

1. Bevezető megjegyzések

1.1. A kutatás kiindulópontjai

Kutatásunkban azt terveztük, hogy a.) skizofrének tekintett b.) skizofrének környezetében élő c.) skizofréneket kezelő személyekkel készítünk narratív élettörténeti interjúkat.

Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk, hogy a skizofrének diagnosztizált betegek narratívái a társadalom által felkinált narratívákon (pl. pszichiátriai, vallási, ezoterikus, politikai, etnikus, stb.) alapulnak-e, ill. hogy azokat a beteg a saját betegségéhez ill. beteg státuszához való viszonya függvényében hogyan építi be saját életrajzi elbeszélésébe. Választ kívántunk adni emellett arra a kérdésre, hogy hogyan hat a skizofrének nevezett személy identitására, illetve teszi nehezzé gyógyítását az, hogy egy olyan intézményrendszerben kezelik, amelynek beszédmódja a diskurzív kizáráson alapul, azaz hogy a beteg hogyan kezeli azt a paradox helyzetet, amelyben mind a pszichiátriai diskurzus elutasítása, mind annak elfogadása valamilyen módon az ő el nem ismerését, a társadalomból való kirekesztését jelenti. Kíváncsiak voltunk továbbá arra is, hogy a mai magyar pszichiátriai iskolák mennyiben tették magukévá az antipszichátriai mozgalom által képviselteket, s hogy hogyan jelenik meg a fenti paradoxon a pszichiátriai diskurzusban, illetve a pszichiáterek saját élettörténeti narratíváiban. Mindezek mellett arra is rá kívántunk látni, hogy ez a pszichiátriai diskurzus hogyan hat a betegek környezetében élő személyekre, illetve a betegekkel való interakciójukra.

1.2 Módszerek rövid összefoglalása

Mindezen problémák megválaszolására – korábbi, más témájú, de hasonlóképp a narratívában megfogalmazódó un. narratív identitással foglalkozó kutatások alapján – a legalkalmasabbnak az a narratív interjú módszer kínálkozott, mely az interjúzás szintjén az elbeszélő szöveg struktúrájának és mikéntjének a kialakítását lényegében teljes egészében az interjúalanyra bízta, s amely az elemzésben az elbeszélő és a megélt élettörténet fogalmi szétválasztásával és azok függetlenként való elemzésével lehetővé teszi az elbeszélő saját, belülről megfogalmazott és a külvilágnak kifelé az élettörténeti tényekben megmutatott történet egymásra vetítését, összehasonlítását.

A narratív interjúkat és elemzésüket egészítette ki az eredeti terven felül egy antropológiai jellegű terepmunka egy pszichiátriai osztályon. Ennek az a hozadéka, hogy az interjúkból származó információk olyan megfigyelések adataival egészülnek ki, amelyeket maga a kutató, a külvilág képviselője végez, tehát a külvilágot nem csak a diskurzus elemzése, a megélt és elmesélt életörténet összevetése és a híres betegekről írt életrajzok elemzése révén érzük el, hanem saját magunk is megtapasztaljuk azt.

Ugyanakkor persze nem maradt el a 2005-ben a projektbe “beemelt” terv, a híres skizofrének ill. pszichiátriai betegek élettörténetének, irodalmi műveinek, naplójának és róluk szóló irodalomnak az elemzése sem, ahol persze egyesültek a szempontok: a narratív identitás megjelenítésére, változásaira és a pszichiátriai diskurzus szövegbe való beépülésére, elbeszélésére koncentráltunk.

S emellett természetesen nem maradt el a pszichiátriai diskurzusnak mindezekén túli, a pszichiátriai szakirodalom feldolgozása alapján történő elemzése sem (kiemelt figyelmet szentelve a szakma bibliájának tekintett BNO kódrendszer elemzésére).

1.3. Eltérések az eredeti tervtől, a projekt bővülései

Azt reméltük, hogy kutatásunk a fentiek alapján hozzájárul majd a skizofrénia gyűjtőfogalom alá sorolt betegség jobb megértéséhez, és ahhoz is, hogy megértsük, hogyan lehetne az intézményi struktúra ill. nyelvezet megváltoztatásával könnyebbé tenni e betegek s környezetük (beleértve ebbe magát az egészségügyi környezetet is) helyzetét, kezelését, gyógyítását.

