

A „szociális eset”

Betegség, pszichiátria és intézménytelenítés a poszt-socialista Romániában

Ebben a cikkben azt vizsgálom, hogy miként alkalmazzák a pszichiáterek a „szociális eset” néven megjelölt alkalmi orvosi kategóriát ma Romániában. A „szociális esetek” intenzív pszichiátriai kezelésben részesülnek, mivel az ide sorolt embereket a pszichiáterek túlságosan szegénynek, s ebből adódóan alkalmatlannak ítélik arra, hogy az intézményesített jóléti szolgáltatások nélkül életben maradjanak. Ez általában azt jelenti, hogy hosszú ideig az adott intézményben vagy kórházban kell maradniuk. A „szociális eset” kategóriája több tényező összekapcsolódása nyomán alakult ki: miközben a munkásosztály elszegényedő és deklasszálódó tagjaiból egy új társadalmi réteg jött létre, az állam az intézményesített mentálhigiénés szolgáltatásokat folyamatosan leépíti. Ezzel párhuzamosan a pszichiáterek szeretnék megvédeni a betegeiket, a román jóléti állapotot, s az általa finanszírozott mentálhigiénés ellátást a neoliberális támadásoktól. Miként érinti a lelki problémák és betegségek orvosi felfogásáról zajló mai vita mindazokat, akiket én a poszt-socialista Románia „új szegényeinek” nevezek? Vajon miről szól a fogyatékoság megállapítása, a betegségek kategorizálása, és az általános orvosi gyakorlatok kapcsán folyó kíméletlen küzdelem?

Először 2005-ben hallottam román pszichiátert „szociális esetről” (*caz social*) beszélni, amikor az ország északkeleti területén terepmunkát végeztem egy kórházban. Éppen befejeztem az interjút Mihailescu asszonnyal, aki az intézmény 70 éves, súlyos depresszióval kezelt betege volt. Az interjú nagy részében arról beszélt nekem, hogy milyen nehéz és fájdalmas (*destul de dureros*) volt az élete, kijelentéseit pedig saját életéből vett történetekkel illusztrálta. Kifejtette, hogy bajai különféle „ellenségek” (*dușmani*) ármánykodásaiából származtak, akik élete bizonyos szakaszaiban összeesküdtek ellene. Ez a meggyőződés akkor alakult ki benne, amikor a falu papja elmondta neki, hogy férjét két falubéli ölte meg húsz évvel korábban (noha a hivatalos vizsgálat természetes halált állapított meg). Férje halála után Mihailescu asszony egyre mélyebb depresszióba süllyedt és rendszeres kórházi kezelésre szorult. A nőt kezelő pszichiáter, aki az interjú alatt végig jelen volt, így számol be róla:

Nehéz esetről van szó, 1984. óta időről időre kórházba kerül. A helyzet tavaly óta csak romlott, ekkor ugyanis a nővére is meghalt. Nem maradtak rokonai, egyedül pedig nem képes ellátni magát. És mindezekhez hozzájön az is, hogy a veje kicsalta tőle a házat, rávette, hogy írassa rá az egészséget, hogy majd ő cserébe fizeti helyette az adókat,

a fenntartási költségeket, és hogy az asszony nyugodtan élhet úgy. Aztán végül a vő elküldte, hogy keressen magának lakást. És most nem hajlandó elhagyni a kórházat. Ne értsen félre, valóban mutat depressziós tüneteket, de a fő oka annak, hogy még mindig kórházban van az, hogy nincs hová mennie. Egy szociális esetről van szó.

Szociális eset alatt a pszichiáter egy olyan nem hivatalos diagnóziskategóriára utalt, amely Romániában a pszichiátria területén dolgozók között a rendszerváltás óta egyre elterjedtebbé vált. A kategória felállítása mögött az a megfontolás húzódott meg, hogy vannak olyan betegek, akik orvosi szempontból ugyan nem szorulnak intézményes ellátásra, mégis pszichiátriai kórházban maradnak, mert ha elküldenék őket, nem lenne hova menniük. A „szociális eset” megjelölés megjelenését és elterjedését a romániai pszichiátriában több dolog együttállása tette lehetővé. Jelen írásomban a „szociális eset” jelentőségét különösen abból a szempontból tárgyalom, ami a romániai intézményes pszichiátriai ellátás leépítésének lehetséges következményeit tartja fontosnak.

Amit én intézménytelenítésnek, vagy az intézményes ellátás leépítésének nevezek, Kelet-Európában hasonló körülmények miatt következik be, mint korábban Észak-Amerikában és Nyugat-Európában.

