

BÁNYAI BORBÁLA* – LÉGMÁN ANNA

Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben**

A tanulmány egy szociális otthon működésén keresztül vizsgálja a pszichiátriai betegek magyarországi helyzetét és a pszichiátriai ellátórendszer felépítését. Az írás központi része Magyarország legnagyobb pszichiátriai otthonát, az intézmény és a város szimbiotikus kapcsolatát, a lakók egyhangú, eseménytelen és túlszabályozott életét mutatja be. A szerzők véleménye szerint az állami szabályozás és a pszichiátriai ellátórendszer betegekkel kapcsolatos szemléletmódjában és szerkezetében nem történtek jelentős átalakítások az elmúlt hetven évben, a betegek ellátása jellemzően továbbra is kórházak pszichiátriai osztályán és pszichiátriai gondozókban történik. Ugyanakkor Nyugat-Európában a nagy pszichiátriai intézmények eltűnésével párhuzamosan egyre inkább előtérbe kerülnek a közösségi ellátási formák, ahol saját környezetében próbálnak meg segíteni a pszichiátriai problémákkal küzdőknek. A magyar ellátórendszer nem segíti elő a pszichiátriai betegek társadalmi integrációját, a pszichiátriai betegséggel küzdők ellátását a többségi társadalomtól való elkülönítéssel látják megoldottnak.

Cikkünkben egy magyarországi szociális otthon működését és a társadalomban betöltött szerepét vizsgáljuk, hogyan jelennek meg az integráció és a szegregáció folyamatai egy nagy intézmény keretei között.

2007 nyarán négy napot töltöttünk abban a városban, ahol Magyarország legnagyobb pszichiátriai otthona működik. A terepmunka részeként két bentlakó beteggel, illetve az egyikőjük hozzátartozójával életútinterjút, míg az intézet dolgozóival (igazgató, főnővér, mentálhigiénés nővér, gazdasági igazgató, az intézet területén lévő célszervezet képviselője, gyámhivatal vezetője) mélyinterjút készítettünk. Emellett informá-

*A szerzőt a Magyar Zoltán Felsőoktatási Közalapítvány ösztöndíjjal támogatta munkájában.

**Köszönjük a támogatást az intézetnek és a városnak, amely kutatásunk helyszínéül szolgált, valamint külön köszönet a két intézeti lakónak és gyámjaiknak, akikkel életútinterjút készítettünk. A kutatás az OTKA T043753 részeként készült.

ciót gyűjtöttünk a városról, az intézetben és a városban lakókról, az ott-on és a város kapcsolatáról, az intézet működéséről. Az intézetre vonatkozó adatok többsége az interjúkból származik.

1. A pszichiátriai betegek helyzete a magyar társadalomban

A pszichiátriai betegek többsége mindhárom hagyományos rétegződés-vizsgálati dimenzió (iskolai végzettség, foglalkozási pozíció, jövedelem) alapján a társadalom alsó, szegény rétegéhez tartozik. A munkaerőpiacon szinte egyáltalán nem jelennek meg, inaktívak, soha nem dolgoztak vagy a betegség diagnosztizálása után tartósan munkanélkülivé váltak. Nem képesek megfelelni a munkaerőpiac követelményeinek, elvárásainak, a munkáltatók megítélése szerint munkavégzésük kiszámíthatatlan, teljesítményük, képzettségük nem piacképes, így nem tudják felvenni a versenyt az „egészségesekkel”. Európában Magyarországon az egyik legalacsonyabb a foglalkoztatási ráta. (Munakerő-piaci helyzetkép 2007) A korlátlan verseny következménye, hogy a kevésbé versenyképes csoportoknak (mint pl. a pszichiátriai betegek) a munkába állása jelentős állami beavatkozás nélkül elképzelhetetlen.

Ferge (Kovách I. 2006: 81) szerint a szegénység egyik oka a piacgazdaság létét lehetővé tevő jogok és viszonyok rendje. A rendszerváltás után a magyar jogszabályi háttér és a piacgazdaság jellemzői és működése révén az emberek egy részének egyfajta túlélési stratégiájává vált a munkaerőpiacról való kivonulás, ami mind a mai napig a magyarországi munkaerőpiac egyik alapvető jellegzetessége. A pszichiátriai betegek körében az átlagnál jóval magasabb a leszázalékoltak és a rokkantnyugdíjasok száma, ami jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy többségük tartósan a társadalom szegény rétegéhez tartozik.

Az állam redistribúciós rendszerének fönntartásával kapcsolatban a nyolcvanas években két, egymással ellentétes álláspont jelent meg a nyilvánosságban (Kovách I. 2006: 81). Ferge szerint a társadalom legfőbb követendő értéke a szolidaritás, míg Kolosi szerint a hatékonyság. A kérdés aktualitása vitathatatlan a mai magyar viszonyok közt is. A gazdasági fejlődés megtorpanása, illetve a gazdasági válság felerősítette azokat a bírálatokat, melyek szerint az állam túl sokat költ szociális juttatásokra, és ez gátolja a piacgazdaság szabad működését és a foglalkoztatás bővítését. A másik tábor állítása szerint azonban a jóléti állam megszűnésével, a szociális védőháló leszűkítésével a társadalom alján élők még jobban leszakadnának és kiszorulnának a többségi társadalomból.

Az állam működése és a jogszabályi háttér bár lehetővé teszik az esetek megélhetését, ugyanakkor nem ösztönzik a foglalkoztatottság számának emelkedését. A pszichiátriai betegek a jelenlegi körülmények között nem válhatnak a munkaerőpiac aktív szereplőivé. Egyrészt a jogszabályok alapján rokkantnyugdíjat és segélyt kapnak, ami szerény megélhetést biztosít számukra, így kevésbé motiváltak a számtalan kudarcélményt ígérő, gyakran diszkrimináló munkaerőpiacon való megjelenésre. Másrészt, bár az állam megpróbálja érdekeltté tenni az állami dotáció révén a piaci cégeket a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatá-

sában, ehhez azonban adminisztratív követelményeket kapcsolnak, ami szinte teljes mértékben ellehetetleníti a foglalkoztatásnak ezt a formáját. A pszichiátriai betegek a jelenlegi körülmények között nem válhatnak a nyílt munkaerőpiac aktív szereplőivé. Az, aki közülük képes és akar is dolgozni, a piacgazdaság szabályaitól eltérően működő, állami támogatással finanszírozott védett munkahelyen – az „egészségesek” világától elzárta – állhat munkába, kiegészítve ezzel az állam által nyújtott minimális juttatásokat.