Most, amikor abban a helyzetben vagyunk, hogy összegezzük kutatásunk eredményeit, kijelenthetjük, hogy célkitűzéseinket sikerült megvalósítanunk. A kutatás folyamán azonban világossá vált számunkra, hogy a skizofrénia ill. skizoid betegségek csoportja, a diagnosztikus címkék, melyet a pszichiátriában a WHO számára egységesítő BNO kódrendszer megpróbál egzaktul leírni, az orvosi gyakorlatban gyakran keverednek, sok olyan beteggel találkoztunk, akinek betegségét hol depresszióként, hol valamely skizoid csoportba tartozó kórképként írtak le

Ennek a kutatás praktikuma szintjén az lett a következménye, hogy nem tartottuk magunkat ahhoz a kezdeti célkitűzésünkhöz, hogy csak a skizofréniaival, ill. skizoid szindrómákkal foglalkozunk, hanem kiterjesztettük a vizsgálatba bevontak körét a pszichiátriai diagnózissal kezeltre. Részben tehát készítettünk interjúkat depressziós betegekkel, s a depresszióra vonatkozó irodalommal is dolgoztunk.

Emellett, ahogy 2005-ös részjelentésünkben említettük, terveztük híres skizofrének önéletírásainak és élettörténetének feldolgozását is. Végül egy híres depressziósról szóló tanulmányunk készült el, ami a pszichiátriák világának bemutatásán túl a megfelelő mennyiségű szakirodalom és a bőségesen rendelkezésre álló életrajzi adat segítségével egy pszichiátrián kezelt egyén narratív identitásának alakulását tudja nyomonkövetni.

Mindezekon felül, szintén túl az eredeti terveken, a fent említett, egy pszichiátriai osztályra koncentráló esettanulmányunk, mely az ott folyó diskurzus és működésmód mélyebb megértése érdekében született, szintén inkább a depresszióra koncentrált, mert az osztály, ahová befogadtak bennünket, erre a betegségre specializálódott.

Ugyanakkor az általunk készített interjúkból és a pszichiátriai osztályon tett látogatásainkból az is egyértelművé vált, hogy a skizofrének, a pszichiátrián kezelt betegek a társadalom stigmatizált tagjai. Szükségét éreztük annak, hogy megvizsgáljuk, hogy vajon milyen lehetőségeik vannak ezeknek az embereknek a társadalomba való integrációra. Az egyik legfontosabb integráló erő a munka világa, ezért a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci helyzetén keresztül próbáltuk meg egy tanulmány keretein belül bemutatni, hogy a társadalom különböző szereplői, intézményei (állam, civil szféra, piaci szféra) mennyire támogatják (illetve akadályozzák) a pszichiátriai betegek integrációját.

1.4 Nehézségeink

Kutatásunk legkomolyabb nehézsége – ahogy arról már a 2004. évi beszámolóban is tettünk említést – az interjúalanyok elérése volt. Szemben más, korábbi kutatásainkkal, az intézmények a legtöbb esetben nem szívesen támogatták azt, hogy interjúkat készítsünk a betegekkel.

Továbbá korábbi kutatások tapasztalataiból tudjuk, hogy személyes élettörténet elbeszélésére az interjúalany saját privát környezete a legalkalmasabb, s pl. egy egészséges ember esetében a munkahelyen készült interjúban az elbeszélő nem magánemberként, hanem munkavállalóként jeleníti meg önmagát. Így a betegek esetében a kórházi környezetben készült interjú erősítette a beteg beteg-szerepben való mutatkozását, a pszichiátriai diskurzus magára vételét, ami esetünkben megnehezítette annak tisztázását, hogy ez mennyire része a

“privát” narratív identitásuknak. Mindazonáltal volt néhány intézmény, ahol megkaptuk a kellő támogatást ahhoz, hogy találjunk olyan betegeket, akikkel privát helyzetben készíthettünk interjút.

A következő nehézséget mindezek után a környezet megkérdése jelentette, hisz az ő elérésükhöz az intézmények – a személyiségi jogok messzemenően jogos védelme alapján – nem tudtak minket hozzásegíteni, a betegeknek pedig egy jelentős része nem óhajtotta, hogy a családtagjaikat megkeressük. Végül azonban itt is sikerrel jártunk, találtunk betegeket, akik ehhez is hozzájárultak.

A legutolsó nehézségünk az interjúzás szintjén abból fakadt, hogy az orvosok – szintén a fent említett munkahelyi-, intézményi helyzetben kialakult kapcsolat okán – nem szívesen fordították át az interjú helyzetet úgy, hogy abban mint privát személyek (is) megjelenjenek, s ezért személyes élettörténetüket nem szívesen bízták ránk. Ez azonban egy olyan paradoxon, amelynek feloldása nem látszik lehetségesnek akkor – ahogy az esetünkben is történt -, ha egy orvossal egy adott beteg kapcsán, tehát orvosi szerepében megkeresve őt, készül interjú.

