

318.491

SZOCIÁL- POLITIKAI ÉRTESÍTŐ

1988 1

SZALAI JÚLIA – VAJDA ÁGNES

A „SZOCIÁLIS” ÉS „EGÉSZSÉGÜGYI”
ELLÁTÁS HATÁRÁN

MTA · SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZET

60

A TÁRSADALOMPOLITIKA
ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI KUTATÁS
TS/3 PROGRAM ÉRTESEÍTŐJE

KÉSZÜLT A MTA SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZET
TÁRSADALOMPOLITIKAI OSZTÁLYÁN
FELELŐS KIADÓ: CSEH-SZOMBATHY LÁSZLÓ

Írta: Szalai Júlia és Vajda Ágnes

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZETE
Társadalompolitikai Osztálya

SZOCIÁLPOLITIKAI ÉRTESITŐ

1988/1

A "SZOCIÁLIS" ÉS "EGÉSZSÉGÜGYI" ELLÁTÁS HATÁRÁN
/Szociológiai kép a hazai ideggondozó-hálózatról/

BUDAPEST

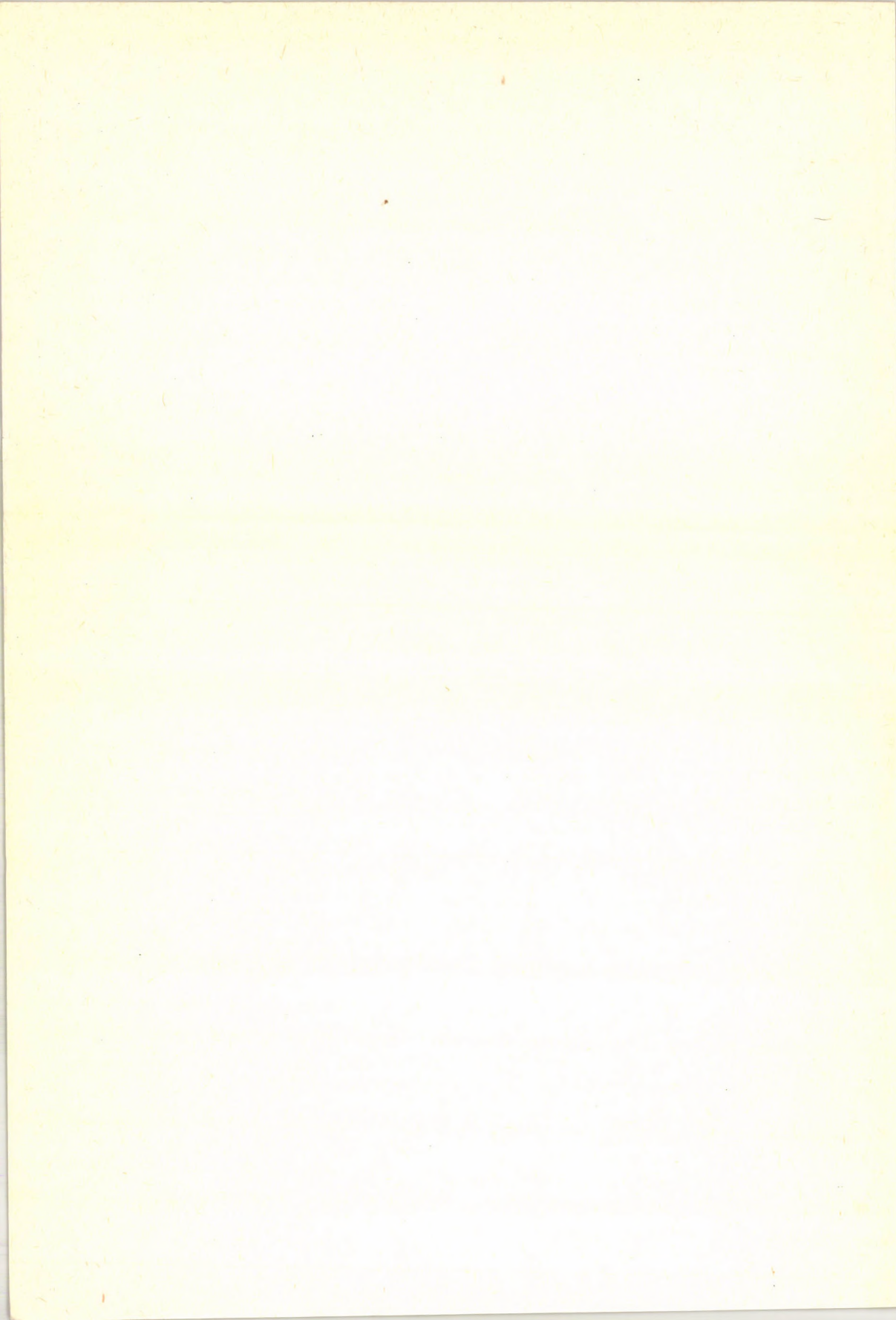
1988

ISSN-0236-9834

Hozott anyagról sokszorosítva
8817951 MTA Sokszorosító, Budapest. F.v.: dr. Héczey Lászlóné

Tartalomjegyzék

	old.
I. BEVEZETÉS	5
II. NEURÓZIS ÉS NEUROTIKUSOK	29
A neurózis - ahogyan mértük	29
A neurózis társadalomrajza	34
A neurotikus panaszok és a mindennapi életterhek	48
Társadalmi kihívás és intézményi válasz	65
III. AZ IDEGGONDOZÓK EGÉSZSÉGÜGYI ÉS TÁRSADALMI FUNKCIÓIRÓL	71
Az ideggondozók szakmai arculata: betegek és betegségek	76
Életkor a bekerüléskor	84
Férfiak és nők a két ideggondozóban	92
A betegek családi állapota	96
Lakóhely szerinti különbségek az ideggondozó igénybevételében	104
Betegség és munkavállalás	108
Iskolai végzettség és szakképzettség	112
Foglalkozási csoportok	123
Betegek és beteg-utak	145
"Kisodródók" és "bentmaradók", "ujak" és "régiek"	155
