



£15

BAR

BAR

BAR

XXX

£10

©MCHLXXXVII - TMXVU ELECTROCOIN AUTOMATICS LIMITED BAR & REGISTERED TRADE MARK ALL RIGHTS RESERVED

30p  
PLAY

BAR

X

BAR

WIN  
LINE

X

BAR

X

WIN  
LINE

X

7

X

NUDGE  
NOW

1 2 3

TAKE  
NUDGES

©MCHLXXXVII - TMXVU ELECTROCOIN AUTOMATICS LIMITED BAR & REGISTERED TRADE MARK ALL RIGHTS RESERVED

HOLD  
NUDGE  
DOWN

HOLD  
NUDGE  
DOWN

HOLD  
NUDGE  
DOWN

CANCEL  
NUDGE  
DOWN

CANCEL  
NUDGE  
DOWN

£20

BAR X  
777

NO UNDER  
18  
TO PLAY

Nikolas Rose

# AZ ŐRÜLET KOCKÁZATA

PSZICHIÁTRIA MINT POLITIKATUDOMÁNY<sup>1</sup>

*Nikolas Rose brit szociológus és társadalomtudós, a londoni King's College szociológiaprofesszora. Gondolkodására jelentősen hatott Michel Foucault, ezen keresztül főbb kutatási területei a szubjektivitás genealógiája, az empirikus gondolkodás történeti előzményei a szociológiában, jogban és kriminológiában, valamint a politikai hatalom változó technológiái. Rose alábbiakban olvasható kézirata, habár megannyi alkalommal került előadásra, publikálva még nem jelent meg. Az írás a pszichiátria 19. század végétől kezdődő átalakulását mutatja be, melyben a kockázatkezelés központi fogalomává vált. Rose állítása, hogy míg a pszichiátriai intézmények eredetileg az elkülönítés helyei voltak, mostanra a „fejlett liberális” államokban olyan kormányzási technológiákként szolgálnak, melyek beszivárognak a társadalom hétköznapijaiba, ennek következtében már nem csak az „őrület” klasszikus alakzatai, de mindannyian potenciális kockázati forrássá válunk.*

A huszadik század utolsó évtizedeiben, legalábbis a világ angol nyelven beszélő tájain, az őrület fogalma elválaszthatatlanul összekapcsolódott a kockázattal. A tömegmédiában megannyi olyan eset keringett, melyekben mentális problémákkal küzdő emberek megtámadták, megsebesítették vagy megölték családtagjaikat, pszichiáterüket, szociális

---

<sup>1</sup> Jelen írás az 1990-es években az Egyesült Királyságban íródott és különböző változatokban bemutatott előadás átdolgozott és szerkesztett változata, mely elhangzott a *Law and Society Association* 1996. júliusi glasgow-i konferenciáján; a Cropwood konferencián „Az igazságügyi pszichiátria jövője” címmel, a cambridge-i St. John's College-ban 1997 márciusában; az oxfordi *Sainsbury Centre for Mental Health Summer Schoolon*, 1997 júliusában, és az Ausztrál és Új-Zélandi Pszichiátriai, Pszichológiai és Jogi Társaság 18. éves kongresszusán 1998 áprilisában. Különböző változatokban jelent meg: Rose N (1996) *Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. History of the Human Sciences*, 9(2), 1–23; Rose N (1998): *Governing risky individuals: the role of psychiatry in new regimes of control. Psychiatry, Psychology and Law*, 5(2), 177–195; valamint a következő kötetekben: Tom Baker és Jonathan Simon (2000) (szerk.), *Embracing Risk*. University of Chicago Press.

munkásokat vagy a „nyilvánosság” valamely képviselőjét, ezzel pedig szakmai vizsgálat és nyilvános vita tárgyává váltak. Számos ilyen esetben felmerült, hogy a mentálhigiénés szakemberek maguk is vétkesek voltak, mivel vélhetőleg nem mérték fel kellőképpen a „közösségben” élő vagy a mentálhigiénés intézményből elbocsátott beteg által jelentett veszélyt. Míg korábban annak megállapítása, hogy egyesek mentális állapotuk miatt potenciális veszélyt jelentenek-e másokra nézve, viszonylag kisszámú igazságügyi pszichiáter feladata volt, akik a mentális betegségektől szenvedő elkövetők megítélésére és kezelésére szakosodtak, ma már sok, sőt valamennyi mentálhigiénés szakember munkájának központi elemévé vált.

A különböző joghatóságokban sürgősen vitára bocsátották és egyes helyeken meg is valósították azokat a javaslatokat, amelyek kockázatértékelést írnak elő a pszichiátriai intézetekből való elbocsátás előtt. Mindezt annak érdekében, hogy a mentális egészséggel foglalkozó szakemberek felmérjék és ellenőrizni tudják a kockázatot jelentő eseteket az intézetek falain kívül, vagy hogy pszichiátriai kockázatértékelést végezzenek a különböző bűncselekményekért elítélt fogvatartottakon az intézetekből való elbocsátás előtt, például pedofíliaért elítéltek esetében. A vitában felmerültek olyan rendelkezések is, amelyek kötelező elzárást javasolnak azok számára, akik feltételezhetően veszélyt jelenthetnek másokra, nem azért, amit tettek, hanem azért, amik voltak, mert pusztán lényük fenyegető a közösségre nézve.

Talán nincs semmi új vagy meglepő az örület és a kockázat összekapcsolásában. Vajon az örületet nem mindig is a kiszámíthatatlansággal, a veszéllyel, a kockázattal hozták összefüggésbe? Vajon az örültre nem mindig is mint potenciálisan veszélyes személyre tekintettek? És fordítva, legalábbis a 19. század közepétől kezdve, vajon a veszélyesnek tartott személyek nem az örület valamely formájával küzdöttek (Foucault 1978). Meglehet, hogy így van. De a veszély nyelvének a kockázat nyelvével való széleskörű és nemzeteken átívelő felcserélése azt sugallja, hogy valami valóban jelentős dolog történik az örület és a veszély összefüggésében, és hogy mindez egy általánosabb átalakulás része, nemcsak a mentális egészség kezelésében, hanem a racionalitásokban és az ellenőrzési stratégiákban – vagyis a kormányzásban – a „jóléti állam utáni” időszakban.

Máshol már felvetettem, hogy jelenleg egy sor olyan új kormányzási stratégia megjelenését láthatjuk, amit „fejlett liberálisnak” nevezhetünk (Rose és Miller 1992; Rose 1994a). A „kormányzást” itt a Michel Foucault által kidolgozott értelemben használom: kormányzás alatt a gondolkodás és a cselekvés mindazon többé-kevésbé formalizált módjait értem, melyek célja mások viselkedésének irányítása. Mindez rávilágít arra, hogy minden olyan kísérlet, amely mások magatartásának irányítására, sőt saját magatartásunk formálására irányul, a tudás bizonyos elemeit tartalmazza. A tudás egyidejűleg ruházza fel értelemmel az emberi viselkedést, és hozza létre a szakértelem azon formáit, melyek alkalmasak megismerésre és módosítására. Azok az igazságok, magyarázatok, kategorizációk és taxonómiák, szókészletek és diagnózisok, amelyek az emberi lényekre egyénileg és tömegesen alkalmazhatók, a viselkedés kormányozhatóságának feltételei. A kormányzás fokozatosan függővé válik a szakértelemtől. Azok, akik speciális tudást és csak kevesek által ismert szakértelmet tudhatnak magukénak, döntő szerephez jutnak a kormányzásra szoruló problémák meghatározásában, azon technikák kijelölésében, mellyel hatalmukat gyakorolhatják alárendeltjeiken, és abban, hogy a kormányzás céljait összekössék azokkal a területekkel, ahol a viselkedés megítélése, felmérése, elbírálása, értékelése, megértése és az ezekre irányuló beavatkozások folynak.

A pszichiátria, legalábbis a 19. század óta, szorosan kötődik a kormányzás stratégiáihoz. Születése óta része annak a folyamatnak, amely alapjaiban változtatta meg a „nyugati” ember önmagával kapcsolatos tapasztalatait. Az emberi lény individualitása és vitalitása pozitív tudás tárgyává vált; a hatóságok e pozitív tudás alapján felhatalmazást kaptak arra, hogy az egyének viselkedését szabályozzák; továbbá az emberi mivoltból alkotott pozitív tudás átalakította azokat az etikai rendszereket, amelyek alapján az egyének megértették, megítélték és alakították önmagukat (Rose 1994b). A pszichiátria tehát mindig is kötődött azokhoz a változó módokhoz, amelyekkel az emberek megpróbálták kormányozni önmagukat és másokat.

