

PSZICHIÁTRIAI BETEGEK INTEGRÁCIÓJÁNAK LEHETŐSÉGEI EGY SZOCIÁLIS INTÉZETI KÖRNYEZETBEN

BÁNYAI BORBÁLA – LÉGMÁN ANNA

Kutatási témánk a pszichiátriai betegek társadalmi integrációja és munkaerő-piaci megjelenése. Jelen írásunkban Magyarország legnagyobb pszichiátriai betegeket ellátó szociális otthonának működését és a társadalomban betöltött funkcióját vizsgáljuk, hogyan jelennek meg a beilleszkedés és a kiilleszkedés folyamatai egy nagy intézmény, esetünkben a szentgotthárdi szociális otthon keretei között. 2007. nyarán négy napot töltöttünk Szentgotthárdon, ahol Magyarország legnagyobb pszichiátriai otthona található. A terepmunka részeként mélyinterjút készítettünk az intézet dolgozóival (igazgató, főnővér, mentálhigiénés nővér, gazdasági igazgató, az intézet területén lévő célszervezet szentgotthárdi képviselője, a szentgotthárdi gyámhivatal vezetője). Két bentlakó beteggel illetve az egyikőjük hozzátartozójával (aki egyben a gondnoka is) életútinterjút csináltunk. Emellett résztvevő megfigyelőként rengeteg információt gyűjtöttünk a városról, az intézetben és a városban lakókról, az intézet és a város kapcsolatáról, az intézet működéséről.

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 munkaerő-piacon szinte egyáltalán nem jelennek meg, inaktívak, soha nem dolgoztak vagy a betegség diagnosztizálása után tartósan munkanélkülivé váltak. Nem képesek megfelelni a munkaerő-piac 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. A korlátlan verseny következménye, hogy a kevésbé versenyképes csoportoknak (mint pl. a pszichiátriai betegek) a munkába állása jelentős állami beavatkozás nélkül elképzelhetetlen.

Ferge¹ szerint a szegénység egyik oka a piacgazdaság létét lehetővé tevő jogok és viszonyok. A rendszerváltás után a magyar jogszabályi háttér és a piacgazdaság jellemzői és működése révén az emberek egy részének egyfajta túlélési stratégiájává vált a munkaerő-piacról való kivonulás. Az állam redistribúciós rendszerének fenntartásával kapcsolatban a nyolcvanas években két, egymással ellentétes álláspont jelent meg a nyilvánosságban.² 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, amelyek szerint az állam túl sokat költ szociális juttatásokra, amelyek gátolják 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.

¹ KOVÁCH 2006

² KOVÁCH 2006

Az állam működése és a jogszabályi háttér bár lehetővé teszi az elesettek megélhetését, ugyanakkor nem ösztönzi a foglalkoztatottság számának emelkedését. A pszichiátriai betegek a jelenlegi körülmények között nem tudnak a munkaerő-piac aktív szereplőivé válni. A jogszabályok alapján rokkantnyugdíjat és segélyt kapnak, ami szerény megélhetést biztosít számukra. Így nincsenek ösztönözve arra, hogy a nyílt munkaerő-piacon megjelenjenek. Másrészt a piaci vállalatokat az állam megpróbálja érdekeltté tenni (állami dotáció) a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, azonban olyan adminisztratív követelmények kapcsolódnak a megváltozott munkaképességűek alkalmazásához, ami ellehetetleníti a foglalkoztatásnak ezt a formáját. Az a pszichiátriai beteg, aki képes és akar is dolgozni, a piacgazdaság szabályaitól eltérően működő, állami támogatással finanszírozott védett munkahelyen – az „egészségesek” világától hermetikusan elzárta – helyezkedhet el, kiegészítve ezzel az állam által nyújtott minimális juttatásokat.

Magyarországon a pszichiátriai betegek ellátása jellemzően kórházak pszichiátriai osztályán és pszichiátriai gondozókban történik. 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. Az állami szabályozás és a pszichiátriai ellátórendszer betegekkel kapcsolatos szemléletmódja jelentősen nem változott az elmúlt hetven évben, a pszichiátriai betegek akkor és most is a társadalom periferiájában élnek. A szentgotthárdi Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona, és az Intézetben belül működő védett munkahely tökéletesen jeleníti meg ennek a Magyarországon domináns szemléletmódnak a változatlanlanságát, állandóságát, 1952 óta nagyobb reformok és átalakítások nélkül működik, mint a pszichiátriai ellátórendszer egyik szerves része.