A betegek utja - a bekerülés után	168
Szociális érzékenység	188
FÜGGELÉK	207



I. BEVEZETÉS

A társadalmi feszültségek "magánéletivé" válása, társadalmi szinten meg nem oldott, sőt, sokszor meg sem fogalmazott konfliktusoknak a privátszférára nehezedő terhei egyre nyilvánvalóbb zavarokat, tömeges méretekből jelentkező életproblémákat okoznak. Ezt a jelenség-halmazt - ma divatos, de az egyén felelősségét implikáló kifejezéssel - "társadalmi beilleszkedési zavarok"-nak szokás nevezni. Az individuum számára megoldhatatlan feszültségek jelenlétének, sőt - megkockáztatnánk -, növekedésének egyik jele, a sajtóban is mind többször emlegetett, kutatási főirányok vezér-témájává emelt megnyilvánulása a mentálhigiénés problémák szüntelen gyarapodása. Csaknem közhelyszámba megy, ha az ember a magyarországi alkoholizmus magas szintjére utal, de mind több szó esik a "népbetegséggé" vált neurózisról, a tömeges fejfájásról, nyugtató- és altatószedésről, a csökkent /mert agyonhasznált/ teherbíróképességről. A statisztikák e szimptomákról kissé egzaktabban is tájékoztatnak, s a köztudatban élő képet támasztják alá: évről évre töretlenül nő az elmeorvoskórházba kórházba leszállított rokkantak száma; emelkedik a mentálhigiénés problémák miatti táppénzbevétel; nő az elmeosztályok és az ideggondozók forgalma; emelkedik az öngyilkosságok száma; és - a legfrissebb mikrocenzus-adatok szerint - a többé vagy kevésbé rendszeres alkoholfogyasztást illetően nem tömegmértékű, hanem szinte "össznépi" jelenségről kell beszélnünk.

