

Állandóság vagy átalakulás?

A magyar pszichiátriai ellátórészterről¹

A társadalmi intézményrendszerek működésének alapja az írott és íratlan konszenzusok, normák léte. Az örültek megítélése is egy társadalmi konszenzuson alapul, ami leképeződik abban is, hogyan kezeljük őket, milyen ellátást kínálunk számukra. Az ellátórendszer kialakulása, átalakulásai szorosan kapcsolódnak az örület értelmezéseihez. Jellemzően a modern társadalmak az örületet betegségnek tekintik, aminek kezelésére szerteágazó intézményrendszert hoztak létre. Az intézmények az institucionalista megközelítésben olyan tartós szabály- és szokásrendszerek gyűjteményei, melyek a külső körülmények változásaitól többé-kevésbé független jelentésstruktúrákba ágyazódnak (March és Olsen 2006). Ebben a cikkben bemutatom, hogyan épül fel a magyar pszichiátriai ellátórendszer, és milyen intézményes életlehetőségei vannak ma Magyarországon annak, akit pszichiátriai betegnek diagnosztizálnak. Weber bürokráciaelméletéből (1967) és Powell neoinstitutionalista megközelítéséből (1991) kiindulva vizsgálom a magyarországi pszichiátriai ellátórendszer változásának lehetőségeit is. Vajon hogyan befolyásolja a társadalmi közeg az intézményrendszerek kialakulását, fennmaradását és továbbélését? Milyen változások történtek a pszichiátriai ellátórendszerben Magyarországon? Elhagyhatja-e valaki a jelenlegi rendszert, „meggyógyulhat-e egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált”?

A pszichiátriai ellátórendszer intézményeit az alábbiakban a weberi értelemben vett bürokratikus szervezetként értelmezem. Weber (1967) szerint a hivatalok, intézmények legfőbb jellemzője, hogy személytelenek, a dolgozók személyes érzelmeiket, értékrendjüket figyelmen kívül hagyva egy külső szabályrendszert követve végzik feladatukat, akár egyetértenek azzal, akár nem (a pszichiátriában ilyenek lehetnek a diagnosztikai rendszerek, amelyek meghatározzák a kórképeket). Az intézményekben szigorú hierarchikus rend, alá-fölé rendeltségi viszony érvényesül (melynek csúcán például a pszichiátriai kórházi osztályokon az osztályvezető főorvos áll, akinek döntései megkérdőjelezhetetlenek).

A történelmi institucionalista megközelítésben az intézmények a létrejöttük pillanatától kezdve önálló életet élnek, és az intézményi reprodukció következtében ellenállóvá válnak a

¹ A cikk megírását az NKA alkotói támogatása segítette. Köszönöm a cikk megírásában nyújtott segítségét Bánya Borbálának.

környezet változásaival szemben (l. Szalai 2011). Ezzel összhangban egy intézmény – meghatározva a cselekvő stratégiáit, sőt akár a preferenciáit is – konzervatív viselkedésre szocializálja az egyént, vagyis arra, hogy az intézmény szabályrendszerét, normavilágát kövesse, ezáltal tovább erősítve az intézményi folytonosságot és akadályozva a változást (l. David 2011).

Michel Crozier (1980) a nagy bürokratikus szervezeteket alkalmazkodásképtelenséggel jellemzi, amelyek képtelenek megújulni, változni, az új kihívásokra, igényekre, környezeti ingerekre megfelelő módon reagálni. Míg a kisebb szervezetek, intézmények nyitottabbak, innovatívabbak, rugalmasabbak (ilyenek lehetnek az új szereplőkként megjelent közösségi ellátási formák, civil szervezetek, önszervező csoportok a pszichiátriai ellátórendszerben), a nagyobb szervezetek, intézmények (mint pl. a pszichiátriai szociális otthonok, a pszichiátriai kórházi osztályok, a gondozók) célja a fennálló rendszer állandósulása, minél gördülékenyebb üzemeltetése, bővítése, kerülve mindenféle változást, átalakulást. A rendszer legfontosabb feladatává az önfenntartás válik, s ennek érdekében a külső ingereket, hatásokat, a változásra irányuló kihívásokat mind-mind a működéséhez igazítja, saját igényeinek megfelelően alakítja. Gajdusчек (2003) mindemellett arra mutat rá, hogy bár a bürokratikus szervezetek hatékonysága valóban vitatható, a weberi értelemben vett szervezetek működésének egyik legnagyobb előnye a kiszámíthatóság. Az állandóság, a változatlanosság ad egyfajta stabilitást, biztonságot, ami nélkülözhetetlen a társadalmak, közösségek működéséhez.

Powell (1991) írásában azt vizsgálja, hogy bizonyos intézmények, amikről a közgazdászok már kimutatták, hogy nem működnek optimálisan, túlélésük érdekében hogyan tudják fenntartani, továbbörökíteni a működésüket szolgáló gyakorlatokat és struktúrákat egy adott társadalmi környezet feltételei között. Powell az intézmények fennmaradásának négy lehetséges útját különböztette meg:

1. A hatalom gyakorlásán keresztül.
2. Az interdependencián keresztül: egy gyakorlat vagy struktúra olyan mélyen ágyazódik be a gyakorlatok és eljárások hálójába, hogy bármilyen változtatás sok más elem átalakításához, sőt végső soron az egész rendszer megváltozásához vezetne.
3. A magától értetődőnek vett feltevéseken keresztül.
4. Az útfüggő fejlesztési folyamatokon keresztül: az útvonalfüggőség (*path dependence*) elve szerint a változás költségei meghaladják a folytonosság biztosította hasznot, így az eredeti intézményi berendezkedés adott pályán rögzíti az intézményrendszert (*lock-in*), nem éri meg változtatni azon (lásd Szalai 2011).

Ebben a megközelítésben a változáshoz, az átalakuláshoz az intézmények legitimitását adó, társadalmilag domináns szabályrendszerek, normák meggyengülése, háttérbe szorulása szükséges.

Magyarországon az 1950-es évek óta nagyjából változatlan formában működik a pszichiátriai ellátórendszer, ahol a pszichiátriai betegségek intézményes alapokon történő kezelése jellemzően együtt jár a rendszerbe kerülők társadalmi kizárásával, amit a rendszer működése folyamatosan újratermel (lásd pl. Bányai és Légmán 2009). Az európai uniós előírásoknak, ajánlásoknak ez az ellátórendszer sok elemében ellentmond. A nemzetközi normáknak való megfelelés érdekében elkerülhetetlennek tűnik az intézmények átalakítása (pl. nagy létszámú intézmények megszüntetése, közösségi ellátás erősítése) (Bugarszki et al. 2010).

Az ún. intézményi izomorfia elve szerint azonos környezeti feltételek mellett a szervezetek hasonulnak egymáshoz, vagyis az új szervezetek olyan más szervezetek alapján építik

ki struktúrájukat, amilyeneket az adott közegben legitimnek tartanak (DiMaggio és Powell 2011). Megvizsgálom, hogy a rendszerváltozást követően új szereplőkként megjelent közösségi ellátási formák hogyan illeszkednek a pszichiátriai ellátórendszerbe. Vajon hasonlva a magyarországi pszichiátriai ellátórendszer többi intézményéhez, az egyének rendszerben tartását segítik elő, vagy a létrehozásukat meghatározó alapelvet követve az emberek közösségekben tartását szolgálják? Ezek az ellátási formák képesek-e alternatíváját nyújtani a régóta szinte változatlan módon működő pszichiátriai intézményrendszernek, vagy alkalmazkodva ahhoz, a részévé válnak?

Az alábbiakban az intézményi megközelítés segítségével az állandóság és változás megjelenését vizsgálom az ellátórendszerben. Átalakítható-e a magyar pszichiátria, megjelenhet-e egy a domináns szemléletmóddal ellentétes megközelítés és ellátási forma, vagy a rendszer önfenntartó igénye, a biztonság és kiszámíthatóság kerekedik felül?