Az elmeszociális otthonokról

Az elmeszociális otthonok megalakulásuk óta a betegek társadalomból való kizárását szolgálták. Foucault³ szerint a börtönök elrendezését átvéve a pszichiátriai kórházakban folyamatosan felügyelik a bentlakókat, ezáltal teljes hatalmat szerezve felettük. Goffman⁴ a pszichiátriai intézményeket totális intézményeknek tartja, ahol a betegek teljesen kiszolgáltatottak. A pszichiátriai intézmények nem hogy segítenék a társadalomba való integrációt, hanem elvárják, hogy az ide kerülők egy a többségi társadalom normáitól, szokásaitól és hétköznapijaitól teljesen eltérő normarendszerhez szocializálódjának. A sikeres szocializáció révén az adott intézménybe kerülők képtelenek lesznek az intézetben kívüli életre.

Az MDRI (Mental Disability Rights International) 1997-es jelentése a magyar pszichiátriáról az elmeszociális otthonok (pl. Szentgotthárd) működését negatívnak tartja és megszüntetésüket javasolja. Magyarországon ezek az intézmények azokat a betegeket fogadják, akik nem rehabilitálhatóak, 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, elzárta 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 ember-

³ FOUCAULT 1984

⁴ GOFFMAN 1974

telennek és megalázónak találták a lakók helyzetét, akiknek az a sorsa, hogy – szakképzett személyzet hiányában – elviseljék napjaik minden foglalkoztatást nélkülöző állandó monotonitását. (...) Végül soron az elmeszociális otthonok rendszerének fokozatos leépítésére tesz javaslatot. (A szerzők szerint a közösségi ellátás anyagi háttérét csak az elmeszociális otthonok leépítése során felszabaduló források biztosíthatják.)⁵

Úgy tűnik, hogy az otthonok leépítése, az ellátórendszer reformja helyett az állam az intézmények fenntartása és korszerűsítése mellett döntött. A jelentés után 10 évvel a szentgotthárdi 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.

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 megapításakor milyen funkciója volt az intézetnek az ellátórendszerben, hogyan változott a szerepe, illetve hogy jelenleg hogyan működik.

Szentgotthárd

Szentgotthárd a legnyugatabbra fekvő Szlovéniával és Ausztriával is határos magyarországi kisváros. A főváros 265 kilométer, így minimum három óra szükséges Budapestről a városba való eljutáshoz.

A II. világháború után a városban kijárási tilalom volt, 1968-ig hermetikusan el volt zárva, csak igazolvánnyal lehetett Szentgotthárdra 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 határon átnyúló ipari park). Elterjedt tevékenységgé vált a bevásárlóturizmus, rendszeresen járnak a városba a határ mentén élő osztrák és szlovén lakosok is, a város jellemzője lett a kulturális sokféleség és nyitottság. A turizmus további fellendítése érdekében 2007 nyarán megnyílt a város vadonatúj termálfürdője, ami elsősorban a külföldi vendégeket célozza (kizárólag autóval megközelíthető, magas árak, külföldi feliratok stb.).

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

A szociális intézetről a város honlapja nem tesz említést. A városban lakók és az intézetben dolgozók szerint az intézetet és az itt lakókat a város teljes mértékben elfogadta, Szentgotthárd természetes és szerves része a pszichiátriai otthon, ami már több mint 50 éve működik itt. Szentgotthárdnak kb. 10000 lakosa van, a szociális intézetben 734 fő él, a lakosság kb. 7%. A város legnagyobb foglalkoztatója az Opel gyár volt a bezárásáig, jelenleg azonban a szociális intézetben dolgozik a legtöbb szentgotthárdi, 324 fő. Mindez azt jelzi, hogy a szociális intézet működése szorosan összefonódik a város működésével, az intézet léte hozzájárul a város lakóinak megélhetéséhez, a város prosperálásához.

⁵ RÉTHELYI 2000

A szociális intézet múltja

A Fővárosi Tanács 1952-ben alapította az Intézetet, mely azóta is közigazgatásilag a fővároshoz 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 Szentgotthárdra és más, hasonló intézményekbe (ld. Elkülönítő).