Nézzük e tényeket kissé részletesebben:

a/ A mentálhigiénés morbiditásról

A pszichés- és elmebetegségek okozta morbiditás nagyságáról alig-alig vannak ismereteink. Igazában csak a társadalombiztosítás táppénzbevételi és leszállítási adatközléseire támaszkodhatunk. A mentálhigiénés problémákkal foglalkozó szakintézményekről nyilvánosságra hozott információk /az ideg- és alkoholgondozók éves jelentései, az elmeosztályok statisztikái

vagy a körzeti orvosok által gondozottakról közölt adatok stb./ egyértelműen érzékeltetik a forgalom növekedését, arra azonban nem alkalmasak, hogy belőlük a betegek tényleges számára vonatkozóan akár csak közelítő becsléseket végezhessünk.^{x/}

Mindazonáltal a táppénzbevételről és a leszázalékolás mértékéről szóló statisztikák értelmezése is nehézségekbe ütközik. Hiszen e források még az érintett aktív népesség megbetegedéseit sem tükrözik hiven. Tudjuk: az, hogy valaki bajával táppénzre megy-e vagy sem, hogy az orvos táppénzbe veszi-e vagy sem - betegségén túlmenően megannyi más, egészségügyön belüli és szélesebb értelemben vett társadalmi tényező függvénye /a "táppénzszázalék" javítása körüli érdekharcok, liberalizálási és szigorítási "ciklusok" egymást váltása; az, hogy a beteg megengedheti-e magának, hogy kereső munkáját időlegesen fel-függeszse stb./. E jellegzetességek az egész táppénzes morbiditásra igazak, de orvosok beszámolóiból tudjuk, hogy különösen sok a zavar a neurotikus megbetegedések értelmezése körül, ahol sem az orvosok között, sem a szélesebb társadalmi környezetben nem konszenzuálisan elfogadottak a "már-betegség" és a "még-nem-betegség" határai. A neurotikusokat gyakran éri a vád, hogy "szimulálnak", hogy "lusták", "ki akarnak bujni a terhek és kötelezettségek alól" stb. A körzeti orvos sokszor kerül gyanuba, ha páciensét neurózis miatt nyilvánította keresőkép-telenné - hátha "megkenték". És a helyzet hasonló a leszázalékolás tekintetében is.

Mindezekért a táppénz-statisztikák betegség-klasszifikációját fenntartással kell kezelnünk. Interjuinkból és a napi tapasztalatokból tudjuk, hogy az orvosok kénytelenek kiskapukat keresni, és neurotikus vagy alkoholista betegeiket gyakran "más címszó alatt" táppénzen tartani. Az alábbi adatok tehát alsó közelítését adják a becsülhető valóságnak. A trend azonban világos: mind a táppénzbevétel, mind a leszázalékolás okai között gyorsan emelkedik a neurotikus megbetegedések száma.

x/ Lásd erről 53-vevben: A deviáns viselkedés szociológiája c. válogatás V. fejezetéhez Buda Béla által irt bevezetőt. A deviáns viselkedés szociológiája. /Válogatta: Andorka R. - Buda B. - Cseh-Szombathy L./; Budapest, Gondolat, 1974.

1. tábla

A táppénzes morbiditás, illetve az "Elmezavarok"^{x/} miatti táppénzes morbiditás alakulása az iparban és az építőiparban^{xx/}

Év	100 ipari-építőipari dolgozóra jutó betegség eset	
	"Elmezavarok" miatt	Összesen
1965	4,4	178,9
1970	4,8	159,8
1975	6,7	187,6
1980	5,2	170,9
1984	6,8	170,0

Forrás: Egészségügyi helyzet 1983; KSH, Budapest, 1985. Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság, Statisztikai jelentés. Budapest, 1985.

