

## I. KUTATÁSI ELŐZMÉNYEK ÉS A VÁLASZTOTT TÉMA INDOKLÁSA

Az egészségszociológiában régen felismerték egészség és betegség fogalmának társadalmi meghatározottságát, illetve, hogy az egészségeseket a betegektől elválasztó határvonal kijelölése hatalmi kérdés is (ld. pl. Losonczy 1989).

Foucault (1998) szerint az, hogy hogyan viszonyul egy adott társadalom a betegeihez, hol húzza meg a normálist az abnormálistól elválasztó határvonalat, hogy milyen helyeket, élettereket biztosít a normálistól eltérő emberek számára, egyfajta tükröt tart a társadalom elé az adott közösség működéséről, az emberi kapcsolatokról.

Jelen disszertáció célja, hogy bemutassa, hogyan jelenik meg az őrület, a skizofrénia fogalma a magyar pszichiátriai ellátórendszerben, hogyan képes fenntartani, újratermelni a rendszer az egyetlen érvényesnek, helyesnek tartott meghatározást adó betegnarratívát, s mindennek milyen hatása lehet a pszichiátriai ellátórendszerbe került egyénre. Kutatásomban a skizofrénnek diagnosztizáltakat vizsgálom részletesebben. Feltételezésem szerint napjainkban a skizofrénnek diagnosztizáltak nagy része a betegség megállapítását (diagnosztizálását) követően többé nem tud teljes értékű életet élni, napjait különböző kórházi osztályokon, szociális intézményekben vagy otthonában tölti.

A disszertáció újszerűsége abban rejlik, hogy a társadalomtudomány nyelvén, eszköz és fogalomhasználatával tesz kísérletet egy a medikális fennhatóság alá tartozó fogalom megragadására, értelmezésére, a skizofrénia, a bolondság pszichiátriai betegségként való kizárólagos értelmezésének megkérdőjelezésére.

Míg nemzetközi szinten számos meghatározó mű látott napvilágot társadalom és pszichiátria kapcsolatáról, Magyarországon nincs jelentős hagyománya a pszichiátriai intézmények, a pszichiátriai betegségek és betegek társadalomtudományi vizsgálatának.

Erving Goffman (1974) *Asylums* című könyvében a résztvevő megfigyelés módszerével tanulmányozta az általa totális intézményeknek nevezett elmeegógyintézetek működését. Foucault szerint az elmebetegséget a róla folytatott – hatalmi érdekek által befolyásolt – tudományos diskurzusok hozzák létre. R. D. Laing (1970, 1990) könyveiben az orvosi nézőponttal szemben – amely az egyént addigi környezetéből kiragadva vizsgálja – a skizofrén világot úgy próbálja megérteni, ahogy azt ő megéli.

Magyarországon a közelmúltig többnyire szociográfiák születtek az őrület témájában. Bakonyi Péter (1984) *Téboly, terápia, stigma* című könyvében az elmebetegség fogalmának különböző értelmezési lehetőségeit tárja fel, ugyanakkor elfogadja kultúránk uralkodó megítélését, az őrületet betegségként definiálja. Hajnóczy Péter *Elkülönítő* (1975) című írásában a Szentgotthárdi Elmeszociális Otthont mutatja be. Véleménye szerint a zavaró, a társadalom gördülékeny működését akadályozó egyéneket előszeretettel száműzték ide és más, hasonló intézményekbe Magyarországon.

---

\* MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

<sup>1</sup> Doktori értekezés tézisei, Pécsi Tudományegyetem Kultúratudományi Doktori Program, Pécs, 2011, Témavezető: Dr. Vajda Júlia tudományos főmunkatárs és Bugarszki Zsolt egyetemi tanársegéd. Az írás az NKA alkotói támogatásával készült.

Eddigi kutatásaimban a pszichiátriai betegségek és az egyén kapcsolatát, a skizofrénia megélésének, megértésének, megítélésének és elbeszélhetőségének lehetőségeit vizsgáltam, narratív interjú technikával. A skizofréniával kezelt emberekkel készített életútinterjúk elemzésének alapja az a feltételezés volt, hogy – olykor bizarrnak, értelmetlennek tűnő – élettörténeteiket másokhoz hasonlóan ők is a „társadalom által felkínált” narratívákra támaszkodva fogalmazzák meg. Elbeszéléseik a skizofrénia megélésének eltérő lehetőségeit jelenítik meg (Fernezely és Légmán 2003), ami nem kizárólag a betegség narratívát jelenti számukra. Vizsgálódásaimat kiterjesztettem emellett arra is, hogy milyen életutakat kínál egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált egyénnek a társadalom, hol és milyen körülmények, normák és szabályok között élhetnek (Bányai és Légmán 2009). Az őrület, a skizofrénia társadalomban való megjelenését vizsgálom doktori disszertációmban is, elsősorban azokon a helyeken, intézményeken keresztül, amiket a közösség a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára kiutal. Nem arra keresem a választ, hogy mi az oka a pszichiátriai betegségnek, hogyan jön létre, hanem hogy hogyan élheti meg ezt az egyén a társadalomban.

