

Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal

Bányai Borbála, Légmán Anna

PATH OF LIFE IN THE SOCIETY WITH A DIAGNOSIS OF A PSYCHIATRIC DISEASE

BEVEZETÉS – Tanulmányunk célja, hogy egyéni élettörténeteken keresztül bemutassuk, hogyan lehet pszichiátriai betegség, szkizofrénia diagnózissal élni Magyarországon.

MÓDSZEREK – Kutatásunkban 25 narratív életútinterjút készítettünk pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal, és az életutakban hasonló mintázatokat kerestünk, melyek hatással lehetnek az érintettek önálló életvitelére, közösségi részvételére.

EREDMÉNYEK – Az interjúalanyok a társadalomban való részvétel akadályaként jelelték meg az állapotukat vagy a betegséget magát, a diagnózist követő stigmát, az intézmények működését és a betegsereppel együtt járó önállótlanyságot, míg támogató tényezőként a családot és saját motivációikat. A szerzők akadályozó tényezőként a magyar pszichiátriai ellátórendszer zárt működését, az intézményes karriert és a stigmát azonosították, míg támogató tényezőként az egyéni motivációkat.

KÖVETKEZTETÉSEK – Szükséges az intézményes működések és az egyéni életutak együttes vizsgálata, ami feltárhatja a lehetséges támogató tényezőket, amik elősegíthetik az érintettek társadalmi részvételét.

INTRODUCTION – The aim of our study is to show how people can live with a diagnosis of a psychiatric disease, a schizophrenia diagnosis in Hungary.

METHODOLOGY – We made 25 narrative life story interviews with Hungarian people diagnosed with mental illnesses. We examined what the main obstacles and supporting factors may be in the life stories regarding the independent lifestyle and participation in community.

RESULTS – According to the interviewees the main obstacles are their states or diseases, the stigmas after their diagnoses, the function of the psychiatric care system and the lack of self-reliance following the patient role. They mentioned the family and their own motivations as supporting factors.

CONCLUSION – The examination of the institutional functions can reveal what the supporting factors may be which can facilitate the social participation of people diagnosed with mental illnesses on the level of the system.

felépülésmodell, pszichiátriai betegség, társas-társadalmi részvétel, önálló életvitel, életút

recovery-modell, psychiatric disease, social participation, independent lifestyle, course of life

dr. BÁNYAI Borbála (levelező szerző/correspondent), dr. LÉGMÁN Anna:

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociálpolitika Tanszék/Eötvös Loránd University, Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy; H-1117 Budapest, Pázmány Péter sétány 1/A.
E-mail: borbala.banyai@gmail.com

Érkezett: 2018. június 7.

Elfogadva: 2018. november 2.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.038>

Ajelen kutatás célja pszichiátriai beteg életutak bemutatása egy kelet-európai országban, Magyarországon. Milyen élettörténetek lehetségesek a mai Magyarországon pszichiátriai betegség diagnózissal, az érintettek maguk hogyan mesélik el életútjukat, hogyan tekintenek betegségükre. Szkizofréniaival és más súlyos kórképpel diagnosztizáltakal készítettünk 25 narratív életútinterjút, és elemeztük, hogy milyen akadályozó és támogató tényezők segítik önálló

életvitelüket és közösségi részvételüket. Ez nem egy reprezentatív minta, ugyanakkor lehetőséget ad arra, hogy bizonyos mintázatokat, identitáspusokkat beazonosítsunk.

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

**Magyarországon
nincs hagyománya
a pszichiátriai
intézmények
társadalomtudományi
vizsgálatának.**

években végzett kutatásainkban narratív interjú technikával pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak élettörténeteit vizsgáltuk. A szkizofréniával kezelt emberekkel készített életúinterjúk 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 szkizofrénia megélésének különböző lehetőségeit jelenítik meg (1), ami nem kizárólag a betegség-narratívát jelenti számukra. Emellett vizsgálódásainkat

kiterjesztettük arra is, hogy milyen életutakat kínál egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált egyének a társadalom, hol és milyen körülmények, normák és szabályok között élhetnek (2). Elsősorban nem arra kerestük a választ, hogy mi az oka a pszichiátriai betegségnek, hogyan jön létre, hanem hogy hogyan élheti meg ezt az egyén a társadalomban.

Korábbi kutatásainkban azt találtuk, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegség-történet legyen, az egyén betegként határozza meg önmagát. Azonban a külvilág (gyakran negatív) megítélése és az individuumok saját élményei gyakran nem mesélhetőek el összefüggő történetként, nem összeegyeztethető a (mindenki által vágyott) pozitív identitás (aminek keretei között többé-kevésbé egységes, koherens történetként mesélhetőek el az egyén életeseeményei) és a betegidentitás. Talán ez is hozzájárul ahhoz, hogy az elbeszélők „betegidentitása” sokszor szét-töredezett, ellentmondásokkal teli (a felépülés modell – lásd később – lehetőséget ad arra, hogy az egyének ne betegség-történetként meséljék el élettörténetüket, így egyszerűbb összefüggőbb történetet alkotniuk). Az állandó betegidentitás jelentős akadálya lehet a társadalomban való megjelenésüknek, részvételüknek. A betegség-narratíva magyarázatot ad másáigukra, felmenti őket számos társadalmi kötelezettség, elvárás (munka, család stb.), viselkedésük következményei alól, azonban viselniük kell az elmebetegség stigmáját, a megbélyegzettség, a kiközösítés, az őket övező félelem, a velük való (sokszor embertelen) bánásmód terhét. A pszichiátriai betegként diagnosztizáltak nagy részét kizárják a társadalom életéből, leszázalékolják és a már meglévő intézményrendszerhez kötik őket (3).

Kutatásunk elméleti bázisa két nagyobb diszkurzusba ágyazódik be. Mindkettő közös jellem-

zője, hogy a korábbiaknál sokkal erőteljesebben jelenítik meg az érintett csoportok álláspontját.

A fogyatékoság szociális modellje az ENSZ CRPD Egyezmény óta világszerte elismert és használt paradigma a fogyatékoság tudományában. Az úgynevezett medikális modellt felváltó szociális modell többé már nem kizárólag a biológiai károsodásra helyezi a hangsúlyt. A fogyatékoságot inkább társadalmi jelenségként értelmezi, egyfajta kölcsönhatásként, a társadalmi előítéletek és akadályok eredményének tekinti, ám ez kultúránként eltérő lehet. Leginkább a fejlődő országokban (például India) jellemző, hogy a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak felépülése, kezelésének időtartama, halálozási mutatója kedvezőbb, mint a fejlett országokban, melynek okai egyelőre nem tisztáztak (alacsonyabb genetikai meghatározottság, kevésbé kiterjedt ellátórendszer, „feltételezett bölcsesség” „presumed wisdom”) (4).