Magyarországon a pszichiátriai betegek ellátása jellemzően kórházak pszichiátriai osztályán és pszichiátriai gondozókban zajlik. A pszichiáterek által gyógyíthatatlannak diagnosztizált betegek számára az állam szociális otthonokat működtet. Ide azok a betegek kerülnek, akiket a környezetük nem képes befogadni, akiket gyógyíthatatlannak és önellátásra képtelennek ítélnék.¹ Az állami szabályozás és a pszichiátriai ellátórendszer betegekkel kapcsolatos szemléletmódjában és szerkezetében jelentős átalakítások nem történtek az elmúlt hetven évben, a pszichiátriai betegek akkor és most is a társadalom periferiáján élnek. 1993 és 2006 között szinte egyáltalán nem változott a pszichiátriai betegek otthonában élők száma sem. Magyarországon, 1993-ban 8042, míg 2006-ban 8097-en éltek itt (Szociális statisztikai évkönyv, 2006.). Az általunk vizsgált Pszichiátriai Betegek Otthona (ahol a magyarországi pszichiátriai otthonban élők 9 százaléka lakik) és az intézetben belül működő védett munkahely tökéletesen jeleníti meg ennek a Magyarországon domináns szemléletmódnak a változatlanóságát, állandóságát, 1952 óta nagyobb reformok és átalakítások nélkül működik, mint a pszichiátriai ellátórendszer egyik szerves része.

2. Az elmeszociális otthonokról

Goffman (Goffman E. 1974) a pszichiátriákat totális intézményeknek tartja, ahol a betegek teljesen kiszolgáltatottak. Foucault (Foucault M. 1984) szerint a börtönök elrendezését átvéve a pszichiátriai kórházakban folyamatosan felügyelik a bentlakókat, ezáltal teljes hatalmat szerezve felettük. A pszichiátriai intézmények nem hogy segítenék a társadalomba való integrációt, hanem elvárják, hogy az ide kerülők egy, a többségi társadalom normáitól, szokásaitól és hétköznapjaitól teljesen eltérő normarendszerhez szocializálódjanak. A sikeres szocializáció révén az adott intézménybe kerülők képtelenek lesznek az intézetben kívüli életre. Az elmeszociális otthonok a pszichiátriákhoz hasonlóan megalakulásukkor a betegek társadalomból való kizárását szolgálták.

Az MDRI (Mental Disability Rights International) 1997-es jelentése a magyar pszichiátriáról az elmeszociális otthonok működését több szempontból is elmarasztalja, és megszüntetésüket javasolja. Magyarországon ezek az intézmények azokat a betegeket fogadják, akik nem rehabilitál-

¹ „A pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.” (Kelemen – Csákiné, 2004, 148. o.)

hatóak, így rehabilitációs munka az otthonokban nem folyik, a betegek társadalomba történő visszatérése nem cél – állapítja meg a jelentés.

„Kritikával illetik általában az otthonok alapvető koncepcióját, miszerint ezek a városoktól távol, gyakran az országhatár mellett, elzártan működnek, elszigetelve ezzel a lakókat minden közösségtől, kórosan függővé téve őket az intézményes ellátástól (5). (...) Sok esetben indokolatlannak látják a betegek benntartását. (...) Az MDRI képviselői embertelennek és megalázónak találták a lakók helyzetét, akiknek az a sorsa, hogy – szakképzett személyzet hiányában – elviseljék napjaik minden foglalkoztatást nélkülöző állandó monotonitását. (...) Végső soron az elmeszociális otthonok rendszerének fokozatos leépítésére tesz javaslatot. (A szerzők szerint a közösségi ellátás anyagi hátterét csak az elmeszociális otthonok leépítése során felszabaduló források biztosíthatják.)” (Réthelyi J. 2000: 167–168)

A jelentés után 10 évvel az általunk vizsgált intézet a fővárosi önkormányzat folyamatos pénzügyi támogatásával tovább bővült és fejlődött. 1999-ben a közigazgatási hivatal végleges működési engedélyt adott az intézménynek, ami azt jelzi, hogy az intézet működése során minden törvényi és jogszabályi előírást betartott. Úgy tűnik, hogy az otthonok leépítése, az ellátórendszer reformja helyett a fenntartóként és szabályozóként működő állam az intézmények üzemeltetése és korszerűsítése mellett döntött.

Az intézmény alapvető koncepciója nem változott, a határ menti kisvárosba kerülő betegek életük hátralevő részét itt töltik. Ugyanakkor érezhető az elmeszociális otthonok létét és funkcióját megkérdőjelező kritikák hatása az intézet működésében, ami megpróbál megfelelni az új korszak kihívásainak. Az alábbiakban részletesen bemutatjuk, hogy megalapításakor milyen funkciója volt az intézetnek az ellátórendszerben, hogyan változott a szerepe, illetve hogy jelenleg hogyan működik.

3. A város

Az intézmény a legnyugatabbra fekvő Szlovéniával és Ausztriával is határos magyarországi kisvárosban található. A főváros 265 kilométer innen, így minimum három óra kell ahhoz, hogy eljussunk Budapestről a városba.

A második világháború után a városban kijárási tilalom volt, 1968-ig hermetikusan el volt zárva, csak igazolvánnyal lehetett bejutni, ennek köszönhetően egy meglehetősen belterjes, zárt közösség alakult itt ki. A rendszerváltás után a határok átjárhatókká váltak, és megkezdődhetett a kapcsolat kiépítése a szomszédos országokkal, Ausztriával és Szlovéniával (pl. megnyílt a szlovén kulturális központ a városban, létrejött a határokon átnyúló ipari park). Elterjedt tevékenységgé vált a bevásárlóturizmus, rendszeresen járnak a városba a határ mentén élő osztrák és szlovén lakosok is. A város vezetése törekszik a kulturális sokféleség és nyitottság megvalósítására. A turizmus további fellendítése érdekében 2007 nyarán megnyílt egy vadonatúj termálfürdő, ami elsősorban a kül-

földi vendégeket várja (kizárólag autóval megközelíthető, magas árak, külföldi feliratok stb.).

A város neve a közelmúltban a Rába habzása kapcsán vált országosan ismertté, talán ennek is köszönhető, hogy a környezetvédelmi témák mentén egyre erősebb itt a civil jelenlét.

A szociális intézetről a város honlapja nem tesz említést. Az itt lakók és az intézetben dolgozók szerint az intézetet és a benne lakókat a város teljes mértékben elfogadta, természetes és szerves része a városnak a pszichiátriai otthon, ami már több mint 50 éve működik. A településnek kb. 10 000 lakosa van, a szociális intézetben 734 fő él, a lakosság kb. 7 százaléka. A város legnagyobb foglalkoztatója az autógyár volt a leépítésekig, jelenleg azonban a szociális intézetben dolgoznak a legtöbben (324 fő). Mindez azt jelzi, hogy a szociális intézet működése szorosan összefonódik a városéval, és az intézet léte hozzájárul a város lakóinak megélhetéséhez, a város prosperálásához is.