A fővárosból érkezett a személyzet, és a lakók többsége is (ekkoriban azonban 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 nagyívű 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 – megalapítása óta – mind területileg, mind a befogadólétszámát 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 Vas 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 meglehetősen negatív képet fest az intézet működéséről. A cikk is beszámol arról, hogy a második világháború után az elme-szociális otthonokat Budapeستől távol alakították ki (többnyire nemesi kastélyokból, kúriákból) részben a kórházi túltelítettség csökkentése, azaz akut ágyak felszabadulása, részben a politika számára „problémás” és a családok számára „felesleges” emberek eltávolítása végett. Harangozó és munkatársai⁶ szerint hazánkban nem volt jellemző a politikai pszichiátria, azonban a „nem kívánatos rokonokat”, „zavaró egyedeket” könnyedén elmebetegé lehetett nyilvánítani, és távoli vidéki otthonokba utalni. Az ilyen típusú intézetekbe való bekerülés gyakorlata sokáig szabályozatlan⁷ elsősorban adminisztratív eljárás volt, a lakók egy részének az elmebetegséget igazoló orvosi zárójelentésük is hiányzott. Hajnóczy cikke szerint a szentgotthárdi intézetben az embertelen bánásmód, és az erőszakos fegyelmezés volt a jellemző „kezelés”, melyet a marxista főiskolát végzett igazgató és a gondnoknő irányított.

A szociális intézet jelene

Az intézmény jelenleg 4 hatalmas épületből és egyéb kiszolgáló létesítményekből áll, amit több mint 2 HA park és magas kökerítés vesz körül. Az otthonban hat osztály működik, emellett itt található egy fővárosi központú célszervezet egyik telephelye is, ahol a sze-

⁶ HARANGOZÓ – TRINGER – GORDOS – KRISTÓF – WERRING – SLEZÁK – LŐRINTZ – VARGA – BULYÁKI 2008

⁷ BAKONYI 1983

mélyzet megítélése szerint 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 Szentgotthárdon, állandó pszichiáterük nincs. 1 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 történik tényleges gyógyító, kezelő terápia), másrészt, hogy aki ide kerül 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%-át állja, a többit a saját bevételek teszik ki. A saját bevétel 90%-át 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 46000 Ft volt 2005-ben, azonban olyanokat 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 jövedelme nem éri el a 46000 Ft-ot sem.

Szentgotthárd városában az intézet lakóit nem stigmatizálják, a város egyfajta szimbiózisban él az intézettel, elfogadja a létét és a lakóit, sőt sok városinak a megélhetési forrását is az intézet biztosítja. A fővárosból Szentgotthárdra kerülő betegek többségének a gondnoka is szentgotthárdi.

A 734 főből 553 főnek van szentgotthárdi hivatásos gondnoka, ők emiatt szentgotthárdi lakosokká is váltak (az ő esetükben a kiilleszkedés hivatalosan is megtörtént). „Így biztos volt, hogy a beteg elveszti családi és szociális kapcsolatrendszerét, és még a gondnokával is alig tud kapcsolatot tartani, ezáltal visszatérése teljesen reménytelenné válik”.⁸ Ez egyrészt jelzi a családtól való végleges elszakadást, hiszen törvény szerint csak akkor lesz valakinek hivatásos gondnoka, ha a közeli rokona vagy családtagja nem vállalja el, másrészt a szentgotthárdi intézet zártságát, hiszen az intézet lakóinak szinte alig van kapcsolata az intézeten illetve a városon kívüli világgal.

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.

Az 553 főre három hivatásos gondnok jut, a rendszer rendkívül túlterhelt, azonban ha a család nem vállalja a beteget, akkor hivatalból kötelező megoldani a cselekvőképeségük teljes birtokában nem lévő betegek hivatalos képviselőjét, így a szentgotthárdi kezel-

⁸ HARANGOZÓ – TRINGER – GORDOS – KRISTÓF – WERRING – SLEZÁK – LŐRINTZ – VARGA – BULYÁKI 2008

tek esetében az itteni gyámhivatalnak kell ellátnia a gondozottak ügyeit.