Mindazonáltal sikereként könyvelhetjük el azt, hogy végül elkészült kb. 1000 gépelt oldalnyi interjú, melynek kb. a kétharmadát teszik ki a beteg interjúi, s a fennmaradó egyharmad egyharmadát az egészségügyi dolgozókkal, kétharmadát a családtagokkal készült interjúk.

Mindazonáltal a fenti nehézségek nem okozták a kutatás “ellehetetlenülését”, csak az eredetileg tervezetthez képest komoly időbeli csúszást eredményeztek. További nehézséget okozott, hogy azok, akikkel a kutatást eredetileg elterveztük akkor még egyetemisták voltak, s menet közben elvégezvén az egyetemet kénytelenek voltak olyan munkát vállalni, ami nem tette a továbbiakban lehetővé a kutatásban való részvételüket. Így alakult ki az a helyzet, hogy a kutatást mások fejezték be, mint akik elkezdték.

Pénzügyi vonatkozásban a következő problémáink voltak: A kutatás kibővülése okán több személyi jellegű költségre volt szükségünk, mint ahogy terveztük. Másrészt súlyos krónikus betegségem nem tette lehetővé, hogy az utazási keret terhére nemzetközi konferenciákon vegyek részt. Ennek megfelelően az utazási költségek és a készletbeszerzés terhére eszközöltünk több személyi kifizetést, amiért szíves megértésüket kérjük.

2.1. Eredményeink

Mindezek után térjünk át eredményeink ismertetésére. A fent említett, s legélt interjúk elemzéséből született Fernezelyi Bori és Légmán Anna A skizofrénia társadalmi narratívái c. esettanulmánya, mely az Esély c. folyóiratban is megjelent még csak beteginterjúkon alapult. Fernezelyi Bori és Légmán Anna írása arról szól, hogy a skizofrénia másság. A skizofrén máshogy viszonyul az őt körülvevő világhoz, másként észleli a környezetét, más valóságban él, mint az adott közösség tagjai. Nem arra keressük a választ, hogy miért alakult ki ez a másság, hanem hogy hogyan élheti meg másságát az egyén a társadalomban, ahol őt elmebetegnek tartják. Vajon hogyan, mennyiben határozza meg élettörténete, identitása alakítását a társadalom, ahol él? Hogyan lehet a másságot, a közösség által nem elfogadott másságot szavakba önteni? Milyen keretek állnak rendelkezésre a társadalomban, milyen keretek között válik megfogalmazhatóvá önmaguk és mások számára narratívájuk?

A társadalom által a skizofrének számára felkínált értelmezési keret a betegség-narratíva. Az élettörténet betegségtörténetként való megfogalmazásával élményeik, érzéseik másokkal megoszthatóvá válnak. A betegidentitás kialakulása azonban megköveteli, hogy valamilyen szinten azonosuljanak az elmebetegek társadalmi megítélésével. A mertoni terminológiát használva az egyén konform módon alkalmazkodik a társadalmi elvárásokhoz,

önmeghatározása alapját a közösség által elfogadott betegségkép alkotja. A betegség-narratíva magyarázatot ad másságukra, felmenti őket számos társadalmi kötelezettség, viselkedésük következményei alól. Felmentést adhat önmaguk számára is, hiszen bárki más is megbetegedhet, ugyanakkor viselniük kell a megbélyegzettség, a kiközösítés, a velük való (sokszor embertelen) bánásmód terhét.

A posztmodern társadalmakban elfogadottá, elfogadhatóvá vált a másság, a sokféleség. A skizofrének nyilvánított egyének életeseményeinek betegségként való összefűzése az értelemképződésnek csak az egyik lehetséges iránya. A koherenciára való törekvés – hogy az eseményekből egymással összefüggő értelmek képződjenek – az identitás alakulásának egyik meghatározó eleme. A skizofrénia megnyilvánulásai különböző értelmezési keretekben különböző értelmet kaphatnak. Akár egy élettörténeten belül is megjelenhet többféle, egymást kiegészítő vagy párhuzamosan haladó (vagy egymásnak ellentmondó) narratíva. Hogy melyik narratív keret vesz részt az identitás alakulásában, azt befolyásolja az egyén társadalmi környezete, élettörténeti jelene, hogy az adott keret mennyire illeszkedik az egyén élettörténetéhez, mekkora a „koherencia teremtő képessége”.

A narratíva, amely életeseményeink megfogalmazásának vezérlő fonálát adja, szinte minden esetben egy közösség narratívája is. Az egyén másfajta (többségtől eltérő) tapasztalása ellenére az interszubsztitívitás, az individuumon kívüli, közösségi nézőpont legtöbbször jelen van az elbeszélésben. Az elmebetegség élettörténeti narratívába foglalásának a betegbelátás, az elmebetegséget elfogadó önmeghatározás csupán az egyik formája.