Ma már nemcsak a pszichiáterek, hanem a klinikai pszichológusok, a pszichiátriákon dolgozó szociális munkások, a pszichoterapeuták, a tanácsadók, a munkaterapeuták, az általános orvosok és sokan mások is azt állítják, hogy képesek a viselkedés problémáit a belső

mentális világ ismeretében azonosítani és e tudás fényében módosítani. A mentális egészség kormányzásának kortárs stratégiái új és változó kapcsolatokat és felosztásokat vonnak maguk után a mentális patológiával foglalkozó szakértők körében, új és változó módszereket a szakértői figyelem tárgyát képező személyek osztályozásában és felosztásában, valamint új és változó kapcsolatokat a szakértők és laikusok között. Ezek olyan hatáskörökkel ruházzák fel a szakértőket, amelyek jelentősen eltérnek a jóléti rendszerben alkalmazottaktól, valamint újszerű módokon kapcsolják össze a szakértelmet a politikai apparátussal.

Jelen tanulmányban annak bemutatására teszek kísérletet, hogy a pszichiátria szerepe átalakult a „fejlett liberális” kormányzási formákban (lsd. Castel 1991). A pszichiátria szakértőinek a közösség terepén végzett „kockázatkezelésben” együtt kell működniük más szakemberekkel is, szerepet kell vállalniuk az elzárás kezelésének új stratégiáiban, és alkalmazkodniuk kell a választás, a felhatalmazás (*empowerment*) és az életstílus-menedzsment új logikáihoz. Mindemellett a hibáztatás kultúrája (*culture of blame*) is érinti őket, amelyben szinte minden szerencsétlen esemény „tragédiává” válik, amelyet el lehetett volna kerülni, és amelyért valamilyen hatóságot felelőssé kell tenni. Mindez új politikai elvárásokat támaszt a „mentális egészséggel” foglalkozó szakemberekkel szemben. Eközben új felelősségeket ró azokra is, akik a pszichiátria tényleges vagy potenciális alanyai, mivel a kockázatszámítás szempontjából kialakulnak a jó és rossz betegek, kliensek vagy felhasználók csoportjai.

## A PSZICHIÁTRIA ÚJ TEREPEI

A pszichiátria 20. század második felétől formálódó új küldetése egy merőben új területet is kijelöl a pszichiátria számára: ez a „közösség”. Ahogy azt Robert Castel is megállapította, az állami mentálhigiénés szolgáltatások szektorokba szervezése Franciaországban, a közösségi mentálhigiénés szolgáltatások politikája az Egyesült Államokban és a közösségi gondozás politikája az Egyesült Királyságban, függetlenül az őket létrehozó konkrét politikai kontextusról, azonos logikát követett: a lehető legnagyobb területet lefedni, a lehető legtöbb embert

elérni, az államgépezethez kapcsolódó egységes apparátus kiépítésével (Castel 1991). A második világháborút követő időszakban a „közösség” vált a haladó szellemiségű szakemberek pszichiátriát célzó reformprogramjának vezérfonalává: a pszichiátriát nem szabad elkülöníteni az általa szolgált személyektől és helyektől, intézményeinek a közösségen belül kell helyet kapniuk, hogy biztosítani tudják azok ellátását is, akik még nem szorulnak kórházi kezelésre, vagy akik már túl vannak azon.

Ezzel nagyjából egy időben a közösség az elmeegógyintézetekben alkalmazott pszichiátriai ellátás kritikájának központi fogalmává vált: az elmeegógyintézetnek nem a bebörtönzés helyének, hanem terápiás közösségnek kellene lennie – érvelt Franco Basaglia, aki többedmagával az elmeegógyintézetek felszámolásának és azok közösségi mentálhigiénés központokkal való felváltásának programját hirdették Olaszországban (ld. Lovell és Scheper Hughes 1987).

Az elképzelés, miszerint a pszichiátria megfelelő működési terepe a közösség, a mentális rendellenességek értékelésében, és az egészség kormányzásában is változást eredményezett. Egyrészt, a közösségi pszichiátria lehetőséget nyújthat a pszichiátria modernizálására: a pszichiátereknek ezen keresztül lehetőségük nyílik leválasztani tevékenységükről annak antiliberális és börtönszerű részeit, mivel azok más szakértői testületekhez kerülnek át, így a pszichiátria szabadelvű, nyitott és a gyógyítást középpontba helyező orvosi ágga válhat. Emellett a közösségi pszichiátria gondolata magában hordozta annak lehetőségét, hogy a 20. században kialakult pszichiátriai szakértelem széttagolt elemei újra egyesülhetnek. Ez mindenekelőtt a pszichiáterek új szerepkörében nyilvánult meg: beletartozott nemcsak a diagnosztizálás és a kezelés, de a patológiás személyek adminisztrációjának ellátása is a szakintézmények és tevékenységtípusok szigetvilágában. Ezen túlmenően a pszichiátria szélesebb körű szerepet kaphat a „megelőzésben”, azzal, hogy tanácsokat ad a mentális egészség fenntartásának és maximalizálásának módjairól.

Semmi új nincs abban, hogy a pszichiátria túlnyomórészt adminisztratív szerepet tölt be – sőt, azt is mondhatnánk, hogy az adminisztráció vágya hozta létre a 19. századi pszichiátriát mint a tudás, a technológiák, a szakértők és az apparátusok komplex együttesét. A pszichiátria 150 éves története során legalább három különböző



konfigurációt figyelhetünk meg adminisztratív funkcióinak tekintetében: az elmeegógyintézetet, a degenerációt és a mentálhigiénét. Mindegyik más-más módon problematizálja a népeiséget. Mindegyik más-más rendszert állít fel a normális és a kóros viselkedés láthatóvá tételére. Mind új technológiákat javasol a viselkedés szabályozására és ehhez kapcsolódva különböző célokat a szakemberek számára. Érdemes röviden körülhatárolni a három alakzatot, hogy megértsük a közösségi pszichiátria sajátosságait, jelenkori racionalitásait, technikáit és feladatait.

### AZ ELMEGYÓGYINTÉZET

Robert Castel a 19. századra mint a „pszichiátria aranykorára” hivatkozik (Castel 1988). Véleménye szerint ebben az időszakban a pszichiátria különböző dimenziói – úgymint elméleti kerete, intézményi struktúrája, a kezelés technológiái és törvényi hatásköre – közt még összhang volt. Az elmeegógyintézet nem csupán épület volt, hanem gondolat és cselekvés olyan összjátéka, amely összekapcsolta a fenti elemeket. Jelen érvelés szempontjából három elemet érdemes kiemelni az elmeegógyintézet születésének és elterjedésének történetéből a 19. századi Európában és Észak-Amerikában (ld. Rose 1992).

Először is, az elmeegógyintézet tette lehetővé a pszichiátria létrejöttét, és nem fordítva. Előbbi fűzte össze azoknak az egyéneknek a heterogén csoportját, akik a reprezentációk és beavatkozások tárgyául szolgáltak, ezzel lehetővé téve az örület pozitív tudományát, ezen belül pedig az esetfelvétel, a diagnózis és az osztályozás technikáit, amelyeket Esquirol *Atlasza* vagy Bucknill és Tuke *A Pszichológiai Orvoslás Kézikönyve* (Esquirol 1838; Bucknill és Tuke 1869) képvisel a legszemléletesebben. Az intézet falai közé zártság, és nem a tudományos képzelet valamiféle hirtelen ugrása volt az, ami egyesítette a vigasztalhatatlanul búslakodót, a vallási fanatikust, a hangokat hallót, a téveszmést és a szexuális illem normáinak megsértőjét. Az első pszichiáterek az elmeegógyintézet terében igyekeztek olyan egységes értelmezési keretet létrehozni, amely alkalmas volt az örület heterogenitásának rendszerezésére, és amely alapjául szolgált a kezelés egységesített technológiájának. Mondhatjuk, hogy

végso soron az elmeeggyintezet intezmenyesította annak határait, amit ma elmebetegségnek tekintünk, ezzel egy időben diagnosztikai hatáskört és terápiás hatalmat adva azoknak a medikális ágenseknek, akik az elzárás terét felügyelték és szervezték.