A fogyatékoság két legfontosabb eleme a (vélt vagy valós) károsodás és az ezáltal csökkenő társadalmi szerepvállalás. A CRPD meghatározása szerint a pszichoszociális fogyatékoság az egyén és környezetének interakciójában jön létre, annak következménye, vagyis folyamatosan változik, ugyanakkor az egyén és a közösség, társadalom közötti viszonyon múlik. Ez egy ideális társadalomban akár a fogyatékoság eltűnéséhez is vezethet. Jelenleg a károsodások mértékének és minőségének meghatározásai a pszichiátria keretei között (BNO, DSM rendszer) történik, ami továbbra is hangsúlyos szerepet biztosít az orvosi, betegség-narratívának még a fogyatékoság modell keretei között is. Azonban az, hogy az egyének közötti interakciók és a társadalmi szerepvállalás is központi szerephez kerültek ebben a meghatározásban, lehetőség arra, hogy azt vizsgáljuk, mik azok az elemek, amik a pszichoszociális fogyatékosággal élők társadalmi részvételét, közösségi szerepvállalásukat lehetővé teszik.

A másik elméleti háttér az úgynevezett felépülésmodell (recovery model) adja. A modellhez kapcsolódóan formálódott elméletek közös sajátossága, hogy szakítanak a hagyományos, „klinikai narratívával”, a mentális problémák pusztán orvosi, pszichiátriai értelmezésével, és közelítik azt az egyéni történetekhez, beszámolókhöz. Szintén közös jellemző, hogy a modell nem maradt elméleti síkon, hanem az ellátórendszer elmúlt évtizedben megfigyelhető fejlődéséhez (közösségi szolgáltatások) is hozzájárult. Mára a felépülésmodell két ága különül el, a szakmai és a felhasználói értelmezés. A szakmai felépülésmodell azonban könnyen egy biomedikális, normatív rendszerré válhat, ha nem reflek-

tál az egyénre, a személyes tapasztalatokra, nem hagy teret, hogy a „betegség” megtapasztalása is részese legyen az egyéni identitásnak (5). A felépülésmodell felhasználóinak megfogalmazásában az egyik úttörőnek tartott *Patricia Deegan* a következőképpen definiálja a megközelítést: „A felépülés egy folyamat, egy életmód, attitűd, annak a módja, ahogy a mindennapok kihívásaihoz közelítünk. Ez nem egy egyenes irányú tökéletes út. Alkalmanként elbukunk ezen az úton, visszazuhanunk, majd újra összeszedjük magunkat és újrakezdjük. A felépülés annak a folyamatos igénye, hogy legyőzzük a saját fogyatékoságunk jelentette kihívásokat, hogy újjáépítsük saját integritásunkat és értelmet adjunk életünknek a fogyatékoságunk jelentette gátak között is. A felépülés az inspiráció az életre, a munkára, a szeretetre és szerelemre egy olyan közösségben, melyhez mi magunk is hozzájárulhatunk” (6).

Melyek azok a tényezők, amik elősegítik, hogy egy egyén az élete során kialakult krízishelyzetből felépüljön, megküzdjön az akadályokkal, kihívásokkal és képes legyen az újrakezdésre? Vagy másképp közelítve: melyek azok a tényezők, amelyek stabilitása védelmi faktornak minősül a stresszkezelésben és a kapcsolatok kialakításában? A felépüléshez szorosan kapcsolódik a pszichológiai értelemben vett reziliencia, az ellenálló képesség és rugalmasság fogalma, melynek gyengítő és védelmi faktorait már az 1970-es évek óta többféle kutatási módszerrel vizsgálták (7). A kutatások főként a családszerkezetre (túl sok testvér, elvált szülők) a családban előforduló devianciákra (bűnöző, alkoholista szülők), élethelyzetre (szegénység, gyakori költözködés) és az egyéni sajátosságokra fókuszáltak. Ezeket a tényezőket általában külső, belső és kulturális szempontok szerint csoportosítják, és a kutatási eredmények ezek multikauzalitását erősítették meg, azaz minél több és többféle faktor esetében van károsodás, annál nagyobb a valószínűsége, hogy valaki mentálisan instabillá válik, vagy krízishelyzetekből kevésbé tud felépülni. Valamint megállapították, hogy az ellenálló képességnek van egy terhelhetősége, ami az életút során dinamikusan változik (8). Napjainkban a leginkább elfogadott elmélet összekapcsolható a fogyatékoság biopszichoszociális értelmezésével is, ugyanis a reziliencia komplex értelmezése mellett a neurobiológiai és a társas, viselkedési hatások szociokulturális és pszichológiai tényezőit is figyelembe veszik.

Ebben a megközelítésben, vagyis ha a felépülést egy folyamatos „integritásépítésnek” tekintjük – az az egyik legjelentősebb innováció, hogy az érintettek, a felhasználók saját tapasztalataira

és az ezeket megjelenítő narratívákra épít. Emellett az egyén tapasztalataiból kiindulva értelmezi a közösségi integrációt. Magyarországon is megjelent már a felépülés modell, aminek működésére jó példa a Budapesti Hanghalló Önszervező Csoport (9).

Módszerek

Kutatásunkban a narratív élettörténeti módszert alkalmazzuk (10, 11). A módszer alapja, hogy az egyén is befolyásolja a társadalom működését, az egyén és a társadalom közötti kölcsönhatás állandó. Az élettörténetek segítségével az egyén életének olyan látens aspektusai is feltárulhatnak (a társadalmi valóságról alkotott szubjektív képzetek, a cselekvést motiváló gondolati, érzelmi világ), amelyek egyébként rejtve maradnának (12). Interjúalanyainknak elmondtuk, hogy egy kutatás keretei között pszichiátriai betegek diagnosztizált emberekkel készítünk interjúkat, és szeretnénk, ha ők is elmesélnék élettörténetüket. Ez nem egy „hagyományos értelemben vett interjú”, ők (az elbeszélők) azok, akik irányítják, meghatározzák az interjú menetét, mi (a kérdezők) a „viselkedésünkkel” (szemkontaktus, arcjáték stb.) és kérdéseinkkel (ami az általuk elmondottakra való visszakérdezés) történetük elmondását segítjük elő. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, interjúalanyainknak titoktartást és anonimitást ígértünk, a tanulmányban megjelenő nevek álnevek.