A neurózisok, elmezavarok és egyéb mentálhigiénés problémák miatti táppénz-forgalom /a 100 ipari, építőipari dolgozóra jutó esetek számával mérve/ az elmúlt két évtizedben több, mint másfélszeresére emelkedett /miközben az összes táppénzes forgalom - noha ingadozások időközben mindkét irányban voltak - a nyolcvanas évek első felében még valamivel alacsonyabb is, mint az 1965-69 közötti időszak átlagában volt/.

x/ Az "Elmezavarok" betegségei főcsoportban nyilvántartott főbb diagnózisok a következők: pszichózisok; alkoholizmus; neurózisok; elme- idegzavarok.

xx/ A táppénzbevétel okainak idősoráról nem áll rendelkezésre teljeskörű adatgyűjtés; a táblában közölt adatok az ipari-építőipari vállalatoknál dolgozók körében végzett évenkénti rendszeres reprezentatív adatfelvételtől származnak.

Hasonló tendenciák bontakoznak ki a leszázalékolási statisztikákból is.

2. tábla

A mentálhigiénés megbetegedés miatt ujonnan rokkant nyugdíjassá
nyilvántottak 10.000 dolgozóra
jutó aránya

1970	1975	1980
2,6	5,9	7,1

Forrás: Egészségügyi helyzet 1983; KSH, Budapest, 1985.

Hozzá kell tennünk, hogy ez az - első látásra igen gyors - emelkedés minden bizonnyal több társadalmi folyamat eredője, s nem kizárólag a pszichiátriai betegségek gyors terjedése és/vagy súlyosbodása áll mögötte.

Számításba kell vennünk, hogy az elmúlt évtizedekben változott a betegségek társadalmi megítélése. Mind a laikus, mind az orvosi köztudatra igaz, hogy ma akár a neurózis, akár az alkoholizmus inkább számít betegségnek /s ezért orvosi ápolásra, kimélésre, a terhek csökkentésére jogosító állapotnak/, mint tiz vagy - főleg - husz év előtt. Ma az emberek inkább mernek kimerültségükről, fejfájásukról beszélni, a rossz közérzet kevésbé számít a "gyengeség" jelének, kevésbé szégyellni- való, a panaszok és a panaszkodás "legitimebb". S így vannak az állapot megítélésével az orvosok is. Bizonyos, hogy akad közöttük, aki a "megfoghatatlan" panaszokkal jelentkező, semmi- féle tettenérhető szervi elváltozást nem mutató beteget "ál- -betegnek", "szimulánsnak" tekinti, de mégis: mintha kevesebb lenne az előítélet, s lassan az orvosok /legalább a betegség elismerésével és az általa nyújtott "kivonulási lehetőség" fel- kínálásával/ a "maguk" ügyének tekintenék az emberi életprob- lémák terápiáját is.

A körzeti orvosokkal készített interjuink mindegyikének visszatérő témája volt a neurózis és az alkoholizmus. A szivpanszokon kívül ez a két betegség "ugrott be", amikor arról kérdeztük őket, hogy orvosi praxisuk során milyen változásokat észleltek a megbetegedésekben, illetve, melyek azok a betegségek, amelyekkel a leggyakrabban találják manapság magukat szemben. Az interpretációk változatosak, változatosak a tehetetlenség és a tennivágyás indulatai - mégis és mindennek ellenére azt kell mondanunk: a mentálhigiénés betegségek "polgárjogot" nyertek. S hogy ott szerepelnek a táppénz-statisztikákban, ez nemcsak szaporodásuk, hanem tudomásulvételük jelzése. Valahogy így: "... Indokolt is, hogy a kezelőorvos felvegye betegállományba, mert érthető: három műszakban dolgozik, meg kimerült, mellékállásai vannak. Szóval vannak olyan indikációk, hogy az ember felveszi, habár nem gondolom, hogy ez az orvos dolga, ezen segíteni. De miután tudom, hogy nincsen semmi más szerv, ami pillanatnyilag az ő baján tudna segíteni, hát megteszem. Itt belelátok a ő munkahelyi hátterébe azért, mert elmondja, mert megnyílik, mert ide ha leül valaki, azt hiszem, ez egy picit olyan, mint a gyóntatószék. Általában rögtön kinyílnak a betegek, elmondják, és segítséget kérnek." /Részlet egy pesti körzeti orvossal készített interjuból./