A totális intézményekről

A meghatározó intézménytípusokra Magyarországon – a pszichiátriák zárt osztályaira, illetve a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára kialakított szociális otthonokra – jelen írásban mint a goffmani értelemben vett totális intézmények egyfajta továbbélésére tekintek. Míg a pszichiátriai ellátórendszer többi intézményénél (gondozók, közösség és nappali ellátási formák) azt vizsgálom, hogy a két domináns intézményi formához idomulva hozzájárulnak-e a kizáráson, elzáráson alapuló rendszer fennmaradásához, vagy az átalakulást segítik.

Goffman (1974) szerint totális intézmény az, ahol a világtól tartósan elzárva hasonló társadalmi státuszú egyének egy általános és mindenkire kötelező erejű fegyelmi rend keretei között élnek. Példaként az elmeógyógyintézeteket és a börtönöket említi. A modern individuumban születése Foucault (1990) szerint szorosan kapcsolódik a totális intézményekben megjelenő fegyelmi rendhez, a totális intézmények a modern társadalom fegyelmező intézményeként, normalizációs terepeiként üzemeltek. A totális intézményekbe azok a társadalom által problémásnak talált emberek kerültek, akik a kinti világ szabályait, normáit nem tudták (vagy akarták) betartani. A goffmani értelemben vett pszichiátriai totális intézmények hierarchikus felépítésűek, és rugalmatlan, antidemokratikus, öntörvényű szabályok alapján működnek. Céljuk nem a betegek kezelése, hanem a rendszer fenntartása. A betegek kiszolgáltatottak, alkalmazkodniuk kell egy zárt, merev, idegen szerkezethez. Goffman az elme-kórházakat az élet megszokott határait leromboló, a munkát, a pihenést és a szórakozást egyazon helyhez kötő, ugyanazon vezetés által felügyelt, totális, elnyomó, a stigmatizáltságot intézményesítő helyekként jellemezte *Asylums* című könyvében. Az elmeógyógyintézetek, mint totális intézmények, fegyelmezési technikáikkal és eszközeikkel megpróbálták lefedni a normalizálendő individuumban életének minden egyes színhelyét és tevékenységét. Az egyén személyiségének teljes feloldására, átforgatására törekedtek, ahol a rendszerhez való alkalmazkodás elkerülhetetlen, és az ellenőrzés szinte tökéletes a nap 24 órájában. A totális intézmények falai közt lakók olyan viselkedést alakítottak ki, amely eltért a kinti élet elvárásaitól, eltávolodtak a mindennapi élettől, önállótlanná, a rendszertől függővé váltak. A szocializációt követően a lakók képtelenek lettek többé a falakon túli életre, számukra tulajdonképpen megszűnt, értelmét veszítette a kinti világ.

Egy pszichiátriai totális intézménybe való bekerülés mindenki számára világosan jelzi, hogy az egyén beteg. A pszichiátria az egyének élettörténetét betegségstörténeté alakítja, addigi életük átértékelődik, életeseményeik ezt követően csupán a betegség bizonyítékául szolgálnak, s így a betegségstörténet megalkotásával párhuzamosan létrejön maga a pszichiátriai beteg is, mint a pszichiátriai betegség alanya (Berkovits 2003). Goffman megközelítésében az elmebetegség pusztá konstrukció, az elmeegógyintézetben pedig megegyezik a páciens gyógyulása szempontjából jónak tartott, illetve a pszichiátria működését biztosító engedelmesség viselkedés. A gyógyulás legfőbb jele az engedelmesség. A páciensek élete a fegyelmi rend köre épül, gyógyultságuk fokát a társadalom által elvárt viselkedésmódok alapján ítélik meg (i. m.).

Egy zárt, totális módon működő intézmény, ahol aprólékos, egyértelmű szabályok vannak, a benne lévők számára biztonságot, kiszámíthatóságot, felelősségnélküliséget, állandóságot, egyfajta menedéket nyújthat a kinti, változó világgal szemben. Itt a bizonytalanság legkisebb lehetőségét is kizárva, a nap minden pillanatát megtervezve, beosztva, az élet minden területét kontrollálva, egy zárt, végletekig fegyelmezett világot és tartós, örök, megváltoztathatatlan identitást kínálnak a bentlakók számára, ahol megszűnik a múlt és a jövő, csak az állandó jelen tökéletesen elrendezett, változatlan és vissza-visszatérő, megszokott mozzanatai léteznek. Nem kell aggódni többé a kinti világ miatt, nincs szükség felelősségvállalásra, és nem kell elköteleződni sem. Egy totális intézményben élni pszichiátriai betegként felmentést adhat minden, az élet súlyát jelentő tevékenység alól. Ha azonban az egyén nem tudja, nem akarja elfogadni a merev szabályokat, a végleges betegidentitást, akkor folyamatos, kilátástalan küzdelemmé válhat élete a totális intézmény falai között (Bányai és Légmán 2009).²

A jelenlegi magyarországi ellátórendszer meghatározó intézményei, a kórházak zárt pszichiátriai osztályai és a pszichiátriai szociális otthonok egykoron totális intézményekként születtek, s ahogy azt a későbbiekben látni fogjuk, egyes jellemző elemek mind a mai napig tetten érhetőek működésükben.

A totális intézmények alternatíváiról

Foucault szerint a totális intézményekben tökélyre fejlesztett fegyelmi rend a modern társadalmak hatalmi egyensúlyának elengedhetetlen eleme volt. Mostanra azonban ezeknek a közösségeknek a felépítése, összetartása nem elsősorban a szigorú és egységesen mindenkire nézve kötelező renden alapul.³ A társadalmak pluralizálódásával a sokféleség, a dolgok, a fogalmak megkérdőjelezése elfogadottá vált, többé már nem csak egy igaz narratíva van a világ értelmezésére. Úgy tűnik, átalakulóban van a pszichiátriai betegségekhez, betegekhez való viszonyulás is. A súlyos pszichiátriai betegségeket folyamatosan romló lefolyású, gyógyíthatatlan betegségnek tekintő elképzeléssel szemben megjelent egy a természetes közösségi erőforrásokra építő szemlélet, ahol a pszichiátriai betegségek epizodikus lefolyásával számolnak (Kelemen és Csákiné 2004). Ez a szemlélet alapjaiban változtathatja meg a pszichiátriai ellátórendszert, a pszichiátriai kezelésmódokat és a pszichiátriai betegekről kialakult tár-

² Disszertáciomban több olyan narratív életútinterjú készítem, ahol a skizofrének diagnosztizált interjúalanyok nem voltak képesek elfogadni a betegidentitást, és ez sok szempontból ellehetetlenítette létezésüket az adott intézményben (Légmán 2011).

³ Lásd pl. Bauman (1993).

sadalmi képet. Ebben a felfogásban a pszichiátriai betegség többé már nem végleges diagnózis, az egyén identitásának legfőbb meghatározója, hanem átmeneti életesemény, így előtérbe kerülhetnek a megküzdést erősítő, a felépülés lehetőségére összpontosító narratívák, és az egyén elszakadhat a többé-kevésbé totálisan működő pszichiátriai intézmények által kikényszerített betegidentitástól, lehetősége van más, alternatív énképek kialakítására.

A nyugat-európai, amerikai országokban a kezelés elsődleges céljává az egyének „társadalomban tartása” vált, a pszichiátriai ellátórendszerekben megerősödtek a közösségen belül működő ellátási formák, amelyek a betegek diagnosztizáltak társadalomban való megjelenését, láthatóvá válását, részvételét erősítik (pl. a nyílt munkaerőpiacon). Ezzel párhuzamosan a köztudatban is egyre nagyobb hangsúlyt kap a fogyatékkal élők (köztük a pszichoszociális fogyatékkal élők) elfogadásának kérdése.⁴ A közösségi ellátási modell elterjedésével a kórházi kiadások is csökkentek, és hosszan tartó, költséges rehabilitációkra és reintegrációs programokra sincs többnyire szükség már. Harangozó és munkatársai (1998) szerint az egészségügy szolgáltatássá alakult. Míg régen a pszichiáterek a paternalisztikus, szigorú, hierarchikus rend szerint működő intézményeikben mindenható szakemberekként egyedül dönthettek betegeik kezeléséről (életéről), mára a betegek feletti hatalmuk nagy részét elvesztették. Ajánlatot tehetnek ugyan a kezelésre, de az egyén dönt, ő választja ki a számára felkínált alternatívák közül a neki leginkább megfelelőt.