Az otthon lakói

Az Intézet közigazgatásilag Budapesthez tartozik, csak budapesti lakosok kerülhetnek ide (a szentgotthárdiak a környéken működő hasonló intézményekbe Sajtoskállóra, Hegyfalura mehetnek). Az ápoltak 51%-a nő, a legfiatalabb 24, a legidősebb 93 éves. A lakók többsége, 32%-a, 51-60 év közötti. Az ápoltak 60%-a skizofrén, 15%-a 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 gondozóirodában. Itt készítenek egy környezettanulmányt (lakáskörülmény, iskolai végzettség, kapcsolatok, mentális állapot, intelligenciaszint, kommunikációs készség, alkoholfogyasztási szokások), rendezik a beteg hivatalos iratait, és felveszik a várólistára. Több év is eltelhet, mire a várólistáról az intézménybe kerülhet a beteg (ez jelzi, hogy bár az intézmény nem egy korszerű ellátási forma, mégis óriási igény van rá, és jelenleg nincs alternatívája a magyar ellátórendszerben a szociális otthonoknak).

Ha megüresedik egy hely, ami az esetek többségében azt jelenti, hogy meghal egy ápolat, akkor tudnak csak felvenni valakit a várólistáról. A fővárosnak Tompán, Zalaapátiban, Budapesten és Szentgotthárdon van pszichiátriai otthona, a szentgotthárdi a legnagyobb ilyen intézmény.

Amikor megérkezik az Intézetbe egy új lakó a felvételi részlegre kerül, ügynevezett befogadó team (mentálhigiéniai dolgozó, ápoló) várja, ahol felméri 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 megmutatják neki a lehetőségeket, ha nem, akkor mentálhigiéniai programot, 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 6-an, 8-an vannak egy kórteremben, és úgy vannak kialakítva a szobák, hogy könnyebben figyelemmel lehessen a betegeket tartani. A jobb állapotban lévő betegek egy jobb minőségű, 4 ágyas szobákkal ellátott épületbe kerülnek, ahol házastársi (2 ágyas) szoba igénylésére is lehetőség van.

Élet az Otthonban

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

A társadalomból való kiilleszkedés már akkor megkezdődik, amikor pszichiátriai betegnek diagnosztizálnak valakit. Ez a diagnózis egy stigma, ami élete végéig elkíséri az embert. A Szentgotthárdon 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 a lehetőségét annak, hogy egyszer majd a többségi

társadalomban élhessenek. A lakók az eddigi tapasztalataik alapján viselkednek az intézetben is, és átmeneti epizódokként tekintenek csak az ittlétükre. („...nehezebben kezelhető és megfelelő szociális, illetve pszichés támogatáshoz nem jutó betegek úgynevezett „forgóajtós” betegeké váltak, akik számára a pszichiátriai osztályok egy része (szociális) krízisszolgálatást nyújtott (nem túl hatékonyan)”.⁹ A szociális otthonok a pszichiátriai ellátórendszer többi intézményétől azonban egy lényeges dologban különböznek, ez a végállomás, innen kikerülni szinte lehetetlen.

„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”

Mikor 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 lakói lesznek. A pszichiátriai betegek többsége nem tud igazán alkalmazkodni a társadalmi elvárásokhoz, nem tudja követni a társadalom által elvárt normákat. „Gyakorta alapelveként érvényesült a betegek kirekesztése és elzárása, tehát a közösség „védelme” a súlyosabb betegektől.”¹⁰ Harangozó és szerzőtársai szerint az ilyen típusú intézetek létesítése, melyek a beteg lakóhelyétől, eredeti közösségtől távol esik szintén ezt a megállapítást igazolják. Míg az egészségesek világában a kisebbséghez, a deviáns pszichiátriai betegek csoportjához tartoztak, itt csak egy beteggé válnak a többi 734 beteg között.

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

„Amikor az intézetbe kerülnek nehézségeik vannak, amikor tudatosan 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, az életterüké, ahol az életük minden eseménye zajlik. Ezzel párhuzamosan a külvilág szinte teljes mértékben megszűnik számukra. Az ápoltak itt laknak, itt alszanak, tisztálkodnak, esznek, itt dolgoznak és többnyire itt is szórakoznak. A magánszféra és a nyilvános szféra nem válik szét az életükben, minden egy helyszínen, az intézetben zajlik.

