footnote-ref-91)
92. Working Group on Arbitrary Detention. [↑](#footnote-ref-92)
93. Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court (A/HRC/30/37) Közzétéve: 2015. július 6-án. [↑](#footnote-ref-93)
94. Uo. 107. bekezdés (d) pont. [↑](#footnote-ref-94)
95. Uo. 107. bekezdés (e) pont. [↑](#footnote-ref-95)
96. Uo. [↑](#footnote-ref-96)
97. Uo. (f) pont. [↑](#footnote-ref-97)
98. Emberi Jogok Európai Egyezménye 5. cikk 1. e) pont. [↑](#footnote-ref-98)
99. Lásd pl.: *Winterwerp kontra Hollandia*, Panasz: 6301/73, ítélet: 1979. október 24.; *Herczegfalvy kontra Ausztria*, Panasz: 10533/83, ítélet: 1992. szeptember 24.; *Varbanov kontra Bulgária*, Panasz: 31365/96, ítélet: 2000 Október 5.; *Sýkora kontra Cseh Köztársaság*, Panasz: 23419/07, ítélet: 2012. november 22. [↑](#footnote-ref-99)
100. Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény. Kihirdette a 2002. évi VI. törvény. [↑](#footnote-ref-100)
101. „Abban az esetben, ha a törvény szerint, szellemi fogyatékosság, betegség vagy más hasonló ok miatt a nagykorú nem rendelkezik a beavatkozásba való beleegyezés képességével, a beavatkozást csak képviselője, hatóság vagy a törvény által kijelölt személy vagy testület engedélyével lehet végrehajtani. Az érintett személyt a lehetőséghez képest be kell vonni az engedélyezési eljárásba” (6. cikk 3. pont).

„A törvényben meghatározott felügyeleti és ellenőrzési, valamint fellebbezési eljárásokat magában foglaló védelmi feltételek előírják, hogy a súlyos elmezavarban szenvedő személyt beleegyezése nélkül csak abban az esetben lehet olyan beavatkozásnak alávetni, amelynek célja e zavar kezelése, ha a kezelés hiánya az érintett egészségének súlyos károsodásával fenyeget” (7.cikk). [↑](#footnote-ref-101)
102. Michael P. Van ALSTINE: Dynamic Treaty Interpretation. *University of Pennsylvania Law Review*, Vol 146(3), 1998. 687-793.; William N ESKRIDGE: Dynamic Statutory Interpretation. *University of Pennsylvania Law Review*, Vol 135, 1987. 1479-1555. [↑](#footnote-ref-102)
103. Ezt a megközelítést tette magáévá a Bíróság, amikor a *Glor kontra Svájc* ügyben (Panasz: 13444/04, ítélet: 2009. április 30.) a CRPD-t is alapul véve vizsgálta a fogyatékosságon alapuló hátrányos megkülönböztetés kérdését. [↑](#footnote-ref-103)
104. *Tyrer kontra Egyesült Királyság*, Panasz: 5856/72, ítélet: 1978. április 25, 31. bekezdés. Lásd még: George LETSAS: *The ECHR as a Living Instrument: Its Meaning and Legitimacy.* March 14, 2012. Elérhető a Social Science Research Network (SSRN) honlapján: [http://ssrn.com/abstract=2021836](http://ssrn.com/abstract%3D2021836) (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-104)
105. Steering Committee on Human Rights (CDDH). [↑](#footnote-ref-105)
106. A 2015. júniustól 2015. november 15-ig tartó nyilvános konzultációs időszak alatt 39 beadvány érkezett a kiegészítő jegyzőkönyv tervezetére vonatkozóan. [↑](#footnote-ref-106)
107. Council of Europe Committee on Bioethics (DH-BIO): *Additional Protocol on the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders with regard to involuntary placement and involuntary treatment.* Compilation of comments received during the public consultation. Strasbourg, 2015. december 9. (DH-BIO/INF (2015) 20. 6-14. [a továbbiakban: DH-BIO/INF (2015)]. [↑](#footnote-ref-107)
108. Vö.: Council of Europe Parliamentary Assembly: *The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry.* Report by the Committee on Social Affaires, Health and Sustainable Development; Rapporteur: Ms. Guguli MAGRADZE, Georgia, Socialist Goup. 2016. Március 29. DOC. 14007. 11. bekezdés. [a továbbiakban: MAGRADZE (2016)] [↑](#footnote-ref-108)