Magyarországon azonban mintha ez a szemlélet sem szakmai, sem társadalmi szinten nem érvényesülne, s a pszichiátriai betegségeket továbbra is tartós, sok esetben gyógyíthatatlan betegségnek tartják (lásd Bányai és Légmán 2009; Fernezely és Légmán 2003). Úgy tűnik, ezt a szemléletmódot tükrözi a magyarországi ellátórendszer is, amely a hosszú lefolyású betegségek kezelésére rendezkedett be.

Az intézményközpontúság, a kizáráson alapuló rendszer kialakulása és fennmaradása tökéletesen illeszkedik a modern korban kialakított pszichiátriai betegségfelfogáshoz. A hosszan elnyúló, sőt gyakran élethosszig tartó pszichiátriai kezelések és a növekvő betegszám Magyarországon is megkövetelték az intézmények számának dinamikus emelését, az intézetek folyamatos működtetését, ugyanakkor az intézmények üzemeltetéséhez, fenntartásához, legitimálásához is elengedhetetlenné váltak a hosszan tartó gyógykezelések, a gyógyíthatatlan betegségek, amiket csak kezelni lehet, gyógyítani nem. De vajon szükség van-e ennek a rendszernek a fenntartására, bővítésére napjainkban is?

A pszichiátriai ellátórendszer kialakulása Magyarországon

Hogy megérthessük a pszichiátriai ellátórendszer magyarországi működésének jelenlegi sajátosságait, fontos megvizsgálunk, hogyan, mikor, milyen körülmények között jött létre. Az, hogy egy adott korban, társadalomban hogyan tekintenek az örültekre, jelentősen befolyásolja, hogyan kezelik őket, milyen ellátást kapnak, hol helyezkednek el a társadalmi hierarchiában. Ugyanakkor a különböző intézményrendszerek, így Magyarországon a 19.

⁴ Ugyanakkor a nyugat-európai és amerikai ellátórendszer tényleges működéséről nincsenek pontos ismereteink, nem tudhatjuk, hogy valójában mennyire hatékony ott a pszichiátriai betegek társadalmi elfogadása. Bár ezekben az országokban jelenleg a közösségi pszichiátria a domináns ellátási forma, de egyre több kritika éri ezeket a szervezeteket, és sokan a nagy intézmények visszaállítását szorgalmazzák.

században megszülető pszichiátriai ellátórendszer felépítése és működése nagymértékben függ az adott kor társadalmi berendezkedéstől.

Az intézményesülés és a családi ápolás kora

Magyarországon később kezdett el intézményesedni a pszichiátriai ellátórendszer, mint Nyugat-Európában. A megkésettség okát Lafferton (2004) az egészségügy fejletlenségében és az orvosok alacsony létszámában látta. Az eljövendő korok pszichiátriai betegei a 18. század végéig semmilyen szervezett, intézményi, elkülönült ellátásban nem részesültek, a helyi közösségek tagjaiként éltek, vagy ha különösen zavaróak voltak, börtönbe zárták őket (Bakonyi 1984). Ellátásukban, gondozásukban a közösségnek és az egyháznak volt hangsúlyos szerepe (Lafferton 2004).

A 19. század második felében megkezdődött a pszichiátriai ellátórendszer kiépítése Magyarországon is, néhány nagy, kizárólag a pszichiátriai betegek számára szolgáló intézmény (elsősorban állami – pl. 1868-ban jött létre az OPNI, Országos Budai Tébolyda néven –, de volt néhány magántébolyda is) alapításával.

1876-ban megszületett az első elmetörvény is, azzal a céllal, hogy megvédje a társadalmat a gyógyíthatatlan, ön- és közveszélyes betegektől (Bakonyi 1984). Ekkoriban, a 19. század második felében a tébolydák mellett egyre több kórházban alakultak az elmebetegek számára fenntartott zárt osztályok, amelyek, a nyugat-európai gyakorlattól eltérően, nem különültek el az általános kórházi osztályoktól (Bugarszki 2009). Ennek oka elsősorban az ellátórendszer finanszírozásában keresendő, a már meglévő kórházakban létrehozott pszichiátriai osztályok kialakítása sokkal olcsóbb volt, mint önálló tébolydák alapítása (Lafferton 2004), és így az elmebetegek kezelésére a kórházaknak adott állami támogatást azok nyugodt szívvel más területek fejlesztésére fordíthatták. Az elmebetegeket kezelő intézményekbe való bekerülés kritériuma ekkoriban a veszélyesség, a számukra épített helyek kialakításánál elsődleges szempont a közbiztonság, a társadalom védelme volt.

Európában ebben az időszakban egy ország fejlettségének egyik jele volt, hogy az elmebetegek hány százalékát kezelték intézetben (Bugarszki 2009). A magyarországi intézményesítés legfontosabb célja az volt, hogy minden elmebeteget elmeegógyintézetben helyezzenek el, ezért folyamatosan növelték az intézmények számát. A teljes körű intézményesítés azonban nem valósulhatott meg Magyarországon. Az állami fenntartású köztébolydák hamar túlszűfoltta váltak. Ez egyrészt megakadályozta bármiféle „gyógyító” tevékenység végzését, másrészt a pszichiátriai szemléletmód dinamikus fejlődését, terjedését jelezte, hiába hoztak létre folyamatosan újabb és újabb intézményeket, a kezelésre szorulóak száma jelentősen meghaladta az intézményi helyekét, folyamatosan nőtt a pszichiátriai betegek száma. Ez – egészen a szakirodalomban forgóajtós modellként (lásd később) emlegetett gyakorlat megjelenéséig – azt eredményezte, hogy a betegek diagnosztizáltak kis hányada részesülhetett csak intézményi ellátásban.

A kórházi osztályok születésével párhuzamosan, a 20. század elején létrehozták a CSÁP (Családi Ápolási Telep) rendszert, ahol az intézményi ellátáson kívül vidéki közösségekben élhettek és dolgozhattak a betegek. Bakonyi (1984) megítélése szerint ez az ellátási forma sokkal hatékonyabb és olcsóbb volt, mint a kórházak létrehozása. A befogadó családok a gondozásért pénzt kaptak, és az orvosok rendszeresen ellenőrizték az ide helyezett betegeket, akik itt szabadabban élhettek, mint intézeti környezetbe került sorstársaik. Akkoriban

azonban sokan támadták ezeket a telepeket, mondván, a gazdák kihasználják a hozzájuk kerülő betegeket. A családi ápolási telepek a mai értelemben vett közösségi ellátás egyfajta előfutárának tekinthetőek, ahol a betegek diagnosztizáltak, bár saját környezetükből kiszakadva, mégis helyi közösségekben élhettek.

A kizárás és a forgóajtós rendszer kialakulásának kora

A szocializmus alatt jelentősen átalakult az elmebetegséghez való viszony és az elmebetegek kezelésére szolgáló ellátórendszer. Ideológiai megfontolások miatt alapvető elvárás volt az elmebetegek számának radikális csökkenése, aminek megvalósítása nem tűrt halasztást. Ezen elképzelés szellemében az 1950-es évek elejétől kezdve nagy létszámú pszichiátriai szociális otthonokat hoztak létre a nagyvárosoktól távol, ahol több száz embert tudtak elhelyezni és évtizedeken át gondoskodni róluk a világtól elzárta. Foglalkoztatásuk az intézményeken belül, az egészségesektől elzárva, védett munkahelyeken valósult meg. Ezzel párhuzamosan a családi ápolási telepeket megszüntették, és jelentős kórháziágyszám-csökkentést hajtottak végre (Bakonyi 1984). Így a pszichiátriai betegeket kizárták a társadalomból, létezésüket megpróbálták láthatatlanná tenni a közösségben.