Fotó: Christopher Payne



A gondozás minőségének problémái, az intézménybe záras erkölcsi ellenmondásai, a hosszú kórházi ápolás fiskális eredménytelensége együttesen indokoltá tették a nagyméretű, zárt intézmények felszámolását. Ugyanakkor az iménti megfontolásokból adódó, a kezelés leépítését támogató érvek Kelet-Európában csak a problémakör felszínét érintik. Az intézménytelenítés második, Kelet-Európában megfigyelhető folyamatát erősen befolyásolták azok a globális, neoliberális politikai döntések, amelyeket a Nemzetközi Valutaalap (IMF), a Világbank, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és hasonló nemzetközi intézmények kényszerítettek számos posztoszocialista országra. Ugyanakkor az a történet, amit el kívánok mondani, elsősorban nem a Romániára kényszerített intézménytelenítésről szól, hanem annak mikro szintű hatásairól, hogy a román állam képtelen működőképes jóléti rendszert fenntartani. Úgy vélem, hogy az intézményes ellátás leépítésének következményeit – vagyis a hozzá kapcsolódó értelmezéseket, érzéseket, testi vonatkozásokat és társadalmi interakciókat – csak akkor lehetünk képesek megérteni, ha megértjük az ún. „szociális eset” jelenségét.

A neoliberalizmus patológiái, a neoliberalizmus kezelésmódjai

Máshol már kitértem arra, hogy a páciens valamely társadalmi osztályhoz tartozása a pszichiáterek szerint összefügg a páciens „alkalmazkodási képességével” az „európaizálódó” Románia elképzelt jövőjében, e véleményükből következően a depressziót egészen másképp kezelik a szegények és a középosztály esetében. A szegények és a lefelé mobilakként azonosított csoportok (a munkásosztály és az idősek) esetében a depressziót pszichoszomatikus tünetnek tekintik, anélkül, hogy figyelembe vennék azt a társadalmi kontextust, amely a betegség kialakulásához esetlegesen hozzájárult. Ezzel szemben a jómódúak, illetve azok esetében, akiket az új középosztályhoz

tartozónak gondolnak, a depresszió hátterében „társadalmi problémát”, vagyis a romániai kapitalizmus új kihívásaihoz való „igazodási” vagy „alkalmazkodási” nehézséget szokás feltételezni. A depresszió tüneteit mutató szegényeket és a lefelé mobilakat rendszerint „súlyos depressziós rendellenességgel” diagnosztizálják, míg a depressziót a jómódú beteg esetében gyakran „alkalmazkodási zavarként” azonosítják. Az alkalmazott kezelés is gyökeresen eltérő: a szegényeket pszichiátriára utalják, ahol gyógyszeres kezelést kapnak, mivel betegségüket pszichoszomatikus, és kizárólag agyi eredetű tünetként azonosítják. Időnként a gazdagabbaknak is felírnak antidepresszánt (vagy nyugtatót, arra az esetre, ha a depresszió szorongással felváltva jelentkezik), általában azonban arra ösztönzik őket, hogy olyan költséges pszichoterápiás magánrendelésen vegyenek részt, ahol a betegek újratanulhatják, hogyan kell a kapitalizmus kihívásaihoz alkalmazkodni. Itt megtanulják, miként kezeljék a munkahelyi stresszt, a nagyobb jólét és a luxuscikkek iránti vágyat, a kudarcból való félelmet, és hogyan óvják meg szerelmi kapcsolataikat, vagy alapítsanak családot a karrier mellett. A posztoszocialista Romániában a piacgazdaságra épülő új társadalom kihívásaira adott válaszként megjelenő önmenedzselő technológiák csak azon kevés jómódú, vagy felfelé mobil ember számára elérhetőek, akiket kedvező helyzetük voltaképp már eleve sikerre ítél. A szegények és a lefelé mobilak pedig rendszerint hosszú pszichiátriai kezelésben részesülhetnek.

Az intézményes ellátás leépítése a fejlődő országokban

Több mint negyed század telt el Sue Estroff *Making It Crazy* című könyvének megjelenése óta. Ez a kötet alaposan és megalkuvást nem tűrő módon elemezte azokat a közösségi gyógyítási lehetőségeket, amelyek az Egyesült Államokban az 1960-as években kezdődő intézménytelenítés után igyekeztek felváltani a nagy állami kórházakat. Estroff azt hangsúlyozta, hogy az intézményes ellátás háttérbe szorítása azt eredményezte, hogy az eleve mentális betegségekkel küzdő páciensek még betegebbekké váltak, és az intézmények leépítése sokszor még kevésbé humánus körülményeket eredményezett, mint a kórházi kezelés.

Az intézménytelenítés története az Egyesült Államokban egyúttal a folyamattal járó előnyök és költségek megítélésével kapcsolatos viták története is. Egyrésztől igaz az, hogy az intézményes kezelés a legtöbb ember esetében igen alacsony terápiás hatással járt, sőt, olykor még fokozta a betegek szenvedését. Az intézményes kezelés leépítése mögött az a megfontolás állt, hogy lehetőséget kell biztosítani számukra az olyan közösségekbe való belépésre,

ahol elérhető a segítségnyújtás különféle formái, amelyek segíthetnek a társadalomba történő visszailleszkedésben. Másrészt viszont a közösségi mentálhigiénében vállalt állami támogatás háttérbe szorulásával – Reagan elnöksége alatt – azok az emberek, akik egykor intézményes ellátásra voltak jogosultak, vagy államilag finanszírozott orvosi, szociális és anyagi ellátásra számíthattak, az egyre növekvő hajléktalan népességgé váltak, és a bebörtönzöttek sokaságát gyarapították.