A „betegség” vallásos köntösben vagy akár kalandregény formában realizált elbeszélése alternatívát jelenthet a skizofrének nyilvánított egyén számára: megteheti, hogy élettörténetét ne betegségként fogalmazza meg. A társadalom többsége számára az olyan narratíva, melyben a skizofrén egyénben nem alakul ki betegbelátás, betegidentitás nem

elfogadható. Elképzelhető az is, hogy a skizofrének elbeszéléseiben a nyelvhez való másfajta viszonyuk miatt (Doubt, K. 1996) másképp értelmeződik a narratív koherencia is, ami az élettörténetük tartalmi részétől függetlenül magában hordozhatja történeteik elutasítását, értelmetlenné, valótlanná nyilvánítását a közösségben. Ezt az elutasítást erősítheti, ha élettörténetük nem mint betegség-történet fogalmazódik meg. Merton megfogalmazásában ekkor az egyén nem a társadalom által meghatározott, kijelölt utat követi, újítként, más, a többség által nem elfogadott módon akar a társadalomban érvényesülni.

A társadalomban található értelmezési keretektől, a közös valóságtól történő elszakadás, a saját, egyéni világba való visszahúzódás az értelemképződés szélsőséges formája. Talán egyfajta reakció ez arra a meg nem értettségre, amely a környezetüktől eltérő viselkedésükből, kommunikációs módjukból, élettörténetük sajátos szerkesztéséből fakad. Úgy tűnik, az elmebetegként diagnosztizáltak többsége vágyik arra, hogy a társadalomhoz tartozzon, hogy a „közös világban” élhessen, ami identitásuk alakulásában, az értelemképződés folyamatában is tükröződik. A más tapasztalásból eredő feszültségek feloldásának egyik lehetséges megoldása azonban, hogy az egyén létrehozza a saját világát. Az autisztikus viszony a külvilággal, az hogy a társadalom által szabott határok, a társadalmi megítélés az egyén valóságán többnyire kívül esik, megszünteti a konfliktusokat az élettörténet alakításakor. Az egyetlen összekötő kapocs ekkor a nyelv lehet az egyén és a közösség között, ami formát ad az értelemképződésnek, ami minden individuum számára kijelöli az elbeszélés végső határait. Az alkalmazkodási tipológiában a visszahúzódók a társadalomban, mégis a társadalmon kívül élnek, nem fogadják el a társadalom által felkínált célokat és értékeket, önmagukba zárkóznak.

Mindezen teoretikus fejtegetéseket a „skizofrén identitás” élettörténeteként való megfogalmazását, társadalmi megjelenését, egészíti ki a skizofrénia diagnózissal kezelt élettörténetének és élettörténeti elbeszélésének elemzése. Az elemzésekben bemutatják, hogy

a különböző szociális háttérű illetve életutat bejárt interjúalanyok milyen különböző módokon használják fel a társadalmilag elfogadott metanarratívákat élettörténetük elbeszélésében.

Dénes Judit esettanulmánya mindezeket folytatva a fent már említett komplex “csomagokat” dolgozza fel. Elemzésének legfontosabb kérdésfeltevése a betegkarrier mibenléte, kialakulása, az, ahogy ez az élettörténeti narratívában helyet kap, megfogalmazódik.

A tíz éve tünetmentes Zsolt esete jól példázza azt a „harcot”, amely a beteg és a magyar egészségügy között játszódik, amelynek tétje a beteg önbecsülése, hogy magát ne „csak betegnek”, a társadalmon, a környezetén élősködő parazitának kelljen látnia.