1952-ben világszerte forradalmi áttörést hozott a pszichiátriai betegek kezelésében a fenotiazin vegyületek (ez a hatóanyag megegyezik a skizofrénia kezelésére ma is használt gyógyszerekével) kifejlesztése (Porter 2002). Az orvosok megítélése szerint a gyógyszer hatására megszűnt a betegek ön- és közveszélyessége, elméletileg lehetővé vált a zárt pszichiátriai intézményekben őrzött egyének társadalomba való visszatérése.

Az 1950-es, 60-as években a társadalomtudományok és a különböző antipszichiátriai irányzatok, mozgalmak megjelenése és a gyógyszeres kezelések széles körű elterjedése együttesen a pszichiátriai ellátórendszer átalakulásához, a betegek társadalomba való visszatéréséhez és a közösségi ellátási módok elterjedéséhez vezetett Amerikában és Nyugat-Európa bizonyos országaiban. A mentális problémák, betegségek – az újfajta nézőpontok, mozgalmak megerősödésével és a nagy intézmények leépítésével összhangban – hétköznapi, megszokott jelenségekké lettek (Porter 2002), közkeletűvé vált az a nézet, hogy bárkinek lehetnek mentális problémái, az épelméjűség és az elmebetegség között felállított éles határvonal kezdett elmosódni.

A gyógyszeres terápiák széles körű használatának eredményeként Magyarországon is megkezdődött az ellátórendszer átalakulása. Ez azonban gyökeresen eltért a Nyugat-Európában és Amerikában bekövetkezett változásoktól. Bár az antipszichiátriai mozgalmak és a szociálpszichiátriai irányzat⁵ Magyarországon is éreztette hatását, ez azonban nem vezetett az ellátórendszer valódi reformjához. Kialakult a mindmáig jellemző forgóajtós rendszer, ami az intézményes ellátás tömegessé válásához vezetett, hiszen a gondozókban csak fel kellett íratni a gyógyszert, azonban a betegek társadalmi kizárásán érdemben nem változtatott. A forgóajtós rendszer kialakulásának okai közt található az új hatóanyagú gyógyszerek mellett az addig meglévő intézményrendszer túlterheltsége is. Mindeddig helyhiány miatt nem tudták ellátni, ápolni a betegek jelentős részét az intézményekben, ám a forgóajtós gyakorlat megjelenésével, a gondozóhálózat kiépülésével ez a probléma kezelhetővé vált.⁶ A rendszer

⁵ Lásd Buda, Gerevich írásait, pl. Goldschmidt osztálya.

⁶ Ezzel a folyamattal párhuzamosan nőtt a társadalmi igény a pszichiátriai ellátórendszer használatára, aminek

legjelentősebb hatása, hogy mára minden pszichiátriai diagnózissal élő embernek van valamilyen „intézményes múltja, élménye”. A forgóajtóban a pszichiátriai betegek jelentős része a pszichiátriai ellátórendszer és az otthon között ingázva tölti életét, s bár így csökken az egy alkalommal zárt intézményben töltött idő, ugyanakkor a rendszerbe került betegek nagy része a rendszerben is ragad, nincs lehetőségük a gyógyulásra, a „normális” világba való visszatérésre. Az egyik legjellemzőbb pszichiátriai betegélettípust, amikor az egyén az első kórházi kezelést követően a gondozóhálózatba, majd állapotrosszabbodás esetén a kórházba és onnan ismét a gondozóba kerül. A körforgásból való kitörés szinte lehetetlen, hiszen az átmeneti, reintegrációt segítő intézmények szinte teljes mértékben hiányoznak az ellátórendszerből. A forgóajtós rendszer a fennálló intézményekhez alkalmazkodva úgy tűnik, még hatékonyabbá, gördülékenyebbé tette a betegek láthatatlanná tételét, társadalomból történő kizárását.

A gyógyszerek megjelenésével és a forgóajtós modell kialakulásával és elterjedésével a pszichiátriai betegek száma jelentősen nőtt Magyarországon is, míg, ahogy azt már fentebb említettem, az ideológiai előírások szerint csökkennie kellett volna. Erre a feloldhatatlannak tűnő ellentmondásra a megoldás, úgy tűnik, a betegnek diagnosztizáltak társadalomból való kizárásának fenntartása volt. Ez ugyanakkor az intézményrendszer üzemeltetését, sőt folyamatos bővítését igényelte, ami jelentősen növelte a pszichiátriai betegek ellátásának költségeit is (lásd Orosz 2001). A szocializmusban elzárták, kizárták a diagnosztizáltak embereket a társadalomból, szabadságukat a legmesszebbmenőkig korlátozták, és szigorú fegyelmi rendet és ellenőrzést tartottak fenn a számukra kijelölt intézetekben (lásd pl. Hajnóczy). Ez a bánásmód azonban összhangban állt a szocialista rendszer sajátosságaival.

1966-ban a második elmetörvény már Magyarországon is korszerűbb szemléletet tükrözött, célja – az első törvénnyel ellentétben – a diszkrimináció felszámolása volt. Deklarálták a pszichiátriai betegségek gyógyíthatóságát, és helyet kapott benne a betegek jogainak védelme is. Ezek az elvek azonban a gyakorlatban többnyire nem valósultak meg (lásd pl. Bakonyi 1984). Bár a nagy pszichiátriai intézményekkel kapcsolatos kételyek Magyarországon is megjelentek már a rendszerváltozás előtt, mégsem történtek, történhetek jelentős változások. Bakonyi az 1980-as évek elején Nyugat-Európával és Amerikával példálózva arról ír, hogy a magyarországi ellátórendszer egyik központi kérdése, vajon van-e alternatívája a nagy létszámú elmeosztályoknak, zárt intézményeknek.⁷ A szerző végül arra a megállapításra jut, hogy Magyarországon nem lehet tovább csökkenteni az ágyszámokat, mert hiányoznak az átmeneti intézmények. Többen is rámutattak arra (Bugarszki 2009; Harangozó et al. 2001), hogy egyértelműen társadalmi, politikai okai voltak annak, hogy a közösségi pszichiátria nem gyakorolt akkora hatást a pszichiátriai ellátórendszerre Magyarországon a rendszerváltozás előtti években, mint más országokban (lásd pl. Olaszország).

Összességében megállapítható, hogy mindez egy önmagát fenntartó és továbbüzemeltető rendszert eredményezett, ami zavartalanul működhett a szocializmus alkotta keretek között. A rendszerváltozás, a demokrácia magyarországi megjelenése azonban a pszichiátriai ellátórendszer változásának ígéretét is magában hordozta.

eredményeként az intézményi túlterheltség továbbra is fennállt. Ez egyfajta spirálként is működik sok esetben, folyamatosan növelni kellene a pszichiátriai ellátórendszert, hogy a növekvő számú pszichiátriai beteget el lehessen látni.

⁷ „A jelenlegi rendszer tudniillik ellát és passzív segítséget nyújt, de se munkára, se átképzésre nem ébreszt kedvet és érdekeltséget” (Bakonyi 1984).

A jelenlegi magyarországi pszichiátriai ellátórendszer

A KSH *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv* definíciója szerint pszichiátriai beteg az, aki „mentális, illetőleg viselkedésszavar következtében pszichiátriai intézményi felvételre került” (KSH 2007: 199).

1. táblázat: A Magyarországon nyilvántartott pszichiátriai betegek száma

1947	1970	1980	1990	2006
27 000	62 339	107 698	127 884	149 777

Forrás: KSH (2006-os adat: gondozókban nyilvántartott betegek száma)

Ez a táblázat azt mutatja, hogy a nyilvántartott pszichiátriai betegek száma dinamikusan nő, egyre több embert kezelnek pszichiátriai betegséggel, és úgy tűnik, egyre nagyobb igény van a pszichiátriai ellátórendszer bővítésére.

1947-ben a különböző pszichiátriai intézmények még csak a pszichiátriai problémákkal küzdő emberek kis részét tudták elérni, hivatalosan 27 000 pszichiátriai beteget tartottak nyilván. A forgóajtós rendszer hatására azonban ugrásszerűen nőtt a nyilvántartott pszichiátriai betegek száma.