## KUTATÁSI KÉRDÉSEK, HIPOTÉZISEK

Vajon milyen hatással vannak a pszichiátriai ellátórendszerbe került egyének élettörténeteire az intézmények működés módjai és az ott adott diagnózisok?

Lehetséges-e, hogyha valakit egyszer már pszichiátriai betegnek (skizofrénnak) nyilvánítottak, élettörténete ne betegségtörténet legyen?

Hogyan hatnak a társadalmi változások, az intézményi átalakulások az őrület fogalmára, a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak helyzetére, és képes-e befolyásolni az egyén az intézmények működését?

Megváltoztatható-e a régóta többé-kevésbé változatlan formában működő pszichiátriai ellátórendszer?

- Az őrület társadalmi tény. Egy adott korszak domináns – a korabeli uralkodó társadalmi csoportok által meghatározott és elfogadott, illetve a közösségben is elterjedt – értelmezése jelentősen befolyásolja azt, hogyan bánnak a bolondnak, elmebetegnek, őrültnek stb. tartott emberekkel, ugyanakkor a velük való bánásmód, a társadalomban számukra kijelölt hely visszahat arra, hogy milyen jelentések kapcsolódhatnak a fogalomhoz, hogyan határozódik és neveződik meg az őrület.

- A jelenlegi magyarországi ellátást meghatározó zárt, több elemében is totálisan működő pszichiátriai intézmények keretei között – ahol a skizofréniát hosszú távú, sok esetben gyógyíthatatlan betegségnek tekintik – rendszeresen kezelt egyének élettörténeteinek jellemzője az állandó betegidentitás, ami jelentős akadálya lehet társadalomban való megjelenésüknek.

- Azok a skizofrénnak diagnosztizált egyének, akik kevesebb időt töltöttek zárt intézményekben, és olyan környezetben élnek, töltönek sok időt, ahol nem elsődleges cél a betegidentitás kialakítása és erősítése, képesek a pszichiátriai ellátórendszeren kívüli világban élni, élettörténetük kevésbé betegséggéközpontú, narratív identitásuk nem a betegség köré épül.

## ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Kutatásom megvalósításához kvalitatív módszereket használok. A narratív interjú technika (a módszerről bővebben ld. Kovács-Vajda 2002), a strukturált mélyinterjúk és a résztvevő megfigyelés (a módszerről bővebben ld. Geertz 1994) lehetővé teszik, hogy ne előre meghatározott jellemzők mentén vizsgáljam az őrület fogalmát. Így lehetőség nyílik az egyén helyzetének feltárására a pszichiátriai ellátórendszerben, annak bemutatására, hogyan járulnak hozzá az adott intézmény működéséhez, fennmaradáshoz, illetve átalakulásához a különböző szereplők: orvosok, betegek, családtagok, ápolók, szociális munkások, pszichológusok stb.

Kutatásom során esettanulmányokat készítettem a pszichiátriai ellátórendszer intézményeiben és életútinterjúkat csináltam pszichiátriai betegnek, skizofrénnak diagnosztizáltakkal, az intézmények lakóival, használóival.

Az esettanulmányokban a pszichiátriai ellátórendszer azon intézményeit vizsgáltam, ahol a statisztikai adatok alapján a legtöbb ember megfordul: pszichiátriai kórházi osztályokat, pszichiátriai betegek otthonait, pszichiátriai gondozókat és nappali és közösségi ellátást nyújtó helyeket. Céloom nem egy konkrét intézmény leírása volt, hanem a különböző ellátási formák bemutatása, az intézmények működésének, céljainak megértése saját közegükben és olvasatuk alapján.