Elemzéséből kiderül, hogy identitását Zsolt egy pszichiátriaviselt, segítő szakember élettörténeti narratívájaként konstruálja meg. Az elbeszélte élettörténet betegségkarrier: főbb pontjai betegségének állomásai, illetve ok-okozati összefüggések keresése betegsége kialakulására. Zsolt úgy meséli el életútját, mint egy diagnózist: azokat az élettörténeti eseményeket tárja elénk, melyek — feltehetőleg orvosai szerint is— skizofréniához vezettek. Mindezt azonban ő már interiorizálta. Sőt, az elbeszélte történetet látva, egyre inkább az az érzésünk, mintha csak azok az események lennének fontosak, említésre méltóak Zsolt számára, amelyek egykori betegségét magyarázzák. Az elbeszélte történet két ponton csúcsosodik ki: az egyik első pánikrohama, a második legutolsó önkívületi állapota. (Az elmesélte történetek ezen két fordulópontban összegződnek.) Skizofréniája kialakulásának okaira ebben a konstrukcióban Zsolt újabb és újabb magyarázatokat keres, legfőbb okként apja megbetegedését látja. A kamaszkorában megváltozott családi helyzetet, szülei viszonyát és az otthon kialakult beteg-ápoló légkört a mai napig értelmezi. Narratívájában mindvégig képes kronologikus sorrendet tartani, élettörténeti eseményei (mint például házassága, munkahelyei, válása) csupán adalékként, mellékes történetként jelennek meg romló állapotának állomásaihoz képest. Mintha Zsolt az élettörténet foszladozó egységét csak orvosi terminológiában tudná megragadni. Zsolt otthonosan mozog a pszichiátria nyelvezetében, kész elmélete van egykori betegségéről, s úgy érzi, hogy ezt el is „kell” mondania, ha az életéről beszél. Mintha ezen a nyelven el lehetne mondani azt, amit egyébként nem tud: korábbi beteg önmagát. Az orvosi terminológia, a pszichiátria nyelve válik saját nyelvéné. Az akadozó élettörténet gördülékennyé válik, mikor a pszichiátria nyelve lehetőséget ad az elmondhatatlan elbeszélésére. Mintha Zsolt nem tudna önmagáról, mint betegről beszélni, a pszichiátriai diskurzus azonban lehetőséget teremt arra, hogy az élettörténet egyes szám első személyű hősétől eltávolodjon, mintha a

betegségről csak beszélni lehetne, de elbeszélni nem. Az elbeszélte történet egyfajta fejlődéstörténet is, hiszen Zsolt ma már segítő szakemberként beszél egykori betegségéről.

Élettörténeti narratívája mindemellett a pszichiátriaviselt emberek jogaiért szóló kiáltvány, amely attól válik hitelessé, hogy maga is átélte azt, amit másoknak kíván továbbadni. Egy hosszú pszichoterápiából kikerült ember öndiagnózisát látjuk, aki ma már gyógyultként tekint önmagára. Élettörténetében a skizofrénia nyomokban sem lelhető fel: énjének van egy állandósága, amely narratíváit egyben tartja. Képes önmagát egységes történetben elbeszélni. Zsolt ma már úgy látja, gyógyulását nem a kórházi ellátásnak, vagy a gyógyszereknek köszönheti. Szerinte a társas kapcsolatok és a szeretet az, ami igazán segíteni tud a skizofrénia leküzdésében. Hisz abban, hogy amikor önkívületi állapotban összeszurkálta magát, ebben az utolsó rituáléban „*összepattant*” a személyisége, és új, már gyógyult ember lett belőle. Tíz éve tünetmentes. Meggyőződése, hogy a skizofrénia nem az agy megbetegedése: „*szerintem énnekem ugyanaz az agyam van, nem cseréltek agyat bennem mégis meg tudtam gyógyulni.*”

Fernezeyi Bori egy pszichiátriai osztályról írt antropológiai jellegű esettanulmányt. Írásának kiindulópontja az a klinikai depresszió körül kialakult vita, mely 2004 októbere és decembere között zajlott Magyarországon. A vitát egy pszichológus indította el azzal, hogy megfogalmazta, hogy a depresszióról szóló diskurzust is a hatalmi tényezők dominálják. Kritizálta az uralkodó biológiai pszichiátriát, amiért annak ellenére, hogy kezelése nem igazán hatásos, vindikálja magának a jogot arra, hogy uralja az orvoslás ezen területét. Mindezzel együtt a biológiai magyarázatok eluralkodása, véleménye szerint részben annak köszönhető, hogy a gyógyszergyárak anyagi eszközei révén uralják ezt a piacot, elvéve ezzel a kutatók tudományos szabadságát. Ezek a megállapítások ugyanakkor egy általános elutasítással illetve közönnyel találkoztak mind a közvéleményben, mind a szakemberek körében. A tanulmányban a szerző azt vizsgálja, hogy az érintett aktorok és környezetük (egészségügyi személyzet, betegek) miért ragaszkodnak a depresszió biológiai szemléletéhez. Ehhez a fent már említett antropológiai jellegű megfigyelést, melyben egy pszichiátriai osztály munkáját, s benne az ott folyó interakciókat követte nyomon, kiegészítette a vita résztvevőivel folytatott interjúkkal és depresszió diagnózissal kezelt betegekkel készített narratív élettörténeti