A 2006-os adat nem az összes nyilvántartott beteget, hanem csak a gondozókban abban az évben megfordultak számát mutatja. Jelenleg a pszichiátriai betegek kezelése és gondozása megosztva történik az egészségügyi, illetve a szociális szféra között,⁸ emiatt nincs pontos adat arról, hány pszichiátriai beteg van összesen Magyarországon. Ez mintha azt jelezné, hogy a két rendszer közötti együttműködés problémás, a fennálló pszichiátriai ellátórendszer üzemeltetése megosztott.⁹

A pszichiátriai ellátórendszer kulcsintézményei¹⁰

A kórházak pszichiátriai osztályaira törvény szerint az ön- és közveszélyes emberek kerülnek. Az osztályokon intenzív gyógyszeres kezelést kapnak, hogy veszélyeztető állapotuk megszűnjön. A zárt és a nyitott osztályokon is speciális, szigorú, az ember magánszféráját gyakran semmibe vevő szabályok érvényesülnek, amelyek meghatározzák a bekerülő egyének mindennapjait. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak többsége betegéletútja során jellemzően többször is visszatér az osztályokra (forgóajtós modell).¹¹

8 Az ellátórendszer részei „egészségügyi oldalról a kórházak pszichiátriai osztályai, különálló pszichiátriai intézmények, pszichiátriai egyetemi klinikák, ambuláns pszichiátriai gondozók, szakrendelők, nappali kórházak, rehabilitációs részlegek és magánrendelések. Szociális oldalról a pszichiátriai otthonok, pszichiátriai rehabilitációs otthonok, lakóotthonok, átmeneti otthonok, nappali intézmények, közösségi ellátások vagy akár családsegítő szolgáltatások speciális szolgáltatásai” tartoznak a pszichiátriai ellátórendszerbe (Bugarszki 2009: 28).

9 A két rendszer közötti együttműködés jelentősen megnézhető a jelenlegi pszichiátriai ellátórendszer üzemeltetését.

10 Kulcsintézménynek nevezem azokat a régóta a pszichiátriai ellátórendszer részeként működő intézményeket, ahol a legtöbb pszichiátriai betegnek diagnosztizált megfordul: a kórházak pszichiátriai osztályait, a pszichiátriai gondozókat és a pszichiátriai szociális otthonokat. Az alábbiakban ezeket az intézményeket mutatom be.

11 Tagadhatatlan, hogy a mai magyar társadalomban szükség van pszichiátriai kórházakra és osztályokra, jelentős társadalmi igény van rá, ugyanakkor a kórházaknak ez a fajta működésmódja, ami a betegek társadalmi kizárását eredményezi, nem összeegyeztethető a jelen kor alapértékeivel.

2. táblázat. A pszichiátriai gondozók száma 1970 és 2006 között

1970	1980	1990	2000	2006
52	95	132	139	146

Forrás: KSH

A kórházból hazabocsátott betegek és a háziorvosi beutalással érkezők ellátását a pszichiátriai gondozók biztosítják. 1970-től a pszichiátriai gondozók száma folyamatosan nő (2. táblázat). A gondozók megjelenésükkor a magyarországi ellátórendszerben addig ismeretlen, új szerepkört töltöttek be, hiszen lehetővé tették a betegek otthoni ellátását. Talán egyfajta kísérlet volt ez a kizáráson alapuló ellátórendszer átalakítására, ami azonban akkoriban nem valósulhatott meg. A gondozóknak három típusa van, a bőr- és nemibeteg-, a tüdő- és a pszichiátriai gondozó. Bár csak kettőben gyógyítanak fertőző betegségeket, mégis mindhárom sok esetben mind a mai napig térben is elkülönül a többi egészségügyi épülettől, és külön épületben működik. A pszichiátriai gondozóhálózat mostanra országos lefedettségűvé vált. A gondozók jellemzően túlterheltek, így szinte kizárólag gyógyszeres kezelést tudnak biztosítani a náluk megjelenők számára, akik hosszabb-rövidebb otthon töltött időt (s gondozói kezelést) követően visszakerülnek a kórházakba. Ilyenformán úgy tűnik, hogy a gondozók a forgóajtós modell alapelemeiként többnyire a betegek diagnosztizáltak intézményes rendszerben tartását, függőségét erősítik.

Azok a betegek diagnosztizáltak, akik az egészségügy megítélése szerint önellátásra képtelenek és családjuk sem vállalja a gondozásukat, pszichiátriai betegek otthonába kerülnek. Míg a pszichiátriai időszerű kezelést nyújtanak a bekerülőknél, addig a pszichiátriai szociális otthonok végleges elhelyezést biztosítanak számukra. A szocializmusban létrejövő pszichiátriai betegek otthonai többnyire továbbra is a nagyvárosoktól messze lévő, határszéli településeken üzemelnek. Az MDRI (Mental Disability Rights International) 1997-es jelentése a magyar pszichiátria helyzetéről az otthonok (pl. Fővárosi Pszichiátriai Szociális Otthon – Szentgotthárd) működését több szempontból is elmarasztalja 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.¹²

A közösségi ellátási formák magyarországi megjelenése¹³

A közösségi és nappali ellátási formák az 1990-es évek közepétől működhetnek Magyarországon. Törvényben deklarált céljuk, hogy a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára a lakókörnyezetükben nyújtsanak gondozást. Így nagymértékben támaszkodnak a helyi erőforrásokra, nemcsak a beteget, hanem a családot, a beteg közvetlen környezetét, mint egészét segítik.¹⁴ Bár egyre több alternatívája, választási lehetősége van Magyarországon is a pszichés

¹² Lásd bővebben: Mental Disability Rights International (1997: 2), valamint Réthelyi (2000: 167–170).

¹³ Ennek a résznek a megírásához nagy segítséget nyújtott egy közösségi ellátást nyújtó alapítvány vezetője, aki rávilágított arra, hogy Magyarországon milyen speciális módon működnek ezek az ellátások.

¹⁴ A közösségi pszichiátriai alapszolgáltatások közé sorolja a törvény a lakás lehetőségének biztosítását (átmeneti intézmények, lakóotthonok, védett lakások formájában), a nappali programokat (nappali szolgáltatás) és a munkába állítási programokat (védett munkahely, támogatott munkába állítás).

problémákkal élőknek, ténylegesen azonban a pszichiátria kulcsintézményein kívül rendkívül kevés hely működik számukra. Ennek okai elsősorban a finanszírozási rendszer sajátosságaiban és a szemléletváltozás hiányában rejlenek, melyek a legfőbb akadályát képezik az intézményes változásoknak. A közösségi ellátási formák széles körű elterjedéséhez megítélésem szerint a pszichiátriai betegség fogalmához, az orvos-beteg viszonyhoz és az egészségüghöz kapcsolódó értelmezések, normák, szabályrendszerek jelentős átalakulására lenne szükség, mely elősegíthetné az eredményes intézményes változást is, hiszen a jelenleg domináns normák, értelmezések, szabályrendszerek a fennálló rendszer továbbélését szolgálják (lásd Powell 1991).

Jelenleg a közösségi, nappali ellátási formákban működő szervezetekben csak a törvény által meghatározott diagnózisokkal rendelkezőkkel foglalkozhatnak. Így itt csak azok az emberek jelenhetnek meg, akiknek már van (többnyire jelentős) intézeti múltjuk, kisebb-nagyobb mértékben hospitalizálódtak a pszichiátriai intézményekhez, s valamilyen szinten elfogadták betegségüket.

Úgy tűnik, hogy állami szinten is a jelenlegi ellátórendszer folytonosságát, a stabilitást, a kiszámíthatóságot támogatják, hiszen a törvényi előírás értelmében az új ellátási formáknak már létrejöttük pillanatától kezdve alkalmazkodniuk, hasonulniuk kellett a többi, már évtizedek óta meglévő intézménytípushoz. Ezzel mintha eleve megdőlt volna annak a lehetősége, hogy az új szereplőként megjelenő közösségi, nappali ellátási formák átalakítsák a körülöttük lévő intézményrendszert. Mintha csak egy újabb gondozói hálózat született volna, újabb elemmel bővült volna a forgóajtós modell, melynek lényegében nincs más feladata, mint ellátni, felügyelni a zárt intézményekből átmenetileg kikerült betegeket (lásd Légmán 2011). Úgy tűnik, egyelőre nincs kitérés a betegségközpontú ellátásból, csak a már diagnózissal ellátott, a pszichiátriai ellátórendszer más intézményeit megjárta, szemléletmódját megtapasztalt, azt valamilyen mértékben elfogadó beteg engedhető a közösségi ellátási formákba Magyarországon.