Az Intézet egy miniállamként működik, egy önálló város a városban, szinte teljes

⁹ HARANGOZÓ – TRINGER – GORDOS – KRISTÓF – WERRING – SLEZÁK – LŐRINTZ – VARGA – BULYÁKI 2008

¹⁰ HARANGOZÓ – TRINGER – GORDOS – KRISTÓF – WERRING – SLEZÁK – LŐRINTZ – VARGA – BULYÁKI 2008

infrastrukturális, szolgáltatói ellátással és önálló szabályokkal, normákkal. A megszámlálhatatlan kerítésen belüli lehetőség ellenére, ha egy időmérleg felmérést végeznénk az Intézet lakóival, azaz meg kéne mondaniuk órára lebontva, hogy telik egy napjuk, a semmittevés, illetve a cigarettázás lenne a leggyakoribb, és legtöbb időt felemésztő tevékenységük.

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 minden. Az egészségügyi személyzetnek egyeztetnie kell a mentálhigiénés személyzettel az egyes tevékenységekről, programokról, amikről aztán tájékoztatják a betegeket. Így a betegek nem önálló akarataik és igényeik szerint maguk választják meg azt, hogy mikor mi történik velük, alkalmazkodnak egy már régóta kialakított és bejáratott rendhez.

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

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 rá munkabérért dolgozni, vannak rehabilitációs foglalkoztatások, különböző terápiákon (zene, irodalom, színház) is részt vehetnek a lakók, és minden szobában van televízió. Számítatlan szolgáltató egység is található a falakon belül (fodrászat, mozi, színház, zenekar). Rendszeresen a különböző közösségi események (biciklitúra, mozi, színház) elsősorban az intézmény falain belül, a különböző terápiás elfoglaltságok, és 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 is, házasságot is köthetnek, sőt házastársi szobát is biztosítanak számukra. Azonban az egyéni szükségleteket, elvárásokat a nagy intézményi rendszer képtelen figyelembe venni. A rendszer működéséből következően mindenkire – kisebb-nagyobb eltérésekkel – ugyanazok a szabályok érvényesek.

Több olyan beteg is van, aki a kinti társadalomban is (kisebb-nagyobb segítséggel) képes lenne ellátni magát. Egyes betegek indokolatlan benntartását jelezheti, hogy vannak szökések, a betegek egy része nem tud vagy akar alkalmazkodni az intézet rendjéhez. Sokan dolgoznak az intézet foglalkoztatójában, önállóan ellátják magukat, kijárnak – a megengedett keretek között – a városba, (szinte úgy élnek, mint az egészségesek), számukra az intézet szabályai és rendje túlságosan szigorú, ami korlátozza őket a mindennapi életvitelükben.

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

Totális intézmény az, ahol tartósan és a világtól elzárva tartózkodnak hasonló társadalmi státuszú személyek egy „általános és mindenkire kötelező erejű fegyelmi rend keretein belül”.¹¹ Ez a definíció érvényes a szentgotthárdi intézetre is, mely több mint 50 éve működik a világtól elzártan (bár Szentgotthárd város felé nyitottan) szinte azonos státu-

¹¹ BERKOVITS 2008

szű ápolattal, aprólékos, az élet minden területét behálózó szabályok alapján. A pszichiátriai intézeteknek a rend betartásához számos eszköze lehet.

Az alábbiakban bemutatjuk, hogy a szentgotthárdi intézetben milyen terápiákat alkalmaznak, és ezek hogyan járulnak hozzá az intézmény számára „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.”¹²

– A legkézenfekvőbb terápia, ami a további terápiák szükséges előfeltétele is egyben, és fegyelmező eszközként is használható, az ápoltak gyógyszeradagjának meghatározása.¹³ 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.”¹⁴ A szentgotthárdi intézetnek jelenleg nincs teljes állású pszichiátere, de több félállású pszichiáter is felügyeli a betegeket. A szentgotthárdi ápoltak esetében a gyógyszeres kezelés célja a tényleges terápia mellett az alkalmazkodás elősegítése az Intézet normáihoz, elvárásaihoz.

A szentgotthárdi intézetben ténylegesen szükség van hatékony fegyelmezésre, mert 734 ápoltat, és több száz dolgozót kell irányítani.

Az Intézet pontos szabályainak betartását 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”.¹⁵ Ezt csak azoknál a jobb állapotban lévő betegeknél alkalmazzák, akik esetében 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. Az ápoltak ugyanis az intézet területét csak korlátozottan hagyhatják el, a viselkedésüknek megfelelő gyakorisággal és időtartamra, ugyanakkor ezek a „jutalmazások”, „engedmények” rendkívüli jelentőségre tesznek szert ebben az ingerszegény környezetben. Tehát az intézetből való időleges szabaduláshoz szükséges a „jó magaviselet” és természetesen a megfelelő mentális állapot. 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 magukat, és nem tudnak beilleszkedni a közösségbe. „Érezzék, hogy nem jót tettek.” Ez egyfajta büntetesként funkcionál, bár ha ez a viselkedés a lakók betegségéből fakad, akkor a büntetés nem a megfelelő módszer.