interjúkkal. Kutatómunkájában azt tapasztalata, hogy a depresszió biológiai szemlélete nem tudományos érveken alapul, hanem a helyzet azon komplexitását, melyben az összes résztvevők között csak ezen szemlélet alapján tud egy – legfőképp hatalmi jellegű – egyensúly kialakulni. A vitát elindító pszichológus az így kialakult törékeny egyensúlyából billentette ki a helyzetet. A biológiai pszichiátriát támadó álláspontját nem csupán a gyógyszergyárak ellenérdekeltsége miatt támadták meg, ahogy ő állította, de azért is, mert a depresszió illetően szemlélete könnyen kezelhetőnek tűnteti fel a helyzetet, s ezáltal mind a pácienseket, mind az egészségügyi személyzetet reménnyel tölti el. A jelen kutatás mindazonáltal abban hoz jelentős újat, hogy egytényezős magyarázatok helyett arra mutat rá, hogy az érdekelt felek hogyan függenek egymástól e szemlélethez való viszonyukban, s hogy melyiküknek milyen módon veszélyeztetné a pozícióját a szemlélet feladása.

Füleki Kati Miről ismerszik meg a pszichiátriai beteg? – A DSM rendszer betegszemlélete c. tanulmánya az orvosi szemlélet egyik legalapvetőbb dokumentumán, a betegségek osztályozási rendszerén keresztül elemzi a ma uralkodó orvosi szemléletet. Elméleti bevezetője után azokat az esettanulmányokat elemzi, amelyeket a DSM-IV – Buda Béla szavait kölcsönvéve – a pszichiátria „törvénykönyvének” kiegészítő kötete a szkizofréniával és egyéb pszichotikus tünetekkel foglalkozó részében közöl. A kötet vizsgálatát azért tartja számunkra különösen érdekesnek, mert ez megmutatja, hogyan adják át a tanítás során – hiszen a kötetet az oktatásban használják – azokat a sztereotípiákat, amelyek kimondatlanul élnek az orvosokban, s befolyásolják őket a munkájuk során.

Elmondja, hogy míg a DSM négy a tünetek és a betegségkategóriák leírását tartalmazza, addig az „esettanulmányok” egy hús-vér esetnek szánt (valójában konstruált) eset ismertetésén majd elemzésén keresztül mutatja be hogyan kell a gyakorlatban alkalmazni a kategóriákat, hogy kell differenciálni. Az elemzésben megmutatja a könyv, hogyan értelmezzük a betegek beszédét, viselkedését és tüneteit. Az esetleírások megszemélyesített esetek, azaz nem csak a tüneteket ismerjük meg, hanem a páciens rövid élettörténetét, szociodemográfiai jellemzőit, s kis epizódokat az életéből. Jogunkban áll feltételezni, hogy minden, az esethez megadott információnak jelentősége van a diagnózis szempontjából. Így a megemlített, önmagában „ártatlan” adatok egy betegségtörténet részévé válnak, s átranzformálódnak egy abnormalitásra utaló jellé.

Thomas Szasz, akit sokan az antipszichiátria képviselőjének tartanak, egyik előadásában is megfogalmazta a könyveiben sokszor feltett kérdést, valójában mik a tünetek, ha nem a pszichiátria nyelvén fogalmazzuk meg azokat? Az emberek mindennapi életében adódó problémák, nehézségek. Az élet viszontagságaira adott reakciók nem betegségek, az emberi cselekedetek tárházához tartoznak.

A DSM-IV kötetben minden esetnek van címe, ami már-már költői eszközökkel élve egyetlen mondatban sommázza az eset „velejét”. („Az érzelmi hullámvasúton utazó fiatal nő” (bipoláris zavar) „a sehová sem haladó férfi” (dysthymiás zavar) „nő kis kihagyásokkal”). Ezek a címek, írja a szerző, filmcímekre emlékeztetnek, s csak a címeket elolvasása szinte képzetársításra szólít fel, automatikusan vonja magával, hogy magunk elé képzeljünk egy férfit, amint halad a semmibe. De detektívregényekre emlékeztető címekkel is találkozhatunk. („A gonosz ember” (antiszociális személyiségzavar) (konverziós zavar) „különös asszony a városban” (szkizotip személyiségzavar) „az irányító” (kényszeres személyiségzavar) a megostromolt étteremtulajdonos (paranoid pszichotikus zavar)). A hangulatfestő címek mintha arra engednének következtetni, hogy nem csupán az a cél, hogy gyakorlatban bemutassák a diagnózis alkotást, hanem ezt egyben szórakoztató formában teszik. A esetleírások szövegében is találunk olyan stílusjegyeket, amelyek túlmutatnak az objektív esetleíráson. Színesítésként időnként becsúszik egy-egy P.Howardot is megszerényítő leírás. Ugyanakkor sokszor a diagnózis felállításához tulajdonképpen csak egy félmondatot használnak fel a szerzők az eset blikfangos felvezetéséből, az összes többi információ nem kerül felhasználásra. Akkor mi volt velük a cél? Hogy egy kicsit plasztikusabbá tegye a leírást? A DSM elvileg tipikus példákat hoz, amelyeken keresztül a legjobban megmutatható a diagnózis felállításának menete. Ebből következik, hogy a háttérinformációk is egy tipikus esetet írnak le. Érthetetlen ezek után, hogy hogy lehetséges az, hogy azt látjuk, a megszerzett információkra valójában az orvosnak nincs szüksége, tulajdonképpen egy kis részlet, egy apró jelenet, majdhogynem egy előítélet az, amin diagnózisa alapul.