A pszichiátriai ellátórendszer számokban

3. táblázat. A pszichiátriai ellátórendszer különböző típusaiban ápoltak száma 2007-ben.

Kórházi osztály	Gondozó	Pszichiátriai betegek otthona	Közösségi ellátás	Lakóotthon	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézet
135 470	34 320	8092	4582	254	61

Forrás: KSH¹⁵

A magyarországi pszichiátriai ellátórendszer legfőbb jellemzője, hogy a betegek ellátása elsősorban a pszichiátriai kórházi osztályokon és a pszichiátriai gondozókban zajlik. A betegek eloszlása az intézmények között jelzi, hogy a pszichiátriai ellátásban még mindig az ellá-

15 Az ápoltak száma a kórházi osztály esetében a 2007. év folyamán felvett betegek számát jelzi, a gondozók esetén azonban azokat jelöli, akiknek tényleges ápolást is nyújtottak, tehát rendszeresen megjelennek a gondozói hálózatban. Az 1. táblázatban a nyilvántartott pszichiátriai betegek száma 2006-ban ezzel szemben a gondozókban megfordult betegek számát jelenti, tehát ebbe beletartoznak azok is, akik csak egy alkalommal vették igénybe a gondozók szolgáltatásait. Természetesen a különböző ellátási típusok között sok esetben átfedés lehetséges, tehát gyakran egy beteg több ellátási formát is igénybe vesz egy adott évben.

tórendszer zártságát fenntartó intézmények dominálnak, a társadalmi visszailleszkedést elméletileg lehetővé tevő közösségi ellátási formák kevésbé elterjedtek és kevesebb beteg kezelnek ezeken a helyeken.

A lakóotthoni elhelyezés – ami elméletileg a betegek közösségben való létét szolgálná – viszonylag új eleme az ellátórendszernek. 2000-ben még csak 9 fő, 2006-ban viszont már 230 ember élt lakóotthonokban. A lakóotthonok többségét azonban Magyarországon nagy szociális otthonok hozták létre jelentős állami támogatással, hogy csökkenteni tudják intézmények zsúfoltságát (Hronyecz, Mátics és Klucsai 2004). Így ezek a helyek a nagy létszámú intézmények alternatívái helyett egyfajta speciális, az otthonok zsúfoltságának csökkentését elősegítő és a személyzet számára a jutalmazás eszközeként funkcionáló szervezetként a hagyományos ellátórendszer részeként működnek (Bányai és Légmán 2009).

A pszichiátriai betegek számára átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben 2000-ben 16, 2006-ban 35 beteget láttak el. 2000-ben az átmeneti elhelyezésben részesülők 0,1%-a, 2006-ban 0,03%-a volt pszichiátriai beteg.

A közösségi ellátási formák Budapesten a leggyakoribbak. Itt vannak olyan szakemberek (illetve infrastrukturális háttér), akik fenn tudják tartani ezeket a szervezeteket. Vidéken azonban egy-egy nagyobb várost kivéve szinte egyáltalán nincs lehetőség ennek az ellátási formának az igénybevételére.

Magyarországon 2006-ban 19 nappali ellátást biztosító intézmény működött pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára. Az ilyen típusú nappali intézmények (idősek klubja, fogyatékosok, szenvedélybetegek számára létrehozott intézmények) közül a pszichiátriai betegek részére fenntartott intézményekből van a legkevesebb az országban. A pszichiátriai osztályokon fekvőkhöz képest a nappali ellátásban részesülők száma és aránya is rendkívül csekély.

Az adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak száma és ezzel párhuzamosan a dominánsan kizáráson alapuló pszichiátriai ellátórendszer (intézményrendszer) Magyarországon folyamatosan nő, bővül. Bár a szociális rendszerben törvényi szinten már megtörtént a társadalmi visszailleszkedést segítő intézmények nevesítése, azonban ezek az intézmények egyáltalán nem – vagy nem a kijelölt célnak megfelelően – működnek (lásd pszichiátriai rehabilitációs otthonok, lakóotthonok, átmeneti otthonok, nappali intézmények, közösségi ellátások). A rendszerváltozás előtti időszakhoz hasonlóan a nagy létszámú pszichiátriai szociális otthonok tovább élnek és fejlődnek, az állam a támogatások döntő többségét ezeknek az otthonoknak a támogatására, fejlesztésére fordítja (Bugarszki et al. 2010). A közösségi ellátási formákat alig-alig alkalmazzák, s megpróbálják a fennálló rendszerhez illeszteni, alakítani őket.

A magyar és a nemzetközi helyzet

McGorry és munkatársai (1991) kimutatták, hogy a kórházi kezelés gyakran poszttraumás stressz okozója, míg más vizsgálatok azt találták, hogy a pszichiátriai gondozás és rehabilitáció akkor a leghatékonyabb, ha a páciens természetes életterében történik, és nem onnan kiszakítva (Lehman et al. 1995; Bebbington 1990; Pilling et al. 2002). Egy magyarországi (Harangozó et al. 2002) kvantitatív kutatásban olyan pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat vizsgáltak, akiket családban gondoztak, illetve akiket intézményes keretek közt ápoltak.

A közösségi ellátásban részesültek állapota jelentős javulást mutatott az intézményes ellátásban részesülő betegekkel szemben.

Nyugat-Európában és Amerikában a betegségfelfogás változásával párhuzamosan átalakult a pszichiátriai ellátórendszer is, csökkentették a kórházi ágyak számát, a betegeket elsősorban a közösségen belül próbálják meg ellátni, s folyamatosan csökken a betegségek kezelési ideje is (Kelemen és Csákiné 2004).

Magyarországon azonban az ellátórendszer, úgy tűnik, szinte egyáltalán nem reagált sem a társadalmi változásokra, sem a gyógyszeres kezelések elterjedésére. Orosz Éva (2001) szerint a magyar egészségügyben hiányzik a kooperáció az ellátás különböző szintjei között, és más országokhoz képest még mindig rendkívül magas a hospitalizáció, az átlagos ápolási idő. A pszichiátriai ellátórendszer intézményközpontú, és arra ösztönzi az embereket, hogy rendszeresen használják a meglévő intézményeket (i. m.). A betegek nagymértékben függenek az állam által biztosított ellátórendszertől (intézmények, pénzbeli juttatások), ami túlterhelt, ugyanakkor az ellátás költségei az államtól kapott pénzek ellenére sem térülnek meg.¹⁶ Emellett hiányoznak a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életéhez és igényeihez alkalmazkodó ellátások. Nagy részüket leszázalékolják, kizárják a társadalmi életből, és a már meglévő intézményrendszerhez kötik, annak ellenére, hogy sokan közülük képesek lennének dolgozni, szórakozni, élni, úgy, mint bármelyikünk.

Harangozó és munkatársai (2002) szerint a pszichiátriai ellátórendszer átalakulása szoros összefüggésben van a társadalmi berendezkedéssel és viszonyokkal. Míg a paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat, a totális intézményekként működő pszichiátriai ellátók tökéletesen illeszkedtek Magyarországon a szocializmus ideológiájához és működésmódjához, addig az egészségügy szolgáltatásként értelmezése, az egyenrangú orvos-beteg kapcsolat a demokrácia jellemzői. Magyarországon azonban úgy tűnik, az egészségügyben, különösen a pszichiátriában, az egyenlőtlen hatalmi viszonyok továbbélnék az orvos-páciens kapcsolatban, bár a társadalmi, jogi és gazdasági környezet jelentősen átalakult a rendszerváltozást követően. Harangozó et al. (2001) szerint a rendszer átalakításához az orvosi attitűd változása kellene. Azonban a pszichiáterek nem motiváltak abban, hogy saját osztályaik bezárását sürgessék, az ő érdekük az, hogy minél több forrást, támogatást kapjanak az államtól osztályaik üzemeltetéséhez. Ezt elsősorban úgy valósíthatják meg, ha minél több fekvőbeteget látnak el minél kevesebb idő alatt (Orosz 2001), ami leghatékonyabban a forgóajtós rendszer fenntartásával lehetséges.