Az intézményes kezelés Nyugaton végbemenő leépítésével szembeni kritikák sok tekintetben merítettek Foucault munkáiból, és azt elemezték, hogy az intézménytelenítés – a biohatalom és a kormányozhatóság technológiáinak közvetítésével – egy új „patológiás” népeiséget hozott létre. Az iparosított nyugati társadalmakon kívül azonban nem-hogy az intézménytelenítés kritikáját, de magát az intézménytelenítést sem tűzték napirendre. Ha szemügyre vesszük az Egészségügyi Világszervezet célkitűzéseit, a legtöbb fejlődő országban azt látjuk, hogy az általános orvosi ellátás jobbára csak a leg-gazdagabbak számára elérhető, s már annak is örülni kell, hogy a pszichiátriai gondozás egyáltalán létezik.

Az orvosi szempontokat is figyelembe vevő antropológusok – akik számára minden bizonnyal fontos a fejlődő országok pszichiátriai kórházaiban tapasztalt ellátás minősége – nagyon keveset írtak az intézményes kezelés leépítésének lehetőségéről. Ennek egyik, nem elhanyagolható oka, hogy számos fejlődő országban a központi kórházak közösségi vagy járóbeteg-ellátással történő átalakítására olyan kevés forrás állna rendelkezésre, hogy az intézményes ellátás leépítéséről még csak beszélni is abszurd lenne. Számos országban a pszichiátriai gondozásra elkülönített költségvetési forrásokat néhány nagyvárosi állami kórházhoz allokálják. Vidéken az általános orvosoknak általában nincsenek kellő ismereteik ahhoz, hogy a pszichiátriai betegségeket felismerjék, és gyógyszer sem áll elegendő mennyiségben rendelkezésre, amit felírhatnának nekik. Az elsőrendű kezelés ezért jellemzően a családra hárul, amely kevés vagy semmilyen segítségre nem számíthat a közegészségügyi rendszertől.

Míg a nyugati országokban a legtöbben úgy vélték, hogy az intézménytelenítés olyan kívánatos megoldás, amit csak rossz módon hajtottak végre, a fejlődő országokra vonatkozó előrejelzések inkább azt valószínűsítik, hogy az ellátás leépítésével járó hosszú távú pénzügyi megtakarítás korántsem vezetne a jobb minőségű ellátás kialakulásához. Ha az intézménytelenítés eredményei még a nyugati országokban is ellentmondásosak, akkor vajon mi okozza azt, hogy egyes fejlődő országokban ez az elv vált a mentális egészségügyi ellátórendszer reformjának az alapjává?

Intézménytelenítés a posztoszocialista országokban

Ha körülnézünk Kelet-Európában, nem nehéz látni, hogy miért az intézményes kezelés leépítése vált a pszichiátriai rendszer átalakításának vezényszavává. A régió legtöbb országában a pszichiátriai kezelés alapvetően nagy állami kórházakban zajlott – bár az 1960-as évek elejétől Magyarország, Csehszlovákia, Lengyelország és Jugoszlávia egyre nagyobb mértékben terelte át a pszichiátriai kezelést a hosszú ideig tartó intézményi kezelés felől a rövid ideig tartó általános kórházi kezelés és a járóbeteg-ellátás irányába.

Romániában azonban az intézménytelenítés programja teljesen új elgondolás, ami azzal magyarázható, hogy a pszichiátriai ellátás meglehetősen marginális helyzetben volt az egészségügyi ellátórendszeren belül. A pszichiátria az orvosi szakterületek között megbélyegzettnek és ma is az orvosok által legkevésbé szívesen választott területnek számít. A pszichiátria ma is a „hordó legalja” az orvosi közfelfogás szerint, amit a „legkevésbé tehetséges” orvosok választanak. Ez a szemlélet különösen igazságtalan azokkal az orvosokkal és fiatalabb rezidensekkel szemben, akik szándékosan választották a pszichiátriai szakterületet. A pszichiátrián dolgozóakra akasztott stigma magyarázatot adhat arra, hogy miért Romániában az egyik legalacsonyabb az egy főre eső pszichiáterek száma egész Európában (100.000 főre 4,1 pszichiáter jut) (WHO 2005).