Másodszor, a kezelés az elmeeggyintezetekben nyerte el azon formáját, amit majd egy évszázadon át képviselt: az örületet a civilizációs normák megsértésének tekintették, ezért az örületet akkor lehetett gyógyulttá nyilvánítani, ha ismét szabad polgári státuszba kerülhetett (Foucault 1961, különösen a 4. fejezetben). A pszichiáter a 19. században nem csupán az intézmény zárt terében gyakorolta hatalmát, valójában a társadalmi rend technikusa volt. Az elmeeggyintezetek Európa-szerte elterjedt szigetcsoportja a másik oldala volt azoknak a filantróp terveknek, amelyek a munkásosztály civilizálására, a női szexualitás domesztikálására és az emberek olyan állampolgárokká való átalakítására irányultak, akik képesek viselkedésüket az értelem, rend, mértékletesség, erényesség és felelősség-tudat normái szerint szabályozni. Az elmeeggyintezet ezen keresztül kapcsolódott ahhoz, amit Colin Gordon „a transzgresszió kölcsönös hatástalanításaként” határoz meg, amelyben a botrányos viselkedés nem más, mint a civilizált magatartás szabályainak megsértése, az egyéni patológiából következően (Gordon 1992). Az elmeeggyintezet egyike lett azoknak a 19. században feltalált morális gépezeteknek, melyek célja olyan polgárok kitermelése volt, akik annyiban szabadok, amennyiben magukra vállalják az erkölcsös, megfontolt és önmagukért vállalt felelős magatartás kötelezettségeit (lsd. Markus 1993).

Harmadszor, az orvosi utasításra történő elzárás összehangolt egy társadalmi igényt egy alkotmányos kötelezettséggel. A társadalmi igény a megbotrántoztató, de bűncselekménynek még nem minősülő magatartások elkülönítésére irányult. A 19. század folyamán azonban a polgárok fokozatosan olyan törvényes és alkotmányos jogokra tettek szert, melyek tiltották az elzárást, s melyek alól csak a rendes bíróságok előtt bizonyított törvénysértés képezett kivételt. Természetesen a fenti igények összehangolása a különböző nemzetek és jogi rendszerek kontextusában eltérő módokon mentek végbe. Mindazonáltal, ahogyan azt Foucault is megfogalmazza, az örület jelenkori tapasztalata egy betegség képében egyesíti mindazt, amit először a család vagy az utcák nyugalma megzavarók „elzárására vonatkozó társa-



dalmi dekrétum” és a „személy mint jogalany hatáskörét meghatározó igazságügyi tudás” találkozási pontja hozott össze. Ennélfogva különleges felhatalmazásra volt szükség ahhoz, hogy egy polgártól megvonhassák szabadságát (idézi Rose 1992: 146).

A 19. századi elmeegógyintézet stratégiai szempontból rendkívül sokoldalú volt – az, hogy számos országban elterjedt, bizonyítékkal szolgál arra, hogy a politikai döntéshozók, filantrópok és tanult emberek elképzelése alapján az elzárás jelentette a megoldást társadalmi és politikai problémák egész sorára. Másrészt ez az „elmeegógyintézeti komplexum” legitimitásának alapjait és tevékenységének minden dimenzióját érintő támadások időszaka is volt. Az elmeorvoslást mint tudást gúny tárgyává tették, művelőinek becsületességét kétségbe vonták, gyógyításra való képességüket eltagadták (lsd. Castel 1988; Scull 1993). Ahogy az elmeegógyintézetek egyre nagyobbá váltak, a hazabocsátások száma egyre csökkent, ezzel párhuzamosan pedig megszaporodtak a törvénytelen elzárásokkal kapcsolatos szóbeszéddek. Ismerjük azokat a reménytelen gyógymódokat, amelyeket abban az időszakban alkalmaztak, mikor az őrületet egyre inkább a hibásan működő agy tüneteként értelmezték, s amiért az elmeegógyintézetek lakóit egy sor fájdalmas és értelmetlen fizikai beavatkozásnak vetették alá.

Mindazonáltal az elmeegógyintézeti pszichiátria ellen irányuló támadásokkal párhuzamosan, bár más területeken és más viselkedésbeli problémák vonatkozásában, de a mentális patológiákkal kapcsolatos szakértelem megnövekedett a 19. század folyamán. Ebben a nőkkal és a háztartással kapcsolatos problémák kitüntetett figyelemben részesültek. A háztartás már régóta kulcsfontosságú terepe volt annak, hogy egyes családtagok viselkedését a többiek problematizálják – elég csak a tévelygő leányok, nemkívánatos feleségek és teherré vált szülők magánintézetekbe zárásának hosszú történetére gondolni. A 19. században azonban az ezekhez való hozzáállás megváltozott. A frenológia, hipnózis, spiritizmus és egy sor más technológia megannyi orvosi és kvázi-orvosi szakterületnek szolgált alapjául, melyek az idegrendszeri zavarokkal, neuraszténiával, hisztériával és ehhez hasonló problémákkal foglalkoztak, különösen a gazdagokat és a társadalom középosztályát sújtó rendellenességekkel kapcsolatban. Ekkoriban ádáz viták zajlottak az „őrültek orvosai” és azok

között, akik a bajba jutott lelkeket nem orvosi eszközökkel kívánták kezelni. A hisztérikus nő alakja körül a pszichiátria új feladatkört vállalt magára a házaselet, a szexualitás és a házastársi kapcsolatok szabályozásának formájában (ld. Walkowitz 1992; Veith 1970).

Mindez pusztán egy formája volt annak, ahogyan a pszichiátria több területen is bekapcsolódott az elmegyógyintézeteken kívüli viselkedésmódok kormányzásába. Kapcsolatok épültek a pszichiátria és más nevelőintézetek és gyakorlatok – a börtönök, krónikus alkoholisták és gyengeelméjűeknek szánt intézetek, és különösképpen a tárgyalótermek – között. A büntetés-végrehajtási rendszerrel fenn tartott kapcsolatában láthatjuk annak a konfliktusnak a kezdetét, mely mind a mai napig tart a felelősségre vonás pszichiátriai és jogi technológiai közt (Smith 1981). A büntetés-végrehajtás teljes körű átalakításáról szóló pszichiátriai álmom sosem valósult meg, mégis a pszichiátria jelentős mértékben behatolt a jogi folyamatokba a közéleti szereplők ellen vagy a nők által elkövetett gyilkosságokról (gyermekgyilkosság stb.) szóló vitákba: a bűnözők fokozatosan alakultak át tisztán jogi alanyokból a patológiás személy sajátos fajtájává (Pasquino 1991).

## DEGENERÁCIÓ

A 19. század utolsó évtizedeire a pszichiáterek úgy vélték, a lakosság széles körének igazgatása szempontjából és a nemzeti közegészség érdekében szaktudásuk kulcsfontosságú. Az elképzelés középpontjában a degeneráció gondolata állt (Pick 1989). A degeneráció a társadalmi rendet veszélyeztető, különösen a városokban élő személyek – úgymint szifiliszeselek, gyengeelméjűek, koldusok, bűnözők, szerencsejátékosok, idióták, részegesek, csavargók, örültek, munkanélküliek és tuberkulózisosok – megértésének kulcsfogalmává vált nemcsak Franciaországban, hanem az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban is. Innentől kezdve a fenti tulajdonságokat alapvető alkati patológiák különféle formáinak tekintették. Eleinte úgy vélték, hogy a patológiát erkölcstelen viselkedés (részegség, maszturbáció stb.) révén lehet elsajátítani, ami nemcsak az egyén életvitelét gyengíti, de családi vérvonalon keresztül tovább is öröklődik, és generációról

generációra súlyosbodik. Egyesek úgy vélték, a sterilitás ennek messzemenő következménye, így végső soron a társadalmi probléma automatikusan korlátozza önmagát, mivel néhány generáció után a degeneráltak képtelenek a szaporodásra. Mások azonban éppen az ellenkezőjét gondolták: a degeneráltak promiszkuisok, gyorsan és felelőtlenül sokasodnak, épp ezért növekvő számuk veszélyt jelent a faj egészségének minőségére.

A degeneráltság értelmezésében eltérések voltak Franciaország, Olaszország, az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság közt. Mégis, az a felfogás, hogy az elmebaj egy szélesebb társadalmi patológia része, egyfajta a priori politikai elgondolásként volt jelen: az egyén patológiája nem pusztán orvosi jelentőségű, hanem egy szélesebb, társadalmi betegség jele; ebből a perspektívából a népeiséget biomedikai szempontból kell vizsgálni. Nagy-Britanniában azokat, akik a népesség egészét fenyegető degenerációt egy teljes körű eugenikai projekt kidolgozásával kívánták visszaszorítani, az egyéni szabadságjogok alkotmányos doktrínái korlátozták. Az orvosok többsége pozitívabb stratégiát támogatott a faj minőségének higiéniai fejlesztéseken keresztüli javítására. Mindazonáltal Nagy-Britanniában sem szabad alábecsülni a degeneráltak szaporodásának megakadályozásával kapcsolatos aggodalom jelentőségét, ami a munkástelepek és a gyengeelméjűek elkülönítése mellett szóló érvekben és a szegénységről alkotott elméletekben mutatkozott meg. Érdeemes emlékeztetni magunkat arra, hogy nem csupán zsidók, homoszexuálisok és cigányok voltak a náci gyilkos faji tisztogatásának áldozatai Európában, hanem az őrültek, a gyengeelméjűek és mindazok, akiket elfajzottnak tartottak. Az Egyesült Államokban egészen az 1950-es évekig a befolyásos eugenikus pszichiáterek kezdeményezésére számos államban kötelező sterilizálásnak és elkülönítésnek vetették alá az elmebetegeket, az őrülteket pedig rettenetes és destruktív körülmények közé zárták: az eugenikus stratégiákat megalapozó logikát nem lehet egykönnyen a távoli múltba helyezni.