Ezzel szemben a legjobb állapotban lévő, jól viselkedő betegek minden nap el-

¹²Az egyes terápiákat Winick rendszerezte intruzivitásuk szerint, legkevésbé intruzív a pszichoterápia, viselkedésterápia, a pszichotrop szerekkel történő kezelés stb. KOVÁCS 2004

¹³KOVÁCS 2004

¹⁴KOVÁCS 2004

¹⁵KOVÁCS 2004

hagyhatják az intézetet két órára. A védett házban élőknek van a legnagyobb lehetősége az intézet keretei közül való kitörésre. Azonban az ő esetükben is fellelhető a viselkedésterápia eszköze, a büntetés-jutalmazás módszere. „Az itt élők tartanak attól, hogy visszakerülnek, ezért mindent megtesznek.” Összességében elmondható, hogy a viselkedésterápia a szentgotthárdi intézetben hatékonyan elősegíti a szocializációt az intézethez.

- A mentálhigiéniá 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 pénz is kapnak. Az ápoltak számára ennek nagy jelentősége van, mert általában nagyon alacsony a nyugdíjuk, sokan az intézet térítési díját sem tudják fedezni, és csak minimális zsebpénzt kapnak. A mentálhigiéniás foglalkozásokon azok vesznek részt, akik még nem dolgozhatnak, úgyhogy sok beteg számára ez a munkarehabilitáció kapuja. A mentálhigiéniás foglalkozásokon előállított termékekkel vásárokra szoktak járni, így az órarendszerűen beosztott mindennapok közé néha kis változatosság is kerül. Az intézeti munka egyfajta beilleszkedésként is értelmezhető az egészségesek világába, hiszen az egészségesekhez hasonlóan pénzkereső tevékenységet végeznek, viszont kívülállást is, hiszen mindezt olyan környezetben teszik, ahol csak betegekkel találkozhatnak.

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 uralkodóak annál nagyobb a hospitalizációs ártalom. Az intézménnyel kapcsolatos személyes függőség a dolgozóknál is kialakulhat”.¹⁶ A szabályok betartásáért, az intézet mindennapi problémamentes működtetéséért az intézet dolgozói felelősek, akiket (a betegekhez hasonlóan) gyakran ellenőriznek. Ahhoz tehát, hogy az intézet dolgozói megtartsák állásukat, be kell tartatniuk és tartaniuk az intézet rendjét, a napi rutint. A nemi szerepekben is a változatlanul fennmaradt paternalisztikus, konzervatív világrend tükröződik, 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, akit a személyzet tagjai istenítenek (interjúalanyaink mind kizárólag dicsérő szavakkal illették). „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 mindenben. Ő tényleg mindenben nagyon törekszik arra, hogy az intézetünknek jó hírneve legyen, meg a lakóink a legjobb ellátásban részesüljenek.”

Foglalkoztatás, munkalehetőség az intézetben

A viselkedésterápia egyik formájaként említettük a munkalehetőséget, amit jó magaviseletű, megfelelő mentális állapotban lévő betegek végezhetnek. A munka elsősorban mint

¹⁶ HARANGOZÓ – TRINGER – GORDOS – KRISTÓF – WERRING – SLEZÁK – LŐRINTZ – VARGA – BULYÁKI 2008

rehabilitáció jelenik meg az intézetben. Háromféle foglalkoztatás van:

- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás, amit egy célszervezet¹⁷ megbízásából végeznek a személyzet megítélése szerint a legjobb állapotban lévő, jó magaviseletű lakók (az engedély 140 főre szól, de jelenleg csak 125 fő dolgozik). Az Intézet kölcsönösen előnyös megállapodást kötött a célszervezettel. 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, a munkát (drótmentes, karácsonyfaizzó készítés stb.) szerzi, az alapanyagot hozza, elszállítja a termékeket, és értékesíti azokat. Amikor kialakították a 140 engedélyezett férőhellyel rendelkező foglalkoztató épületét a cég biztosította a berendezést, kialakult egy irányító személyzet, akik jelenleg az intézet alkalmazásában álló mentálhigiénias ápolókkal együtt koordinálják a foglalkoztatást. Az itt dolgozó lakóknak 49000 Ft-os munkabért fizetnek egy hónapban napi hat órás munkáért. Több mint 20 éve tart az együttműködés a céggel. A cég jelentős állami támogatáshoz jut a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásáért, és 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 amióta a törvény engedélyezi és támogatja (2004 óta) van az Intézetben. Ennek keretében 4 órában dolgoznak a lakók. (Ez után kevesebb támogatást kap az intézet, és alacsonyabb bért az ápoltak, mint a fejlesztőfelkészítő 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 mentálhigiénias foglalkoztatás részeként készítik fel a lakókat a különböző munkákra, és döntenek el, hogy lehet-e a lakóval munkaszerződést kötni, azaz alkalmas-e a munkarehabilitációs, illetve fejlesztő-felkészítő munkára. A foglalkozás keretén belül egy körmendi bútorigipari cég hulladékanyagait újrahasznosítva sokféle terméket készítenek (pl. hangulatfüggöny). 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 kultúrscsoport elviszi vásárokra, vagy egyéb rendezvényekre a termékeket.

A munka minden ember számára a társadalomba való integrálódás egyik fontos terépe, a család, a személyes kapcsolatok, és az oktatás mellett. Az itt lakók számára állapotuk javulásához kulcsfontosságú, hogy egy munkahelyi közösség tagjává válhassanak. Azonban a szentgotthárdi intézetben működő foglalkoztatók védett munkahelyek,¹⁸ ahol csak pszichiátriai betegek dolgoznak, egészségesekek felügyelete mellett. Az intézeten belüli védett munkahely esetében a védettséget 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 Intézetben belüli foglalkoztatás sza-

¹⁷A célszervezet olyan vállalat, ahol a foglalkoztatottak minimum 60%-a megváltozott munkaképességű.

¹⁸A védett munkahelyen legalább tíz fő dolgozik, a foglalkoztatottak 2/3-a megváltozott munkaképességű, akiknek minimum 50%-os a munkaképesség-csökkenése.

bályai, 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 Intézetben belül a dolgozók egyfajta kiváltságos pozícióba kerülnek a betegársak közt. Napjaikat nem semmittevéssel, vagy terápiákon kell tölteniük, 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. Az 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 betegársakkal szemben.

A városi védett ház

„Ez a benti léthez képest szabadság. Az itt élők tartanak attól, hogy visszakerülnek, 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 visszakerülhetnek az intézetbe, illetve nincs lehetőségük arra, hogy hivatalosan kikerüljenek az intézet keretei közül és önálló életet kezdjenek Szentgotthárdon 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 ápoltnak is be kell járnia a városból minden nap az Intézetbe dolgozni. Esetükben a lakóhelyi reintegráció többé-kevésbé megvalósulni látszik, azonban a munkahelyet, foglalkoztatást tekintve továbbra is szegregálódnak.

Életutak (Sanyi-Teri)

Szentgotthárdi 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 ránk is kiterjedt ott tartózkodásunk alatt, nem lehattunk egyedül az intézet területén, nem beszélgethettünk szabadon a lakókkal).

Sanyi

2001-ben került az intézetbe. Amikor Budapesten az utcán elkezdett törni-zúzni, soron kívül felvették Szentgotthárdra. Kizáró gondnokság alá került, és a bátyja lett a gondnoka. Mikor a bátyjával összeesett helyi hivatásos gondnoka lett és szentgotthárdi 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.

Teri

Volt egy kislánya, aki 9 évesen meghalt. Ezt nem tudta feldolgozni azóta sem. Az

egyik fia is a szentgotthárdi otthonban van, de testvérei is intézetekben élnek. Ő már 16 éve itt él az otthonban. „Tulajdonképpen ez a 16. éve hogy itt vagyok bezárva.”