Az esettanulmányok mellett négy skizofrének diagnosztizált emberrel készítettem életútinterjút. Az elbeszélők kiválasztásánál a skizofréria diagnózis mellett szempont volt az is, hogy az általam meghatározott négy intézménytípus mindegyike megjelenjen valamilyen formában egy-egy élettörténetben. Ezekkel az interjúkkal nem a kutatott téma szempontjából „fontos adatokat” kívántam elérni, hanem az elbeszélő történet szerkesztési, elbeszélési technikáját igyekeztem értelmezni. A módszer nem alkalmas múltbeli élettörténeti helyzetek rekonstruálására, a valóság feltárására, célja az elbeszélőnek a mában elmondott történetének, „narratív identitásának” megragadása a szövegben, a társadalmi hatások, befolyások tettenérése.

## AZ ÉRTEKEZÉS FŐ EREDMÉNYEI

1. - Az örület reprezentációi, meghatározásai: a nyugat-európai társadalmak többségének jelenlegi pszichiátriai betegképe az elmebetegségek organikus, pszichológiai, szociális és antipszichiátriai megközelítéseinek gyakran egymást kizáró magyarázataiból eredeztethető. A pszichiátriai betegségek bio-pszicho-szociális megközelítése a legelfogadottabb ezekben az országokban, a betegségeknek tehát többféle okot tulajdonítanak, nincs egy kizárólagos magyarázat. Elsődleges társadalmi, intézményes céljuk az egészség fenntartása, a betegségek megelőzése, vagy ha ez nem lehetséges, akkor az egészség minél gyorsabb helyreállítása, a mentális jóllét (*mental well-being*) megteremtése és elérhetővé tétele a közösség minden tagja számára. Magyarországon azonban továbbra is a biológiai, organikus magyarázatok és a hozzájuk kapcsolódó kezelési formák a legelterjedtebbek, melyek középpontjában a betegség áll. Elsődleges társadalmi, intézményes cél a tartós betegidentitás kialakítása, a betegségek kezelése, szinten tartása.

- Médiareprezentációk Magyarországon: bár bizonyos enyhébb lefolyású pszichiátriai betegségek folyamatosan megjelennek a médiában, hozzájárulva a pszichiátria betegségek hétköznapivá válásához, jellemzően a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak, a súlyos pszichiátriai betegségek továbbra is láthatatlanok Magyarországon. Mindez hozzájárulhat egy leegyszerűsített, sematikus örület-kép megerősödéséhez a társadalomban, mely növeli a velük szembeni stigmatizációt, s a társadalmi igényt a közösségből való kizárásukra. Ugyanakkor a média olyan lehetőséget kínál a sokáig tabuként kezelt témák – mint amilyen az örület (vagy pl. a halál) is – ábrázolására, aminek segítségével áttörhető a pszichiátriai betegségek köré épített évtizedes láthatatlanság, s csökkenthetőek az előítéletek.

- A pszichiátriai ellátórendszerben dolgozók skizofréria olvasatai: a megkérdezettek a pszichiátriai olvasathoz, a betegség fogalomhoz képest határozották meg saját skizofréria-képüket. Úgy tűnik, hogy a pszichiátriai ellátórendszerben dolgozók szemléletmódját alapvetően a hivatalos, orvosi meghatározás uralja.<sup>2</sup>

2. A pszichiátriai ellátórendszerrel: A pszichiátriai zárt osztályait, illetve az elmebetegnek diagnosztizáltak számára kialakított szociális otthonokat írásomban, mint a totális intézmények egyfajta továbbélését értelmezem, míg a pszichiátriai ellátórendszer többi intézményére úgy tekintek, mint amelyek bizonyos értelemben hozzájárulnak a kórházi osztályok és pszichiátriai otthonok (változatlan formában történő) működéséhez, a kizáró rendszer fennmaradásához. Bár a közösségi alapú ellátás a jelenleg működő pszichiátriai ellátórendszer alternatívájává válhatna, ahol, elszakadva a pszichiátria által szabott betegség meghatározásoktól, helyet, segítséget nyújthatnának a tartós betegidentitást elutasítók számára is. Ugyanakkor mintha a régóta üzemelő intézményrendszer elkezdte volna saját képére formálni, magába olvasztani az eltérő szemléletmóddal, elméleti háttérrel rendelkező, a magyarországi ellátórendszerben új szereplőként megjelent, a közösségre építő és a közösségben működő ellátási formákat is. Úgy tűnik, hogy a magyar ellátórendszer a mentális problémával küzdők ellátását továbbra is a többségi társadalomtól való elkülönítéssel látja megoldottnak.