De az eugenika szörnyűségein túl a degeneráció eszméje hozzájárult az észlelés egy új rendszerének kidolgozásához, amely elhomályosította a határokat az elmegyógyintézetbe zárt nyilvánvaló őrület és az otthoni és házastársi kapcsolatokat megzavaró idegrendszeri rendellenességek között. A határ az értelmes és felelős állampolgár

és az örült között egyre inkább elmosódott, így már nem volt olyan könnyű meghatározni, ki hova tartozik. Az épelméjűség és az örület határvidékét továbbá kisztílvá bűnözőkből, fiatalkorú bűnelkövetőkből, prostituáltakból, politikai agitátorokból, munkanélküliekből és az ezekhez hasonlókból álló tömeg népesítette be. Még ha az eugenikát nem is hiteltelenítette volna el a náci Németországban végrehajtott gyilkos faji tisztogatás és tömegpusztítás politikája, a határon lévőkre vonatkozó elzárási és sterilizációs taktika aligha felelt meg a megelőzés feladatának, amivel a pszichiátriának szembe kellett néznie. Az elmegyógyintézet zárt tere nem jelenthetett többé megoldást egy olyan problémára, amely gyakorlatilag egybeesett a modern társadalom problémáival.

### MENTÁLHIGIÉNIA

Az Egyesült Államokban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban az 1920-as és 1930-as években kialakult mentálhigiénés mozgalom abból a törekvésből indult ki, hogy a pszichiátria számára egy pozitívabb és szociálisabb szerepet dolgozzanak ki: mindez a lakosságra gyakorolt megelőző jellegű stratégiák összességét jelentette, melyek célja a társadalmi veszélyek minimalizálása és súlyosságának csökkentése volt. A különböző dinamikus pszichológiák és terápiák, melyek közül a pszichoanalízis csak egy volt, olyan gondolkodásmódot hoztak létre, amelyben a pszichiátriának lehetősége nyílt egy sor új problémával foglalkozni, azaz nemcsak a nyilvánvaló örülettel, hanem a társadalomban uralkodó tehetetlenség és boldogtalanság problémájával is. A pszichiátria ezen új irányzatának megjelenési területei azok az újszerű intézmények voltak, amelyek ekkoriban kezdtek sokasodni, és amelyek a bennük kezelt egyének viselkedését a legkülönbözőbb működési szabályokhoz viszonyítva mérték fel. Ilyen volt a hadsereg és a „gránátsokk” problémája az első világháború alatt és után; a tárgyalótermek és a fiatalkorú bűnözés problémája a 20. század első évtizedeiben; az iskola és a pedagógiai problémák, azaz az iskolakerülés, a hazudozás, a hiányzás, a dühkitörések és ehhez hasonló kisebb problémák; a gyárak és a termelékenység csökkenése az üzemi balesetekből, fáradtságból és az alacsony haté-

konyságból eredően. Ezeken a helyeken született meg a pszichiátria új „társadalmi hivatása”, melyen keresztül a pszichiátriai szakértelem részt követelt magának a társadalomban megjelenő alkalmazkodási zavarok és a társadalmi intézményekben tapasztalható eredménytelenség kezelésében. Ebben már nem az értelem és esztelenség vagy a helyes polgári magatartás és botrányos viselkedés megkülönböztetésének kérdése volt központi. A pszichiátria számára előírányzott új feladatkörök nem felügyeleten alapuló, pozitív törekvésként jelentek meg mint a társadalmi normalitás és kompetencia megteremtője és fenntartója (Rose 1986).

A mentálhigiénés gondolkodásmódban szinte minden magatartásbeli hiányosságot kisebb mértékű mentális zavar következményének tekintették. A mentális zavarok, amennyiben azok kezeletlenek maradnak, súlyosbodhatnak, és akár nyilvánvaló elmebajhoz is vezethetnek, az ebből következő veszélyekkel, bajokkal és társadalmi károkkal együtt. Ugyanakkor ezek a rendellenességek kezelhetők, ha idejekorán észreveszik őket, sőt, megfelelő viselkedéssel megelőzhetők a gyárak, az iskolák, a hadsereg, de legfőképpen az otthon terepén. A mentálhigiéné stratégiáiban az elmeógyógyintézet nemcsak lényegtelen volt, de valójában akadályt jelentett. Az elmeógyógyintézethez kapcsolódó örület stigmatizálása sokakat eltántorított a korai kezeléstől, épp ezért követelték olyan klinikák és kórházak létrehozását, ahol a gyógykezelésre önként lehetett jelentkezni (az Egyesült Királyságban a Maudsley kórház volt az egyik első ilyen). Ugyanez a gondolkodásmód öltött testet később a pszichiátriai terminológia megváltoztatásában: az örületből mentális betegség, a bolondok házából elmeógyógyintézet lett – ez volt az első a számos kísérlet közül az elmeógyógyászat általános orvostudományhoz kapcsolására és az azonos kezelési elvek alkalmazására.

A pszichiátriai figyelem tárgya megváltozott: a patológiától szenvedő olyan összefüggések hálójába került, melyek a zavar kialakulásához vagy épp annak megelőzéséhez vezetett (lsd. Armstrong 1983). A rendellenesség magyarázata többé nem öröklött genetikai hibákban rejtett, melyet a személyes erkölcstelenség vagy más kiváltó okok súlyosbíthatnak, és amelyet az utódok örökölnek. A kisebb zavarok esetében legalábbis az út a család érzelmi kapcsolatainak gyermekkori tapasztalataitól a psziché dinamikáján keresztül az

iskolában, gyárban, hadseregben vagy máshol a rossz mentálhigiénés körülmények által súlyosbított alkalmazkodási nehézségekig a mentális zavarok spiráljához vezetett, mégis, a patológiás állapotok ekkorra alapvetően megelőzhetőnek bizonyultak. Így az egyes intézményi színterek nemcsak a mentális betegségek potenciális forrásává, de a megelőzés, a korai diagnózis és a kezelés lehetőségének helyszínévé is váltak. A gyermekpszichiáterek népszerű könyveken és rádióműsorokon keresztül eljuthattak az átlagpolgárok hétköznapi otthonaiba, hogy felvilágosítsák a szülőket azokról a módszerekről, amelyek biztosítják utódaik mentális egészségét és kiegyensúlyozottságát. Az üzemi pszichológusok a vezetőket és a munkaadókat képezhették munkavállalóik alkalmazkodási zavarainak felismeréséről, a mentálhigiénés szempontoknak megfelelő ipari működés követelményeiről. A szociális munkások ügyintézőkké váltak, akik új feladata az otthon, az iskola, a bíróság és a klinika, a játszótér és az utca összekapcsolása volt egyes egyéni esetek körül; a személy pedig életrajzával és családjával ettől kezdve a dokumentáció és szakmai megfigyelés tárgyává vált. Az új normalizáló szemlélet áterjedt az iskolára, a hadseregre, a gyárakra és egy sor más területre is. Ettől kezdve az intézményi és társadalmi viselkedés normáinak szinte minden megsértése pszichológiai jelentést kapott, azaz kevésbé elítélendővé, mint inkább megértendővé vált. Az új követelmény a kivizsgálás, a felmérés, az előírás és a kezelés volt.

