

SZÁSZ ANNA

A KESZ

A helyzet legalábbis paradox. A pszichiátria betegségfelfogása mára részben a tudományos eredményeknek (nem utolsósorban a modern gyógyszerkészítményeknek), részben az emberi-betegjogi küzdelmeknek köszönhetően a rendszerváltozás előtti évtizedek felfogásához képest gyökeresen megváltozott. Az alapvető változásokat rögzíti az új egészségügyi törvény, amelyet az országgyűlés 1997. december 15-én fogadott el. Ugyanakkor a pszichiátria, mondhatni hagyományosan, a magyar egészségügy mostohagyermeké, a pszichiátriai betegek ma is stigmát viselnek, s helyzetük a többi hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozókéénál bizonyosan rosszabb, társadalmi megítélésük változatlanul negatív.

A KESZ a pszichiátriai betegek – a korlátozottan cselekvőképes személyek – érdekeinek védelmére a hozzátartozókból alakult egyesület. Emblémája: két óvó kéz között egy álló helyzetű emberfigura.

Azt, hogy a pszichiátria múltja milyen súlyos tehertételt jelent, és hogy milyen, az eddigiektől minőségileg különböző feladatokkal kell ma megbirkóznia, rendkívül meggyőzően fejtik ki *dr. Harangozó Judit* (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) és munkatársai, *Paradigmaváltás a pszichiátriában* című, a laikus számára is élvezhető, 2001-ben megjelent tanulmányukban. A pszichiátria története a különösen viselkedő (tébolyult, őrült) beteg elkülönítésével, a börtönszerű tébolydákba zárásával kezdődött, úgymond a többségi társadalom védelmében. Ha máshonnan nem, a filmekből biztosan van mindenkinek valami elképzelése ezekről az intézményekről, amelyekben a betegek – többnyire életük végéig – jogfosztottan, „jogi halottként” vegetáltak, az intézmény személyzetének kiszolgáltatottan.

A huszadik század két meghatározó diktatúrája közül a német náciizmus – mintegy a későbbi népiértés főpróbájaként – tervszerűen és tudatosan elpusztította a saját népének pszichiátriai betegeit és értelmi fogyatékosait. A szovjet társadalomban a pszichiátria külön diagnosztikus kategóriát hozott létre, amelynek alapján a rendszerbe be nem illeszkedő embereket kényszergyógykezelésre lehetett ítélni, és esetleg életfogytukig zárt intézményekben lehetett tartani.

Sajátságos, de talán nem véletlen, hogy a pszichiátriai beteg igazi kiszolgáltatottságát, sőt, azt, hogy a pszichiátriai beteggé való minősítés milyen mértékben függ a többségi társadalom toleranciájától, egy amerikai szerző, Ken Kesey írja le *Száll a kakukk fészkére* című regényében. (E dolgozat írása közben érkezett a hír, hogy meghalt.) Amint-hogy valószínűleg az sem véletlen, hogy a regényből az USA-ba emigrált cseh újhullámos Milos Forman rendezett megrázó, katartikus hatású filmet, Jack Nicholsonnal a főszerepben.

Magyarországon a szocializmus évtizedeiben a pszichiátriai betegek egy részét (kb. 100 ezer skizofréniában szenvedő közül 3500-at) a „közösség védelme érdekében” a lakóhelyüktől távoli, ún. elmeszociális otthonokban helyezték el. Az első híradást egy ilyen otthonról, s a benne uralkodó, szégyenletes állapotokról, a hetvenes évek közepén kaphatott egy szűk értelmiségi réteg, amikor a Valóság című folyóiratban megjelent *Hajnóczy Péter* megrendítő riportja *Az elkülönítő* címmel.

Az író, aki húsz évvel ezelőtt fiatalon halt meg, gyakorló alkoholistaként nagy valószínűséggel megjárta a Lipóton lévő alkoholelvonót, és az ott uralkodó, riasztó állapotokról novelláiban festett hiteles képet.

„Márainak tapasztalnia kellett, hogy gyaniúja valóra vált: a vécét és a mosdóhelyiséget az »elvonósoknak« közösen kell használniuk az elmebetegekkel...A vécében nem működött a vízöblítés, a vécéajtót és a fülkét elválasztó deszkafalat körülbelül a kagyló magasságában lefűrészelték, hogy a csészén ülők cselekedetei ellenőrizhetők és a netán önmaguk ellen fordulók szándéka megakadályozható legyen: a zuhanyozó »karbantartó javítás« miatt nem üzemelt, meleg víz nem volt...

A kézenfekvő magyarázatot, hogy egy szegény ország korlátozott anyagi eszközöket fordíthat alkoholisták és elmebetegek több mint kétszázalékos kezeletére, elvetette.