Teri és Sanyi

Mielőtt Szentgotthárdra kerültek volna mindketten megfordultak már több pszichiátriai osztályon is. Leszállékolták őket, de csak minimális járulékokat kapnak. 6 éve vannak együtt, az intézetben találkoztak, és a gondnokaik beleegyezésével a város templomában összeházasodtak. Házastársi szobában laknak, és mindketten az intézet foglalkoztatójában hat órában dolgoznak. Így némi pénzt félre tudnak tenni, amiből ételmezt és egyéb élvezeti cikkeket (cigaretta, kávé, alkohol stb.) vásárolnak a városban. Ők rendszeresen elhagyhatják az intézetet, állapotuk megengedi ezt. Nem szeretnek az intézetben lenni, úgy érzik minden ok nélkül bezárták ide, szabadságukban korlátozzák és megfigyelik őket, folyamatosan gyógyszereket kell szedniük, nincs magánéletük, és rabszolgamunkát végeznek minimálbérért. Nincs betegségtudatuk, és képtelenek elfogadni azt, 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 jelzi, hogy bár az intézmény rendszeréhez nem tudnak alkalmazkodni, ugyanakkor a kinti világ normáit sem képesek betartani.

Teri és Sanyi esete azt jelzi, hogy azok számára, akik bizonyos szinten képesek önálló életvitelre, az intézet túlságosan zárt, merev, hierarchikus rendje nem nyújt megoldást, ők azok, akik nem tudnak alkalmazkodni az intézeti és az intézeten kívüli élethez sem. Számukra jelenthetne segítséget egy olyan ellátási forma, ami az egyéni igényekhez rugalmasan alkalmazkodva segíti a többségi társadalomban a pszichés problémákkal küzdő emberek boldogulását.

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 küzdőknek. A sokkal költségesebb fekvőbeteg-ellátás helyett egyre nagyobb jelentősége lesz a járóbeteg-ellátásnak. Ezzel párhuzamosan a társadalmi reintegrációjuk elősegítése érdekében a nyílt munkaerőpiacon való megjelenésüket is számtalan állami kezdeményezés támogatja.

Magyarországon az 1950-es évektől napjainkig ezzel ellentétes folyamatok zajlottak. Ahogy azt a szentgotthárdi intézet esetében is láttuk, az állam és az önkormányzatok továbbra is sok pénzt fordítanak a nagy pszichiátriai otthonok fenntartására. Ugyan az utóbbi időben a magyar pszichiátriai ellátásban is elkezdődtek az ágyszámcsökkentések, 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 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.

Míndez azt jelzi, hogy a magyar ellátórendszer korlátozza 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, meg kell hogy állapítsuk, hogy egyik alapvető társadalmi értéknek sem felelnek meg. Az otthonok fenntartása hatalmas állami pénzeket emészt fel (Harangozó), és a pszichiátriai betegek szegregációját erősíti.

Így Szentgotthárd a főváros által példamutatóan 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.

BIBLIOGRÁFIA

BAKONYI 1983

BAKONYI Péter: *Téboly, terápia, stigma*. Budapest, Szépirodalmi, 1983.

BERKOVITS 2008

BERKOVITS Balázs: *Foucault és Goffman – A humán tudományok működése*. <http://www.c3.hu/~prophil/profi034/berkovits.html> (2008.10.30.)

FOUCAULT 1990

FOUCAULT, Michel: *Felügyelet és büntetés: A börtön története*. Budapest, GONDOLAT, 1990.

GOFFMAN 1974

GOFFMAN, Erving: *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other Reprint*. Harmondsworth, PENGUIN BOOKS LTD, 1974.

HARANGOZÓ 2008

HARANGOZÓ Judit – TRINGER László – GORDOS Erika – KRISTÓF Róbert – WERRING Róbert – SLEZÁK Adrienne – LŐRINTZ Zsuzsa – VARGA Attila – BULYÁKI Tünde: *Paradigmaváltás a pszichiátriában*. <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm> (2008.09.20.)

HAJNÓCZY 1981

HAJNÓCZY Péter: Az elkülönítő. In: *Folyamatos jelen*. Budapest, SZÉPIRODALMI, 1981. 65-95.

KELEMEN 2004

KELEMEN Gábor, Csákiné Király Livia: *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása: segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 2004.

KOVÁCS 2004

KOVÁCS, József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság. *Fundamentum* Issue VIII., No. 1., 2004, 23-43.

KOVÁCH 2006

KOVÁCH Imre (szerk.): *Társadalmi metszetek: hatalom, érdek, individualizáció és egyenlőtlenség a mai Magyarországon: szociológiai tanulmányok*. Budapest, Napvilág, 2006.

RÉTHELYI 2000

RÉTHELYI János: A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatás-története. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 10. 2000. 167-170.