A pszichiátriai megbetegedések statisztikailag megragadható "szaporodása" mögött ott áll továbbá az /az előzőekkel összefüggő/ jelenség is, hogy panaszaikkal - minthogy azok legitimebbek - ma az emberek inkább mernek orvoshoz fordulni, s inkább tudják is, hogy adott esetben célszerű orvoshoz menniük. Talán - és részben ezért - kevesebb stigma és több megértés övezi azt, aki - ha időlegesen is - kidől a sorból és/vagy felmentést kér.

A betegség betegségként való elfogadtatásában nehezen mérhető, de jól kitapintható szerepe van az éppen az elmúlt két-két és fél évtizedben kiterjesztett pszichiátriai járóbeteg-ellátásnak. Az ideggondozók összetett egészségügyi és szociálpolitikai funkcióiról bőven lesz még szó a továbbiakban. Itt az adott összefüggésben csak arra utalnánk, hogy létükkel és tevékenységükkel talán a mentálhigiénés betegségek felszínre

hozatalának is, "legalizálásuknak" azonban mindenképpen fontos katalizátorai voltak.

Mindezen okok folytán nehéz kettéválasztanunk, hogy a romló statisztikai mutatók mennyiben a romló egészségi állapot, és mennyiben az állapot "tudatosulásának" produktumai. Az öngyilkosságról és az alkohol-fogyasztás mértékéről rendelkezésre álló - a morbiditásra ugyan csupán közvetetten utaló - adatok azonban arra intenek, hogy a megbetegedések, a zavarok valóban szaporodnak, s így a "tudatosodás" minden elemével együtt is csak másodlagos szerepet játszik a statisztikai mutatók rosszabbodásában.

3. tábla

100.000 megfelelő koru lakosra jutó halálos kimenetelű öngyilkosság 1960-ban és 1983-ban

Év	100.000 megfelelő koru lakosra jutó halálos kimenetelű öngyilkosság				
	7-14 éves	15-39 éves	40-59 éves	60-X éves	Összesen
1960	1,7	24,0	48,8	36,0	25,0
1983	1,7	34,8	70,8	88,9	45,9
Növekedés 1960=100	100	145	145	247	184

Forrás: a megfelelő Demográfiai Évkönyvek adatai.

Anélkül, hogy célunk lenne itt az okok firtatása, drámai jelzésnek kell felfognunk, hogy két évtized alatt az öngyilkosságok száma csaknem megduplázódott. Különösen riasztó tény, hogy a meghosszabbodott élet adománya mellett az öregek öngyilkossági rátája két és félszeresére emelkedett. Mindez a társadalom mentálhigiénés állapotának súlyos - és súlyosbódó - zavarára utal.

Mint ahogy megoldatlanul jelen lévő feszültségek és a tömeges menekülés szimptomája az alkoholfogyasztás mértéke is. Az 1984. évi Mikrocenzus során a mintába kerülteket megkérdezték arról, hogy milyen rendszerességgel fogyasztanak szeszes italt. S bár a "bevallás" minden bizonnyal pontatlan /s a valószínű helyzetet talán szépíti/, a kirajzolódó tendenciák világosak és aggasztóak. A felnőtt férfi-lakosság 18, a nők 1,4 százaléka vallotta magát rendszeres alkoholfogyasztónak, ami - figyelembe véve a rendszeres alkoholfogyasztás egészségromboló következményeit - azt jelenti, hogy körülbelül 2-2,5 millióra tehető azok száma, akik ma az alkohol miatt egészségi állapotukban veszélyeztetettek. A megnövekedett alkoholfogyasztás, a tömegesen megromlott egészségi állapot és a halálozás emelkedő trendje társadalmi méretű veszélyeztetettséget jelez. Nem egyszerűen "beilleszkedési zavarokról", nem "magatartási vétségekről", hanem társadalmi feszültségek individualizált megjelenéséről van szó, amelyekből a kiút egyénileg gyakran a mentálhigiénés betegség, az alkohol vagy a halál. Hogy kínálkoznak-e más megoldások, hogy van-e hová menekülni, van-e védelem és segítség legalább akkor, amikor az alkoholizmus vagy a betegség kiuttalan kiutnak, egyéni, családi és környezeti tragédiák forrásának bizonyul, amikor megoldás helyett csak a vészcsengő meghuzásának szerepét játszhatja - erre igyekszünk válaszolni ebben a tanulmányban.