4. A szociális intézet múltja

A Fővárosi Tanács 1952-ben alapította az intézetet, mely közigazgatásilag azóta is Budapesthez tartozik. Az épületek eredetileg dohánygyárként üzemeltek, amit 1948-ban bezártak. Az intézet megalapításakor a gyár maradványaiból próbáltak meg kialakítani egy élhető környezetet. Ekkor még nem különítették el a pszichiátriai betegeket más, „deviáns” csoportoktól: a pszichiátriai betegek mellett hadiárvák, hajléktalanok és fogyatékosok is voltak az intézet lakói között. A zavaró, a társadalom gördülékeny működését akadályozó egyéneket előszeretettel száműzték ide és más, hasonló intézményekbe (ld. Elkülönítő).

A személyzet és a lakók többsége is a fővárosból érkezett (bár még helyi lakosok is bekerülhettek ide). Az intézetet eleinte egy képzetlen házaspár irányította, orvosokat csak később kezdtek el foglalkoztatni. 1966 körül született az a döntés, hogy kizárólag pszichiátriai betegeket fogadnak, ekkor vált elmebetegeket ápoló otthonná az intézet. Az 1960-as évek végére készült el az a pavilon, ahol foglalkoztatót alakítottak ki, és az 1970-es évek végére 530 főre duzzadt a bentlakók száma, 170-180 dolgozóval. Az 1980-as években nagy ívű fejlesztés kezdődött: az eredeti épületet átépítették, a területet kibővítették és egy újabb épületet vehetett használatba az intézet. A régi foglalkoztató pavilon helyett az intézet kezdeményezésére a főváros elhatározta, hogy egy új foglalkoztatót építtet.

Az intézet a megalapítása óta mind területileg, mind a befogadó létszámát tekintve folyamatosan bővült és fejlődött. 1991-re alakult ki a jelenlegi 734 fős lakólétszám.

Az intézet múltjáról kevés forrás maradt fenn. A vezetőség az intézet 50 éves évfordulójára történeti anyagokat gyűjtött, azonban a Megyei Levéltárban csak néhány újságcikket találtak, az ápoltak személyi iratai pedig az 1960-as években eláztak és csak a nyilvántartás maradt meg. Az intézetről az egyik legjelentősebb forrás Hajnóczy Péter Elkülönítő című 1976-os cikke, ami rendkívül negatív képet fest az intézet működéséről.

A cikk is beszámol arról a módszerről, hogy a második világháborút követően Budapesttől távol elmeszociális otthonokat alakítottak ki (többnyire nemesi kastélyokból, kúriákból), amitől a kórházi túltelítettség csökkentését, azaz akut ágyak felszabadulását várták. Harangozó és munkatársai (Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lőrincz – Varga – Bulyáki 2001) szerint hazánkban nem volt jellemző a politikai pszichiátria, azonban a „nem kívánatos rokonokat”, „zavaró egyedeket” könnyedén elmebeteggé lehetett nyilvánítani, és távoli vidéki otthonokba utalni. Az ilyen típusú intézetekbe való bekerülés gyakorlata sokáig szabályozatlan (Bakonyi P. 1984), elsősorban adminisztratív eljárás volt, a lakók egy részének az elmebetegséget igazoló orvosi zárójelentésük is hiányzott. Hajnóczy cikke szerint az intézetben az embertelen bánásmód és az erőszakos fegyelmezés volt a jellemző „kezelés”, melyet a marxista főiskolát végzett igazgató és a gondnoknő irányított.

5. A szociális intézet jelene

Az intézmény jelenleg 4 hatalmas épületből és egyéb kiszolgáló létesítményekből áll, amit több mint 2 HA park és magas kőkerítés vesz körül. Az otthonban hat osztály működik, emellett itt található egy fővárosi központú célszervezet egyik telephelye is, ahol a személyzet megítélése alapján jó állapotban lévő betegek pénzkereső munkát végezhetnek. Az intézet létrehozott egy alapítványt is az otthon működésének segítésére, illetve az intézményhez tartozik még egy védett ház is, ami a falakon kívül, a városban található.

734 beteg él az otthonban, a személyzet 324 főből áll, ebből 166 dolgozó egészségügyi végzettségű. 2 teljes állású orvos (egy általános és egy üzemorvos), egy félállású háziorvos és három félállású pszichiáter van itt, állandó pszichiáterük nincs. Egy osztályon 75 beteg, 13 nővér és 1 mentálhigiénés nővér van. A személyzet nagy része (pl. igazgató, főnővér) már több évtizede az intézetben dolgozik, alacsony a fluktuáció, ami az intézet állandóságát, változatlanágát (és változtathatatlanágát) biztosítja. Az állandó pszichiáter hiánya utalhat egyrészt arra, hogy az intézet betegeinek ellátása szakmai szempontból nem jelent kihívást (egyfajta elfekvőként működik az otthon, nem végeznek tényleges gyógyító, kezelő terápiát), másrészt aki ide kerül, az óhatatlanul elszigeteltté válik, kiesik a szakmai vérkeringésből.

A szociális intézet működésének nagy részét a fővárosi önkormányzat finanszírozza. Az állami normatíva és a fővárosi önkormányzat az intézet működési és fenntartási költségeinek 70–75 százalékát fedezi, a többit a saját bevételek teszik ki. A saját bevétel 90 százalékát az itt lakók által fizetett térítési díj adja. A többi a különböző támogatásokból, pályázati és szolgáltatásokból befolyó pénzekből (pl. intézet menzájára bejárnak városból étkezni) áll. Az itt lakók számára megállapított térítési díj 46 000 Ft volt 2005-ben. Azonban azokat is fel kell venni az intézetbe, akik nem képesek megfizetni ezt az összeget (nincs annyi jövedelmük, és nem alkalmasak az intézeten belüli munkavégzésre sem). Jelenleg a 734 lakóból 250–300 lakó nem tudja fizetni a teljes térítési költséget, ők kevesebbet

vagy semmit nem fizetnek. Ez a szám jelzi, hogy az ide kerülők jelentős része a társadalom legszegényebb rétegéhez tartozik, hiszen havi jövedelmük nem éri el a 46 000 Ft-ot sem.

Az intézetben minden lakónak van gondnoka, a többség korlátozó gondnokság alatt áll, ők végezhetnek pénzkereső munkát, szemben a kizáró gondnokság alatt állókkal, akik önállóan semmit sem tehetnek.

Ha a család nem vállalja a beteg gondnokságát, akkor helyi önkormányzat köteles megoldani a cselekvőképességük teljes birtokában nem lévő betegek képviselését, így a kezelték esetében a gyámhivatalnak kell ellátnia a gondozottak ügyeit. Az itteni rendszer rendkívül túlterhelt, 553 főre három hivatásos gondnok jut.

A fővárosból ide kerülő betegek többségének a gondnoka is ide valósi (734 főből 553 fő), így a törvényi előírások következtében az intézetbe kerülő betegek nagy része hivatalosan is a város lakójává válik. „Így biztos volt, hogy a beteg elveszti családi és szociális kapcsolatrendszerét (...), ezáltal visszatérése teljesen reménytelenné válik”. (Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lőrincz – Varga – Bulyáki 2001: 574) Ez egyrészt mutatja az ide kerülő betegek elszakadását a családjuktól – hiszen törvény szerint csak akkor lesz valakinek hivatásos gondnoka, ha közeli rokona vagy családtagja nem vállalja el –, másrészt az intézet zártságát, hiszen az itt lakóknak szinte alig van kapcsolata az intézeten, illetve a városon kívüli világgal.