## KÖZÖSSÉG

A fentiek tükrében válik érthetővé a közösség mint a pszichiátria sajátosan új területe. A közösségi pszichiátria álma egy olyan közösség volt, ami egyetlen komplex szervezeti térként működik, s amely adminisztratív formában tükrözi a mentális betegségek és az általa felölelt populációk problémáinak összetettségét és sokféleségét: pszichés problémákkal küzdő gyermekek és serdülők; olyan felnőttek vizsgálata és kezelése, akiknek állapota rövid távú kórházi ellátást tesz szükségessé, valamint azoké, akik hosszú távú kezelésre szorulnak – beleértve a pszichiátriai ellátást is – és akik számára nincs más reális alternatíva; kórházi helyek és szállók, védett lakások, támoga-



tott lakások a kórházon kívüli bentlakásos ellátást igénylő felnőtt mentális betegek számára, valamint megfelelő nappali és szabadidős szolgáltatások; az egészségügyi és szociális szolgálatok, az egészségügyi alapellátást végző csoportok és az önkéntes szervezetek közötti koordinált együttműködés a saját otthonukban vagy bentlakásos intézményekben élő mentális betegek folyamatos egészségügyi és szociális ellátása érdekében; a lakóhelyen végzett szolgáltatások, a gondozók támogatása, valamint a közösségben dolgozó személyzet képzése és oktatása (az Egyesült Királyságra vonatkozóan lsd. Department of Health 1989: 55; Rose 1985).

Ezen keresztül a pszichiátria különböző aspektusait kívánta újraintegrálni egy olyan adminisztratív hálózatba, amely azokat a különböző személyeket, akikkel foglalkozik – alkoholisták, bűnözők, zavart gyermekek, patológiás szülők, valamint akut vagy krónikus mentális zavarban szenvedők –, azokat a különböző területeket, amelyeken működik – úgymint kórházak, klinikák, szállók, otthonok, iskolák, mentális egészségügyi központok, szociális munkások látogatásai, háziorvosi rendelők – és az ezekben dolgozó különféle szakembereket – pszichiátereket, az alapellátásban dolgozókat, ápolókat, munkaterapeutákat, pszichoterapeutákat, klinikai pszichológusokat és így tovább – koherens „közösségi ellátórendszerre” egyesíti. A pszichiátria ezen keresztül a „mentális egészség tudományává” vált (Rose 1986).

Ettől kezdve a pszichiátria szakembereinek nem egyszerűen gyógyítaniuk vagy elzárniuk, hanem az „adminisztratív rendszeren” keresztül kezelniük kellett a rájuk bízott személyeket, diagnózisokat kellett felállítaniuk, amelyek performatív módon határozták meg, hogy az egyén hová kerüljön a szakemberek és a kliensek közötti interakciók szigetvilágában – rehabilitációs házak, bentlakásos otthonok, nappali ellátó központok, napközi kórházak stb. Ahogy a pszichiátriának ez az új struktúrája kezdett formát ölteni, úgy változott meg maga az őrület jelentősége is. Mint mentális betegség az őrület teljesen kiüresedik, nem jelent többet, mint az elmeegógyintézeteken kívüli világ követelményeivel való megküzdés képességének hiányát. Ahol az őrületet a megküzdésre való képtelenségként értelmezik, ott a gyógyítás a megküzdési képesség helyreállítását jelenti, melyben a szakembereknek meg kell tanítaniuk a megküzdési

technikákat, meg kell értetniük annak fontosságát, fel kell ismerniük az abban fellépő hiányosságokat, helyre kell állítaniuk az egyén erre való képességét, és vissza kell vezetniük őt egy olyan életformába, amellyel boldogulni tud életében.

## A PSZICHIÁTRIA ÚJ KÜLDETÉSE

Ahogy az előzőekben felvetettem, a pszichiátria politikai hivatása átalakuláson ment keresztül, amit a pszichiátria és a kormányzás „fejlett liberális” stratégiáinak viszonyából lehet megérteni. Ezek alapján a fejlett liberális kormányzati stratégiák a következő elemeket foglalják magukban: a piaci racionalitások – szerződések, fogyasztók, verseny – kiterjesztése olyan területekre, ahol korábban társadalmi, bürokratikus vagy szakmai logika uralkodott; „távoli” kormányzás a szociális munkások tevékenységének formális elválasztásával a központi és helyi állam apparátusától, és a költségvetés, törvények, ellenőrzések, célok, szabványok, gyakorlati kódexek és a fogyasztói igények logikája általi irányításával; az egyének és „közösségek” „érdekeltté” tétele saját kormányzásaikban azáltal, hogy felelősséget kell vállalniuk saját jelenlegi és jövőbeli jólétükért, valamint a szakértőkkel és intézményekkel fenntartott kapcsolataikért (Rose 1994a). A pszichiátria területe nyilvánvalóan számos nehézséget jelent egy ilyen logika számára, nemcsak a pszichiátria alanyainak feltételezett alkalmatlansága miatt, hogy felelősséget vállaljanak saját viselkedésükért, hanem a szociális biztonság azon elemei miatt is, amelyek az elmúlt száz évben a pszichiátriához voltak rendelve. Mindazonáltal a kortárs pszichiátria egyes jellemzői érthetővé válnak, ha e változó politikai racionalitások kontextusába helyezzük őket.

A megértéshez célszerű kiindulópontnak tűnik a kockázat fogalma (vö. Parton 1996). Amint már említettük, Robert Castel azt feltételezte, hogy a pszichiátria a veszélyességről áttér a kockázat fogalmára (Castel 1991). Míg a veszélyesség a személy egy konkrét tulajdonsága, addig a kockázat, Castel szerint, olyan tényezők kombinációja, amelyek önmagukban nem feltétlenül veszélyesek: az anya életkora, a családi háttér jellege, a munkahelyi előélet, a lakhatás típusa. Azok a problémák, amelyeket korábban más megközelítésből értelmeztek, a kocká-

zat nyelvére kódolódnak át. A jövőbeni szerencsétlenség vagy veszteség bekövetkezésének lehetőségét nem bízzák a sorsra, sem a gondviselő államra: ehelyett a „kockázatkezelés” az egyének és a hatóságok felelősségi körébe kerül. Ebben az értelemben a kockázat fogalma lehetővé teszi számunkra, hogy a pszichiátria mai hivatásának számos ehhez kapcsolódó jellemzőjét meghatározzuk. A Pat O'Malley által „új óvatosságnak” nevezett (O'Malley 1992) jellemző alapján, a jelenbéli cselekvések jövőbeli következményeinek kiszámítása révén az egyének egyre inkább felelőssé válnak saját és családjuk sorsának irányításáért. Mindez a jövő jelenbe való bevezetésének és kiszámíthatóvá tételének vágyálma (vö. Hacking 1992). A kockázatokat a körültekintő állampolgárnak, a hatékony szakembernek vagy a jól irányított szervezetnek kell azonosítania, felmérnie, kiszámítania, csökkentenie, biztosítani. Korábban a jóléti politika eszközei és szociális mechanizmusai mentén – amelynek a társadalombiztosítás volt a paradigmája – az egyént az állampolgárság, a társadalmi szolidaritás és a kölcsönös egymásrautaltság kötelékébe kellett bekapcsolni, egy olyan technológiába, amely éppúgy az én önmagához való bizonyos etikai viszonyának (szerződéses kötelezettség, takarékoság, felelősség, rendszeres hozzájárulások stb.) megalapozásául szolgált, mint a társadalombiztosítás a jövedelem elvesztésének vagy megszűnésének, betegségből, öregségből stb. eredő veszélyeivel szemben. A kockázatkezelés új rendszerében azonban az aktív és vállalkozóképes egyének és családok felelősségeihez a jövőre vonatkozó tervezés is hozzáadódik. Jelenbéli viselkedésüket most már a kiszámítandó, elhárítandó és biztosítandó kockázatok szempontjából kell szemlélniük. Az egyéneknek felelősséget kell vállalniuk saját kockázataik kezeléséért éppúgy, ahogy felelősséget kell vállalniuk a kockázatkezelés elmulasztásáért is. A kockázatkezelés ebben az értelemben a megfontolt én technológiájává válik, a felelősség és az elmarasztalás logikájának egyidejű újrakonfigurálásával.

Amikor a fenti logika megjelenik a pszichiátriában, a kockázati kritériumok igazolják a „felosztási eljárások” új, átdolgozott rendszerét, amely elválasztja a megfontolt és a meggondolatlan egyént, az önmagát kezelni képes személyt attól, akit másoknak kell kezelniük. A pszichiátria alanyait már nem az intézményi bezártságuk és a bezártság által rájuk ruházott láthatóság köti össze, hanem az a tény, hogy képtelenek önmagukat körültekintően igazgatni az intézetben

kívüli világ viszonyainak hálózatában. Az énmenedzsment kudarcai, a családdal, a munkával, a pénzzel, a lakhatással való boldogulás készségeinek hiánya innentől kezdve mind-mind potenciális kritériumai a pszichiátriai alannyá minősítésnek. Ebben a rezsimben a veszélyesség is átértékelődik; többé már nem alapvetően antiszociális patológiaként értelmezik, amely az egyén szívében és lelkében lappang, hanem sokkal inkább a múltbeli viselkedésre vonatkozó bizonyítékok és a szakmai ítéletek kombinációjaként, amely a másokkal szembeni impulzusok vagy az önmagunkkal szembeni érzések feletti kontroll és önuralom képességének gyakorlásában való kudarc lehetőségére vonatkozik. A beavatkozás fő kritériuma a kockázat mértéke lesz.