3. A kizáráson alapuló intézmények és az egyén viszonya: a kizáráson alapuló intézmények vizsgálata és az élettörténetek alapján az egyének és a Magyarországon legnagyobb súllyal bíró intézménytípusok (pszichiátriai kórházi osztály, pszichiátriai szociális otthon) közötti kapcsolat négy ideáltípusát különböztettem meg. Ezeknek a típusoknak a különböző keverékei jellemzik az általam vizsgált intézmények dolgozóit és lakóit.

a. *Normakövető modell*: az egyén van az intézményért; elsősorban a nagyüzemi pszichiátriai otthonban dolgozókra, illetve a betegek egy részére jellemző. Az egyén mindent megtesz azért, hogy fenntartsa és üzemeltesse az adott intézményt. A meghatározott szabályok pontról pontra történő betartásával a fennálló rendszer működése állandósulhat.

<sup>2</sup> Ennek megállapításához azonban mindenképpen további vizsgálatok szükségesek, hiszen ez a feltételezés csak egy nagyon szűk mintával történő interjúzáson alapul.

b. *Énközpontú modell:* az intézmény van az egyénért; az osztályos ápolók és az orvosok, betegek egy részére jellemző. Az egyén úgy érzi, hogy ő áll az intézmény működésének középpontjában. Megpróbálja úgy irányítani a környezetét, az intézmény működését, hogy neki minél több előnye származzon belőle, minden az ő jóllétét szolgálja.

c. *Intézményközpontú modell:* az egyén életének alapja, központi eleme az intézmény; zárt osztályon dolgozó ápolók egy részére, betegek egy részére jellemző. Az intézmény egyfajta otthonpótlék, menedék az egyén számára, ahol biztonságban érezheti magát, ahol védve van a veszélyes, kinti világtól. Szüksége van a kórház vagy az otthon által nyújtott rendre, átláthatóságra, szigorú szabályokra, különben nem érzi biztonságban magát.

d. *Intézményellenes modell:* az intézmény elutasítása; betegek egy részére jellemző. Az egyén nem akarja, tudja elfogadni az intézményes rendet, normákat, szabályokat.

4. „Skizofrén” élettörténetek: Az élettörténetek arról tanúskodnak, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén elbeszélése betegségi történetévé váljon, az egyén – önállóan, a közösségben egészséges emberként élni nem tudó – betegként határozza meg önmagát. Ennek elfogadása azonban szinte lehetetlen számukra. Úgy tűnik, a külvilág megítélése és saját élményeik nem mesélhetőek el egyetlen, összefüggő történetként. Így elbeszélőim „betegidentitása” többnyire széttöredezett, ellentmondásokkal teli. A betegség, úgy tűnik, menedéket, biztonságot, ellátást, felelősség nélküli életet kínál a kinti, veszélyes világtól távol, ugyanakkor az egyén társadalmi kizáródásához, láthatatlanságához vezet.

Összegzés: Vajon mi az „örület”? És mi az oka annak, hogy az örületet, mentális problémákat, elmebetegséget, bolondságot stb. társadalmunkban betegségnek tartják? Úgy tűnik, ezek az emberek olyan élményekkel, tapasztalásokkal rendelkeznek, amelyekkel a többség nem, s ezek olyan sajátos viselkedésmódokat eredményezhetnek, amiket a társadalom nagy része nem ért. Ez az, ami kizárásuk, beteggé, láthatatlanná nyilvánításuk alapjául szolgál, a félelem az idegentől, az elzárkózás mindentől, amit nem tudunk, akarunk megérteni, ami kívül esik a közös valóságon.

Dolgozatomban kísérletet tettem a magyarországi pszichiátriai ellátórendszer és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak viszonyának bemutatására. A kutatás során azzal szembesültem, hogy a pszichiátriai ellátórendszer üzemelése és hatása az egyén életére társadalmunk működésének bizonyos sajátosságaira is rámutat. Korunkat a félelem, a bizonytalanság és az elzárkózás jellemzi, s nagyrészt ebből eredhet az a társadalmi igény is, ami – többek között – a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak társadalmi kizárását, láthatatlanságát fenntartja. Ezzel a társadalmi igénnyel összhangban működik a pszichiátriai ellátórendszer, ami – több évtizede szinte változatlan módon és formában – folyamatosan újratermeli az intézményekbe kerülő egyént a rendszerben tartó gyakorlatokat, struktúrákat és mentalitásokat. Az intézményi és az egyéni érdekek ellentétben állnak egymással, s szinte minden esetben az adott intézmény szempontjai érvényesülnek. Míg az intézmény elsődleges célja a fennmaradás, az egyéné a fizikai és mentális jóllét. Vajon megváltoztatható-e a jelenlegi – a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak kizárásán alapuló – ellátórendszer, és elengedhetetlen-e a rendszerbe kerülők számára egy állandó, végleges betegidentitás kialakítása?