Eredmények

Cikkünk 25, 2010–2015 között készült életútinterjú alapul. Interjúalanyaink közül 14 férfi és 11 nő, a legfiatalabb 1989-ben, a legidősebb 1940-ben született. Az interjú készítésekor a fővárosban élnek 16-an és más vidéki városban heten, egyik interjúalanyunk Romániában élő magyar. Iskolai végzettségüket tekintve hat főnek van befejezett felsőfokú végzettsége (egy doktori fokozat), bár négyen elkezdtek valamilyen felsőfokú képzést, de a diagnózist követően ezt nem tudták befejezni. Öt interjúalanyunk van érettségije és mellette valamilyen szakmunkás végzettsége vagy technikuma, négy főnek van csak érettségije. Négy fő rendelkezik szakmunkás-bizonyítvánnyal, és három főnek van kifeje-

A pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegség-történet legyen.

zetten alacsony iskolai végzettsége, azaz maximum az általános iskola 8 osztályát végezték el, illetve elkezdték, de nem tudták befejezni a szakmunkásiskolát. Családi állapotukat tekintve heten házasok és egy háztartásban is élnek férjükkel vagy feleségükkel, ketten párkapcsolatban élnek, öten elváltak, ketten az interjú készítésekor éppen válófélben voltak, és tíz interjúalanyuknak nincs saját családja. Nyolc interjúalanyuk van gyereke, ebből ketten nem tartják a kapcsolatot gyermekükkel.

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal készített interjúk alapján az életutak alábbi főbb állomásait azonosítottuk: gyerekkor, iskola, munkaerőpiaci részvétel (aktív-inaktív státuszok), egészségügyi, szociális intézményi karrier, kezelés, családi és emberi kapcsolatok, jövőkép, identitás. Ezeknek az állomásoknak a leírásánál a közös elemeket, mintázatokat emeljük ki.

Gyerekkor

„Az anyunál, igen, hát szóval egy piszkos folt vagyok a bizonyítványában” (Jutka). A gyerekkorra általában jellemző, hogy traumatizált. Az egyik szülő vagy mindkettő hiányzik, például válás, öngyilkosság, börtön, vagy az egyik szülő pszichiátriai betegsége miatt. Jellemző a családban a bántalmazás, állandó veszekedések, feszültség, esetleg alkoholizmus, vagy ezek együttesen. Sok esetben elhanyagolják a gyerekeket (sokat dolgoznak a szülők, vagy más családtagot ápolnak), nincsenek szabályok, vagy rideg, szeretetlen túlszabályozott (bigott vallásosság), tekintélyelvű a nevelés. Sok interjúalany magányos gyerekkorról számol be, illetve sokaknál már korán megjelennek a másik nemmel való kapcsolati, szexuális problémák. Jellemző az interjúalanyok egy részénél egyfajta állandósult bizonytalanság, gyakori költözködések, vagy egy szeretett személy korai halála.

„Kiskoromban náluk ott (nagyszülők – a szerk.) nyugalom volt. Aztán nagyon hirtelen elment. Aztán rá egy évre meghalt apu [...] egyik napról a másikra láttam, hogy két bőrönddel kísértél” (Jázmin). Összességében néhány kivételtől eltekintve interjúalanyaink elmesélése alapján arra következtethetünk, hogy nem volt igazi gyerekkoruk, nem lehettek gyerekek. Ennek következménye lehet, hogy túl korán felnőttként kellett viselkedniük, helytállniuk, vagy benneragadtak egyfajta önállóan gyermeki létbe. A gyermekkori traumák súlyának eredmé-

nye is lehet, hogy felnőttként összeroppannak, vagy nagyobb sorscsapásokat nem tudnak feldolgozni.

Iskola

„Egy eléggé szorongó meg meg ő befelé forduló ő kisgyerek lett belőlem. Már az óvoda, óvodás évek közepe táján is... nem nagyon voltak barátaim öhm nem nem tudtam kapcsolódni sehogy se szinte a kortársakkal ö... És ez folytatódott az általános iskolában is” (Miklós). Interjúalanyaink közül mindenki járt általános iskolába, közülük egy járt fogyatékos személyek számára létesített szegregált iskolába. Az iskola mint másodlagos szociális közeg sok interjúalanyunknak kudarcélményt jelent közösségi szempontból (túlzott visszahúzódás, verekedések, cikizések). Az „úgynevezett problémák”, vagy súlyosabb traumák jelentősen kihatottak az iskolai eredményekre, ami az iskolai előmenetelben is tükröződik. Néhány interjúalany esetében már kamaszkorban, de többeknél csak fiatal felnőttkorban jelentkeztek a „gondok” és ennek megfelelően az iskolai elmaradások „A Műszaki Egyetemen meg voltam rettenve” (Dániel), „úgyhogy elmaradt a jelentkezésem az egyetemre és ő hát elkezdődött egy ilyen betegség karriernek mondják szép szóval tehát egy ilyen betegség karrierem” (Márk). Több interjúalanyunk a családi támogatás hiánya ellenére is befejezte a félbemaradt tanulmányokat, vagy magasabb iskolai végzettséget szerzett. „Utána fölvettem erre az egyetemre. Nagyon nehezen végeztem el tulajdonképpen. [...] utána el tudtam helyezkedni” (Csaba). Ez a felépülés egy lépcsőjét jelenthette számukra és hozzájárult ahhoz, hogy visszaszerzzék önbizalmukat. „Nem voltam hónapokig iskolában, meg meg magamnál sem voltam igazából, amikor volt az érettségi és mindenki meg volt rajta lepődve, hogy úristen hogy lett négyes” (Szilvi).

Munkaerőpiaci részvétel

„Elmentem garázmesternek mindenféle voltam én életembe, mindenféle ö... ilyen link állást vállaltam” (Dániel). A legtöbb esetben nincs sikeres, egyenes vonalú, felfelé ívelő karrierút. Azok, akik már fiatalabb korban kimaradnak az iskolából szinte egyáltalán nem is dolgoztak, vagy csak átmenetileg kiegészítő munkákat végeztek. A végzettségtől függetlenül interjúalanyaink felénél jellemző, hogy hosszabb-rövidebb ideig egyszerű betanított munkákat is elvállaltak

A gyerekkorra általában jellemző, hogy traumatizált.