»Ez a hiteles környezet.«” (Hajnóczy Péter: Mosószappan)

E sorok írójának is volt alkalmja a hetvenes évek elején betekintést nyerni a Lipót (akkori nevén Országos Ideg- és Elmegyógyintézet, ma Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet) egyik női, zárt osztályának infernalis viszonyaiba: bűz és szenny, a folyosón matracokon ültek vagy feküdtek a leépült, dementálódott és elhanyagolt, öreg vagy csak öregnek látszó nők.

A rendszerváltozás után nem változtak meg automatikusan a viszonyok. dr. Gönczöl Katalin, aki hat éven keresztül töltötte be az állampolgári jogok országgyűlési biztosának tisztét, több ízben indított vizsgálatot a pszichiátriai betegek helyzetére vonatkozóan, különös tekintettel az elmeszociális otthonokban uralkodó állapotokra. De emberi jogi szempontból amerikai szakemberek is vizsgáldtak, és tapasztalataikról *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország* címmel készítettek jelentést 1997-ben.

Dr. Harangozó Judit fent idézett tanulmányában írja:

„Még a (maguk nemében) szakmailag példaértékű intézmények sem képesek kompenzálni a betegek (és a rehabilitációs szakemberek) lehetetlen és igen reménytelen helyzetéből adódó nehézségeket. Mára e probléma a pszichiátriai szociális ellátás »vírusává« nőtte ki magát. Az EU-normák, a nagy nemzetközi visszhang, és a ma is működő rendszer napi szintű, nem nagyon kivédhető kockázatai (lásd a törökszentmiklói tüzesetet) ma már politikai tényezővé duzzasztották e problémát.”

(A törökszentmiklói elmeszociális otthonban tűz ütött ki, és egy hálós ágyban fekvő beteg meghalt.)

Személyes beszélgetésünkkor Harangozó Judit ezt az állítását megerősítette:

– A hálós ágyak használata, és a még ma is működő elmeszociális otthonok (hivatalos elnevezéssel: pszichiátriai szociális otthonok) távolsága a betegek lakóhelyétől, az EU-csatlakozás egyik neuralgikus pontja, jóllehet az egészségügyi törvény azt garantálja, hogy a beteg a lakókörnyezetében kapja meg a számára megfelelő ellátást.

A mai körülmények között a pszichiátriai betegek hatékony kezelése – és itt most a skizofrénekről van szó – az esetek nagy részében nem teszi szükségessé, hogy a beteget intézményben (kórházban vagy egy klinika pszichiátriai osztályán) helyezték el. De legalábbis a hosszú ott-tartózkodására nincs szükség.

A hazai egészségügyre jellemző intézményközpontúság a pszichiátriában is érzékelhető, noha „a pszichiátriai ellátás...igen kevés olyan beavatkozást vonultat fel, amit csak és kizárólag kórházi ágyon lehet biztosítani.”

A pszichiátria paradigmaváltása éppen abban áll, hogy azt a fajta intézményközpontúságot, amelyben nem a beteg a fontos, hanem az INTÉZMÉNY a maga súlyával és tekintélyével, és azzal a paternalisztikus orvoslással, amelynek „gyakorlata szorosán kapcsolódik a feudálisztikus berendezkedéssel és hierarchikus szervezeti kultúrával”, egy hatékony, minőségi tevékenységet végző szervezettel váltja fel.

– A hatékony kezelés egyik leglényegesebb eleme a megfelelő gyógyszer – hangsúlyozza Harangozó Judit –, emellett rendkívül fontos a közösségi pszichiátriai gondozási formák megteremtése, amelyben partneri szerepet tölthet be a család.

Az új szemlélet elemei – a pszichiátria megújulása, a betegjogok törvénybe iktatása, és a betegek hozzátartozóinak igénye arra, hogy családtagjaik *ne szoruljanak* bentlakásos intézmények gondozására, hanem maguk gondoskodhassanak róluk – egy bizonyos időpontban összetalálkoztak.

Elfogadni, támogatni

A KESZ alapítója és elnöke Molnár István villamosmérnök. Ma már nyugdíjas. Családjában halmozottan fordult elő a skizofrénia. (Itt jegyzem meg, hogy mivel a betegség neve a görög szkízisz = hasadás szóból származik, szakszerűen szkizofréniának ejtik, a köznyelvben

azonban a skizofrénia gyökeresedett meg, ezért itt ezt használom.) A feleségén a betegség 40 éves korában tört ki, 1979-ben, amikor még a régi eljárásokkal kezelték. Elektrosokkolták, majd az akkor forgalomban lévő, hagyományos gyógyszereket kapta. A kezelés nem volt sikeres, s az asszony egy óvatlan pillanatban öngyilkosságot követett el.