A városban az intézet lakóit nem stigmatizálják, a város egyfajta szimbiózisban él az intézettel, elfogadja a létét és a lakóit, és valószínűleg ezt az elfogadást csak erősíti, hogy sokaknak az intézet biztosítja a megélhetését.

5.1 Az Otthon lakói

Az intézet közigazgatásilag Budapesthez tartozik, csak budapesti lakosok kerülhetnek ide (a város lakói a környéken működő hasonló intézményekbe mehetnek). Az ápoltak 51 százaléka nő, a legfiatalabb 24, a legidősebb 93 éves. A lakók többsége, 32 százaléka 51–60 év közötti. Az ápoltak 60 százaléka skizofrén, 15 százaléka demens, de vannak itt mániás depressziósok, alkoholisták és drogfüggők is.

Az intézetbe való bekerülés hosszadalmas folyamat. A beteg hozzátartozója, vagy a beteggel kapcsolatban álló szociális munkás, ápoló, gondnok kezdeményezi az intézeti elhelyezést a budapesti Felvételi Előkészítő Csoportnál. Itt készítenek egy környezettanulmányt (lakáskörülmény, iskolai végzettség, kapcsolatok, mentális állapot, intelligenciaszint, kommunikációs készség, alkoholfogyasztási szokások stb.), rendezik a beteg hivatalos iratait, és felveszik a várólistára. Több év is eltelhet, mire a várólistáról az intézménybe kerül a beteg (ez jelzi, hogy bár az intézmény nem egy korszerű ellátási forma, mégis óriási igény van rá, és jelenleg a szociális otthonoknak nincs alternatívájuk a magyar ellátórendszerben).

Ha megüresedik egy hely – ami az esetek többségében azt jelenti, hogy meghal egy ápoló –, akkor tudnak felvenni valakit a várólistáról.

A társadalomból való kiilleszkedés már akkor megkezdődik, amikor pszichiátriai betegnek diagnosztizálnak valakit. Ez a diagnózis egy stigma, ami élete végéig elkíséri az embert. Az itt lakók nagy része már régóta a pszichiátriai ellátórendszer keretei között él, több kórház pszichiátriai osztályát is megjárta, mielőtt ide került volna, ismeri a kórházi mechanizmusokat, kezeléseket, játékszabályokat és az elvárt viselkedési módokat. A kiilleszkedés végső állomása az intézet, ahol egy zárt, hierarchikus intézeti rendszerhez alkalmazkodva végképp elveszítik annak lehetőségét, hogy egyszer majd a többségi társadalomban élhessenek.

5.2 Élet az Otthonban

„Az intézetbe kerülők többsége nem szabad akaratából kerül ide, általában mentő hozza be, és nincs lehetősége innen távozni.”²

Amikor megérkezik az intézetbe egy új lakó, a felvételi részlegre kerül, úgynevezett befogadó team (mentálhigiénés dolgozó, ápoló) várja. Itt felmérik a fizikai és az elmeállapotát, megismertetik az intézettel, a szabályokkal, közlik vele a napirendet, és körbevezetik, ha igényli. A lakókkal terápiás szerződést kötnek, ahol fel vannak tüntetve a lakók kötelességei, jogai, az ellátásról való tájékoztatás, nyilvántartás, a fizetendő térítési díj, a lakó-hozzátartozó kapcsolattartás. Elintézik a gondnokságot (ha nincs még rendezve) és az egyéb adminisztrációt (pl. lakcímátjelentés), ha képes dolgozni, akkor munkalehetőséget kínálnak, ha nem, akkor mentálhigiénés programot, vagy egyéb életvezetési gyakorlatokat ajánlanak neki. A beteg állapota alapján az orvosok eldöntik, hogy melyik osztályra kerül, és beállítják a gyógyszeradagját. A rosszabb egészségi, mentális állapotban lévő betegek a régebbi, kevésbé felújított épületbe kerülnek, ahol hatan, nyolcan vannak egy kórteremben, és úgy alakították ki a szobákat, hogy könnyebben figyelemmel kísérhessék a betegeket. A jobb állapotban lévő betegek egy jobb minőségű, 4 ágyas szobákkal ellátott épületbe kerülnek, ahol házastársi (2 ágyas) szoba igénylésére is lehetőség van.

A lakók eleinte az eddigi tapasztalataik alapján viselkednek az intézetben is, és átmeneti epizódként tekintenek csak az ittlétükre. („...nehézebben kezelhető és megfelelő szociális, illetve pszichés támogatáshoz nem jutó betegek úgynevezett »forgóajtós« betegekké váltak, akik számára a pszichiátriai osztályok egy része (szociális) krízisszolgáltatást nyújtott (nem túl hatékonyan)” (Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lórintz – Varga – Bulyáki 2001: 577). A szociális otthonok a pszichiátriai ellátórendszer többi intézményétől azonban egy lényeges dologban különböznek, éspedig abban, hogy innen szinte lehetetlen kikerülni, sokak számára ez a végállomás.

„Ha valaki el akar menni innen, gondnoka keres neki egy másik ilyen intézetet Magyarországon, vagy ha a gondnok családtag és elvállalja a beteget, akkor hazaviheti, de ez ritka.”

² Az idézetek részletek az intézetben 2007 nyarán készített interjúkból.

Amikor szembesülnek azzal, hogy az intézeti lét végleges, hogy nincs választási lehetőségük, szocializálódniuk kell egy zárt, a szabadságukat erősen korlátozó intézethez, sokan megpróbálnak ellenállni. A többség azonban szép lassan beletörődik a megváltoztathatatlanba, és alkalmazkodnak az intézmény hétköznapijaihoz.

A betegek számára életük egy új szakasza kezdődik el, az eddigi fizikai, szociális környezetük gyakorlatilag megszűnik, amikor az intézet lakóivá válnak. A pszichiátriai betegek többsége a társadalmi megítélés szerint nem tud alkalmazkodni az elvárásokhoz, nem tudja követni a mindenki által elfogadott normákat. „Gyakorta alapelveként érvényesült a betegek kirekesztése és elzárása, tehát a közösség »védelme« a súlyosabb betegektől.” (Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lórintz – Varga – Bulyáki 2001: 574) Harangozó és szerzőtársai szerint az ilyen típusú intézetek létesítése, melyek a beteg lakóhelyétől, eredeti közösségétől távol esik, tökéletes megoldásnak tűnt a pszichiátriai betegek „kezelésére”.