(pincér, takarító, segédközműves), közülük mindössze négy fő az, aki huzamosabb ideig (legalább egy évig) dolgozott egy munkahelyen. Általában elmondható, hogy sokukra jellemző, hogy nem tudnak hosszabb ideig megmaradni egy munkahelyen, vagy a munka nem megfelelő, vagy sorozatos konfliktusba keverednek. „Megálltam mindenhol a helyem és ennek ellenére viszont kihasználtak [...] bérszámolóként dolgoztam és ott is kikezdték, mert magasabb iskolai végzettségem volt, mint a csoportvezetőnek” (Vali). Interjúalanyaink munkaerőpiaci karrierje „betegségük” kezdete után általában megtörik, mindössze három interjúalanyunk tud elhelyezkedni saját szakmájában. „Ami talán a legjobb az, hogy azt csinálhatom, amit szeretek (3). Egész nap kinn tudok lenni a szabadba, gyerekekkel, meg lovakkal” (Jázmin).

Az interjúk készítésekor a legtöbben nem dolgoztak, akik dolgoztak, azoknak a többsége védett munkahelyen vagy megváltozott munkaképességű sorstársakkal, szegregáltan. Kiemelendő, hogy ketten is olyan önszolgáltató vagy érdekvédelmi csoportban dolgoznak, mely a pszichiátriai diagnózissal élők esélyegyenlőségéért jött létre. A munka hiánya csökkenti az önállóságukat, függetlenségüket, családtagjaik tartják el őket, vagy állami juttatásokból élnek. „Megmondta az altató doktornőm, hogy felejtsem el, hogy dolgozom” (Ilona). Ez szintén egy kiszolgáltatott, gyermeki státuszt eredményez, mely az önértekelésükre, önbizalmukra nincs jó hatással. Ráadásul ez a státusz nem az időskor kezdetén, egy előrehozott megoldást jelent, hanem interjúalanyaink közel kétharmadát fiatalon (21–28 éves koruk között) leszázalékolják (harmadukról nincs információnk) a nemzetközi trendekhez hasonlóan. „Az OECD 2012-es jelentése szerint számos európai országban a mentális károsodással élő fiatalok túlságosan könnyen és gyorsan kapnak fogyatékosági támogatást, ami ahhoz vezet, hogy elhagyják a munkaerőpiacot egy biztos megélhetésért (13). A leszázalékolás egy olyan biztos és végleges bevételi forrást jelent, ami inaktív és kiszolgáltatott státuszukat állandósíthatja, hiszen Magyarországon a juttatások mellett csak bizonyos feltételekkel lehet munkát vállalni „csak akkor dolgozhatok itt (védett munkahely – a szerk.), ha le vagyok százalékolva, amúgy nem. Én meg aktív munkahelyen nem tudok elhelyezkedni, és akkor nekem a kör bezárult. Én csak itt tudok dolgozni” (Nóra). A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak hátrányos munkaerőpiaci helyzete korántsem magyar sajátosság. Az OECD-jelentés szerint annak ellenére, hogy a fogyatékosági járadékok igen magas indirekt költségeket rónak a gazdaságra, a mun-

kaerőpiacot továbbra is elutasító magatartás jellemzi, ami a mentális betegek magas inaktivitási szintjéhez vezet (13).

Család és emberi kapcsolatok

„Hazajöttem, itt tovább lábadoztam, szüleim, hát persze, a gyermeki pozícióba visszasüllyedt gyermeküket ápolták” (Csaba). A kiszolgáltatott, önállóan élethelyzetet tükrözi, hogy az interjú készítésekor interjúalanyaink kétharmada szülőkkel (főként édesanyákkal), rokonokkal vagy bentlakásos intézetben él. Néhányukra jellemző, hogy nagyon szoros, már-már szimbiotikus viszonyt alakítottak ki édesanyjukkal vagy házastársukkal, ami ugyan biztosságot, azonban másokat kizáró, saját világot kínál. „Most, hogy válás előtt állok, ő a támaszom. Ennek ellenére anyukám nagyon szigorú” (Mari). Többüknek volt saját családja és otthona, de a betegség következtében a családok is felbomlottak. Jelenleg mindössze öten laknak saját otthonukban, illetve egy valaki védett lakhatásban. A klasszikusnak mondható családi életút, miszerint a szülői házból kikerülve saját otthon és családot teremtenek, többségüknél hiányzik.

Egészségügyi, szociális intézményi karrier

„Jött a betegségem és három évig kórházból ki, kórházba be” (Vali). Életútjukban meghatározó a különböző egészségügyi intézményekkel és az ott dolgozókkal való állandó kapcsolat. Kórházban és pszichiátriai zárt osztályon minden interjúalanyunk feküdt, és többségük rendszeresen visszatér ide több hétre, hónapra vagy akár egy évre is. Az elmesélt életutakban pszichiátriai kórházi osztályra tipikusan két úton jutnak el. Az egyik esetben van valamilyen kórházi vagy egészségügyi kezeléssel előzmény; például a család érzékel valami problémát és háziorvoshoz vagy pszichiáterhez, pszichológushoz fordul, vagy valamilyen más betegséggel járnak orvoshoz (belgyógyászati, születési rendellenesség), majd előbb-utóbb pszichiátriára kerülnek. Ez az egész folyamat hat interjúalanyánál már gyermekkorban elkezdődik „Gyerekkortól kezdődtek a problémák, jártunk orvostól orvosra, nem derült ki a problémám” (Nóra), és három esetben már születéskor

Az alanyok munkaerőpiaci karrierje betegségük kezdete után általában megtörik.

A legtöbben egy konkrét traumához kapcsolják első intézménybe kerülésüket.

„Édesanyámnak nem volt segítsége és biciklit vett, ónos esőbe és azért is lettem ilyen terhelt. Mert elesett velem, tehát én már agyam, én már megsérültem, én már idegbetegen születtem” (Pál). Sokuknak ténylegesen egész életük állandó részévé válik az egészségügyi intézmény. A másik tipikus úton minden korábbi kezelés nélkül kerülnek pszichiátriára. „akkor teljesen elvesztettem így a realitásérzékemet és engem akkor vittek be először pszichiátriára” (Jázmin). Ez interjúalanyaink harmadára jellemző. A kórházi kezeléseket után sokan a magyar rendszerben kialakult egészségügyi forgóajtó csapdájába esnek, azaz a háziorvosi vagy a járóbeteg-ellátást használják, majd saját vagy mások