Mindemellett a pszichiátriai ellátás a román állam részéről is kevés támogatásban részesül. A mentálhigiénére fordított összegek részesedése a román kormány egészségügyi kiadásaiából mindössze három százalék (WHO 2005). Ez ugyan nagyobb arány, mint azon afrikai vagy délkelet-ázsiai országokban, ahol az egészségügyi kiadások mindössze egy százalékát fordítják mentálhigiénére, azonban – az országban előforduló mentális betegségek súlyához képest – a ráfordítás összegét legalább duplájára kellene emelni ahhoz, hogy Románia kimozduljon az európai sereghajtó szerepből.²

Mindennek a következménye, hogy azok a romániai pszichiáterek, akikkel dolgoztam, egy olyan szerepfelfogást alakították ki maguknak, miszerint ők – a legkevésbé támogatott orvosi szakterület képviselői – a leginkább megbélyegzett népeiség szószólóivá válhatnak. Ez a különös képviselői szerep – amelyet a hasonló országokban inkább a szociális munkások töltenek be – mindazonáltal nem fogalmazódik meg nyilvános alakításokban. Ugyanis sokan közülük attól tartanak, hogy saját karrierjüket tennék kockára, ha felhívnák a figyelmet a megítélésük szerint összeomlóban lévő román jóléti rendszer gondjaira. Így az a gondoskodás és „képviselő”, amelyet betegeik számára kívánnak biztosítani, kizárólag informális keretek között, titokban, *ad hoc* módon működhet.

Bár a pszichiátriai rendszer alapproblémái régóta ismeretek voltak, a román államot végül az vette rá az intézményes ellátás felettébb hangos és költséges leépítésére, hogy 2004 májusától – az *Amnesty International* feltáró munkája nyomán – tudósítások jelentek meg a nyilvánosságban a kórházakban tapasztalható rémisztő körülményekről. A hosszadalmas kezeléseket végző, nagy állami kórházak gyakran rémálomba illő helyeknek tűntek, ahol az embereket egyszerűen otthagyják a családtagjaik – akiket szintén annak réme fenyeget, hogy lecsúszhatnak Románia „új szegényei” közé. Azokat, akiket ezekben a kórházakban magukra hagytak, ám akiknek mentális problémái enyhülni látszanak, a pszichiáterek gyakran „szociális esetként” említik. Az *Amnesty International* beszámolója is elsősorban ezeket a „szociális eseteket” vizsgálta, főként azzal a jelenséggel összefüggésben, hogy Románia hírhedt árvaházaiból számos gyereket, miután betöltötték a 18. életévüket, pszichiátriai kórházba szállítanak át, ahol – bármiféle orvosi tünet nélkül – „szociális esetként” tartják benn őket.

A pszichiátriai intézményeknek Romániában számos formájuk létezik. 2005-ben 38 pszichiátriai kórház, illetve egyéb kórházakban még 75 pszichiátriai

kórterem volt. Ezekhez társult 66 mentálhigiénés „laboratórium”, amelyek feladata a járóbeteg-ellátás biztosítása volt. További rendelőkben és kórházakban kisebb pszichiátriai termeket is fenntartottak a kevésbé súlyos zavarokkal küzdők számára. A legjobb nevű, legnagyobb (700-1000 ágyas) egyetemi pszichiátriai kórházakban – ahol megfelelő forrásokkal és eszközökkel rendelkeznek a neurológiai eredetű pszichiátriai betegségek diagnosztizálására és kezelésére – egyre kiterjedtebb az ellátottak köre: a kevésbé súlyos zavarokkal küzdőktől a súlyos betegekig mindenkit felvesznek, és külön kórtermeket építenek ki a gyermekpszichiátriai ellátás céljából. A pszichiátriai betegeket kezelő kórházak döntő többsége azonban olyan vidéki, közepes méretű (400-500 ágygal rendelkező) intézmény, ahol a betegek már hónapok vagy évek óta kórházi kezelés alatt állnak. Legtöbbször e tartós ellátást biztosító kórházak feladata a fejlődési rendellenességekkel élők elhelyezése is. Ezekben az intézményekben nem valósul meg az egyénekre szabott kezelés: a krónikus és súlyos dezorganizált skizofréniában szenvedő, valamint a krónikus alkoholizmussal vagy a súlyos fejlődési rendellenességgel (például értelmi fogyatékossgal, autizmussal) küzdő páciensek hasonló ellátásban részesülnek.





Fotó: Christopher Payne

A pszichiátriai ellátás átalakításának végső célja az intézménytelenítés. A nagy, centralizált (ugyanakkor egymástól elkülönülő) pszichiátriai kórházak jelenlegi rendszere a pszichiátriai gyógyítás elavult felfogásán alapul, amelynek eredeti célja a minél nagyobb intézményenkénti megtakarítás, másrészt pedig az volt, hogy – „az örültekkel” kapcsolatos társadalmi félelmekhez igazodva – ezeket a betegeket elkülönítse a társadalmon belül. A nagy pszichiátriai kórházak infrastruktúrájának magját a 19. század végén, vagy a 20. század elején emelt épületek alkotják (Romániában a 23,25%-uk még 1800 és 1900 között épült). A nagy intézmények a pszichiátriai orvoslás mai terápiás céljainak ellentmondanak: nem hatékonyak, embertelenek, tehát a betegek kezeléséhez sem biztosítanak megfelelő környezetet; és mindez az intézményi kezelés stigmatizáltságával kombinálódva nem gyógyítja, hanem súlyosbítja a páciensek meglévő betegségeit. A források és az ellenőrzés hiánya azt eredményezi, hogy e nagy kórházak közül sokban nincs télen fűtés, kifogásolható minőségű ételeket adnak a betegeknek, az alapvető gyógyszerek gyakran elfogynak, a személyzet létszáma elégtelen, a betegekkel kapcsolatos biztonsági óvintézkedések szegényesek, és a gyógyszerezésen kívül alig áll rendelkezésre más kezelésmód. Romániában több pszichiáter is úgy véli, hogy a pszichiátriai rendszer

jövője szempontjából a zárt intézményekben folyó kezelés leépítése, az intézménytelenítés az egyetlen járható út.