A betegek fokozatosan hospitalizálódnak, hiszen minimális időt töltenek csak az intézet falain kívül, van, aki a bekerülése óta egyszer sem volt a városban. Az újonnan jöttek legfontosabb feladata, hogy minél gyorsabban elfogadják és kövessék az intézet rendjét. Ez azonban nem egyfajta tág keretet, könnyen betartható, az itteni életet megkönnyítő előírásokat jelent, hanem a nap minden percét, az élet minden területét meghatározó szabályok uralmát. A hospitalizáció végeredményeként az egyén alkalmazkodik az intézet szabályaihoz és beilleszkedik az intézet hétköznapi életébe, miközben véglegessé válik a kiilleszkedése a többségi társadalomból.

„Amikor az intézetbe kerülnek, nehézségeik vannak, amikor tudatosul bennük, hogy valóban itt kell élniük. Odakerülnek egy osztályra, és látják, hogy szeretettel fogadják őket, gondoskodnak róluk, pár hónap után egészen jól beilleszkednek az intézet életébe.”

A betegek számára az intézet válik az otthonukká, a világukká, ahol életük minden eseménye zajlik. Ezzel párhuzamosan a külvilág szinte teljes mértékben megszűnik számukra. A magánszféra és a nyilvános sféra nem válik szét a mindennapjaikban: itt laknak, itt alszanak, tisztálkodnak, esznek, itt dolgoznak és többnyire itt is szórakoznak, minden egy helyszínen zajlik.

Az intézet egy mini államként működik, egy önálló város a városban, szinte teljes infrastrukturális, szolgáltatói ellátással és önálló szabályokkal, normákkal.

A kerítésen belüli, kis társadalomban a lakók és a személyzet is az intézet rendszeréhez alkalmazkodik. Az intézetben mindennek megvan a pontos helye és ideje, különben kaotikussá válna a rendszer működése. A betegek nem önálló akaratuk és igényeik szerint választják meg azt, hogy mikor mi történik velük, hanem alkalmazkodnak egy, már régóta kialakított és bejáratott rendhez. Az egészségügyi személyzetnek egyeztetnie kell a mentálhigiénés személyzettel az egyes tevékenységekről, programokról, amikről aztán tájékoztatják a betegeket.

A szabadság, az intézetből való kijutás a jobb pszichés állapotban lévő, engedelmes betegek számára adatik csak meg, egy-két órára átléphetik az intézet kapuját, kimenőt kapnak. Ilyenkor többnyire a közeli kocsmák egyikébe mennek, esetleg ruhát venni, vagy a boltba.

5.3 Rehabilitáció, szabadidős tevékenységek

Az intézetbe különböző állapotú és diagnózisú betegek kerülnek, akik különféle ellátást, tevékenységet, foglalkoztatást és ellenőrzést igényelnek. Óriási energiákat fordítanak az otthonban arra, hogy értelmes elfoglaltságot nyújtsanak az itt lakóknak. Aki képes erre, az munkabérért dolgozhat. Vannak rehabilitációs foglalkoztatások, különböző terápiákon (zene, irodalom, színház) is részt vehetnek a lakók, és minden szobában van televízió. Számtalan szolgáltató egység is található itt (fodrászat, mozi, színház). Rendszeresen a különböző közösségi események (biciklitúra, mozi, színház), és elsősorban az intézmény falain belül zajlanak a terápiás foglalkozások, bizonyos keretek között a város mindennapi életébe is bekapcsolódhatnak a lakók (fellépések, kiállítások). Az intézmény más hasonló intézményekkel is kapcsolatban áll. Támogatják a lakók közötti párkapcsolatokat, házasságot köthetnek, sőt házastársi szobát is biztosítanak számukra. Azonban az egyéni szükségleteket, elvárásokat a nagy intézményi rendszer képtelen figyelembe venni. A rendszer működés-módjából következően, kisebb-nagyobb eltérésekkel mindenkire ugyanazok a szabályok érvényesek.

Ha egy időmérleg felmérést végeznénk az intézet lakóival, azaz megkéne mondaniuk órára lebontva, hogyan telik egy napjuk, a megszámlálhatatlan kerítésen belüli lehetőség ellenére is a „semmittevés”, illetve a cigarettázás lenne a leggyakoribb és legtöbb időt kitöltő tevékenységük.

Pedig több olyan beteg is van, aki a kinti társadalomban (igaz, kisebb-nagyobb segítséggel) képes lenne ellátni magát. Egyes betegek indokolatlan benntartását jelezheti, hogy vannak szökések. A betegek egy része nem tud, vagy nem akar alkalmazkodni az intézet rendjéhez. Sokan dolgoznak az intézet foglalkoztatójában, önállóan ellátják magukat, s a megengedett keretek között kijárnak a városba (szinte úgy élnek, mint az egészségesek), számukra az intézet szabályrendje túlságosan szigorú, korlátozza őket a mindennapi életvitelükben. Az intézet főnövére szerint azonban akinek van betegségtudata, annak tökéletesen megfelelnek ezek a körülmények.

„Én azért úgy gondolom, hogy aki kicsikét él betegségtudattal, az belátja, hogy nekem szükségem van arra, hogy kezeljenek, és bele tud törődni ezekben a dolgokba, őneki nagyon nagy lehetőségei vannak itt az intézetben.”

5.4 Foglalkoztatás, munkalehetőség az intézetben

Az intézet keretein belül háromféle foglalkoztatás zajlik:

- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás, amit egy célszervezet³ megbízásából végeznek a személyzet megítélése szerint legjobb állapotban lévő, jó magaviseletű lakók (az engedély 140 főre szól, de jelenleg csak 125 fő dolgozik). Az intézet feladata a munkaerő biztosítása (a megfelelő lakók kiválasztása), alkalmassági vizsgálatának elvégzése és a papírok beszerzése (OOSZI vélemény, nyugdíj), a cég bérleti díjat fizet, munkát szerez (drótmentes, karácsonyfaizzó készítés stb.), az alapanyagot hozza, elszállítja és értékesíti az elkészült termékeket. Amikor kialakították a 140 engedélyezett férőhellyel rendelkező foglalkoztató épületét, a cég biztosította a berendezést, kialakult egy irányító személyzet, akik jelenleg az intézet alkalmazásában álló mentálhigiénés ápolókkal együtt koordinálják a foglalkoztatást. Az itt dolgozó lakóknak 49 000 Ft-os munkabért fizetnek egy hónapban, napi hatórás munkáért. Több mint 20 éve tart az együttműködés a célszervezettel, amely jelentős állami támogatáshoz jut a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása fejében. Az intézetnek is előnyös ez a kapcsolat, hiszen az itt lakók egy része munkarehabilitáción vehet részt, és sok ápolat az itt kapott pénzből fizeti az intézet térítési díját.

- Munkarehabilitáció 2004 óta van az intézetben – amióta ezt a törvény engedélyezi és támogatja. Ennek keretében 4 órában dolgoznak a lakók (ez után kevesebb támogatást kap az intézet, és alacsonyabb bér jut az ápoltaknak, mint a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetében). A lakók az intézeten belül kiegészítő munkákat végeznek, van udvari brigád, mosodai részleg, illetve vannak nagy hagyománnyal bíró varrodai munkák is. Ennek keretében jelenleg 60 ápolat dolgozik.