Lehetséges lenne, hogy valójában az orvosok nem tudják esetleírásokon keresztül bemutatni, hogy mi is egy-egy betegség lényege? De akkor hogyan dolgoznak? Lehet, hogy ez az oka annak, amit interjúink készítése közben tapasztaltunk, hogy ui. egy-egy beteg diagnózisai meglepő változatosságot mutatnak?

Légmán Annának és Bányai Borbálának a pszichiátriai betegek munkaerő-piaci helyzetéről íródott tanulmánya szintén a társadalomnak a betegekhez fűződő viszonyát boncolgatja. Írásuk alapjául az az interjúkból származó megfigyelés szolgált, hogy a pszichiátriai betegek (azokat sorolták ide, akik folyamatos kezelés alatt állnak, vagy gyógyszert szednek) a társadalom láthatatlan tagjai, akik a társadalomból kizárva élnek. Vajon milyen lehetőségeik vannak a pszichiátrián kezelteknek a társadalomba való integrációra, a társadalomban való élésre, és mennyire támogatják a különböző társadalmi szereplők a közösségben való megjelenésüket. A társadalomba való beilleszkedés egyik legfontosabb alapja a munka világa, ezért vizsgálatunk középpontjába az a kérdés került, hogy milyen módon jelenhetnek meg a pszichiátriai betegek (kiemelten vizsgálva a skizofréneket) a munkaerőpiacon. A nyílt munkaerőpiac, a védett munkahely és a különböző segélyek, támogatások közül melyik támogatná legjobban a betegek integrációját, és a jelen helyzetben melyiket „választja” legtöbbször a pszichiátrián kezelt egyén? Vajon mi a jobb a betegnek és mi a jobb a társadalomnak? A betegnek van-e lehetősége arra, hogy a társadalom hasznos tagja legyen, a piaci szférában dolgozzon, vagy az egyetlen lehetséges életút számára, hogy a betegstátuszt felvállalva a leszázalékolást, a biztos megélhetést választva láthatatlanul, a társadalmon kívül éljen?

Számtalan különböző érdekel, nézőponttal bíró szereplővel (állam, minisztériumok, törvénykezés, egészségügy, kórház, gyógyszergyártó cégek, pszichiáterek, civil szféra, piaci szféra, pszichiátriai betegek, pszichiátriai betegek családtagjai), és az elméleti célkitűzések, irányelvek, deklarációk és a gyakorlati megvalósulások folyamatos ellentmondásaival találkoztunk. A különböző érdekek és nézőpontok összecsapását az elmélet és a gyakorlati megvalósulás eltéréseit részletesen bemutatjuk a tanulmányban, aminek szomorú konklúziója, hogy a pszichiátriai betegek foglalkoztatása kapcsán éppen a főszereplőknek, maguknak a betegeknek az érdekei, nézőpontja, véleménye jelenik meg, számít a legkevésbé.