Másodszorra, sorscsapásszerűen akkor szembesült a betegséggel, amikor az idősebbik fián észlelte a skizofrénia tüneteit. Bár a hajlam öröklődik, a kettős előfordulás egy családon belül ritka, ezből egy esetben fordul elő. Saját sorsa, életének tragikus eseményei indították arra, hogy próbáljon fellépni a betegek és a családok érdekében.

A betegség válaszút elé állítja a hozzátartozókat: vagy elhelyezik a beteget egy intézményben, vagy életük végéig vállalják a gondozását. Ez az utóbbi megoldás nyilvánvalóan emberségesebb. Egy átlagos jövedelmű magyar családban azonban az életfogytig tartó gondoskodás korántsem egyszerű.

Molnár Istvánt a szervezet létrehozásában részint az vezette, hogy egy nyugdíjból másodmagával nem fog tudni megélni, csak egyesületi háttérrel.

Másrészről pedig tudatossá akarta tenni a beteggel való együttélés mikéntjét.

Molnár István fiának betegsége 1994-ben, 33 éves korában manifesztálódott. Ez a fia sorsának alakulását tekintve viszonylag szerencsés időpont, ugyanis 1995-ben lépett életbe az az egészségügyi törvénymódosítás, amely, ha nem is olyan mértékben, mint a két évvel későbbi egészségügyi törvény, de a korábbi gyakorlathoz képest liberalizálta a pszichiátriai betegellátást. Ily módon lehetővé vált, hogy a fia elkerülhesse a régi gyógymódot, amelynek fundamentuma a kórházi kezelés volt.

Molnár István kapcsolatokat keresett civil szervezetekkel. Az egyik alapítvány révén jutott el dr. Harangozó Judithhoz, a Pszichiátriai Klinika Nappali Szanatóriumának vezetőjéhez, aki – mint az a fentiekből kiderült – eleve a betegek otthoni gondozásának híve, és partnernek tekinti a szülőket. Találkozott hozzá hasonló szülőkkal, akik szintén szerettek volna egy szervezetet létrehozni.

1996 júniusában tizenkét szülő megalakította a KESZ-Kálvária 5 Egyesületet. (Az elnevezésben szereplő Kálvária 5 a nappali szanatórium címe, a megalakulás helye, s egyben a sorsukra való utalás is.) Mivel Molnár Istvánnak volt affinitása a közügyekhez, a közéletet illetően rendelkezett ismeretekkel és tapasztalatokkal (négy éven át volt önkormányzati képviselő), őt választották meg vezetőnek. Az egyesület induló vagyona az a hatezer forint volt, amit összeadtak az alapítók.

A megalakulásukat követő évben az egyesület erőteljes fejlődésnek indult. Évi másfél milliós költségvetésből gazdálkodnak, a bevételük részint szponzoroktól, részint pályázatokból származik. Az egyesület székhelye Molnár István lakása. Szerény irodát tart fenn, a legszük-

ségesebb információs eszközökkel: telefon, mobiltelefon, számítógép, internet. Vannak projektjeik, 2001-ben a fővárostól kaptak egymilliót, hogy fölkerüljenek a világhálóra. Az egyesület ma is viszonylag kis létszámú, két hetenkénti összejöveteleiken tízen-tizenketten vesznek részt. A hazai szokásoknak megfelelően javarészt nők. Országsszerte száz körül van azoknak az érintetteknek a száma, akik az egyesület szolgálataira igényt tartanak.

1998-ban ugyancsak 10–12 hozzátartozó hasonló jellegű egyesületet hozott létre Debrecenben, amely tőlük függetlenül, teljesen önálló jogi személyként működik.

A KESZ 2000 óta társult tagja az Európai Családszervezetek Konföderációjának, melynek egyik tagszervezete a lelki sérült családtagokkal foglalkozó hozzátartozókat tömöríti. De létezik egy Szkizofrénia Világközpont is. Mindkét szervezet konferenciákat rendez a világ különböző országaiban, melyeken részt vesz Molnár István, és így közvetlenül tájékozódik a nemzetközi irányzatokról, a pszichiátriai betegeket érintő eseményekről, korszerű intézményekről.

Több helyütt – például Izraelben – a betegek számára olyan hostelnek nevezett intézményt hoztak létre, amely részben szanatóriumként, részben hotelként működik. Egy-egy hostelben legföljebb 20 beteg él, a bentlakókon kívül vannak bejáró klienseik.

De az általános vélemény az, hogy a beteg számára a legjobb közeg a család.