- A mentálhigiénés foglalkoztatás részeként készítik fel a lakókat a különböző munkákra és döntenek el, hogy lehet-e a lakóval munkaszerződést kötni, azaz alkalmas-e munkarehabilitációs, illetve fejlesztő-felkészítő munkára. A foglalkozás keretén belül egy körmendi bútoringatlan cég hulladék anyagait újrahasznosítva sokféle terméket készítenek (pl. hangulatfüggönyt). Ezeket az intézeten belül és a városban értékesítik (az intézet, mint szociális foglalkoztató adhat számlát). Sok árut a lakók vesznek meg, illetve az itt dolgozók vagy a kultúrsoport elviszi vásárokra, vagy egyéb rendezvényekre a termékeket.

A munka minden ember számára a társadalomba való integrálódás egyik fontos terepe, a család, a személyes kapcsolatok és az oktatás mellett. Az itt lakók számára állapotuk javulásához kulcsfontosságú, hogy egy munkahelyi közösség tagjává válhassanak. Azonban az intézetben működő foglalkoztató védett munkahely⁴, ahol csak pszichiátriai betegek dolgoznak, egészségesek felügyelete mellett. Ebben az esetben a védett-

³ A célszervezet olyan vállalat, ahol a foglalkoztatottak minimum 60 százaléka megváltozott munkaképességű.

⁴ A védett munkahelyen legalább tíz fő dolgozik, a foglalkoztatottak 2/3-a megváltozott munkaképességű, akiknek minimum 50 százalékos a munkaképesség-csökkenése.

séget nemcsak az jelenti, hogy betegtársaikkal dolgoznak együtt az itt lakók, hanem hogy nem hagyják el az otthon területét a munkavégzés alatt. Ha valakinek az állapota romlik, és nem képes munkába állni, annak nincsenek negatív következményei, szemben a nyílt munkaerőpiaccal. Az intézeten belüli foglalkoztatás szabályai, normái merőben eltérnek a nyílt munkaerőpiac rendszerétől, azaz a többségi társadalom foglalkoztatással kapcsolatos szokásaitól, normáitól, így a nyílt munkaerőpiacon való megjelenés a védett munkahelyi pályafutást követően szinte lehetetlenné válik.

Az intézeten belül a dolgozók egyfajta kiváltságos pozícióba kerülnek a betegtársak közt. Napjaikat nem „semmittevással”, vagy terápiákkal töltik, hanem a többségi társadalom által is elismert pénzkereső tevékenységet végezhetnek. A munkát vállaló lakóknál szempont a gyógyszer kiválasztásánál és adagolásánál az is, hogy az munkaképességüket ne korlátozza, és bevétele a munkaidőhöz igazodjon. A lakók között általában jellemző a szegénység – minimális (2007-ben 5000 Ft/hónap) –, az intézet által szolgáltatott zsebpénzből kell gazdálkodniuk, ezért a munkával keresett kiegészítő jövedelem további előnyöket jelent a betegtársakkal szemben.

5.5 A városi védett ház

„Ez a benti léthez képest szabadság. Az itt élők tartanak attól, hogy visszakérülnek, ezért mindent megtesznek.”

A többségi társadalomba való visszakerülés, a reintegráció irányába mutató lépés, hogy 2007-ben létrehoztak egy védett házat a városban, ahol 14 kiválasztott személy viszonylagos önállóságban élhet az intézet falain kívül. Bár számtalan szállal kötődnek a védett házban lakók az intézethez, ez azonban mégiscsak egy jelentős lépésnek tűnik az önálló életvitel, az intézeten kívüli élet megvalósítása felé. Ugyanakkor az intézmény deklarált céljával, alapvető feladataival ez a kezdeményezés nem összeegyeztethető. A kiválasztottak bármikor visszakérülhetnek az intézetbe, illetve nincs lehetőségük arra, hogy hivatalosan kikerüljenek az intézet keretei közül, és önálló életet kezdjenek a városon kívül. A védett ház működése szorosan kapcsolódik az intézethez, a ház az intézet által megállapított aprólékos szabályok szerint üzemel az intézeti személyzet felügyeletével, és az itt lakók napjaik nagy részét továbbra is az intézetben töltik, a védett házban lakó 14 ápolat minden nap bejár az intézetbe dolgozni. Esetükben a lakóhelyi reintegráció többé-kevésbé megvalósulni látszik, azonban a munkahelyet, foglalkoztatást tekintve továbbra is szegregálódnak.

6. Az intézet mint totális intézmény

Totális intézmény az, ahol „tartósan és a világtól elzárva tartózkodnak hasonló társadalmi státusú személyek egy általános és mindenkire kötelező erejű fegyelmi rend keretein belül”. (Berkovits B. 2008) Ez a definíció érvényes az általunk vizsgált intézetre is, mely több mint 50 éve működik a világtól elzártan (bár a város felé nyitottan) szinte azonos státusú ápolattal, aprólékos, az élet minden területét behálózó szabályok alapján. A pszichiátriai intézeteknek a rend betartásához számos eszköze lehet, ezt szolgálhatják az egyes terápiák is.

6.1 Fegyelmezési eszköz: terápiák

Az alábbiakban bemutatjuk, hogy milyen terápiákat alkalmaznak itt, és hogy ezek hogyan járulnak hozzá az intézmény működéséhez elengedhetetlen „megfelelő viselkedés” kialakításához. Az egyes terápiákat intruzivitásuk és alkalmazásuk gyakorisága szerint ismertetjük. „Intruzív az a kezelés, mely az ellenálló, együtt nem működő betegre is kifejti hatását.” (Kovács J. 2004: 23)⁵

A legkézenfekvőbb terápia, amely a további terápiák szükséges előfeltétele is egyben, és fegyelmező eszközként is használható, az ápoltak gyógyszeradagjának meghatározása. (Kovács J. 2004) Gyógyszeres kezelésben mindenki részesül az intézetben, melynek megfelelő beállításával sok betegnél elérhető, hogy „kezelhetővé” és együttműködővé váljon. „Gyakori probléma, hogy orvosokkal rosszul ellátott intézményekben orvos felügyelete nélkül alkalmaznak neuroleptikus kezelést, gyakran nem terápiás célból, hanem az intézmény rendjének fenntartása érdekében.” (Kovács J. 2004: 26) A intézetnek jelenleg nincs teljes állású pszichiátere, de több félállású pszichiáter is felügyeli a betegeket. Az itt ápoltak esetében is a gyógyszeres kezelés célja a terápia mellett az alkalmazkodás elősegítése az intézet normáihoz, elvárásaihoz.