A kockázat a pszichiátria területének újrafelosztásának alapjául szolgál. Ebben elkülönülnek azok, akik „jó pszichiátriai alanyok”, tehát „gyógyszerkonformak”, betartják az időpontokat, képesek úgy megítélni a megküzdési teljesítményüket, hogy az összhangban legyen a szakemberek értékelésével, azoktól, akik nem a közösségi ellátás „játékát játsszák”. A pszichiátria szubjektuma ezentúl a beilleszkedők öngazgató társadalmának és az abból kirekesztettek alkonyi világának találkozási pontján kap helyet. A „szociális problémák” szabályozott világát a kirekesztettek új, töredezett világa váltja fel, amelyben megsokszorozódnak a marginalizált személyek kategóriái, úgymint az egyedülálló szülő, a kábítószerfüggő, az alkoholista vagy az egyedülálló hajléktalan. A kockázatosak és a „kockázatnak kitettek” birodalma új szakmai szervezetek, kvázi kormányzati szervek, önszervező csoportok és profitorientált magánintézmények sokaságának működési terévé válik.

A kirekesztés eme új térbeli és etikai szférájának kialakulása, valamint a kirekesztettek ehhez kapcsolódó reprezentációja együtt jár a szakértők új, a marginalizáltak kezelésével kapcsolatos szerepkörével. Ettől kezdve a területen számos, a felelősségvállalásra vonatkozó pszichológiai technikával találkozhatunk. A szakemberek – néha szelíden, néha szigorúan – oktatókká válnak az önmenedzselés művészetében: tartsd be a megbeszélte időpontokat, vedd be a gyógyszereidet, ne rúgj be és ne légy erőszakos, különben elveszíted a helyed a folyamatban. A gyógyulás tehát nem más, mint az önmagunkhoz való viszony egy sajátos típusának elsajátítása – körültekintő

önmenedzselés, szerződések kötése és betartása, elérhető célok kitűzése és elérése, a mindennapi élet vezetésének ismerete.

Az Egyesült Királyságban az új kapcsolat szakértők és klienseik között a felhatalmazás (*empowerment*) változó fogalma köré összpontosul. A felhatalmazás a hatalom megkérdőjelezésére használt jogi kifejezésből vált más, felelős szakemberek kötelezettségeinek részévé. A szakértőket ma már olyan technikákra tanítják, amelyekkel felhatalmazhatják klienseiket, ami azt jelenti, hogy az ügyfelek képesek saját életük irányítására az életstratégiákhoz kapcsolódó észszerű logika mentén. A szubjektum képességeire vonatkozó beavatkozások egész sora fogalmazódik újra a „felhatalmazás (*empowerment*)” kifejezésen keresztül. Különösen figyelemre méltó az a mód, ahogyan a viselkedés technikáit már nem az egyén szubjektivitásába való kényszerítő és önkényes beavatkozásának tekintik, hanem az orvosok, klinikai pszichológusok és pszichiátriai ápolók, szociális munkások és mások által széles körben alkalmazott technológiának, ami a hatalmától megfosztott egyént újból felhatalmazza az autonóm megbirkózáshoz szükséges készségekkel, ami a megfontolt, szabadságon és választáson alapuló életvitel alapfeltétele.

Az új kockázati gondolkodásmód másik jellemzője ugyancsak lényegi a pszichiátria vonatkozásában. A kockázat fogalma ezen keresztül formálja át a pszichiátriai szakemberek kötelezettségeit: a kockázatkezelés és a kockázatsökkentés mint a szakmai cselekvés alapstruktúrája kiegészíti vagy felváltja a szakmai cselekvés és ítéletalkotás más formáit. A szektorokba szervezés és a közösségi ellátás korai éveinek álma egyfajta higiénista utópia volt, amely nagyban alapozott arra, hogy a pszichiáterek, más szakmai csoportokkal és a legkülönbözőbb szakterületek széles skálájának segítségével, a megelőzés érdekében képesek intézkedéseket kidolgozni, diagnosztizálni a társadalomban előforduló kórképeket, azokat kezelésekhöz rendelni, megfékezni, mérsékelni és akár gyógyítani is. Bár a mentális egészségügyi ellátás racionális, mindenre kiterjedő és központilag irányított rendszerének álma mind a mai napig él, a totalizáló törekvések mára némileg hiteltelenné váltak – kétségtelenül éppúgy saját nagyravágásuk és ebből következő sikertelenségük miatt, mint politikai ideológiai és pragmatikus okokból.

A kockázatból kiinduló szakpolitikák és stratégiák osztoznak a véletlen teljes felszámolásának vízióján. Az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálatának kockázatáról szóló dokumentációi szerint „akár egy agykárosult csecsemőről, akár egy rossz gyógyszer beadásról, akár az emelési technikai képzés hiányosságáról, akár a tűzoltó-felszerelés elégtelenségéről legyen is szó, erkölcsileg tarthatatlan azt mondani, hogy 'ez pusztán csak egy tényezője a problémának', amennyiben előrelátható és megelőzhető lett volna az esemény, akár csak egy esetben is (NHS Ügyvezető igazgató 1993: II). A kockázatkezelés világában nincs olyan, hogy *baleset*, ezekben az esetekben valaki, valahol, minden bizonnyal elmulasztotta a kockázatértékelési és kockázatkezelési kötelezettségét. A pszichiátria a Mary Douglas nyomán elnevezett felülvizsgált „hibáztatási rendszer” része lett, amelyben minden szerencsétlenséget potenciálisan megelőzhető kockázatnak tekintenek, és amelyért valakit felelősségre kell vonni és a megfelelő szankciókkal kell sújtani (Douglas 1992). Mégis, a kockázatmentes döntések fantáziája paradox módon éppen azokat a félelmeket és szorongásokat erősítette fel, amelyeket csillapítani kívánt.

A kockázatkezelés a diagnózis felállítására is kiterjed. Képletesen szólva azt is mondhatnánk, hogy korábban az örültek kezelésében egyfajta munkamegosztás uralkodott: a diagnózis és a kezelés az orvos, a gondozás és az ellenőrzés az ápoló, a segítségnyújtás pedig a szociális munkás feladata volt. A pszichiáter által felállított klinikai diagnózis állt a munkamegosztás középpontjában, még akkor is, ha a közösség területén a beteg tényleges kezelését más szakembereknek és más helyszíneken kellett elvégezni. Az orvosilag képzett szakértő által felállított diagnózis tehát a pszichiátria territóriumába való belépés feltétele volt, olyan performatív kijelentés, ami gyógyszeres kezelésre, elzárásra vagy bizonyos szakintézményekbe való beutalásra vagy más hasonlóra kötelezett. A diagnózis új formáinak megjelenésével azonban az orvos kiemelt szerepe is megkérdőjeleződött. Ismét Castelt idézve „[a] diagnózisban létrejövő szintézis többé nem a beteggel való konkrét kapcsolatban mutatkozik meg, hanem abban a kapcsolatban, ami a beteg kartonját alkotó különböző szakértői minősítések között jön létre” (Castel 1991: 282). A pszichiáter ezzel elveszíti „mesterstátuszát” mint az ítéletalkotás középpontja. Az ítéletalkotás pedig csak részben történik orvosi szempontok mentén. A diagnózis



a szakértelem számos más formájának segítségével jön létre, például a munkahelyi előzmények, a családi élet, a megküzdési készségek, a főzési, bevásárlási és pénzkezelési képességek, valamint a múltbeli viselkedésre és veszélyes magatartásra vonatkozó információk vonatkozásában. Bár formálisan a pszichiáter továbbra is az eset kezelője marad – habár a más szakterületek szakembereinek bevonásával még ez is kétséges –, a pszichiátriai megítélése már nem klinikai (vagy epidemiológiai, ahogy Castel javasolja), sokkal inkább a mindennapok kezelésével kapcsolatos, úgynevezett „hétköznapi” feltételek mentén történik. A tét a pszichiátria alanyainak besorolása várható viselkedésük, valamint a közösségre és önmagukra jelentett kockázatuk alapján, továbbá a viselkedés kezeléséhez szükséges lépések megállapítása. E logika keretein belül az egészségügyi intézmény újradefiniálódik – többé nem a gyógyítás helye, hanem alig több, mint a legkockázatosabbak tárolására szolgáló hely, amíg az általuk jelentett kockázat teljes mértékben felmérhetővé és ellenőrizhetővé nem válik. Ezért a „multidiszciplináris csapat”, amelyet a program hívei megannyi probléma megoldásaként szeretnek látni, kevésbé a különböző klinikai és szociális szakértelem diagnosztikai és gyógyító jelentőségének felismeréséért felelős, mint inkább az adminisztratív kérdések megválaszolására tett kísérletekért: mit tegyünk, és hogyan döntsünk.