b/ A kutatás kiinduló kérdéscsoportjai

Kutatásunk kiindulópontja tehát az a kérdés volt, hogy hogyan reagál a társadalom a vészharang mind hangosabb kondulására. Bármilyen legyen ugyanis a magyarázatunk a mentálhigiénés megbetegedések számbeli gyarapodására, bármennyire is több tényező együtteseként értelmezzük a jelenséget, jogosan vetődik fel, hogy születtek-e és - ha igen - miféle társadalmi válaszok léteznek legalább a legitimnek elismert szükségletekre, az orvosilag diagnosztizált betegségek ellátására, kezelésére, az azokban szenvedők védelmére. Vajon a rendelkezésre álló intézmények képesek-e reagálni a náluk lecsapódó kihívásokra, s

miféle konfliktusokhoz /azokból pedig miféle kiutakhoz/ vezet, hogy az esetek jelentős részében világos: a mentálhigiénés betegségek gyakran a más csatornákon lecsapolhatatlan feszültségek medikalizálódásai. Azaz arról van szó, hogy az egyén számára megoldhatatlan problémák a betegség révén nyernek legalitást és elfogadtatást. Gyógyításukhoz tehát egyszerre van /volna/ szükség a szó hagyományos értelmében vett orvosi beavatkozásra, és a társadalmi környezet "kezelésére", a szűkebb és tágabb környezeti feltételek betegítő hatásának megszüntetésére.

Hozzá kell tennünk, hogy a társadalmi és individuális feszültségek medikalizálódása általános "civilizatórikus" jelenség, amelynek hátterében a beteg-státusszal járó relativ előnyök bonyolult rendszere munkál. Ezért súlyos és megengedhetetlen leegyszerűsítés volna azt mondanunk, hogy az egészségügygel szembeni, szociálpolitikai természetű várakozások pusztán a hazai szociálpolitikai rendszer hézagaiból, jelentős szükségleteket kielégíteni hivatott szociálpolitikai intézmények hiányából fakadnak. Inkább arról lehet szó, hogy a szociálpolitikai hiányok, hézagok és diszfunkciók felerősítik az egészségügyre háruló szociálpolitikai terheket, és aláhúzzák, hogy a beteggé-válás ma csaknem az egyetlen ut, amelynek révén az ember úgy kap segítséget, felmentést, védelmet és némi szolidaritást, hogy közben a "szociálpolitikai rászorultság" súlyosan stigmatizáló hatásai elől megmenekül.

Ezzel a kettős kihívással - egyszerre gyógyítási és szociális szükségleteknek szétválaszthatatlan összefonódásával - a magyar egészségügy minden intézménye szembesül. Választásunk mégis a pszichiátriára, pontosabban a pszichiátriai járóbeteg-ellátás intézményeire, az ideggondozókra esett.^{x/}

x/ Nem tekintettük feladatunknak az elmeosztályok vizsgálatát. Egyrészt, mert azokról - különösen Bakonyi Péter "Téboly-terápia-stigma" /Szépirodalmi Könyvkiadó, Bp. 1983./ c. kitűnő szociográfiájának megjelenése óta - valamivel több a szociológiai ismeret. Másrészt azért, mert az elmeegógyintézetek és a kórházi elmeosztályok Goffmann-i értelemben vett totális intézmények. E jellegzetességük folytán orvos-

/folytatás a következő lap alján/

Választásunkat több megfontolás vezette.