kérésére kórházba kerülnek, ahol intenzív gyógyszeres kezelést kapnak, hazakerülnek, otthon vannak, szedik a háziorvos vagy a járóbeteg-gondozást végző pszichiáter által felírt gyógyszereket, míg állapotuk miatt újra kórházba nem kerülnek. Több esetben előfordult, hogy két-három kórházi bennfekvés után évekig stabilizálódik az állapotuk annyira, hogy nem kell kórházban kezelni őket, majd újra olyan állapotba kerülnek, hogy elkerülhetetlenné válik a kórházi kezelés. Az egészségügyi intézmények mellett sok esetben közösségi-szociális intézményeket is igénybe vesznek, ahol többnyire betegtársakkal töltik idejüket. A teljes közösségi izolációt elkerülendő többen járnak pszichiátriai betegek számára létesített nappali klubba vagy önszolgáltató csoportba. „Egészséges szemmel néztek rám, hiszen mindenki sorstársam volt” (Vali). A szinte teljes izolációt jelentő bentlakásos szociális otthonban három interjúalanyunk él. Az intézményes karrier nem csak a társadalmi izolációt erősítheti, hanem a velük szemben lévő stigmát és diszkriminációt is (14).

Kezelések

„Más ember lettem, meghízta” (Márk). Minden interjúalanyunk szed valamilyen gyógyszert (négyen depóinjekció formában), jellemzően többfélével is. Ez a többségnek problémát jelent: elhíznak, aluszékonnyá válnak, lassul az agyműködésük stb. Interjúalanyaink fele megkísérelte elhagyni gyógyszereit, vagy önállóan, vagy kezelőorvosuk felügyelete mellett fokozatosan csökkentették adagjukat. „elmentem a csajhoz (főorvos asszony – a szerk.), hogy állítson le róla,

mert a kezelőorvosom nem akarta. Konkrétan rosszul voltam tőle” (Jázmin). „Azt mondta (a járóbeteg-rendelésen az orvosa), hogy jó, hát ezeket most szeded és akkor úgy fokozatosan csökkentjük” (Csaba). Valamennyi gyógyszer szedését többen elfogadják, ami a betegség elfogadását is jelentheti, vagy azt, hogy a kritikus állapotok gyógyszerek segítségével elkerülhetőek, a hétköznapok fenntarthatóak. A gyógyszeres kezelés mellett megjelennek más terápiás kezelések is az életutakban. Többen sokféle alternatív kezelést kipróbáltak (meditációs tanfolyam, gyógynövények), és más terápiát is (kórházi rehabilitáció, családterápia, hipnózis, pszichoterápia, irodalmi csoport, művészetterápia, csoportterápia), vagy nappali klub által szervezett csoportokba esetleg önszolgáltató csoportokba jártak. Általános vélemény, hogy a kórházi kezelés (többen elektrosokk-kezelést is kaptak) „rettenetes volt, rettegtem tőle. És akkor utána meg-sokkoltak, tehát hatot kaptam” (Márk). Szerintük a kórház nem megoldás, többen észrevették magukon a hospitalizáció jeleit, vagy ezzel ellentétben kényszerkezelésnek tartották a kórházi kezelést. „Tudod milyen egy kórház, beleszagosz a levegőbe és már azt mondom, Úristen, innen menekülnék” (Jázmin). Felvetődik a kérdés, hogy elképzelhető-e a folyamatos egészségügyi ellátás elhagyása, létezik-e valamilyen stabilizálható és fenntartható állapot e nélkül. Vajon mi okozza azt az állapotváltozást, aminek következtében elkerülhetetlenné válik a kórházi kezelés? Maga az egészségügyi ellátórendszer van-e hibásan felépítve, s bent tartja a betegeket a túlzott gyógyszeres, intézményes kezelésekké, vagy a traumatizált gyermekkor és a félresiklott, „nem valós” felnőtt élet teszi lehetetlenné a teljes értékű társadalmi részvételt? Milyen út van tovább?

Jövőkép

„Tehát addig gyűjtöm az élettapasztalatot, és akkor szeretnék majd írni...” (Csaba). Az interjúk során főképp a múltjukról beszéltek részletesen és elemző szemlélettel interjúalanyaink, és több mint a harmaduk nem fogalmazott meg semmilyen jövőképet. Akik jövőjükéről beszéltek, azok közül ketten bizonytalanságot vagy reménytelenséget fogalmaztak meg, viszont sokuknál megfogalmazódik a rendezett párkapcsolat, család és a gyerek utáni vágy, leszokás a gyógyszerekről, a munka, egy hétköznapi élet. Szintén többeknél megjelenik valamilyen művészeti tevékenységgel való foglalatosság, mint könyvírás, festés és kiállításrendezés, kerá-

míázás, illetve ketten terapeuták (művészet, pszichiáter) szeretnének lenni, másokon, sors-társaikon segíteni.

Identitás

Az alábbiakban bemutatjuk, hogy interjúalanyaink hogyan értelmezik, látják saját életútjukat, a pszichiátriai betegséget, önmagukat mint pszichiátriai beteget. Először megvizsgáljuk, hogy szerintük mi volt az oka az első pszichiátriai intézménybe kerülésüknek, illetve a betegségüknek, állapotuknak. Majd leírjuk, hogyan viszonyulnak a pszichiátriai betegséghez, az intézményekhez, és hogyan alakult identitásuk.

A legtöbben egy konkrét traumához (haláleset, válás) kapcsolják első intézménybe kerülésüket. „összepakolt és eltűnt (a feleség – a szerk.). Na akkor megbuktam és öngyilkossági kísérletet hajtottam végre” (Bálint). De van, hogy túl sok a stressz, túl sok a teher az iskolában, a munkahelyen, az emberi kapcsolatokban. „Nagyon-nagyon csúnya időszak volt. [...] nagyon sokat túlóráztam [...] És otthon apám akkor volt a legbetegebb időszakában, mint ugye már alkoholista” (Ilona). Többnyire arról számolnak be, hogy nehezen mennek társaságba, félnek az emberektől, szoronganak, vagy erős testi tünetek (például fejfájás) jelennek meg. Betegségük, állapotuk okaként interjúalanyaink többsége a (rideg, szeretet nélküli) családot említette „Nem szerettem anyukámat, nem ismertem” (Pál), 11-en ezen belül is az apával való kapcsolatot, vagy annak a hiányát (bár sok esetben fizikailag jelen van). „Apám az egy feudális beállítottságú volt [...] maximális uralmú családfenntartó” (Ilona). A családi kényszerről is sokan beszámolnak (például bigott vallásosság, vagy természettudomány tanulása) „a betegség kialakulásának kezdeteivel az, hogy [...] Ő (apa – szerk.) a materialista fölfogásait meg képzeteit, azt mintegy belém erőszakolta” (Csaba). Többen mondták a munkahelyi stresszt, illetve azt, hogy állapotuk örökletes is lehet (hatan). „Örökletes, apai ágon két agybajos is van” (Márk). Négyen arról tudósítottak, hogy még magzatként vagy újszülöttként sérültek, ketten, hogy a kábítószer okozta az állapotukat, míg ketten arról számolnak be, hogy olyan szexuális problémáik, szorongásaik voltak gyerekkorukban, amit nem tudtak kezelni. Összességében sokféle magyarázat megjelent, ugyanakkor a gyerekkori trauma, illetve a család szerepe meghatározónak tűnik.