Az intézménytelenítés megvalósítását egyes szolgáltatások privatizálása, a pszichiátriai ágyak számának növelése az általános ellátást nyújtó kórházakban, és a közösségi mentálhigiénés gondozásra fektetett hangsúly jelentené. E lépések közül a közösségi mentálhigiénés gondozásra történő áttérés a legfontosabb a tervek szerint, eddig csak a privatizáció felé történt némi elmozdulás. Ha az ápolás színtere átkerülne a járóbeteg-ellátás és a közösségi gondozás kontextusába, a betegeknek nagyobb esélyük volna arra is, hogy visszatérjenek a munkaerőpiacra. A foglalkoztatás – még ha csak önkéntes munkára épül is – a közösségi mentálhigiénés gondozás filozófiájában alapvető fontosságú, mert eltereli a beteg figyelmét saját betegségéről, így önállóan érezheti magát, visszanyerheti önbecsülését, nem beszélve arról, hogy a munka elúzi az unalmat, amely a krónikus betegségeket kísérheti.

Cikkem hátralevő részében arra mutatok rá, hogy az intézménytelenítés árnyékában megszülető elképzelések a közösségi mentálhigiénés gondozással kapcsolatban rajta hagyják nyomukat az ún. „szociális esetek” jelenségén. Itt az idő, hogy megrajzoljuk a „szociális eset” arcvonásait, amely nagytólencseként

szolgálhat a román jóléti állam elsorvadásának, a romániai orvoslás és társadalom működésének megértéséhez is.

A „szociális eset” diagnosztizálása

A „szociális eset” tekintetében két elengedhetetlen jellemzője van a diagnózisnak: a páciens egészségi állapota és a társadalmi elszigeteltsége, szegénysége. Ezeket kiegészítve számos opcionális jellemző is segítségünkre lehet a diagnózis felállításában.

Mindenekelőtt ezek a páciensnek általában a betegfelvételi küszöb alatt vannak. Ha egy leendő pszichiátriai páciens önmagára, vagy másokra nézve veszélyes, vagy képtelen ellátni önmagát, akkor fenntartások nélkül lehet a pszichiátriai osztályon. Ugyanakkor számos beteg, akik már hosszú ideje a klinikán vannak, nem felelnének meg ezeknek a kritériumoknak. Közülük sokan mániás rohamokkal vagy a bipoláris depresszió mániás szakaszában kerültek kórházba, ám a gyógyulást követően is a kórházban maradnak. Akadnak olyan páciensek is, akiket korábban súlyos pszichotikus rendellenességekkel – leggyakrabban skizofréniával vagy skizoaffektív zavarral – diagnosztizáltak, s ők is kórházban maradtak, noha a tüneteik már nem elég súlyosak a diagnózis fenntartásához. Sokan mások pedig hosszú időt töltöttek kórházban depresszióval, mert felmerült az önvészélyesség gyanúja, vagy terápiás megfontolásból: hogy „kiszakadjanak” a stresszes állapotból, amelybe a kórház falain kívül kerülnének. Ez a stresszt okozó körülmény vonatkozhat egy szeretett családtag vagy barát halálára, a munkahely elvesztésére, vagy egyéb családi problémákra (különösen házastárs általi zaklatásra). Az alkoholproblémákkal kezelt betegek esetében is sokszor előfordul, hogy – a hosszú alkoholmentes periódusok, az aktív tünetek megszűnése után is – csak ritkán „bíztak meg” bennük annyira, hogy hazaengedjék őket anélkül, hogy a családtagok határozott ígéretet tettek volna a gondviselésükre.

Ezekben a helyzetekben az, hogy valaki a kórházban marad-e, attól függ, hogy felállítható-e a „szociális eset” diagnózis: vagyis olyan emberről van szó, akinek nincs családja és elég jövedelme a boldoguláshoz (románul: *a se descuro*) a kórház falain kívül. Az orvosok és a nővérek megtanulták, hogy lehetőleg már a betegfelvételnél felismerjék, ki az, aki rendelkezik anyagi és társadalmi erőforrásokkal és ki az, aki nem. Például vannak olyan betegek, akik a családjukkal érkeznek a kórházba, vagy valamilyen ügyükben a házastársuk, esetleg más hozzátartozójuk jár el. Ők mindenképp különbözönek tünnek azoktól, akiket a rendőrség szállított be a kórházba, vagy úgy kerültek be a sürgősségi osztályról, hogy nem kísérte őket családtag. Ilyenkor gyanúsnak tekintették, majd kikérdezték őket arról, hogy van-e olyan kapcsolati

háló mögöttük, amelynek segítségére szükség esetén számíthatnak.