109. International Classification of Diseases, ICD-10. [↑](#footnote-ref-109)
110. Ukrajnában például az egészségügyi miniszter 2011. évi 60. számú rendelete arra kötelezi azokat a transznemű embereket, akik jogilag meg akarják változtatni a nemüket, hogy 30-45 napot töltsenek el egy pszichiátriai intézetben. Ennek a nem-önkéntes pszichiátriai elhelyezésnek a célja, hogy az érintett személyek megkapják a „transzszexualizmus” (F64.0) diagnózisát. [↑](#footnote-ref-110)
111. DH-BIO/INF (2015) i. m. 4-5. [↑](#footnote-ref-111)
112. FRA (2012) i. m. 51. [↑](#footnote-ref-112)
113. Vö.: DH-BIO/INF (2015) i. m. 6-14.; MAGRADZE (2016) i. m. 11. bekezdés. [↑](#footnote-ref-113)
114. Vő.: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: *Thematic Study on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/HRC/10/48. 49. bekezdés. Közzétéve: 2009. január 26. [↑](#footnote-ref-114)
115. Vö.: GURBAI Sándor: Autonómia, akarat, választás. A cselekvőképesség szabályozása az Új Polgári Törvénykönyv tervezetében. *Jogtudományi Közlöny*. 2012/6. 249-260. [↑](#footnote-ref-115)
116. Vö.: MINKOWITZ (2007) i. m. 409. [↑](#footnote-ref-116)
117. World Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry – WNUSP. <http://www.wnusp.net/> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-117)
118. European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry – ENUSP. <http://www.enusp.org/> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-118)
119. <http://pef.hu/pef/start/index.php> (2016. 04. 26.). A PÉF olyan unikális szervezet, melynek döntéshozó testülete a felhasználói többség elve (user control) alapján működik. [↑](#footnote-ref-119)
120. Hearing Voices Network UK. <http://www.hearing-voices.org/> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-120)
121. <http://lelekhangegyesulet.5mp.eu/web.php?a=lelekhangegyesulet> (2016. 04. 26.). A Lélekhang Egyesület az ország egyik legnagyobb, pszichiátriai diagnózissal élőket (elsősorban skizofréniával és a depresszió különféle fajtáival diagnosztizált személyeket) tömörítő önsegítő szervezete.  [↑](#footnote-ref-121)
122. SZŐKE Zsolt: *Bemutató a felépülésről, önsegítésről.* Debrecen, 2011. <http://5mp.eu/fajlok2/lelekhangegyesulet/onsegites_lelekhang_www.5mp.eu_.pps> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-122)
123. <http://ebredesek.hu/node/92> (2016. 04. 26.). Az Alapítvány 1991-ben alakult, 1995 óta *innovációs misszióval működő bölcsőszervezet*, amely számos innovatív programot és civil szervezetet bocsájtott útjára, így például az első országos beteg-érdekvédő szervezetet, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumot. [↑](#footnote-ref-123)
124. Ld: Shery MEAD: *Intentional Peer Support: A Personal Retrospective*. <http://www.intentionalpeersupport.org/wp-content/uploads/2014/04/IPS-A-Personal-Retrospective.pdf> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-124)
125. <http://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-125)
126. Uo. [↑](#footnote-ref-126)
127. Shery MEAD: *Intentional Peer Support: An Alternative Approach*. Intentional Peer Support, West Chesterfield. [↑](#footnote-ref-127)
128. <http://www.intentionalpeersupport.org/trainings/#FTAnchor> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-128)
129. GOMBOS i. m. 6. [↑](#footnote-ref-129)
130. BUGARSZKI Zsolt: A közösségi pszichiátriai ellátásról. In: *Esély*, 2006/1. 67-73.; BUGARSZKI Zsolt: A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. In: *Esély*. 2013/5. 68-85. [a továbbiakban: BUGARSZKI (2013)] [↑](#footnote-ref-130)