A pszichiátria új terepén megfigyelhető az orvoslás részleges alárendelése a szakértelem adminisztratív funkciójának. Richard Ericson szerint a rendőrök elsősorban „tudásmunkássá” váltak, mivel szakmájukat manapság egyre inkább a kockázat és a kockázatkezelés ismerete alkotja, az információk aprólékos gyűjtése és korrelációja révén – a rendőrség ezen keresztül más hivatalok tanácsadója a kockázat természetével, a közösségek, területek és tevékenységek kockázatosságával, valamint a kockázat elkerülésének és kezelésének eszközeivel kapcsolatban (Ericson és Haggerty 1997). Úgy is fogalmazhatunk, hogy a korábban pszichiátriának tulajdonított társadalmi védőfunkciókat mostanra némiképp ehhez hasonlóan alakították át: a pszichiátriára hárul a közösség védelmének biztosítása az egyének, tevékenységek, életformák és életterületek kockázatosságának azonosítása révén. Ebből kifolyólag egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az esetmegbeszélések, a multidiszciplináris csoportok, az információmegosztás, a nyilvántartások vezetése, a tervek készítése, a célok

kitűzése, a betegek felügyeletére és a dokumentálásukra szolgáló hálózatok létrehozása a közösség szintjén.

Természetesen semmi különösebben újszerű nincs abban, ahogy a kockázat logikáját a patológiás viselkedés problematikájára alkalmazzuk. Az Egyesült Királyságban javasolt kockázati nyilvántartás gondolata, amelybe minden olyan beteget feljegyeznek, aki az elmebetegségről szóló törvény valamely szakasza alapján pszichiátriai gondozásba kerül, egy olyan gyakorlatot elevenít fel, melyet a gyermekbántalmazások esetében már két évtized óta alkalmaznak, különösebb siker nélkül. Minden bizonnyal messze vagyunk a Castel által leírt állapotoktól, amelyben átfogó rendszert javasolnak a gyermekek rendellenességeinek kockázati előrejelzésére, s amelyben egy sor olyan tényezőt tartanak nyilván, melyek összefüggése az adott rendellenességgel csupán absztrakt és statisztikai jellegű – az anya életkora, nemzetisége, korábbi betegségei és így tovább –, és ahol e tényezők bizonyos kombinációja automatikus vészjelzést jelenthet, melynek hatására szociális munkást küldhetnek a leendő anyához. Igaz, az információrögzítés és koordináció új technológiái a felügyelet új módozatainak lehetőségeit rejtik magukban. Az individualizáció azon formáival ellentétben, amelyek a 19. századi elmeegógyintézetekben – valamint börtönökben, iskolákban és kórházakban – születtek, ezek nem függenek az intézmény által biztosított átláthatóságtól. Manapság inkább a legkülönfélébb forrásokból származó, különböző szakértők által kockázati tényezőként megjelölt adatok segítségével lehet egy személyt a jövőbeni bűncselekmények, mentális összeomlás, gyermekbántalmazás vagy bármi ehhez hasonló alapján individualizálni. Ugyanakkor nem vagyok meggyőződve arról, hogy a jövő a megfigyelés e módozatainak totalizálását hozza magával, és hogy az egyének bizonyos életutakhoz való előzetes hozzárendelése és irányítása egyfajta racionalizált disztópiában valósul majd meg. Sokkal valószínűbb, ahogyan azt korábban felvettem, hogy a kockázatértékelés és a kockázatkezelés továbbra is az egyes szakemberek feladata lesz, akiket a hivatalos politikai apparátustól „távol” kormányoznak, és akik számára jogi vagy egyéb szankciókat helyeznek kilátásba, ha nem teszik meg a megfelelő lépéseket annak biztosítására, hogy minden kockázatot kivizsgáljanak, számba vegyenek és mérleljenek. Egy betegség lefolyása sokszor kiszámíthatatlan lehet, és olyan organikus

vagy rejtett logika mentén működhet, amelyért sem az orvos, sem a beteg nem vonható felelősségre. A közösség védelmét mégis inkább adminisztratív, mintsem klinikai eszközökkel lehet biztosítani: az egyes érintett szakemberek kötelezettségeihez hozzáadva a koordináció, a tájékoztatás, a tervezés és az ezekhez hasonló adminisztratív kötelezettségeit.

Természetesen azok az adminisztratív technológiák, amelyek az információk összehangolására és kiértékelésére, valamint a megelőző beavatkozás időben történő elindítására épülnek, mindig kudarcot vallanak. A kudarc azonban nem vezetett ahhoz, hogy a népesség egyes csoportjai a normalizálás, a kockázatsökkentés és a semlegesítés logikája alapján lemondjanak a problémák biztos elhárításának álmáról, habár egyesek bizonyára ezt a tanulságot is levonják. Ugyancsak nem vezetett a teljes felügyelet racionalizált nemzeti szintű rendszerének létrehozásához sem, bár egyesek ezt folyamatosan remény- vagy félelemteljesen vetítik elő. Mindez sokkal inkább vezet ahhoz a követeléshez, hogy még több információt, még jobb dokumentáltsággal rögzítsenek annak érdekében, hogy a különböző szakemberek között hatékonyabb lehessen az együttműködés, hogy szigorúbbak legyenek a normák, magatartási kódexek, célok, szabványok, ellenőrzések, értékelések és más ehhez hasonló dolgok. Ezek célja, hogy olyan mechanizmusokat hozzanak létre a szakemberek ellenőrzésére, amelyek nem kötik őket egy központilag irányított bürokratikus rendszerbe, de mégis alakítják és szabályozzák cselekvéseiket és döntéseiket, valamint felelősségre vonják őket azok következményeiért. Ebben az új pszichiátriai rendben mind a kliens, mind az a szakértő felelősnek tekinthető, aki a szankciók fenyegetése mellett és a felelősségre vonási gyakorlatok sokasága által előírt szabályok keretein belül részt vesz a kockázat csökkentésének és az ártalmak minimalizálásának stratégiájában.

## KÖVETKEZTETÉS

Néhány szó befejezésül. Az elmeegógyintézet bizonyos egységet kölcsönzött a pszichiátria alanyainak és annak a vállalkozásnak, melyben az intézmény és erkölcs egységét egy átfogó tudásrendszer

támasztja alá. A pszichiátriai taxonómiák egész könyvtárai e törekvés örökségét őrzik. A közösség területe és a kockázat racionalitása által biztosított egység kevésbé hozzáférhető az örület totalizált elméletéről vagy taxonómiájáról szóló utópisztikus álmok és a velük együtt járó, egyetlen tekintélyforrásra vonatkozó igények számára. Lehetséges tehát, hogy a „közösségi gondozás” szakértelemre vonatkozó igényeinek elburjánzása nem csupán a szakmai ambíciók elkerülhetetlen következménye, hanem az új területen megjelenő láthatóság és kezelhetőség sokféleségéből fakad. A közösség terepén ugyanis nemcsak a szakemberek, hanem sokan mások is igényt tarthatnak a tudásra és a státuszra. Ez mutatkozik meg például a pszichiátriát érő támadásokban, amelyeket laikusokból, gyakran a szolgáltatást igénybe vevők szüleiből vagy hozzátartozóiból álló önkéntes szervezetek indítottak. Sőt, épp ezen konfiguráción belül válik lehetségessé, hogy akik a pszichiátria használói, fogyasztói vagy túlélői, újfajta hatalmat szerezzenek, ami a pszichiátriai ellátásban részesülők szervezeteinek növekedésében nyilvánul meg számos országban. Tehát a tudás bizonytalansága és vitathatósága, amelyet a „közösségi pszichiátria” képvisel és hangsúlyoz, nem teljesen mentes a progresszív lehetőségektől. Ha ugyanis mindenki más igényt formálhat a saját szakértelmére, akkor talán azok is megtehetik ezt, akiktől oly sokáig megtagadták, hogy beleszóljanak az őket szabályozó rendszerbe: maguk a pszichiátria alanyai.