A betegséghez való viszonyuk, identitásuk jellemzően ambivalens, a többség valamilyen formában próbálja elfogadni, hogy ő beteg (hiszen

mindenki a szűkebb és tágabb környezetében annak tartja). „Tényleg nagyon sok baj van velem” (Jázmin). Ugyanakkor ezt többnyire mégsem tudják teljes mértékben magukévá tenni (eddiggi kutatásaink alapján elsősorban a pszichiátriai beteg szerep negatív megítélése miatt). „Szkizofréniával akartak kezelni, de nem egyeztem bele a diagnózisba sehogy se” (Bálint). Többben úgy távolítják maguktól a pszichiátriai beteg szerepet, hogy ez a múlt, de ennek már vége. „Meggyógyultam, de szedem a gyógyszert” (Csaba). Vagy más betegséget hangsúlyozzák (például cukorbetegség, drog). „Én már soha nem fogok rendes életet élni, drogos vagyok, szükségem van a gyógyszerekre” (Jutka). Ezt könnyebb elfogadniuk, mint a pszichiátriai betegséget, vagy egyszerűen megpróbálják elfelejteni a betegségüket, semmissé tenni a hétköznapi életben. „El kell felejteni, beteg vagyok, úgy tudok funkcionálni” (Jázmin).

Vannak, akik teljes mértékben elfogadják a beteg szerepet, átveszik az orvosi értelmezést, úgynevezett „jó betegek”, s vannak, akik teljes mértékben elutasítják a pszichiátriai betegséget, tudják, hogy ők mások, de ezt állapotnak vagy képességnek tekintik, úgy érzik ők nem hétköznapi emberek, kitűnnek a többiek közül. Többen is a betegidentitás helyett valamiféle valóságos identitást próbálnak meg kialakítani, ami valamiféle kapaszkodóként is szolgálhat számukra, s értelmet adhat a velük történeteknek. „valami nagyon nagy misztikus élményem volt [...] Isten szemét láttam” (Dániel). Sokan vannak, akiknek eleinte nem volt betegségtudatuk, aztán a későbbiekben kialakult, s többen megtanulták úgy mond kontrollálni állapotukat.

Élettörténeteikre jellemző egyfajta analitikus szemlélet, folyamatos értelmezése, magyarázata életeseményeiknek. „...és akkor kezdődött el a lelki problémáknak a hivatalos minősítése, illetve akkor erősödtek föl a lelki zavaraim. És attól kezdve zavart meg kusza meg mindenféle bonyodalmakkal terhes az életutam” (Csaba). Ennek oka lehet, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve feltehetőleg számtalanszor el kellett mesélniük élettörténetüket.

Az intézményekhez való viszonyukat nagymértékben meghatározza a betegséghez való viszonyuk. Akik elutasítják a betegidentitást vagy ambivalensen viszonyulnak hozzá, azok jellemzően negatívan viszonyulnak a pszichiátriai ellátórendszerhez. Heten egyértelműen negatívan nyilatkoztak a kórházról, zárt osztályról, intézetekről, börtönként, kínzásként, kényszerkezelés-

A betegséghez való viszonyuk, identitásuk jellemzően ambivalens.

Interjúalanyaink társadalmi részvétele nem teljes, jelentős korlátokba ütközik.

ként, egyfajta növényi létként vagy kísérleti nyúlként élték meg, ahol róluk, de nélkülük döntenek, ahol erőszakos kezeléseket kapnak és a betegek közt még betegebbé válnak. „A pszichiátriai osztályon önkényeskedések vannak, vagyis hát a pszichiáter azt tesz, amit akar” (Csaba). Sokan emellett úgy érzik, hogy nem tudnak rajtuk segíteni, becsapják őket. „Képesek így elbizonytalanítani az egyébként is bizonytalan vagy lelki problémával küzdő embereket... [...] még rosszszababbul is lettem a pszichológusnál” (Csaba). Vannak, akik ambivalensen viszo-

nyulnak a pszichiátriai intézményekhez, nem szeretik őket, de maguktól bemennek, ha kell, és/vagy elfogadják a gyógyszeres kezeléseket. Ők úgy érzik, ez segít rajtuk, el tudják látni a családjukat vagy jobban érzik magukat tőle, de a mellékhatások azok rosszak. Az úgynevezett „jó betegek” elfogadják, sőt szeretik az intézményeket. „3-szor voltam ebben az épületben, már úgy ismerem, mint a tenyeremet, szeretek itt lenni, jó az ennivaló, ha az ember szót fogad jól bánnak vele” (Pál). Náluk azonban megjelenik egyfajta hospitalizáció is, az intézet jó, védett hely, ahol nem kell szembenézni a kinti világ nehézségeivel, a munkakereséssel, a rossz kapcsolatokkal stb. „Nehezen tudtam hazaköltözni is, nagyon nehéz, mert ott bent mindent szabad, azt csinálsz amit akarsz, és háromszor megetetnek, neked csak le kell vonulni egy ebédlőbe, ahol remekül főztek rettenetesen aranyos asszonyok, és mindig finom volt az ebéd, és akkor mi annyit hülyültünk, amennyit csak akartunk, és akkor haza kell jönni és neki kell állni munkát keresni, ami nincs, és kezdődik a sodródás, kezdődik az ellenségeskedés a világgal, szóval nagyon nehéz visszazökkenni” (Jutka). Nyolc interjúalanyunk említ nappali klubokat, önsegítő szervezeteket, amikről pozitívan nyilatkoznak, itt elfogadják őket, közösséget jelent számukra, sorstársakkal vannak és támogatja őket abban, hogy önállóbbá váljanak.