Az első ok kézenfekvő, és az ideggondozóknak a mentálhigiénés zavarok betegségeként való elfogadtatásában játszott - fentebb már említett - szerepével kapcsolatos. Figyelmünk sajátos "legalizáló" és "legitimáló" funkciójuk miatt fordult felénk. Szakmai küldetésüknél fogva ugyanis az ideggondozók az egészségügynek azok az intézményei, amelyek elsősorban hivatottak a mentálhigiénés zavarok és betegségek "fogadására", amelyeknek a betegség-formában artikulálódó szükséglet-kihívásra - a gyógyítás orvosi-szakmai normáinak megfelelően - terápiás választ és valamiféle ellátást kell nyújtaniuk.

Etekintetben az érdekelt bennünket, hogy milyen feltételek közepette végzi ma e feladatát a hazai pszichiátria? Mennyire képes válaszolni a vele szembeni tömeges igényre? Mik a lehetőségei és mik a korlátai kettős funkciójának teljesítése során: abban, hogy az általa nyújtott orvosi kezelés megkérdőjelezhetetlen és közvetlen társadalmi jelentéstartalommal is rendelkezik.

Terepválasztásunk mögött azonban más okok is húzódtak.

Az egészségügy működési zavarairól ma sok szó esik. A vitákban gyakran hangzanak el okfejtések arról, hogy a bajok egyik legfőbb forrása a lakosság egészségügyi "tulfogyasztása": az emberek túl sokat és túl gyakran, a szükségesnél és indokoltnál

lás és szociálpolitika konfliktusait gyökeresen másként kezelik, mint a "természetes" társadalmi-fizikai környezetbe telepített, nyitott intézményként működő, betegeiket csak a betegséggel kapcsolatos életszférákban kontrolláló ideggondozók.

Ismereteink szerint Magyarországon eddig két ideggondozó beteg-statisztikáinak részleges feldolgozására került sor. A két vizsgálat azonban /egy budapesti kerületi és egy Fejér megyei ideggondozó adatait elemezve/ elsősorban a lakosság pszichiátriai morbiditására kísérelt meg következtetni. A mi kutatásunk kérdésfeltevése más volt. Az általunk megvizsgált két ideggondozó beteg-kartonjairól kigyűjtött adatok feldolgozásával mindenekelőtt a pszichiátriai ellátásban rejlő egészségügyi és szociálpolitikai funkciókat, e funkciók ütközéseit és a funkcióütközések néhány következményét akartuk feltárni és leírni.

nagyobb mértékben veszik igénybe az orvosi ellátás különböző formáit. E vita mögött persze részben egy értékvita huzódik meg. Mert ha "tul"-használásról beszélünk, akkor a minősítésben implicite benne rejlik egy felfogás az "elégséges", a "jogos" mértékről. Márpedig a "szükséges" és a "tulzó" megkülönböztetés elvezet az egészség és a betegség definíciójának kérdéséhez. Hogy mikor, hol, ki és mit tekint betegségnek - az persze egyáltalában nem vezethető vissza tértől és időtől független, objektív kritériumokra; a definíció mindig és mindenütt kultúra-függő. A nyílt vagy rejtve maradó érték-konfliktusok ott munkálnak abban is, hogy a szervi panaszokat és fizikai állapotromlásokat betegségnek tekinti-e elszenvedőjük, a környezet, illetve a minősítésre hitelesített szakember - az orvos. Sem a közvéleményben, sem az orvosok között nincs egyértelmű konszenzus afelől, hogy az adott panasz meddig tekintendő "természetes állapotnak", és mikortól minősül "gyógyítandónak", azaz egészségügyi szükségletnek.

De a konszenzus hiánya talán egyetlen szervi panasz esetében sem olyan szembeötlő, az állapot minősítése körüli indulatok és viták talán sehol sem olyan élesek, mint a lélek bajainak megítélésében.