Mit nyújt az egyesület az érintetteknek?

Információkat, konkrét tanácsokat, a beteggel való együttélésről családi füzetsorozatokat adnak ki, hírlevelet a programjaikról, ha szükséges, jogsegélyszolgálatot biztosítanak, valamint azon családok számára, amelyek a létminimum alatti összegből élnek, egyszeri, vissza nem térítendő támogatást.

Van olyan egyesületi tag – említi Molnár István –, akinek családjában az egy főre eső jövedelem 10 000 forint. Az illető a közelmúltban végre el tudott helyezkedni, és így a család anyagi helyzete valamennyire rendeződött.

Tevékenységük legfontosabb része, hogy továbbadják, közvetítik az érintetteknek és kívülállóknak a mentális sérültekkel való együttélés kultúráját.

Ők maguk is ezt teszik, minden különösebb pátosz nélkül, nagy elszántsággal, sok lemondással.

Molnár István életének az utóbbi húsz évét is a beteg családtagokkal való együttélés határozta meg. Tapasztalatai szerint a betegek értelmileg épek, de nem képesek az érzelemnyilvánításra, viszont rendkívül éhesek a szeretetre. Lehetnek egymással konfliktusaik, de a szeretetnek meghatározónak kell lennie. Tudni kell őszintén szeretetet adni. Erre a mai ember szerinte nem képes, de ők, mint egy családi egyesület tagjai, erre töreksenek.

Az egyesület nyújtotta első nagy élmény ugyanaz, mint minden azonos sorsközösségű csoportban: megtörik a hallgatás, amibe a hoz-

zátartozó addig belekényszerült, s az elutasítással szemben az elfogadás érvényesül. Itt egymás között nyíltan beszélhetnek a problémáikról. Az elsődlegesen működő érzelmi szinten, a spontánul kialakuló akolmelegén túl ők egy magasabb szintet szeretnének elérni, tudatoságra törekszenek, a családtagjaik érdekeinek képviselőjére és érvényesítésére.

A beteggel való közvetlen kapcsolatnak három alapfeltétele van: az elfogadás, az ellenséges indulatok elkerülése és a támogatás.

A sérült családtagról el kell fogadni, hogy beteg, s tudatosítani kell, hogy mely területeken ép. Ezt kell megtalálni, kiemelni és támogatni.

Súlyos tragédiák származhatnak abból, ha egy család a betegséget akarategyengeségnek, lustaságnak tartja és eszerint cselekszik.

Az európai munkamorál és munkacentrikus gondolkodás árnyoldala, hogy értetlenséget szül az úgymond „épkézláb” emberek munkaképtelenségeivel szemben. Az egyesületben is ismert olyan eset, amelyben egy lányt az öngyilkosságba hajszolt ez a mentalitás.

– Hogy él egy skizofrén beteg? – kérdezem Molnár Istvánt, aki a fia példájával válaszol erre.

– Olyan gyógyszert szed, amitől napi tíz-tizenkét órát kell aludnia. Akkor kel és fekszik, amikor neki megfelel. Két-három naponként lemegy vásárolni. Az öccsétől kap egy könnyű munkát: borítékokat címez. (Eredeti foglalkozására nézve mérnök.) Jóízűen reggelizik, majd ebédel, utána pihen. Meditál, gondolkodik. Nem néz tévét, nem hallgat rádiót. Olykor olvas – leggyakrabban a Bibliából. Néha telefonál, olykor őt hívják. A betegsége előtt hívő közösségbe járt, ez támaszt nyújt most is. A közösségben segítették, hogy a maga módján felnőtté váljon. Közlékeny hangulatában nagyon is felnőtt módon beszél a saját állapotáról.

Molnár István pozitívumként ítéli meg, hogy fia tisztában van az állapotával. Meggyőződése, hogy ha bármit is ráerőszakolna, rosszabbodna az állapota. A stressz elmélyíti a betegséget. A nyugodt életmód, az állandóság és a megfelelő gyógyszer segítségével el lehet érni egyfajta egyensúly-állapotot. Ha ebből az egyensúlyból kibillentik – akár úgy, hogy a körülményei megváltoznak, akár úgy, hogy megvonják tőle a gyógyszert –, szétesne, és az indulatai rabjává válna.

Betegek és gyógyszerek

Részt veszek egy egyesületi összejövetelen. Molnár István említette, hogy megalakulásukkor levelet kaptak dr. Gönczöl Katalintól, a későbbiekben pedig együttműködési szerződést kötöttek az Országgyűlési Biztos Hivatalával.