A kapcsolathálózat mellett a rendelkezésre álló anyagi forrásokat – kevésbé formálisan, ám nem kevésbé pontosan – szintén feltérképezik a kollegák. A pszichiátriai ellátás, mint minden egyéb orvosi ellátás, Romániában ingyenes, a valóságban azonban a hálapénz, vagy az orvosoknak, a nővéreknek, ügyintézőknek juttatott „ajándékok” garantálják az ellátás minőségét. Pszichiáter interjúalanyaim így írják le az eljárást egy nagyobb romániai pszichiátrian: Elsősorban az ápolónők figyelik meg azokat a betegeket, akiket az ügyeletes felvételi orvos ellát. Ők azonosítják a vagyoni helyzet indikátorait a betegfelvételnél, megfigyelve hogy a beteg milyen ajándékot ad át, drága ruhát és ékszereket visel-e, hogy drága autóval hozta-e be őt a családtag stb. Ezután a kölcsönös szívességek bonyolult rendszerén keresztül a tehetősebb pácienseket olyan orvosokhoz irányítják át, akik a betegfelvételi eljárás, a konzultáció és a vizit során újabb ajándékokat kapnak. Végül a kezelőorvos – az orvosok és a gyógyító személyzet tagjai között fennálló hierarchia alapján, esetleg megfélemlítés, jobb belátásra térítés vagy az „ajándékok” megosztása révén – már a lehető legjobb ellátást biztosítja a „saját” betege számára.

Egy beteg anyagi körülményeinek felmérése tehát eleve kijelöli, hogy milyen ellátásban fog részesülni, ám ez az információ hasznosul később is, amikor egy gyógyulás jeleit mutató beteg esetében el kell dönteni, hogy elhagyhatja-e a kórházat, vagy „társadalmi esetként” az intézményben marad. Az anyagi forrásokkal jobban ellátott beteget – főként a beteg családján keresztül – a kórház elhagyására fogják biztatni, amikor ez orvosilag javallott. A szegény betegeket azonban – még akkor is, ha a társadalmi vagy családi közeg segítőkész - igyekeznek lebeszélni a kórház elhagyásáról. A pszichiáterek ezt a döntést orvosilag azzal indokolják, hogy fennáll a visszaesés veszélye, mivel előfordulhat, hogy a kórház elhagyását követően a beteg nem lesz képes kiváltani a drága gyógyszereket. Ha egy szegény páciensnek van családja, akkor a döntés előtt velük is egyeztetnek. Ha a család mentegetőzik, hogy nem engedhetik meg maguknak a beteg ápolását, az orvos hozzájárulhat, hogy a páciens a kórházban maradjon. Amennyiben úgy tűnik, hogy nincs olyan társadalmi közeg, amely a beteget befogadná, az orvos megvizsgálja a beteg munkaviszonyát. A „szociális eset” majdnem mindig munkanélküli, gyakran már öt évnél régebb óta. Az orvos ilyenkor azt is megállapíthatja, hogy a beteg „rokkantsági segélyben” részesül. Mindezek alapján az orvos azt veszi tudomásul, hogy a beteg nem lenne képes a kórházat elhagyva életben maradni, és az utcán (*pe strada*), az utcán élők között (*oamenii ramași pe drumuri*) kötne ki. Az a törekvés, hogy a betegek elkerüljék a hajléktalanná válást, vagy azt, hogy a

szegény családjuk számára további terhet jelentenek, meghatározó szerepet játszik a „szociális eset” megkonstruálásában.

Az eddig felsorolt kritériumok – a betegfelvételi küszöb alatt maradás, az anyagi források, vagy a támogató társadalmi-családi közeg hiánya – egyaránt szükségesek ahhoz, hogy valakit „szociális esetként” diagnosztizáljanak. Ugyanakkor számos közvetett vonás is hozzájárul a diagnózishoz, árnyalva az elsődleges kritériumokból levont következtetéseket. Az idősebbek például gyakrabban kerülnek a „társadalmi eset” kategóriába, mint a fiatalok. Ennek egyik oka az a rendszerváltás óta sokak által osztott meggyőződés, mely szerint az idősek egy „elveszett” vagy „elfeledett” generációhoz tartoznak, akik számára nincs hely a fiatalokból és a Nyugatból inspirációt merítő jövő Romániájában. Ez a vélekedés illeszkedik a munkaerő-piaci helyzethez is, hiszen gyakran már a negyvenes éveik derekán járók sem találnak maguknak munkát, s így arra kényszerülnek, hogy a csekély összegű állami segélyekből tengődjenek. A fiatalabb betegekre – még ha nem rendelkeznek is a kívánatos anyagi vagy társadalmi háttérrel – az őket kezelő pszichiáterek úgy tekintenek, mint akiknek „lehetőségük van” arra, hogy kitörjenek a „szociális eset” kategóriájából.