Következtetések

Az általunk felvázolt életutakból megállapítható, hogy interjúalanyaink társadalmi részvétele nem teljes, jelentős korlátokba ütközik. Nem tudnak önálló életet élni, sok esetben nincs családjuk, magányosak, többségük nem képes önelátásra, életük intézményközpontú. Interjúalanyaink társadalmi, közösségi részvétele külön-

böző módokon és mértékben valósul meg. Az alábbiakban összegyűjtöttük, hogy interjúalanyaink maguk milyen akadályokat és lehetőségeket látnak társadalmi részvételükre. A társadalmi részvételt támogató tényezőként négyen kifejezetten saját kitarításukat és motivációjukat említik, megtanulják kezelni és kontrollálni állapotukat és folyamatosan keresnek újabb megoldásokat a mindennapok kiegyensúlyozottabbá tételére és az önálló életvitel kialakítására. Jellemzően ők azok, akiknek vannak céljaik, vágyaik, és nem adták fel a teljes gyógyulás reményét. Őt ember említi, hogy a vallásban, különböző gyülekezetekben talált támaszra. Többen említik a támogató családi közeg (nagycsalád vagy unokák, testvér) fontosságát, öten az anyát, illetve hárman a házastárs, segítő jelenlétét. A felépülés folyamatában ketten említenek valamilyen állatot (macska, ló), és ketten gyerekekkel való foglalkozást mint terápiás hatást. A krízisen való átsegítést többen valamilyen szervezett társasághoz, internetes segítő csoporthoz, laikus segítőhöz, vagy régi barát jelenlétéhez kapcsolják, hárman a klubéletet említik, illetve a kibeszélés, beszélgetés, társaságba járás fontosságát hangsúlyozzák. Mindössze interjúalanyaink negyede számolt be arról, hogy az orvosok (pszichiáter, háziorvos) segítették őket. A munka és a tanulás is megjelenik mint ösztönző tevékenység.

A társadalmi részvétel szempontjából az egyik legtöbbet említett akadály a betegség vagy az állapot maga. Az állapotukat gyakran mások, a környezet nem tudja kezelni, negatívan reagál rájuk. A pszichiátriai betegség diagnózist nehezen fogadják el, gyakran szégyelli az érintett maga és a közvetlen környezete is. Sokan említették, hogy a betegség megbélyegzi, stigmatizálja őket és a családjukat a közösségben (elsődleges, másodlagos deviancia fogalma) (15). Az, hogy tudományos szinten is megjelent a szkizofrénia újragondolásának igénye (16), jelentősen segítheti a diagnózis okozta stigma csökkentését. Sokan kritizálják az orvosok, kórházak működését, sőt kifejezetten kártékonynak tartják, különösen a gyógyszerek mellékhatásai (elhízás, nyálfolyás stb.) akadályozzák megállapításuk szerint a közösségi részvételt. Többen magányosnak, meg nem értettnek érzik magukat (szétmegy a házasságuk, a gyereke terhére lesz, családban tabutéma az állapotuk) és félnek a külvilágtól. Többen megfogalmazzák, hogy napjaik értelmetlenül, semmittevéssel telnek el, egész nap alszanak, nincs kedvük élni, ennek következtében hullámzó a kedélyállapotuk. Akadályozó tényezője a társadalmi részvételnek elmondásuk szerint, hogy nem szólhatnak bele saját életükbe,

nem hozhatnak döntéseket róla, mások és ők maguk is lemondanak önmagukról, úgy érzik nincs remény, nincs kiút.

A pszichiátriai betegségek kialakulásának vizsgálatakor a klasszikus orvosi szempontú megközelítések esetében is a genetikai sérülékenység, a korai környezeti hatások és a stressz mellett egyre több kutatónál hangsúlyossá válik a pszichoszociális tényezők felértékelte szerepe; ez az úgynevezett szociális fejlődés modellje (17). Van Os és társai a pszichiátriai betegségeket nem állandó állapotként, hanem folyamatként fogják fel; modelljükben a hajlam-állandóság-károsodás szakaszait határozták meg. Szerintük az emberek életének során többször is előfordulhat pszichotikus szakasz, melynek végkimenetele lehet pozitív, vagy negatív, melyben a genetikai rizikófaktorok mellett a környezeti rizikófaktoroknak is jelentős hatása van. Pozitív kimenetelnek azt tekintették, amikor az érintett és a környezete a pszichotikus szakasz kialakulásakor felismerik az állapotot, és megelőző, védekező mechanizmusokat alkalmaznak (reziliencia), míg negatív kimenetelnek, amikor az érintett a pszichotikus szakaszt klinikai kezeléssel és károsodással kénytelen lezárni. Az általuk átvizsgált szakirodalom szerint leginkább a gyermek- és felnőttkori traumák, a kannabiszhasználat és a nagyvárosi környezet, migráns státusz vezethet az állandósult pszichotikus állapot kialakulásához (18). Az interjúk alapján a szerzők rendszerszinten akadályozó tényezőként azonosították a betegség diagnózist, a pszichiátriai intézményes karriert, a pszichiátriai betegség stigmáját. A diagnózis az intézményes karrier kezdetét jelenti. Innentől kezdve az egyén egy zárt, védett világ részévé válik, a többségi társadalomtól elkülönítve éli az életét. Jellemzően a magyar pszichiátriai intézmények a rendszerben tartják az embert, és nem segítik, hanem akadályozzák a társadalmi integrációt, részvételt (19). És a társadalmi részvétel hiánya súlyos következményekkel járhat. Ahogy *Sen* fogalmaz „... a társadalmi kirekesztés közvetlenül része a lehetőségektől való megfosztásként értelmezett szegénységnek. Jó példa erre *Adam Smith* megállapítása, amelyben a megfosztottság egyik eseteként azt említette, ha az ember nem képes szegyenkezés nélkül megjelenni mások társaságában. Ez a közösségi életben való részvétel fontosságához, és végső soron ahhoz az arisztotelészi megállapításhoz kapcsolódik, mely szerint az egyének élete mindenképpen „társas” élet. [...] a társas kapcsolatból való kirekesztettség más megfosztottságokhoz is vezethet, melyek tovább korlátozzák életlehetőségeinket. A kirekesztettség például a foglalkoz-

tási lehetőségekből vagy a hitelekhez való hozzájutásból gazdasági elszegényedéshez vezethet, ami további megfosztottságokat – alultápláltságot vagy hajléktalanságot – okozhat” (20).