Az egyesület a maga tapasztalataival hozzájárult ahhoz a jelentéshez, amely a pszichiátriai betegek és elmeotthonok lakóiról készült. Tudtak arról, hogy a kórházi ágyak számának csökkentésekor kirak-

tak olyan betegeket, akiknek más lehetőség híján a kórházi osztály jelentette a szociális otthoni elhelyezést. Emlékszem egy ilyen esetre, amelyről annak idején írtak az újságok. Egy borsodi kistelepülésen élő asszony beteg, gondozásra szoruló fiát küldték el a kórházból. Ezzel a lépéssel a kéttagú család elemi egzisztenciája, léte került veszélybe. Az asszonynak, aki kettőjükre egymaga dolgozott, vagy a munkáját kellett ott hagynia, vagy egész napra magára kellett volna hagynia a beteg fiút.

Az ilyen kritikus élethelyzetek megoldására, amelynek számtalan összetevője van, a regionális elmaradottságtól az egyéni sorsok véletlenszerű, ám az alany számára végzetszerű alakulásáig, a pszichiátria reformja önmagában kevés, de minden bizonnyal elengedhetetlen.

Erre az összefüggésekre meghívták Lenkovics Barnabást, a 2001-ben megválasztott ombudsmant, aki munkatársait küldte el: dr. Szilágyi Júlia pszichiátert és Zséger Barbara közgazdászt.

A beszélgetés-vita apropója a 2001 nyarán született kormányrendelet, amely a gyógyszerárak szabályozásával a pszichiátriai betegek gyógyszerellátását is szabályozta, meghatározva, hogy mikor és milyen esetekben írhatók fel a hagyományos, és mely esetekben a korszerű, az úgynevezett másodgenerációs gyógyszerek.

A gyógyszerrendelés azonban – mint Szilágyi Júlia említette – sikamlós téma, amelynek tárgyalásához e sorok írója nem rendelkezik kellően megalapozott ismeretekkel.

Amit nyugodt lélekkel leírhatok: a hagyományos gyógyszereknek, mint amilyen például az egyébként rendkívül hatékony Haloperidol, a szakorvosok által is elismerten olyan mellékhatásai vannak, amelyek kifejezetten rontják a betegek életminőségét. A kevesebb mellékhatású, másodgenerációs gyógyszerek azonban sokkal drágábbak.

Harangozó Judit a már említett tanulmányában közli annak a vizsgálatnak az eredményét, amelyben összehasonlították a hagyományos és a korszerű gyógyszert szedő skizofréniás betegek kezelésére-gondozására fordított, direkt és indirekt költségeket. A vizsgálat megállapította, hogy bár a korszerű gyógyszert „szedők csoportjában semmivel sem csökkent a kórházi ágyfelhasználás – ami megítélésünk szerint a hazai viszonyok között ismeretes virtuális ágykihasználást mutatja –, a gyógyszer még így is, a magasabb gyógyszerköltség ellenére költségsemlegesnek bizonyult, ugyanis *ebben a csoportban jelentősen több beteg dolgozott* és ezáltal az indirekt költségek sokkal kedvezőbbben alakultak.”

Mindent összevetve tehát a drágább gyógyszer az olcsóbb, még ha nem kalkuláljuk is bele a szubjektív tényezőket. Ti. azt, hogy például mennyivel jobb annak a betegnek – és környezetének – a közérzete, aki aktív életmódot folytat és dolgozik, mint azé, aki passzivitásra van ítélve, és segélyből él, vagy akit a hozzátartozói tartanak el.

Itt krónikus betegekről van szó – hangoztatták az egyesületben –, akiknek életük végéig gyógyszert kell szedniük. Molnár István arról beszélt, hogy becslések szerint hazánkban a skizofrén betegek száma

százezer körül van, az aktív betegek száma ötvenezer. A többség nem intézményben, hanem családban él. Jogos követelésnek tartja, hogy minden beteg megkapja a jó gyógyszert, ebben az ügyben levelet írt az egészségügyi miniszternek, és a betegek érdekében az egyesület elmegy a józan ész szabta határokig.

Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért

Az intézményt a VIII. kerületi önkormányzat működteti nappali klubként. Ez szakmailag is korszerű kezdeményezés, amelynek keretein belül különféle foglalkoztatást nyújtanak a betegeknek, a nyelvoktatástól a számítástechnikáig. Bár ezek létesítését és fenntartását a szociális törvény írja elő, ehhez hasonló intézmény Budapesten csak a III. kerületben található.

Az Alapítvány keretében működik az a Barát- és Társkereső Klub elnevezésű betegcsoport is, amelyet Erzsébet vezet. A koránál fiatalabbnak látszó, kifejezetten csinos nőt az egyesületi összejevetelen ismertem meg. Ő nem hozzátartozóként volt jelen, ő maga a beteg, a skizofréniás, még ha ez rajta nem vehető is észre. A többi betegen viszont látszik, tompa a tekintetük, gyaníthatóan a gyógyszerektől.