A „szociális esetté” nyilvánításra az is igaz, hogy a férfiak gyakrabban kerülnek ebbe a kategóriába, mint a nők. A legtöbb férfi, akikkel romániai kórházakban találkoztam, kezdetben skizofréniával, skizoaffektív zavarral, bipoláris depresszióval vagy alkoholfüggőséggel került kórházba. E betegségek közül az első három esetében – attól függően, hogy a beteg pszichotikus vagy mániás perióduson ment keresztül – a romániai pszichiáterek úgy vélik, hogy nem létezik „valódi” gyógyulási vagy normális szakasz, vagyis a „veszélyt jelentő” pszichózis vagy mániás szakasz a férfiak mindig a felszín alatt szunnyad. Ez különösen gyakori megállapítás, ha munkás férfiakra van szó, mivel a munkásosztály férfias viselkedésével kapcsolatos kulturális modellek Romániában jellemzően úgy festik le a férfiakat, mint akik képtelenek impulzusait kontrollálni és hajlamosak az erőszakra. Hasonló a helyzet az alkoholfüggőséggel diagnosztizált férfiak esetében. A pszichiáterek hajlamosak úgy vélni, hogy ezek a betegek képesek „gyógyulást” színlelni a nőkel szemben. Mindezen felül, ha egy beteg férfi, továbbá korlátozott társadalmi erőforrásokkal rendelkezik, a pszichiáterek általában kevésbé tartják alkalmasnak arra, hogy egyedül boldoguljon az életben. Az egyedülálló nőkről úgy tartják, hogy jobban képesek „ellátni magukat”, mint a férfiak. Noha a férfiakra gyakran tekintenek a család elsődleges kenyérkeresőjeként, emellett az a kép is kialakult róluk, hogy a mindennapi egészséges élethez számukra sokkal fontosabbak a társadalmi kapcsolataik.

A „szociális eset” mint az ellenállás egy formája?

Hogyan értelmezzük a „szociális esetet”? Az egyik kézenfekvő lehetőség, hogy az ellenállás egy formájának tekintsük, abban az értelemben, ahogyan James C. Scott a „gyengék fegyveréről” (Scott 1985) beszél. Ez azt feltételeznél, hogy a szenvedő egyén egy olyan életstílust választ, amellyel kijátssza a betegségek bevett rendszerét, annak érdekében, hogy hozzáférjen a jóléti rendszer – számára megígért, ám nem hozzáférhető – forrásaihoz. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy az általam vizsgált esetekben a betegeknek nincs tudomásuk arról, hogy őket a „szociális eset” nem hivatalos kategóriájába sorolták. Mivel tehát a szenvedés „érdemét” nem a szenvedő, hanem a társadalom tulajdonítja, nehezen gondolhatjuk, hogy a szenvedők „maguk hoznák létre” a diagnózist, vagy egyszerűen „szimulálnának” annak érdekében, hogy a jóléti juttatásokhoz hozzájussanak. A csernobili katasztrófa túlélőivel ellentétben – akik a diagnózisok és a rokkantsági jogosultságok pontos ismeretében tudatosan töreksenek arra, hogy a lehető legtöbb állami juttatást járják ki maguknak – a szegénynek tekintett pszichiátriai betegek Romániában csak ritkán tudják, hogy pontosan miként kell „elégge betegnek” tenni ahhoz, hogy rokkantsági segélyben részesüljenek. Tanulságos, hogy bár sokan beható tapasztalatokra tettek szert a pszichiátriai rendszerrel kapcsolatban, általában ezután is olyan tünetekről számolnak be, amelyeket a pszichiáterek csupán pszichoszomatikus eredetűeknek tekintenek. Vagyis olyan betegségekkel jelentkeznek, amelyek egy hezitáló orvos számára nem utalnak feltétlenül a mentális betegség meglétére. Természetesen mindig akadnak olyanok is, akik megértik az orvossal való érintkezés narratív struktúráját: beszámoltak a hangulatukról, kognitív képességeikről, gondolataikról, arról, hogyan alszanak, mit esznek. A legtöbben azonban képtelenek voltak megérteni és alkalmazni azt a retorikát, amely alapján meggyőzhették volna a pszichiátereket arról, hogy mentális betegségük van. Ehelyett legtöbbször cukorbetegségről, visszértbetegségről, máj- vagy szívpanaszokról, vagyis olyan problémákról számoltak be, amelyekkel a pszichiátereket csak feldühítették, hiszen a mentális betegség diagnosztizálásának szempontjából ezek nem hasznosítható állítások a pszichiáter számára.