Interjúalanyaink többsége a középiskolát képes volt befejezni, de a munkaerőpiaci megjelenésük problémás volt. Több esetben már a diagnózisuk előtt sem volt támogató a családi környezet, problémásak voltak emberi kapcsolataik: nincs szoros viszony a családtagokkal, nem segítenek neki, döntenek helyette, visszaélnék a bizalmával. Felnőttként sokuknak nem sikerül családot alapítani, vagy ha sikerül, az kudarcra végződik. A kialakult betegserep felelősség nélküli életet biztosíthat interjúalanyaink számára, ugyanakkor kizárja őket a közösségi életből. A betegsereppel együtt járó stigmatizáció hozzájárulhat az egyén kizárásához a helyi közösségekből, a munkaerőpiacról, megfoszthat normális emberi kapcsolatokról. *Corrigan* kutatása szerint a mentális betegséggel élők makroszintű diszkriminációjának két meghatározó faktora van: az egyik, hogy az állami és a magánintézmények korlátozzák a mentális betegséggel élők lehetőségeit, a másik, hogy az intézményi politikák (biztosítási rendszer, szülői jogok korlátozása) – nem szándékolt – következménye is a kirekesztés (21).

Interjúalanyaink egy része képes valamilyen formában a közösségben való részvételre, míg mások kevésbé. „Pár évig sokat voltam kórházban, nagyon rosszul voltam aztán elhagytam a gyógyszereimet. Végül megelégettem az egészet és elhatároztam, hogy megpróbálom bebizonyítani, hogy talpra tudok állni, valamiféle önállóbb életet el tudok érni és ez odáig ment, hogy szakmát tanultam és jelenleg ebben a szakmában dolgozom” (Csaba). Úgy tűnik, Magyarországon ez elsődlegesen az egyéni motivációkon múlik. Aki nem fogadja el teljesen a végleges beteg identitást, az intézményes életutat, akinek vannak céljai és vágyai, az sokkal inkább képes részt venni a közösségi, társadalmi életben.

További kutatásainkban szeretnénk választ kapni arra a kérdésre, hogyan lehet pszichiátriai diagnózissal teljes értékű életet élni a társadalomban. A pszichiátriai ellátórendszerben, helyi közösségekben mik lehetnek azok a támogató tényezők, amik elősegíthetik ezeknek az embereknek az egyenlő módon történő közösségi részvételét.

TÁMOGATÁS

Bányai Borbála: NKFI-PD OTKA (121202).

Légmán Anna: NKFI-K OTKA (112079).

Irodalom

1. Fernezely B, Légmán A. A skizofrénia társadalmi narratívái. Budapest, Hilscher Rezső Alapítvány: *Esély* 2003;6: 39-57.
2. Bányai B, Légmán A. Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. Budapest, Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2009;2:68-84.
3. Légmán A. Állandóság vagy átalakulás? A magyar pszichiátriai ellátórendszeréről (Stability or transformation? About the Hungarian psychiatric care system). *Replika* 2011;74: 169-87.
4. Jablensky A, Sartorius N. What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin* 2008;34(2):253-5. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm151>
5. Gwinner K, Knox M, Brough M. Making sense of mental illness as a full human experience: perspective of illness and recovery held by people with a mental illness living in the community. *Social Work in Mental Health* 2013;11(2). <https://doi.org/10.1080/15332985.2012.717063>
6. Bugarszki Zs. A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. Budapest: Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2013;5:68-85.
7. Cole M, Cole S. Fejlődéslelektan. Budapest: *Osiris*; 2006.
8. Hirani SS. Social support intervention to improve resilience and quality of life of women living in urban Karachi, Pakistan: A randomized controlled trial. 2003. letöltve: 2017. 10. 21: https://era.library.ualberta.ca/files/cxg94hp86m/Hirani_Saima_S_201703_PhD.pdf
9. Romme M, Escher S, et al. Élet a hangokkal – 50 felépülés-történet. 2009.
10. Rosenthal G. Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt/New York: Campus; 1995.
11. Schütze F. Zur hervorlockung und analyse von erzählungen thematisch relevanter geschichten im rahmen soziologischer feldforschung. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung. München: Fink; 1976.
12. Pászka I. Narratív történetformák (Narrative story forms). Szeged: *Belvedere*; 2007.
13. OECD Sick on the job? Myths and realities about mental health and work, mental health and work, OECD Publishing, 2012. letöltve: 2013. 10. 21: <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
14. Harangozó J, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013.
15. Sampson RJ, Laub JH. A life-course theory of cumulative disadvantage and the stability of delinquency in advances in criminological theory. 1997;7:1-29. letöltve: 2017. 10. 28: http://scholar.harvard.edu/files/sampson/files/1997_act_laub.pdf
16. Maj M. Understanding the pathophysiology of schizophrenia: are we on the wrong or on the right track? *Schizoph Res* 2011;127:20-1. 10.1016/j.schres.2011.01.002 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.01.002>
17. Kéri Sz. Kemény és puha adatok a diagnosztikában/Soft and hard data in diagnostics. *Magyar Pszichológiai Szemle, Magyar Pszichológiai Társaság folyóirata. Budapest: Akadémiai Kiadó; 2013;68(1):127-40.*
18. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 2009;39(2):179-95. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
19. Csurgó B, Kondor Zs, Légmán A. Zárt közösségből a helyi közösségbe? A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak egy alföldi kisvárosban. *Kultúra és közösség*; 2016;1:47-61.
20. Sen A. Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I. Budapest: Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2003;2 letöltve: 2011.07.23 http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_6/SEN.pdf
21. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist* 2004;59(7):614-25. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>



HÍR

Hevesy- emlékülés

MTA Orvosi Tudományok Osztálya, Orvosi Diagnosztikai Tudományos Bizottsága, az Országos Onkológiai Intézet, valamint a Hevesy György Magyar Orvostudományi Nukleáris Társaság Onkológiai Munkacsoportjának rendezvénye

2019. november 11.

Magyar Tudományos Akadémia– Felolvasóterem
(1051 Budapest, Széchenyi István tér 9.)

Hevesy György, a magyar származású kémiai Nobel-díjas (1943) 70 éve vehette át a Copley-érmet, amire különösen büszke volt és úgy nyilatkozott: „A közönség azt hiszi, hogy egy kémikus számára a Nobel-díj a legnagyobb kitüntetés, amit tudós elnyerhet, de nem így van. Negyven-ötven kémikus kapott Nobel-díjat, de csak tíz külföldi tagja van a Royal Societynek, és ketten (Bohr és Hevesy) kaptak Copley-érmet.”

Ezen fontos esemény nemcsak a magyar orvostudomány egyik létfontosságú pillére, de az egész világ számára olyan örökség, amely nélkülözhetetlen és folyamatos eredményeket és lehetőségeket nyújt az orvoslás és kutatás számára.