A fogyatékosok, a mentális problémákkal élők társadalmi megjelenése, közösségi részvétele az Európai Unió, a fejlett országok egyik központi témája napjainkban. Magyarországon a pszichiátriai betegek az ajánlások és előírások ellenére sem tartoznak a fogyatékosok közé, így többnyire kimaradnak a fogyatékosok jogairól szóló törvényi szabályozásokból s a nekik járó támogatásokból is, alig jelennek meg a nyilvánosságban, s akkor is dominánsan negatív szerepekben. Néhány civil kezdeményezésen kívül a pszichiátriai betegek nyílt munkaerőpiacon való megjelenését sem támogatják Magyarországon, az állam a fennálló intézményrendszer fenntartása mellett elsődlegesen segélyeket és rokkantnyugdíjat biztosít a pszichiátriai betegek számára, illetve védett munkahelyek működését támogatja, ami tovább erősíti a betegek társadalmi láthatatlanságát, kizárását. Bár a pszichiátriai betegek diagnosztici-

¹⁶ Így a kórházak többsége nagymértékben függ a gyógyszergyártó cégek adományaitól. Ez egy olyanfajta kártékony függést hozhat létre, aminek eredményeként a kezelés módját elsődlegesen nem a „beteg” igényei, szükségletei és állapota határozzák meg.

záltak számára mind az egészségügyi, mind a szociális szférában széles körű ellátórendszer alakult ki Magyarországon, az ellátásban magában a társadalmi megjelenésükhöz, részvételükhöz szükséges szemléletmód, eszközök, intézmények nem állnak rendelkezésre. A betegek diagnosztizáltak túlnyomó többsége folyamatos gyógyszeres kezelés alatt áll, tehát vagy járóbetegként, vagy fekvőbetegként állandó kapcsolatban van az egészségügyi rendszerrel.

Ugyan az utóbbi időben a magyar pszichiátriai ellátásban is megkezdődtek az ágyszámcsökkentések, ehhez azonban nem kapcsolódott a pszichiátriai ellátórendszer reformja, korszerűsítése és egy újfajta pszichiátriai betegségfelfogás, szemléletmód kialakítása sem. A legnagyobb társadalmi nyilvánosságot az OPNI bezárása kapta. Ennek a szimbolikus intézménynek a megszüntetése azonban nem az ellátórendszer reformjának részeként, hanem feltehetően költséghatékonysági okokból történt. A betegek egy részét más kórházakba utalták (még jobban terhelve az amúgy is zsúfolt pszichiátriai osztályokat), míg sok embert mindeféle ellátás, támogatás nélkül bocsátottak el.

A közösségi alapú ellátás a jelenleg működő pszichiátriai ellátórendszer olyan alternatívájává válhatna, ahol, elszakadva a pszichiátria által szabott betegségmeghatározásoktól, helyet, segítséget nyújtanának a tartós betegidentitást, a közösségből való kizárást elutasítók számára is. Mintha azonban a régóta üzemelő intézményrendszer elkezdte volna saját képére formálni, magába olvasztani az eltérő szemléletmóddal, elméleti háttérrel rendelkező, a magyarországi ellátórendszerben új szereplőként megjelenő, a közösséget célzó és a közösségben működő ellátási formákat is. Mindez arra utal, hogy a magyar ellátórendszer a mentális problémával küzdők ellátását továbbra is a többségi társadalomtól való elkülönítéssel látja megoldottnak.

A változás lehetősége a magyar pszichiátriai ellátórendszerben

A 4. táblázatban összefoglalom, hogyan épül fel a Magyarországon működő rendszer, s ez milyen hatással lehet a bekerülő egyének életútjára. A modellekben az intézmények a magyarországi működésmódjuk alapján kerültek bemutatásra (s nem ideáltipikusan).

Összességében megállapíthatjuk, hogy Magyarországon a forgóajtós és az intézményi modell a legelterjedtebb, s úgy tűnik, hogy ezeknek a modelleknek a működése az egyik legjelentősebb gátja a rendszer átalakulásának. Jelen tanulmányban azt vizsgáltam, hogy az ellátórendszerben új szereplőként megjelent, s a már működő modellekkel ellentétes szemléletmóddal rendelkező közösségi modell hol helyezkedik el ebben a közegben, s milyen folyamatokat eredményez felbukkanása a rendszerben. Egyelőre úgy tűnik, hogy dominánsan az intézményes izomorfia elve határozza meg a magyar pszichiátriai ellátórendszert, az intézmények hatékonysága háttérbe szorul, s a fennálló intézményrendszerhez való hasonulás áll üzemeltetésük középpontjában. A közösségi ellátási formák, beépülve a pszichiátriai ellátórendszerbe, átveszik annak norma- és szabályrendszerét, elvesztve ezzel az önálló, kis szervezetekre jellemző rugalmasságukat, nyitottságukat és innovativitásukat. Ezt erősíti az intézményi reprodukció is, mely elősegíti, hogy a környezet azon behatásait – a pszichiátriai intézményrendszer esetében ez elsősorban az európai uniós irányvonalat jelenti – melyek a rendszer tényleges változását eredményezhetnék, vagy a rendszer képére formálják, vagy figyelmen kívül hagyják. Mintha azonban egyfajta szelektív kapcsolat jellemezné az intézményrendszer és környezete kapcsolatát, hisz a változtatásokra törekvő elképzelésekkel ellentétben az a hol erősebben, hol gyengébben érzékelhető társadalmi igény, ami a pszichiátriai

4. táblázat. A magyarországi pszichiátriai betegellátás alapmodelljei és jellemzői.

Dimenziók	Modellek	Intézményi modell	Forgóajtós modell	Közösségi modell
Intézményi dimenzió	Intézmény	Pszichiátriai szociális otthon	Kórház, gondozó	Közösségi ellátási formák
	Élettér	Szociális otthon	Kórház, egyén lakóhelye	Egyén lakóhelye, nappali klubok
	Ellátási forma megjelenése	1950-es évek eleje	1960-as évek eleje	1990-es évek közepe
	Szolgáltatás	Elsősorban ápolás-ellátás, gyógyszeres kezelés, csak a betegre irányul	Döntően gyógyszeres kezelés, csak a betegségre, betegre irányul	Többféle egyénre szabott segítség, bevonja az egyén környezetét is
	Fenntartó	Állam	Állam	Állam, piaci szféra
	Ellátási forma elterjedtsége	Elterjedt	Legelterjedtebb	Legkevesbé elterjedt
Társadalmi dimenzió	Társadalmi integráció	Nincs	Nincs	Is-is
	Ellátás célja	Elzárás, egyén rendszerben tartása	Status quo, az egyén rendszerben tartása	Egyén társadalomban tartása, egyén rendszerben tartása
	Munkaerőpiaci részvétel	Nincs, vagy védett munka	Nincs, vagy védett munka	Nincs, védett munka vagy nyílt munkaerő-piac
	Egyén megjelenése	Láthatatlan, beteg, ön- és közveszélyes deviáns	Láthatatlan, beteg, ön- és közveszélyes deviáns	Beteg, segítségre, támogatásra szoruló
Egyéni dimenzió	Kapcsolati háló	„Betegek” és ellátó személyzet	Betegek, ellátó személyzet, család	Család, „betegek”, segítők, tágabb környezet
	Egyén énképe	Jellemzően betegidentitás	Jellemzően betegidentitás	Betegidentitás, de alternatív énképek megjelenése
	Eltartó	Állam	Állam, család	Állam, család, egyén

A táblázatot Bányai Borbálával közösen állítottam össze

riai betegek kizárására irányul, továbbra is az egyik legfontosabb alapját adja a rendszer stabilitásának, sőt bővülésének.¹⁷ A pszichiátriai intézményrendszer változatlan formában való

17 Erről bővebben írok a disszertáciomban (Légmán 2011). A témához kapcsolódóan lásd: „Pszichiátriai ellátás – Megbillent viszonyok”, *Magyar Narancs* 22(8), 2010. február 25.; „Foszlik a pszichiátriai ellátás hálójá, sokszor heteket kell várni a bejutásra”, *RTL Híradó*, 2010. március 23.; „Egyre több tragédiát okoz a hiányos pszichiátriai ellátás”, *betegszoba.hu*, 2010. március 23.

fennmaradása nem csak az ott dolgozók érdeke, van egyfajta társadalmi igény is Magyarországon arra, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ne jelenjenek meg a közösségekben. A szociológiai institucionalista megközelítés szerint az intézmények akkor változhatnak, ha az őket meghatározó normák és szabályok meggyengülnek, vagy akár teljesen elveszítik legitimitásukat (lásd Szalai 2011).