És mégis, noha nem tudtak meggyőző betegség-narratívával előállni, közülük számosan kerültek be kórházba, vagy maradtak a kórházban hetekre, hónapokra esetleg évekre. Ezek a betegek azért minősültek „szociális esetnek” a pszichiáterek szemében, mert így még valami mást is sikerül kifejezésre juttatni amellet, hogy egyszerűen csak „mentálisan betegeként” kezelnék őket. A „szociális eset” státusza arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy rászoruló,



reményvesztett emberekről van szó, olyanokról, akik ki lettek zárva a jóléti szolgáltatásokból. Legfőképpen pedig azt fejezi ki, hogy sok a szegény és gyakran társadalmilag lecsúszott ember. Gyakran találkoztam azzal a magyarázattal – ahogyan az egyik pszichiáter megfogalmazta –, hogy a beteg esetében „nem lehetett felállítani [valamely betegség] diagnózisát, mivel azonban nem volt se munkája, se otthona, se családja, ha kiengedtük volna a kórházból, egyenesen az utcára került volna.”

A „szociális eset” kategóriáját tehát nem a „gyengék fegyvereként” értelmezem, amellyel a szegények állami forrásokhoz juthatnak a gazdasági szűkösség, vagy a neoliberális átalakítások idején. Inkább úgy vélem, hogy valójában itt egyfajta *ad hoc* ellenállásról van szó, amelyet a romániai pszichiátriai ellátó intézmények gyakorolnak. Felismerve azt a reményvesztettséget, amely számos betegük szegénységéből ered, a pszichiáterek „papíron” továbbra is igazolják a betegséget, noha tisztában vannak azzal, hogy betegek problémái orvosi értelemben nem olyan súlyosak, hogy azok további kórházi kezelést tennének indokolttá, legfeljebb szociális segítségre lenne szükségük (amit elvben a szociális munkások biztosíthatnának a számukra).

Mégis, vajon miféle ellenállásról van itt szó? Aligha beszélhetünk a pszichiáterek aktív és tudatos fellépéséről az úgynevezett „átmenet”, a „demokrácia”, a „neoliberalizmus” vagy a „piac kudarcai” ellen. Ugyanakkor mondhatjuk, hogy egyfajta morális ellenállásról van szó, abban az értelemben, ahogyan Margaret Lock az orvosi praxis „morális ökonómiajáról” beszélt. Lock e terminusa arra utal, hogy a szakorvos döntési kompetenciája mindig olyan mikropolitikai viszonyok közé ágyazódik, amelynek tárgya a beteg diagnózisának felállítása és a beteg kezelése. A pszichiáterek által kifejtett morális ellenállás alapját, mint minden esetben, itt sem kizárólag az orvosi vagy a tudományos tudás képezi, hanem sokkal inkább az a meggyőződés, hogy a posztszocialista Romániában megjelent az „új szegények” egész új népességcsoportja. Mivel a legtöbben azok közül, akikkel pszichiátriai kórházakban találkoztam, beleillenek a „szociális eset” kategóriájába, azon kaptam magam, hogy az őket kezelő pszichiáterektől folyton azt kérdezgetem: mit gondolnak, mikor hagyhatja el a betegük a kórházat. Az Egyesült Államokban szerzett tapasztalataimmal ellentétben a pszichiáterek válaszaik itt csak ritkán hivatkoztak „a tünetek enyhülésére” vagy az állapot pszichiátriai értelemben vett „stabilizálódására”. Ehelyett inkább azt válaszolták, hogy amíg nem bizonyosodnak meg arról, hogy a betegnek van hol laknia, van családja, aki támogatja és van némi jövedelme, hogy ennivalót vegyen magának, addig nem tehetik meg, hogy a beteget elbocsássák a kórházból. Gyakran fűzték hozzá, hogy „a beteget a családja magára hagyta; s valóban, minden

kórházban, ahol kutatást végeztem, akadt arra példa, hogy a családtagok a beteget egyszerűen kitétek a kórházban, majd elviharzottak. A pszichiáterek ezt részben a család részéről elkövetett súlyos erkölcsi vétkeknek, részben pedig az állam csődjeként értékelték. A pszichiáterek úgy vélik, hogy ők azt az úrt töltik be, amelyet a társadalom erkölcsi kudarcra hagyott hátra. Azáltal, hogy a „szociális eseteket” az intézmény falai között tartják, hajlékot, ételt és biztonságot nyújtanak a számukra, még ha ezt a kórházak szerény, zsúfolt és ütött-kopott közegében teszik is. Az intézményi ellátás fenntartása és a „szociális eset” diagnózisa a pszichiáterek erkölcsi felelősségvállalásának jele a család és az állam által magukra hagyott szegény emberekkel szemben.

Fordította: Fáber Ágoston

¹ A cikk a szerző hasonló című tanulmányának rövidített változata. (Lásd Friedman, Jack R.: „The Social Case: Illness, Psychiatry, and Deinstitutionalization in Post-socialist Romania”, *Medical Anthropology Quarterly*, 23. évf. 4. szám, 375–396.)

² Az egy főre jutó pszichiátriai ágyak száma európai összehasonlításban a legalacsonyabbak között van: 7,6 ágy jut 10.000 lakosra (WHO 2005).