A pszichiátriai ellátórendszer és betegkép átalakításához elengedhetetlen a társadalomban domináns örületrepresentációk megváltoztatása. Ez talán a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal való közvetett (média általi) vagy közvetlen találkozások révén valósulhat meg. Egyrészt egy újfajta médiaábrázolás megjelenésével, ami túllép a mentális problémával küzdők deviáns szerepekben (pszichopata gyilkos, ördög, agresszív, kiszámíthatatlan elmebeteg) való megjelenítésén és megszünteti láthatatlanságukat, másrészt a pszichiátriai ellátórendszer intézményeinek nyitottabbá, láthatóbbá tételével a társadalomban. A rendszer nyitottá válása a dolgozók mentalitásának megváltoztatásával és az intézményrendszer tényleges átalakításával együttesen valósítható meg. Olyan helyekre lenne szükség, amik az őket körülvevő közösség szerves részeként működnek, amiknek a középpontjában az egyén áll, és nem az intézményi szükségletek, amik képesek az egyénnel magával törődni, elősegíteni azt, hogy mindenkinek lehetősége legyen a társadalomban, egy közösségben élni, ahol nincs szükség egy állandó, végleges betegidentitás kialakítására, egy sajátos élményekkel, tapasztalásokkal rendelkező egyén élettörténetének nem kell betegségi történetévé válnia.

Talán ha jobban megértenénk ezeket az embereket, ha nem félnénk beengedni őket a közösségbe, közelebb kerülhetnének önmagunkhoz s a másokhoz is, könnyebb lenne szembenézniük saját szorongásainkkal és félelmeinkkel is, amik mások elutasításához, kizárásához, elmebetegítéséhez vezethetnek.



## HIVATKOZÁSOK

- Bakonyi, P. (1984). *Téboly Terápia Stigma*, Budapest: Szépirodalmi.
- Bányai B. és Légmán A. (2007). Pszichiátriai betegek munkaerő-piaci rehabilitációja – esettanulmányok, Magyar Tudomány Hete, Konferencia Kötet, Dunaújváros: Dunaújvárosi Főiskola, 147-161. p.
- Bányai B. és Légmán A. (2008). „A Kádár-rendszerrel semmi bajom” In: Kovács Éva (szerk.) *Tükörszilánkok. Kádár-korszakok a személyes emlékezetben*, Budapest: 1956-os Intézet, 231-262. p.
- Bányai B. és Légmán A. (2009). Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben, *Esély*, 15, 2, 68-84. p.
- Bányai B. és Légmán A. (2011). Politikusi életutak 1989 után, In: Kovách Imre (szerk.) *Elitek a válság korában*, MTA PTI – MTA ENKI – Argumentum. 285-315. p.
- Fernezey B. és Légmán A. (2003). A skizofrénia társadalmi narratívái, *Esély*, 14, 6, 39-57. p.
- Foucault, M. (1998). *Az igazság és az igazságszolgáltatási formák*, Debrecen: Latin Betűk.
- Foucault, M. (2004). *A bolondság története a klasszicizmus korában*, Budapest: Atlantisz.
- Geertz, C. (1994). *Az értelmezés hatalma*, Budapest: Századvég.
- Goffman, E. (1974). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other*, (reprint) Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Hajnóczy, P. (1975). Az elkülönítő, *Valóság*, 10, 84-100. p.
- Kovács É. és Vajda J. (2002). *Mutatkozás*, Budapest: Múlt és Jövő.
- Laing R. D. and Esterson, A. (1970). *Sanity, Madness and the Family*, London: Penguin Books.
- Laing, R. D. (1990). *Bölcsek, balgák, bolondok*, Budapest: Európa.
- Légmán A. (2001). „Harcolni az életért. Csocsó monológja”, in: *Replika*, 43-44, 7-22. p.
- Légmán A. (2007). „»Eldobni a kockát a végletekig« Jutka monológja”, In: *Replika*, 12, 60, 6-22. p.
- Légmán A. (2011). A kvalitatív módszerek helye az elitkutatásokban. In: Kovách Imre (szerk.) *Elitek a válság korában*, Budapest: MTA PTI – MTA ENKI – Argumentum. 57-77. p.
- Losonczy, Á. (1989). *Ártó – védő társadalom*, Budapest: Közgazdasági és Jogi.