Mínta a mai magyar társadalomban éppen hogy nőne az elzáráson alapuló intézményrendszerek legitimitása, elfogadottsága, a pszichiátriai betegek diagnosztizáltaktól, az idegentől, mástól való félelem, ami megakadályozhatja a magyar pszichiátriai ellátórendszer átalakulását.

Hivatkozott irodalom

- Bakonyi P. (1984): *Téboly, terápia, stigma*. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó.
- Bányai B. és Légmán A. (2009): Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély* 2009/2.
- Bebbington, P. E. (1990): Population Surveys of Psychiatric Disorders and the Need for Treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25(1): 33–40.
- Berkovits B. (2003): Foucault és Goffman – A humán tudományok működése. *Pro Philosophia Füzetek* 5(4). Interneten: <http://www.c3.hu/~prophil/profi034/berkovits.html> (2009-10-30).
- Bugarszki Zs. (2009): *Van-e ma intézménytelenítés Magyarországon az elmeegészségügy területén?* Doktori disszertáció, kézirat.
- Bugarszki Zs., Eszik O., Soltész Á. és Sziklai I. (2009/2010): „Egy lépés előre, kettő hátra”. *A nagy létszámú intézmények kitagolása és az önálló életvitel támogatása Magyarországon, az Európai Unió strukturális alapjainak felhasználásával*. NFÜ-jelentés.
- Crozier, M. (1980): *A bürokrácia jelensége*. Budapest: KJK.
- David, P. A. (2011): Kló és a QWERTY közgazdaságtana. *Replika* (74): 159–167.
- DiMaggio, P. J. és W. W. Powell (2011): Új intézményi megközelítés a szervezetelméletben. Bevezetés. *Replika* (74): 63–95.
- Fernezely B. és Légmán A. (2003): A skizofréniák társadalmi narratívái. *Esély* 2003/6.
- Foucault, M. (1990): *Felügyelet és büntetés: A börtön története*. Budapest: Gondolat.
- Gajdusчек, Gy. (2003): Bureaucracy: Is it Efficient? Is it not? Is that the Question? Uncertainty Reduction: An Ignored Element of Bureaucratic Rationality. *Administration & Society* 34(6): 700–723.
- Goffman, E. (1974): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Hajnóczy P. (1975): Az elkülönítő. *Valóság* 1975/10: 84–100.
- Harangozó J., Gombos G. és Szabó L. (2002): Szkirozofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondolkodásukról: egy 2001 nyarán a TÁRKI által végzett közvélemény-kutatás bemutatása. *Psychiatria Hungarica* 17(2): 141–155.
- Harangozó J., Slezák A., Wernigg R., Radó I., Rupp Á., Pungor K. és Perczel E. (1998): Pszichiátriai szolgáltatások költség/hatékonyság vizsgálata Magyarországon. *Pszichoterápia supplementum* 1: 76–91.
- Harangozó J., Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Werring R., Slezák A., Lőrincz Zs., Varga A. és Bulyáki T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 11(8–9): 573–586.
- Hronyecz I., Mátics K. és Kluicsai B. (2004): Lakóotthonok és rehabilitációs intézmények a pszichiátriai betegek ellátórendszerében. *Kapocs* 3(2): 32–50.
- Kelemen G. és Csákiné Király L. (2004): *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása: segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- KSH (2007): *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv*. Budapest: KSH.
- Lafferton E. (2004): A magántebolydától az egyetemi klinikáig. In *A kreativitás mintázatai*. Békés Vera (szerk.). Budapest: Áron Kiadó, 34–72.

- Légmán A. (2011): *Az örület és az örültek helye a társadalomban*. Kézirat.
- Lehman A. F., W. T. Carpenter Jr., H. H. Goldman és D. M. Steinwachs (1995): Treatment outcomes in schizophrenia: Implications for practice, policy and research. *Schizophrenia Bulletin* 21(4): 669–675.
- March, J. G. és J. P. Olsen (2006): Elaborating the 'New Institutionalism'. In *The Oxford Handbook of Political Institutions*. R. A. W. Rhodes, S. Binder és B. Rockman (szerk.). Oxford: Oxford University Press, 3–20.
- McGorry, P., A. Chanen, E. McCharty, R. Van Riel, D. McKenzie és B. Singh (1991): Post Traumatic Stress Disorder Following Recent Onset Psychosis: An Unrecognised Post Psychotic Syndrome. *Journal of Nervous & Mental Disease* 179: 253–258.
- Mental Disability Rights International (1997): *Human Rights and Mental Health, Hungary*. Washington, DC. Magyarul: *Emberi jogok és elmegészségügy, Magyarország*. Fordította Bakos A.
- Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Pilling S., P. Bebbington, E. Kuipers, P. Garety, J. Geddes, G. Orbach és C. Morgan (2002): Psychological Treatments in Schizophrenia: I. Metaanalysis of Family Intervention and Cognitive Behaviour Therapy. *Psychological Medicine* 32(5): 763–782.
- Porter R. (2002): *A téboly*. Budapest: Magyar Világ Kiadó.
- Powell, W. W. (1991): Expanding the Scope of Institutional Analysis. In *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. W. W. Powell és P. J. DiMaggio (szerk.). Chicago: Chicago University Press, 183–203.
- Réthelyi J. (2000): A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatástörténete. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 10: 167–170.
- Szalai A. (2011): Ideák, politika és intézmények: a politikatudomány három „új institucionalizmusa”. *Replika* (74): 35–62.
- Weber, M. (1967): *Gazdaság és társadalom*. Budapest: KJK.

Journal of Economic Issues

Editor: **Richard V. Adkisson**, New Mexico State University

The *Journal of Economic Issues* is an internationally respected journal of institutional and evolutionary economics and serves as the official journal of the Association for Evolutionary Economics (AFEE). *JEI* publishes articles that describe aspects of evolving economies, economic problems, economic policy, economic history, and methodology.

The primary mission of *JEI* is to present articles that use and develop the core ideas of institutional economics in discussions of current economic problems and policy alternatives. *JEI* is the leading journal for ongoing debate on institutional economic theory and a major forum for discussion of solutions to real economic problems. Each issue presents articles dealing with timely topics such as the financial crisis, health care reform, the environmental impact of growth, proposals for guaranteed employment in industrial economies, and problems of economic development. *JEI* is also open to debates about post-modernism, feminist theory, the project of rethinking Marxism, and to a wide range of other issues that make heterodox and pluralistic economics a lively intellectual arena.

For institutional subscriptions contact M.E. Sharpe at custserv@mesharpe.com.

For individual member subscriptions visit the AFEE website at www.afee.net.

ISSN 0021-3624 (print) / eISSN 1946-326X (online) / 4 issues
2011 Volume: Vol. 45 (Spring 2011 – Winter 2011-12)



To view sample issues of any M.E. Sharpe periodical online, RSS feeds or for the most recent tables of contents, visit our website at www.mesharpe.com/journals.asp.

M.E. Sharpe

TO ORDER: Call 800-541-6563 • Fax 914-273-2106

www.mesharpe.com