131. BUGARSZKI (2013) i. m. 69. [↑](#footnote-ref-131)
132. Uo. [↑](#footnote-ref-132)
133. William ANTHONY: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service in the 1990’s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. Reprinted in: William ANTHONY: *Toward a Vision of Recovery. For Mental Health and Rehabilitation Services.* Boston, Massachusetts, Center for Psychiatric Rehabilitation Sargent College of Allied Health Professions, 7. [↑](#footnote-ref-133)
134. Uo. [↑](#footnote-ref-134)
135. Patricia E. DEEGAN: Recovery: The lived experience of rehabilitation. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol 11, 1988. 15. [↑](#footnote-ref-135)
136. <http://www.tidal-model.com> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-136)
137. *A Recovery Approach to Mental Health Care (using the tidal model) Turning the Tide Handbook*. The Centre of Excellence in Interdisciplinary Mental Health University of Birmingham & Birmingham and Solihull Mental Health NHS Trust. 2008. 9. [↑](#footnote-ref-137)
138. Vö.: Uo. 28-29. [↑](#footnote-ref-138)
139. Uo. 29-30. [↑](#footnote-ref-139)
140. FAQ <http://www.tidal-model.com> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-140)
141. Uo. [↑](#footnote-ref-141)
142. Phil BARKER és Poppy BUCHANAN-BARKER: *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals.* London and New York, Brunner-Routledge, 2005. További publikációkkal kapcsolatosan lásd: <http://www.tidal-model.com/Publications.html> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-142)
143. <http://www.tidal-model.com/people.html>. [↑](#footnote-ref-143)
144. Uo. [↑](#footnote-ref-144)
145. Az angol „support” kifejezést a CRPD-t kihirdető 2007. évi XCII. törvény a „segítség” terminussal adja vissza. [↑](#footnote-ref-145)
146. United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights: *From Exclusion to Equality Realizing the rights of persons with disabilities: Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol*. Geneva, 2007. 90-91. [↑](#footnote-ref-146)
147. Lásd például: Michael BACH, Lana KERZNER: *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to legal Capacity*. Prepared for the Law Commission of Ontario. 2010.; Robert GORDON: The Emergence of Assisted (Supported) Decision-Making in the Canadian Law of Adult Guardianship and Substitute Decision-Making, In: *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23. [↑](#footnote-ref-147)
148. Lásd pl. CRPD/C/GC/1. [↑](#footnote-ref-148)
149. A támogatott döntéshozatal alapelveivel kapcsolatosan magyar nyelven lásd: Gombos Gábor-Hoffman István- Könczei György- Nagy Zita- Szabó Gyula: *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 2009.; Jakab Nóra: *A támogatott döntéshozatal elméleti és gyakorlati kérdései Kanadában.* Sectio Juridica et Politica, Miskolc, Tomus XXIX/2., 2011,447-458. old. [↑](#footnote-ref-149)
150. Open Dialogue UK. <http://opendialogueapproach.co.uk/> (2016. 04. 26.). A Nyílt Párbeszédről bővebben: Jaakko SEIKKULA and Tom Erik AMKIL: *Open Dialogues and Anticipations – Respecting Otherness in the Present Moment*. THL, 2013. [↑](#footnote-ref-150)
151. Jaakko SEIKKULA, Birgitta ALAKARE, Jukka AALTONEN: A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. In: *Social and Clinical Psychiatry*. 2000, 10(2), 20. [a továbbiakban: SEIKKULA et al. (2000)] [↑](#footnote-ref-151)
152. *Open Dialogue: An Alternative, Finnish Approach to Healing Psychosis*, by Daniel Mackler. <http://wildtruth.net/dvd/opendialogue/> (2016. 04. 26.). Mackler további filmjei a felépülésről: <http://wildtruth.net/dvd/> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-152)