Erzsébet arról beszél, hogy ha a csoport tagjai is úgy gondolják, egy pszichológus hetente kétszer tartana pszichoterápiás foglalkozást.

A klub programja illeszkedni kíván az integrált pszichiátriai ellátás – IPE – készségfejlesztő módszereihez.

Maga az IPE, mint arról főntebb már szó volt, komplex módszer, Olaszországból indult ki, hazai alkalmazója többek között dr. Harangozó Judit. Lényege, hogy a betegekkel egy több szakemberből álló team foglalkozik, és magától a betegtől is megkívántatik az aktivitás. Ha valaki meg akar szabadulni a betegségtől, akkor nem elég a gyógyszer, amelynek többnyire van valamilyen káros mellékhatása. A betegnek, akit partnernek tekintenek, komolyan kell dolgoznia a cél érdekében.

Az integrált pszichiátriai ellátás ma még korántsem általánosan alkalmazott módszer. A köznapi gyakorlat változatlanul a területi, a fővárosban a kerületi ideggondozókban (hivatalos nevükön: pszichiátriai gondozókban) folytatott ambuláns ellátás. Erzsébet szerint a betegeket a biztonság okáért túlgyógyszerezik, ezért nem tudnak munkát vállalni. Mivel az ideggondozókban sok az ellátásra váró beteg, hosszú a várakozási idő, a pszichiáter fölírja a gyógyszert, de arra nincs ideje, hogy egy-egy pácienssel behatóbban foglalkozzon. A beteg pedig gyanakszik, a gyógyszert nem az előírásnak megfelelően szedi, ha pedig rossz a közérzete, akkor bekapkodja. Van olyan gyógyszer, éppen a legújabbak közt, amely egyes esetekben cukorbetegséget okoz, de a pszichiáter ezt sem tárgyalja meg a beteggel.

Erzsébet őszinte meggyőződéssel beszél a pszichoterápiáról, külö-

nösen annak személyiségközpontú, Rogers-féle változatáról, amely a segítő kapcsolatokban is hatékonyan alkalmazható.

A klubtagok erre különféleképpen reagálnak, és miközben folyt a beszélgetés, mintha eloszlott volna a kezdetben tapasztalt tompaság, előtűnt kinek-kinek a saját arca, előhívódtak az egyéni tulajdonságok. Egy harminc és negyven közötti nő elmondja, ő azt tűzte ki célul, hogy minden nap eljön ide a Szigony Alapítványba, minden nap más foglalkozáson vesz részt.

Egy fiatal férfi közli, hogy megváltoztatta a véleményét, nem minden betegségre jó a pszichoterápia. Hozzáteszi, képzett betegként, hogy például a borderline (határeset) személyiségnek árt a pszichoanalízis.

Negyven és ötven közötti férfi mondja: van olyan gyógyszer, amelyből tíz darab nyolcszáz forint, ezt ő nem tudja megfizetni. Tizenöt éve beteg, paranoid skizofréniával százalékolták le.

Rövid szünetet tartunk.

Eközben megismerkedem azzal a láthatóan igyekvő nővel, aki az alapítványba minden áldott nap eljön. Keresztneve Marika, három lánya van, egyik sincs vele. A legidősebbet nemrég helyezte el a gyámhatóság: „Nem tudta tolerálni a betegségemet. Rám zúdította minden indulatát.”

Szünet után játszunk. Pozitív tükrözés a játék neve. Körben ülünk. Az első körben a baloldali szomszédunkról mondunk valamilyen pozitív jellemzőt, a második körben megindokoljuk, hogy miért. Egy fiatal férfi nem kíván részt venni a játékban, mondván, hogy vadidegenről nem tud érvényes jellemzést adni. A többiek ilyesmiket mondanak a társaikról: empatikus, barátkozó, értelmes, intelligens, alkalmazkodó. Én azt mondom a bezárkózónak látszó szomszédomról, hogy elmélyülő, a másik szomszédom szerint én viszont talpraesett vagyok.

A foglalkozás végén ki-ki elmondhatja, hogy aznap mi tetszett, mi nem, illetve, hogy mi az, ami szorongást keltett.

Egy Tibor nevezetű férfi a külvilágról és önmagáról: „Figyeli az ember magát, és azt gondolja, minden szembejövő tudja róla, hogy miféle betegsége van.”

Fiatal fiú, Gyurinak hívják: „Mindig érzek feszültséget, de igyekszem leküzdeni.”