Légmán Anna Plathról szóló tanulmányában az egyén és társadalom kapcsolatát vizsgálta Sylvia Plath élettörténetén, művein keresztül. A tanulmány az Üvegbúra című önéletrajzi regény, Sylvia Plath nemrég magyarul is megjelent naplói és az Apu című vers elemzése kapcsán egy elbizonytalanodott (depressziós) egyén énképének alakulását, társadalomban való megjelenését mutatja be. Egy élet írásműveken keresztül való megismerése azonban óhatatlanul felvet egy másik kérdést is, a mű és az élet, a valóság és a fikció kapcsolatáról. Vajon az elmesélt, leírt élettörténet a valóság része vagy fikció, és milyen kapcsolat van önmagunk és elmesélt élettörténetünk között? Plath mintha a műveiben próbált volna meg szembesíteni önmagával, múltjával, az írást terápiaként használva egy egészségesebb, boldogabb ént alkotva megpróbált sikeressé, boldoggá válni a társadalomban. Műveinek aktualitása valószínűleg éppen abban rejlik, hogy a saját (szorongásokkal, félelmekkel, bizonytalanságokkal teli) világunkat és (folyamatosan alakuló) bizonytalan önmagunkat ismerjük fel bennük. A mai társadalmakban mindenkinek szembe kell néznie azzal a kérdéssel, hogy ki ő, és kivé válhat. Mindez folyamatos bizonytalanságot, szorongást kelt az emberben. Plath művein keresztül szembesülhetünk azzal, hogy az én megalkotása a mindennapok feladatává vált, ami folyamatosan új és új kihívások elé állítja az egyént, és arra kényszeríti, hogy újraírja saját élettörténetét, múltját és jövőjét. Plath a depressziósok és „öngyilkosjelöltek” „példaképévé” vált, a modern kori ember egyik jellegzetes alakjává, a bizonytalan, szorongó, sebzett ember megtestesítőjévé. Az elsők egyike, aki az irodalom segítségével belülről mutatta meg a depresszió, a bennünk élő bizonytalanságok, félelmek világát. Mára a depresszió, az egyén elbizonytalanodása a modern társadalmak természetes kísérőjelenségévé, a közbeszéd kedvelt témájává, a mindennapok fontos tartozékává vált. Míg a depresszió egykor csupán egy betegség volt a sok közül, mára a fogyasztás egyik fontos ösztönzőjévé vált. Az USA az antidepresszánsok használatának első számú hazája lett. A depresszió, szorongások és a terápiák korát éljük, ahol bárki megsérülhet, bárki depresszióssá

válhat, és ahol a tökéletesnek tűnő ipari módszerekkel bárki megkaphatja a segítséget ahhoz, hogy boldog, elégedett, teljes életet éljen, hogy kiteljesítse önmagát. Csak az olyan súlyos esetek (pl. skizofrének) kerülnek a menthetetlen kategóriába, jutnak a társadalomból való kizárás sorsára, akikkel a környezetük az igen hatásos gyógyszerek és kezelések ellenére sem képesek együttélni, akik nem tudnak a társadalom hasznos tagjává válni. A depresszió új népbetegségként definiálódott, ami valamiféle abszurd kettőséget mutat: az individualizmus korának betegsége ez, aminek középpontjában az egyén áll, az érzékeny, törekeny és egyedi én, ugyanakkor a depresszió az „orvostudomány fejlődésének” köszönhetően láthatóvá tette az egyén kiszolgáltatottságát, uniformizáltságát, az egyedi problémákra, életválságokra a gyógyítók mindenki számára ugyanazokat a módszereket, tablettákat kínálják megoldásként. Plath műveinek a segítségével betekintést nyerhetünk abba, ahogy egy ember megpróbál önállóan szembenézni a múltjával, a társadalom által nyújtott segítség kitörölhetetlen következményeivel, megkísérli megteremteni egészséges és életképes önmagát a társadalomban. Oly sok emberhez hasonlóan Plath is belebukott ebbe a vállalkozásba, képtelen volt önmaga és a világ számára is elfogadható ént kialakítani. A társadalom úgy tűnik, hogy sok esetben nem tud megfelelő választ, segítséget adni az én elbizonytalanodására, az individualizáció folyamatát kísérő szorongásokra, félelmekre, és az egyénnek egyedül kell szembenéznie az őt érő kihívásokra. Úgy tűnik, hogy a kezelések, az egyre inkább iparivá váló orvosi módszerek többnyire csak elodázzák, elfedik a problémákat, és nem nyújtanak biztonságos, elfogadható kiutat a tévelygő egyén számára.

3.1 További terveink, módosítási kérelem

A kutatás során rengeteg anyagot (interjúk, szakirodalmak) sikerült összegyűjtenünk, ugyanakkor a fentebb ismertetett nehézségek és a témánk folyamatos bővülése miatt ezeknek csak egy részét tudtuk tanulmány formájában megírni. A már meglévő és eddig még fel nem dolgozott anyagok alapján további tanulmányok elkészítését tervezzük, ami még teljesebbé

tenné az eddig elkészült írásokat a témában. Tervezzük továbbá az eddig elkészült tanulmányok publikálását. Az idő szűkössége okán a tanulmányok nem készültek el elég korán ahhoz, hogy a kutatás befejezésének idejére már meg tudtak volna jelenni. Ez az oka annak, hogy a módosítási kérelem lehetőségével is élni kívánunk, hisz a publikációk átfutási idejével számolva másfél-két év is eltelhet, mire minden eddig elkészült anyagunk publikálásra kerül, nem is beszélve arról, hogy reményeink szerint az összegyűjtött anyagból újabb írások fognak születni.

4.1. Publikációk

Fernezelyi Bori –Légmán Anna: A skizofrénia társadalmi narratívái, Esély, 2003/6