Fontos megjegyezni továbbá, hogy a pszichiátria alanyairól alkotott elképzelések változása nem teljesen visszafelé halad. A transzgressziós megközelítésből való kiábrándulás, ami az elmegyógyintézetek születésének hátterében áll, a pszichiátria alanyait esetekké alakította, olyan patológiás entitásokká, akik belső morális, pszichológiai és biológiai hibáiktól szenvednek. Mindez egy sor olyan gyógyítási technológia kidolgozását eredményezte, melyek morális, kémiai, pszichológiai vagy fizikai eszközökkel igyekeztek elérni a mentális zavarral küzdők belső világának átalakítását. Talán éppen a viselkedés kezelésére kidolgozott számos új technológia „felületesége” és a pszichiátria alanyainak arra vonatkozó igénye, hogy részt kapjanak azokban a hatalmi játszmákban, melyeken keresztül irányítják őket, nyit új lehetőségeket a pszichiátriai szakértelem megkérdőjelezésére. A választás logikájához hasonlóan, amely a kormány-

zás fejlett liberális stratégiájának alapja, új, kétirányú kapcsolatokat nyitnak a hatóságok és az általuk kormányozandók szubjektivitása között, olyan kapcsolatokat, amelyek új tereket biztosítanak a viták számára, és felerősítik a szakmai ítéletek legitim megvitatásának lehetőségeit.

Az ember hajlamos kevésbé optimista lenni a felügyelet és a szabadság új, „nyitott” logikájával szemben, amely felváltotta az elmeegógyintézet elzárását. Nem csak arról volt szó, hogy az elmeegógyintézet – túlnyomórészt negatív története ellenére – adott némi teret olyan módszerekkel való kísérletezésre, amelyek kevésbé ítéleznek, és gondoskodóbbak, mint azok, amelyekhez hozzászoktunk az őrültség azon formáiban, amelyek mára már a normálisnak számítanak. A népesség kockázati csoportok szerinti kezelése ugyanis elmossa az elmeegógyintézet falai által szimbolizált választóvonalat (Cohen 1985). Mindannyian besorolhatóak vagyunk valamilyen kockázati kategóriába, mindannyian tanúsíthatunk olyan magatartást, mint például az ittas vezetés, amely másokra és saját magunkra nézve is kockázatot jelent, mindannyian igényeljük a szakértői útmutatást arra vonatkozóan, hogy miként kezeljük életmódunkat a felmerülő kockázatok csökkentése érdekében. A kockázatokkal kapcsolatos információk nyilvántartásának, elszámolásának, nyomon követésének, összegyűjtésének és az azok alapján történő cselekvésnek gyakorlata következményekkel jár a szabadság, a demokrácia és a polgári jogok sokat vitatott értékeire nézve. De ahogy Jonathan Simon (1994) rámutat, talán még jelentősebb annak az ára, hogy a biztonság önálló értékke vált. Azzal, hogy a baleseteket és szerencsétlenségeket kiszámítható kockázatként fogalmazzuk újra, és hogy szakembereket és politikusokat vonunk felelősségre, amikor ezek az események bekövetkeznek, lehetővé tesszük, hogy minden kulturális gyakorlatot „mikroszinten élve boncoljunk”. Ezen keresztül szakértőinkre bízunk azt, hogy meghatározzák és irányítsák, kiküszöböljék vagy minimalizálják a lehetséges, veszélyesnek bizonyuló vonásokat. A totális biztonságra irányuló törekvés stratégiai és eszközei nem valószínű, hogy valaha is sikerrel járnak majd. Inkább az életformák és a bűnösség logikája miatt érdemes aggódunk, amelyekhez a fenti kötelezettségek és törekvések kapcsolódnak.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönet azoknak, akik a munka különböző szakaszaiban véleményt nyilvánítottak érvelésemről, különösen Tom Bakernek, Michael Cavadinónak, Pat O'Malley-nek, John Prattnek, Clifford Shearingnek, Jonathan Simonnak és Mariana Valverdének. Köszönet továbbá azoknak, akik részt vettek a kockázatértékelésről szóló melbourne-i workshopon, az Ausztrál és Új-Zélandi Pszichiátriai, Pszichológiai és Jogi Társaság 18. éves kongresszusán. Jonathon Simon és John Pratt egyaránt hozzájárult ahhoz, hogy betekinthessek a „szörnyetegek” büntetés-végrehajtási rendszereinek aktuális változásairól szóló, folyamatban lévő munkájuk kiadatlan kézírataiba. Köszönöm továbbá Diana Rose-nak a tanácsokat, Maxine Thomasnak és Cauline Brathwaite-nak, hogy segítettek számomra fellelni bizonyos forrásokat, valamint Donald van Tolnak, hogy együttműködött velem a kockázatértékelés történetének kutatásában. Érvelésemet Robert Castel és Richard Ericson gondolatainak köszönhetem: bölcsességük és éleslátásuk nagyon hiányzik.

**Fordította: Kiss Kata Dóra**

**Az eredetivel egybevetette: Csányi Gergely**

## HIVATKOZOTT IRODALOM

- Armstrong, David (1983). *The Political Anatomy of the Body*. Cambridge University Press.
- Beck, Ulrich (1991). *A Risk Society*. Polity.
- Bucknill, John Charles és Tuke, Daniel Hack (1869). *Manual of Psychological Medicine*. Churchill.
- Department of Health (1989). *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*. HMSO.
- Castel, Robert (1988). *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France*. Polity.
- Castel, Robert (1991). From Dangerousness to Risk. In Burchell, Graham; Gordon, Colin és Miller, Peter (szerk.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (281–298). Harvester Wheatsheaf.

- Cohen, Stanley (1985). *Visions of Social Control: Crime, Punishment and Classification*. Polity.
- Douglas, Mary (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. Routledge.
- Ericson, Richard V., és Haggerty Kevin D. (1997). *Policing the risk society*. Clarendon Press.
- Esquirol, J. Étienne D. (1845). *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*. Bailliere.
- Foucault, Michel (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Pion.
- Gordon, Colin (1992). *Histoire de la Folie: an Unknown Book by Michel Foucault*. In Still, Arthur és Velody, Irving (szerk.), *Rewriting the History of Madness*. Routledge.
- Hacking, Ian, és Hacking, Tim (1992). *The Taming of Chance*. Cambridge University Press.
- Lovell, Anne M. és Scheper Hughes, Nancy (szerk.) (1987). *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. Columbia University Press.
- Markus, Thomas (1993). *Buildings and Power: Freedom and Control in the Origins of Modern Building Types*. Routledge.
- NHS Management Executive (1993). *Risk Management in the NHS*. HMSO.
- O'Malley, Pat (1992). Risk, Power and Crime Prevention. *Economy and Society*, 21(3), 252–275.
- Parton, Nigel (1996). Social Work, Risk and „The Blaming System”. In uó (szerk.) *Social Theory, Social Change and Social Work* (108–124). Routledge.
- Pasquino, Pasquale (1991). Criminology: The Invention of a Savoir. In Burchell, Graham; Gordon, Colin és Miller, Peter (szerk.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (105–119). Harvester Wheatsheaf.
- Pick, Daniel (1989). *Faces of Degeneration: a European Disorder, c. 1848-1918*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (1985). *The Psychological Complex: Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, Nikolas (1986). Psychiatry: the Discipline of Mental Health. In Miller, Peter és Rose, Nikolas (szerk.), *The Power of Psychiatry* (43–84). Polity.
- Rose, Nikolas (1992). Of Madness Itself: Histoire de la Folie and the Object of Psychiatric History. In Still, Arthur és Velody, Irving (szerk.), *Rewriting the History of Madness*. Routledge.
- Rose, Nikolas (1994a). Government, Authority and Expertise under Advanced Liberalism. *Economy and Society*, 22(3), 273–299.
- Rose, Nikolas (1994b). Medicine, History, and the Present. In Jones, Colin és Porter, Roy (szerk.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body* (58–82). Routledge.



- Rose, Nikolas és Miller, Peter (1992). Political Power beyond the State: Problems of Government. *British journal of Sociology*, 43(2), 172–205.
- Scull, Andrew (1993). *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain 1700-1900*. Yale University Press.
- Simon, Jonathan (1994). In the Place of the Parent: Risk Management and the Government of Campus Life. *Social and Legal Studies*, 3(1), 15–45.
- Smith, Roger (1981). *Trial by Medicine: Insanity and Responsibility in Victorian Trials*. Edinburgh University Press.
- Veith, Ilza (1970). *Hysteria: the History of a Disease*. University of Chicago Press.
- Walkowitz, Judith R. (1992). *Cities of Dreadful Delight*. University of Chicago Press.