Az intézet pontos szabályainak betartatását segíti a viselkedésterápia alkalmazása is. A viselkedésterápia alapja, hogy maga a viselkedés tanulás eredménye, tehát „ha egy viselkedés az egyén számára káros következményekkel jár (például büntetéssel), akkor annak megjelenési valószínűsége a jövőben csökkenni fog” (Kovács J. 2004: 24). Ezt csak azoknál a jobb állapotban lévő betegeknél alkalmazzák, akik esetében, a dolgozók megítélése szerint, lehetséges a tanulás, jutalmazás, büntetés. A viselkedésterápia kevésbé intruzív, mint a gyógyszeres kezelés, azonban Kovács szerint intézeti körülmények között a legintruzívabb módszer lehet, mert itt jobban érvényesül a terápia kényszerítő jellege. Erre lehet példa, hogy az intézet területét csak korlátozottan hagyhatják el a lakók, a viselkedésüknek megfelelő gyakorisággal és időtartamra. A legjobb állapotban lévő, jól viselkedő betegek minden nap kimehetnek a városba két órára. Ezek a „jutalmazások”, „engedmények” rendkívüli jelentőségre

⁵ Az egyes terápiákat Winick rendszerezte intruzivitásuk szerint; legkevésbé intruzív a pszichoterápia.

tesznek szert ebben az ingerszegény környezetben. Jó példa a viselkedésterápia alkalmazására a Hajnóczy cikkéből elhíresült Elkülönítő is, ami mind a mai napig működik. Jelenleg speciális részlegnek hívják, és a személyzet elmondása szerint a szakorvos javaslatára azok kerülnek ide három hónapra, akik deviáns, normasértő magatartásukkal zavarják a többieket, vagy veszélyeztetik önmagukat, és nem tudnak beilleszkedni a közösségbe. „Érezlek, hogy nem jót tettem.” Ez egyfajta büntetesként funkcionál, bár ha ez a viselkedés a lakók betegségéből fakad, akkor a büntetés nem a megfelelő módszer a kezelésre.

A védett házban, az intézet falain kívül élőknek van a legtöbb lehetősége az intézet keretei közül való kitörésre. Azonban az ő esetükben is fellelhető a viselkedésterápia eszköze, a büntetés–jutalmazás módszere.

A mentálhigiénés foglalkozás és a munkarehabilitáció is értelmezhető a viselkedésterápia részeként, azonban interjúink alapján kiderült, hogy fontos szerepe van az intézet szakmai, és az ápoltak mindennapi életében is. A munka nem érinti az összes ápoltat. Az intézetben jobb állapotban lévő, a szabályoknak megfelelően viselkedő betegek dolgozhatnak a célszervezetben, amiért pénzt is kapnak. Az ápoltak számára ennek nagy jelentősége van, mert általában nagyon alacsony a nyugdíjuk, és csak minimális zsebpénzt kapnak. A mentálhigiénés foglalkozásokon azok vesznek részt, akik még nem dolgozhatnak, úgyhogy sok beteg számára ez a munkarehabilitáció kapuja. A mentálhigiénés foglalkozásokon előállított termékekkel vásárokrá szoktak járni, így az órarendszerűen besztott mindennapok közé néha kis változatosság is kerülhet.

6.2 Fegyelmezési eszköz: hierarchikus szervezeti felépítés

Az intézetben tapasztalataink alapján a fegyelmezés egyik legalapvetőbb eszköze a paternalisztikus viszonyokban rejlik. Harangozóék szerint a paternalisztikus orvoslás gyakorlata azokban az egészségügyi intézményekben gyakoribb, ahol a feudálisztikus berendezkedés, hierarchikus szervezeti kultúra, rugalmatlan, antidemokratikus, öntörvényű belső szabályrendszer jellemző. „Minél inkább az intézmény törvényei az uralkodók annál nagyobb a hospitalizációs ártalom. Az intézménnyel kapcsolatos személyes függőség a dolgozóknál is kialakulhat”. (Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lőrincz – Varga – Bulyáki 2001: 576) A szabályok betartásáért, az intézet mindennapi problémamentes működtetéséért az intézet dolgozói felelősek, akiket (a betegekhez hasonlóan) gyakran ellenőriznek a vezetőik. Ahhoz tehát, hogy az intézet dolgozói megtartsák állásukat, be kell tartatniuk és tartatniuk az intézet rendjét, a napi rutint. Az intézetben jellemzően nők dolgoznak, míg az igazgató férfi. Az igazgató biztosítja a folyamatos munkát és a kellemes munkakörülményeket, ő az intézet eddigi és jövőbeni fejlődésének motorja, akiért a személyzet tagjai rajonganak.

„Igazából, biztosan, hogy észrevették, hogy igazgató úr mennyire nyitott, és nagyon sokoldalú, és tényleg mindenben a lakók érdekeit képviseli. Én úgy gondolom, hogy ezt a nagyon sok változást azért neki lehet köszönni min-

denben. Ő tényleg mindenben nagyon törekszik arra, hogy az intézetünknek jó hírneve legyen, meg a lakóink a legjobb ellátásban részesüljenek.”

7. Bentlakók (Zoli – Mari)

A városban tartózkodásunk alatt életútinterjút készítettünk egy, az intézetben lakó házaspárral. Az interjú elkészítéséhez a gondnokaik engedélye, illetve (mint a helyszínen kiderült) az igazgató hozzájárulása kellett (az ellenőrzés ott tartózkodásunk alatt ránk is kiterjedt, nem lehettünk egyedül az intézet területén, nem beszélgethettünk szabadon a lakókkal).

ZOLI

2001-ben került az intézetbe. Amikor Budapesten az utcán elkezdett törni-zúzni, soron kívül felvették ide. Kizáró gondnokság alá került, és a bátyja lett a gondnoka. Amikor a bátyjával összeveszett, helyi hivatásos gondnoka lett és helyi lakossá vált. Saját maga kezdeményezte, hogy a kizáró gondnokságot változtassák korlátozó gondnokságra, amit a bíróság kivizsgált és megítélt. Egy idő után nem fogadta el a hivatásos gondnokát sem, ekkor megint a testvére lett a gondnoka.

MARI

Volt egy kislánya, aki 9 évesen meghalt. Ezt nem tudta feldolgozni, pszichiátriára került, majd több kórházat is megjárva az intézet lakójává vált. Az egyik fia is ebben az otthonban van, és a testvérei is intézetekben laknak. A másik fia külföldön él, és nem látogatja őt. Ő már 16 éve az otthon lakója. „Tulajdonképpen ez a 16-dik éve, hogy itt vagyok bezárva.” Jelenleg a hivatalos gondnoka budapesti.