Elhangzik egy fontos mondat: „Nem vagyunk olyan sérültek, mint amilyennek magunkat gondoljuk.”

Búcsúzóul Marika megkérdezi: megjegyeztem-e a lányai nevét, és hogy hány évesek.

Mondom, persze. Zsófi tizennégy éves, Melinda tíz és fél, a legfiatalabb Eszti: ő négy éves.

Teljes életet él

Erzsébet indulását otthon nem könnyítették meg. Leérettségizett, de nem szerzett semmiféle szakmát. Régimódi szülei voltak, idősek, úgy gondolták, az a dolgok rendje, ha egy lány férjhez megy. Ő viszont, romantikus természet lévén, különleges társat akart, nem valami szürke átlagpolgárt. Két házassága volt – az első egy arab férfival, neki köszönhetően megtanult arabul írni-olvasni – mindkét férjétől elvált. Két gyereket szült, két fiút, az elsőt házasságon kívül: az apa egyetemre készült, nem akart megházasodni, de vállalta az apaságot. A második gyerekekkel akkor maradt terhes, amikor a második férj, maga is pszichiátriai beteg, épp kiszállni készült a házasságból. A gyerek születése után váltak él. Erzsébet dolgozott adminisztrátori munkakörben, különféle tanfolyamokat végzett, de egyik sem adott szakképzettséget. 1985-ben változott meg az élete, amikor az érettségi találkozáson elpanaszolta az egyik volt osztálytársának, akiből pszichiáter lett, hogy neki semmi sem sikerült. Az osztálytárs javasolta, hogy kapcsolódjon be a Pszichiátriai Klinikán működő laikus segítő csoport munkájába. Megtette. Úgy gondolta, hogy végre magára talált. Összegyűjtötte a bátorságát, és ugyanabban az évben, harmincnyolc évesen jelentkezett az ELTE pszichológiai szakára. Ekkor közbeszölt a betegség.

„Paranoid skizofrénia” mondja szakszerűen, „a téveszméimben a kor szörnyűségei tükröződtek. Azt hittem, hogy ledobták az atombombát, félttem, mintha a holokauszt ismétlődne, de nemcsak a zsidókkal, hanem a keresztényekkel és a párttagokkal is. Kevesen menekültek meg, csak az elit, a legintelligensebbek, akik a tudói, hogy milyen életmód szükségeltetik a túléléshez. A családomban volt már skizofrén, az egyik nagynéném, neki is hasonló téveszméi voltak. Ezekről senkinek nem beszéltem, nem mertem szólni, még a segítő csoportbeli barátaimnak sem. Csak a viselkedésem árult el. Félttem, hogy elgázósítanak családotól. A lakásunkban gázfűtés volt, folyton gázszagot éreztem, szellőztettem, égő gyertyával a kezemben járkáltam föl és alá. Végül az anyósom fogott gyanút, szólt a bátyámnak, hogy valami baj van. A bátyám meg a sógornőm bevittek a Honvéd kórházba, ők úgy gondolták, hogy számomra az lesz a legjobb. Aláírtam, hogy önként kérem a felvételemet, de azért írtam alá, mert a bátyám megfenyegetett, ha nem megyek kórházba, a gyerekeimet elveszik. Biztos, hogy ő egyezett bele a sokkolásokba. Ezekről nincs emlékem. Egy hét teljesen kiesett az életemből, pedig különben mindenre vissza tudok emlékezni, még a zavart állapotokra is. Bent a kórházban kaptam egy injekciót, és utána egy hét teljes emlékezeti kiesés. Ami ennél is rosszabb, négy évbe telt, míg a szellemi képességeim helyreálltak. Nem tudom, hányszor sokkoltak meg. Nem írták be a zárójelentésbe. Talán ötször. De nemcsak a többszöri kezelés számít, az sem mindegy, hogy mennyi a köztük lévő szünet.”

A sokkolás a laikus szemében kegyetlen és fölöslegesnek gondolt beavatkozás.

A szakemberek viszont olyan módszernek tartják, amelyre szükség van, ami nem vonható ki a pszichiátria eszköztárából. Harangozó Judit szerint inkább a híre, a körülötte kialakult mítoszok keltenek félelmet. Kétségkívül voltak olyan pszichiátriai intézmények, amelyekben büntetésként alkalmazták. De ezeket a hiteket és félelmeket le kell róla hántani. A módszert ma elektrokonvulzív kezelésnek nevezik, ritkán, igen komoly biztonsági előírások és erős kontroll mellett, a tájékoztatott beteg beleegyezésével alkalmazzák, de akkor szükség van rá.