153. Jaakko SEIKKULA, Birgitta ALAKARE, Jukka AALTONEN: A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. In: *Social and Clinical Psychiatry.* 2000, 10(2), 20-29. [↑](#footnote-ref-153)
154. SEIKKULA et al. (2000) i. m. 214-228. [↑](#footnote-ref-154)
155. Uo. 227. [↑](#footnote-ref-155)
156. Bővebben a KeyRing-ről: <http://www.keyring.org/Home> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-156)
157. Bővebben a Vela Microboard-ról: <http://www.velacanada.org/> (2016. 04. 26.). A Microboard-okról általában: <http://www.communityworks.info/articles/microboard.htm> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-157)
158. Bővebben a Circles Network-ről: <http://www.circlesnetwork.org.uk/>(2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-158)
159. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet. 39/A. §. [↑](#footnote-ref-159)
160. Daniel B. FISHER, Laurie AHERN: Personal Assistance in Community Existence (PACE): An Alternative to PACT. In: *Ethical Human Sciences and Services.* Vol 2(2). 2000. 87-88. [a továbbiakban: FISHER, AHERN (2000)]. [↑](#footnote-ref-160)
161. Uo. 88-89. [↑](#footnote-ref-161)
162. Ld. például: KOVÁCS (2007) i. m. 355-356. Kovács szerint „[a] nem-önkéntes ambuláns kezelés jogi lehetőségének megteremtése […] sürgető feladat Magyarországon.” [↑](#footnote-ref-162)
163. KOVÁCS József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság. In: *Fundamentum.* 2004/1. 39. [↑](#footnote-ref-163)
164. FISHER, AHERN (2000) i. m. 89. [↑](#footnote-ref-164)
165. Uo. 90. [↑](#footnote-ref-165)
166. Laurie AHERN – Daniel FISHER: *Personal Assistance in Community Existence. A Recovery Guide.* National Empowerment Center. <https://www.power2u.org/downloads/pace_manual.pdf> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-166)
167. Maths JESPERSON: *PO-Skåne - personal ombudspersons in Skåne. A service which offers supported self-decision for persons with severe psychosocial disabilities*.

<http://www.peoplewho.org/documents/jesperson.decisionmaking.doc> (2016. 04. 26.). Hazánkban az „Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékossággal élők számára a támogatott lakhatásban intézményi férőhely kiváltás” című Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. tanulmány (2014) tesz javaslatot a Personal Ombudsman rendszer bevezetésére. 47-48.

<http://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/09/Eletvezetesi_szolgaltatasi_modell_2014_10.pdf> (2016. 04. 26.). [↑](#footnote-ref-167)
168. DOUGHTY C. – TSE S: Can Consumer-Led MHS be Equally Effective? An Integrative Review of CLMH Services in High-Income Countries*.* In: *Community Mental Health Journal.* Vol. 47(3), 2010. 252; SOLOMON P: Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal.* Vol. 27(4), 2004. 392; JOHNSON S and others: Acute in-patient psychiatry: residential alternatives to hospital admission. In: *Psychiatric Bulletin.* Vol. 31, 2007. 262. [↑](#footnote-ref-168)
169. DELMAN J, DELMAN, D.R., VEZINA, B.R., & PISELLI, J.: Peer led Recovery Learning Communities: Expanding Social Integration Opportunities for People with Lived Experience of Psychiatric Disability and Emotional Distress. In: *Global Journal of Community Psychology Practice*. Vol. 5(1), 2014. 1. [↑](#footnote-ref-169)
170. DIAMOND S.: What Makes Us a Community? In: LeFFRANÇOIS, B.A., MENZIES, R. and REAUME, G. (ed) *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies.* Toronto, Canadian Scholars Press Inc. 2013. 65. [↑](#footnote-ref-170)