MARI ÉS ZOLI

Mielőtt ide kerültek volna, mindketten megfordultak már több pszichiátriai osztályon is. Leszállékkolták őket, de csak minimális járulékokat kapnak. Hat éve vannak együtt, az intézetben találkoztak, és a gondnokaik beleegyezésével, egy elmeszociális otthon lakói közül Magyarországon elsőként a város templomában összeházasodtak. Házastársi szobában laknak, amit saját ízlésük szerint megpróbálnak otthonossá tenni. Mindketten az intézet foglalkoztatójában dolgoznak, hat órában. Jövedelmüket cigaretta és kávé árusításával egészítik ki. Így némi pénzt félretudnak tenni, amiből élelmet és egyéb élvezeti cikkeket (pl. alkohol) vásárolnak a városban. Tisztálkodószereiket, ruháikat is maguk veszik a városban. Rendszeresen elhagyhatják az intézetet, állapotuk meg is engedi ezt. Nem szeretnek az intézetben lenni, úgy érzik, minden ok nélkül tartják őket ott bezárva, a szabadságukban korlátozzák és megfigyelik őket, folyamatosan gyógyszereket kell szedniük, nincs magánéletük, és minimálbérért dolgoznak. Nincs betegségtudatuk, és képtelenek elfogadni, hogy nem élhetik a kinti világban a saját önálló életüket. Rendszeresen elszöknek az intézetből (ilyenkor jó pár hónapig büntetésben vannak, pl. nem hagyhatják el az intézetet), ugyanakkor valamilyen módon mindig visszakerülnek ide (vagy maguktól visszajönnek, vagy visszahozzák

őket). Ez azt mutatja, hogy bár az intézmény rendszeréhez nem tudnak alkalmazkodni, ugyanakkor a kinti világ normáit sem képesek betartani.

Mari és Zoli bizonyos szinten képesek önálló életvitelre, így az intézet túlságosan zárt, merev, hierarchikus rendje nem megfelelő számukra, de sem az intézeti, sem az intézeten kívüli élethez nem tudnak alkalmazkodni. Számukra segítséget jelenthetne egy olyan ellátási forma, amely az egyéni igényekhez rugalmasan alkalmazkodva segíti a többségi társadalomban a pszichés problémákkal küzdő emberek boldogulását.

8. Összefoglalás

Nyugat-Európában a nagy pszichiátriai intézmények eltűnésével párhuzamosan egyre inkább előtérbe kerülnek a közösségi ellátási formák, ahol az egyén lakóhelyén, saját környezetében próbálnak meg segíteni a pszichiátriai problémákkal küzdőket. A sokkal költségesebb fekvőbeteg-ellátás helyett egyre nagyobb jelentősége lesz a járóbeteg-ellátásnak. Ezzel párhuzamosan a társadalmi reintegráció elősegítése érdekében a pszichiátriai betegek nyílt munkaerőpiacon való megjelenését is számtalan állami kezdeményezés támogatja.

Magyarországon az 1950-es évektől napjainkig ezzel ellentétes folyamatok zajlottak. Ahogyan azt ennek az intézetnek az esetében is láttuk, az állam és az önkormányzatok továbbra is sok pénzt fordítanak a nagy pszichiátriai otthonok fenntartására. S bár az utóbbi időben a magyar pszichiátriai ellátásban is elkezdődtek az ágyszám-csökkentések – példa erre az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása –, ehhez azonban nem kapcsolódott a pszichiátriai ellátórendszer reformja, korszerűsítése. A Lipóton lévő betegeket és személyzetet vagy más kórházak pszichiátriai osztályaira helyezték (anélkül, hogy az ágyszámot növelték volna, így egy-egy intézmény túlterheltsége jelentősen nőtt, míg az ellátás színvonala, hatékonysága, egy-egy betegre fordított idő ennek következtében csökkent), vagy hazaengedték őket (sokak számára ez a hajléktalanságot jelentette). Magyarországon néhány civil kezdeményezésen kívül nem segítik a pszichiátriai betegek nyílt munkaerőpiacon való megjelenését sem. Az állam elsődlegesen segélyeket és rokkantnyugdíjat biztosít a pszichiátriai betegek számára, illetve védett munkahelyek fenntartását és működését támogatja. Mindez azt jelzi, hogy a magyar ellátórendszer nem segíti elő a pszichiátriai betegek társadalmi integrációját, a pszichiátriai betegséggel küzdők ellátását a többségi társadalomtól való elkülönítéssel látják megoldottnak. Ez az elkülönítés azonban rengeteg negatív következménnyel jár. A pszichiátriai betegek stigmatizálásán és kizárásán kívül a már évtizedek óta fenntartott ellátórendszer működése sem hatékony.

Ha a bevezetőben említett szolidaritás–hatékonyság ellentétpár tükrében vizsgáljuk a szociális otthonok működését, megállapíthatjuk, hogy egyik alapvető társadalmi értéknek sem felelnek meg. Az otthonok fenntartása hatalmas állami pénzeket emészt fel, és a pszichiátriai betegek szegregációját erősíti.

Erre példa az általunk vizsgált intézmény, a főváros által példamuta-

tóan működtetett elit szociális otthon, ami a legmodernebb eszközökkel, gyógyszerekkel és tárgyi környezettel felszerelt, tökéletesen funkcionáló intézménye egy korszerűtlen, évtizedek óta változatlan módon fennálló és üzemelő ellátórendszernek.

Irodalom

- Bakonyi Péter (1984): Téboly, terápia, stigma. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest
- Berkovits Balázs: Foucault és Goffman – A humán tudományok működése letölthető: <http://www.c3.hu/~prophil/profi034/berkovits.html> (letöltés ideje: 2008. 10. 30.)
- Foucault, Michel (1990): Felügyelet és büntetés: A börtön története. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
- Goffman, Erving (1974): Asylums: essays on the social situation of mental patients and other Reprint. Harmondsworth, Penguin Books Ltd
- Hajnóczy Péter (1981): Az elkülönítő. In: Folyamatos jelen. (Szerk. Berkovits György – Lázár István) Szépirodalmi Könyvkiadó. Budapest, 65–95.
- Harangozó Judit – Tringer László – Gordos Erika – Kristóf Róbert – Werring Róbert – Slezák Adrienne – Lőrincz Zsuzsa – Varga Attila – Bulyáki Tünde (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat 11. évf. 8/9. sz. Literatura medica Kiadó Budapest. 573–586, Letölthető: <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm> (letöltés ideje: 2008. 09. 20.)
- Kelemen Gábor – Csákiné Király Livia (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása: segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest
- Kovács Imre (szerk.) (2006): Társadalmi metszetek: hatalom, érdek, individualizáció és egyenlőtlenség a mai Magyarországon: szociológiai tanulmányok. Napvilág, Budapest
- Kovács, József (2004): A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a vélemény szabadság. Fundamentum Issue VIII/1., INDOK Kiadó Budapest, 23–43.
- Munkaerő-piaci helyzetkép (2007), Statisztikai Tükör 2007 II./7. KSH, Budapest. letölthető: <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/munkerohelyz/munkerohelyz07.pdf> (letöltés ideje: 2008. 05. 02)
- Réthelyi József (2000): A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatástörténete. Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat 10. évf. 2. sz. Literatura medica Kiadó Budapest, 167–170.
- Szociális statisztikai évkönyv, 2006. Központi Statisztikai Hivatal (8.5. A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak száma típus szerint)