Erzsébetet a saját betegsége, és a laikus segítő csoportban végzett munkája megerősítette abban, hogy ez az ő életcélja: segíteni a beteg embereken. És ettől kezdve, noha nem mindennapi nehézségekkel kellett megbirkóznia, mégis úgy érezte, hogy sínen van az élete.

„Szerencsém volt, mert jó pszichológussal és pszichiáterekkel találkoztam. Dr. Horánszky Kornélia, a II. kerületi Ideggondozó pszichiátere nagyszerű orvos és fantasztikus személyiség, neki sikerült elfeledtetnie azt a rémséget, ami a kórházban történt. Részt vettem mentálhigiénés szakemberképzésben. Alapító tag voltam a Szigony Alapítvány elődjében, itt találkoztam Gordos Erikával. (Erika húszhuszonöt éve foglalkozik pszichiátriai betegekkel. Róla és a Szigony Alapítványról majd egy másik alkalommal számolunk be.) aki ezt az alapítványt vezeti, és akivel a mai napig együtt dolgozom. Rokkant nyugdíjból élek és abból, amit az alapítványtól a csoport vezetéséért kapok. Felneveltem a két fiamat.”

Nyitott kérdések

Erzsébet nem titkolja, jelenleg gyógyszert szed, antipszichotikumot, egy második generációjú készítményt. Csak olyankor van gyógyszerre szüksége, amikor érzi, hogy valami készülődik. Az alvászavar figyelmeztető jel. A gyógyszer szedésekor viszont tizenkét órát kell aludni, a szer bőrkiütést okoz, éhségérzetet, sokan elhízhatnak tőle, némely esetben előfordulhat fájdalmas izommerevség. De csak az első két hét jár ilyen kényelmetlenséggel, kábultsággal, utána a szervezet hozzászokik.

A betegek közül – mint mondja – sokan éheznek. Főként a fiataloknak nehéz a sorsuk, mert rövid ideig álltak munkaviszonyban, és csak járadékot kapnak. A tipikus életút az, hogy nem tudnak munkát vállalni, részben, mert szoronganak, részben, mert a munkahely nem toleráns, és nem tudnak társas kapcsolatot sem teremteni. Ezért is indították az általa vezetett csoportot.

Molnár István a vele folytatott hosszú beszélgetés kezdetén említette: a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos problémákat három oldalról lehet megközelíteni: a szakemberek-orvosok, a betegek és a hozzátartozók oldaláról. A betegeknek külön szervezetük van, kettő

is, a KIÚT Pszichiátriai Önszolgáltató Egyesület és a Lélek–Hang Egyesület. A KESZ 1999 őszén összehívta a három csoportot, trialógust szervezett, a maga nemében az elsőt. Bár a csoportok képviselőiből létrejött a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, de egyelőre komoly véleménykülönbségek osztják meg a betegek állapota, szabadságjoga és a fölöttük gyakorolt kontroll kérdéseiben.

A KESZ a betegek állapotára nézve az öngyilkosságokra vonatkozó kemény adatokat tartja mérvadónak. Az öngyilkosságok száma néhány év átmeneti csökkenés után megállt, és statisztikailag bizonyított, hogy az öngyilkosok 90 százaléka pszichiátriai beteg: 60 százalékuk depressziós, 15 százalékuk skizofrén és 15 százalékuk alkoholist.

A KESZ a betegek biztonságát tekinti elsődlegesnek, az otthoni védetségét és a hozzátartozók elfogadó magatartását.

A betegek életével kapcsolatban azonban számos egyéb megoldásra váró probléma is van. Dr. Harangozó Judit említi a rehabilitációhoz szükséges védett munkahelyeket, amelyeknek működtetéséhez megfelelő ösztönzési módszer szükséges, valamint az európai normáknak megfelelő, 10–15 beteget befogadó védett lakóhelyeket, nappali klubokat, amelyeknek létesítését törvény írja elő, de egyelőre csak szórányosan jöttek létre.

Súlyos problémát jelent a szülőknek és általában véve a hozzátartozóknak, hogy haláluk után mi történik a beteg családtaggal. Kire bízák a gondozását? Ha a családban nincs közeli, fiatal és felelőségteljes rokon, gondot okoz, hogy kire bízák az általuk lemondásokkal és gyakran még a nyugdíjas korban is túl végzett munkával megszerzett pénzüsszeget, amit éppen a beteg jövőbeli biztonsága érdekében halmoztak föl.

Azt azonban mindenképpen el kell ismernünk: e kérdések megfogalmazásának is csak azért lehet értelme és jelentősége, mert léteznek és működnek az olyan szervezetek, mint amilyen a KESZ, amelyek képesek hitelesen megfogalmazni és artikulálni az általuk képviselt csoportok érdekeit.