Gyógyításra érdemes-e, ha valaki nem alszik; panasz-e - a szó orvosi értelmében - a fejfájás? Azaz betegségként, avagy az egyén moráljának és magatartásának kérdéseként kell-e kezelni az ilyen és hasonló tüneteket? A kérdés nem teoretikus, hanem súlyos gyakorlati következményei vannak. Hiszen nem kevesebbről van szó, mint arról, hogy a tömeges panaszok mérséklésére társadalmi válasznak, gyógyító intézmények hálózatának kell-e megszületnie, avagy a megoldást a panaszoktól szenvedők helyesebb életvitelre szoktatásában, "nevelésében", az önfegyelem fokozásában, a meglazult erkölcsök szigorításában kell keresni.

Mint hogy a "lelki bajok", a "megfoghatatlan" tünetek és panaszok - ha mégis orvosi figyelmet kapnak - javarészt a pszichiátriában csapódnak le, a társadalmi konszenzus hiánya és a bajban szenvedők körüli indulatok szinte definíció sze-

rint átháramlanak a bajok kezelésére specializált intézményekre, az ideggondozókra is.

Kutatásunkkal arra törekedtünk, hogy felszínre hozzuk azokat a mechanizmusokat, amelyek - a közmegítélés ambivalenciáitól nem függetlenül - az ideggondozókat az egészségügyi presztizs-skála aljára szorítják, ahová betegként kerülni - titkolnivaló dolog, ahol dolgozni - lemondást jelent az orvosi pálya számos privilégiumáról.^{x/}

Tisztában voltunk ugyanakkor azzal is, hogy a pszichiátria határhelyzete az ideggondozóknak nemcsak alacsony presztizst, hanem sajátos szabadságot, e szabadság révén pedig rangot ad. Mégpedig azáltal, hogy éppen határhelyzetükből következően ők a felmentés legitim intézményei. Azaz a stigmával együtt védelmet is nyújtanak. A pszichiátriára kevésbé érvényesek az egészségügyben egyébként használatos hatékonyság-mutatók, kevésbé szigorúak a követelmények, ami például a - normaként és a számonkérés alapjaként kezelt - "táppénz-százalékot" vagy az egy betegre jutó perccátlagokat illeti. Azaz, ez az az intézmény, amely "megengedheti magának", hogy az egészségügyben uralkodó követelményektől eltérően, némileg autonómban viselkedjen. És ez betegeinek is védelmet nyújt.

Végülis ez utóbbi kettősséget és az ideggondozóknak e kettősség által formált sajátos státusát találtuk a kutatás legizgalmasabb és legfontosabb problémájának. Jellemezhetjük e kettősséget az egészségügyön belüli rangfosztottság és a rendszer kötöttségeivel, kényszerpályáival szemben kivivott relatív autonómia koegzisztenciájaként; a presztizsnélküliség és - egy más értékrend szerinti - presztizsnyerés ellentmondásos meg-

x/ A pszichiátria ambivalens helyzetét jelzi például, hogy 1982-ben az ideggondozói orvosi állások 6,2%-a maradt betöltetlen, miközben az üres állások aránya a szakrendelő-hálózatban az adott évben 2,2%, a presztizs tekintetében szintén nem az egészségügyi hierarchia élén elhelyezkedő körzeti orvosi hálózatban pedig 2,8% volt.

nyilvánulásaival; jellemezhetjük mindezt egy több-funkcióju intézmény funkcióütközései mentén; leírhatjuk úgy is, mint az intézményesített hierarchiák és e hierarchiákkal szembeni informális társadalmi mozgások egy pregnáns produktumát.

Bármelyik szempontrendszerrel választjuk is, a legfontosabb kérdés ugyanaz: hogyan kezeli az ideggondozó hálózat a kettősség dilemmáit és konfliktusait. Mitől függ, hogy egy-egy intézmény a kettősség kikényszerítette igazodásban a hangsúlyt arra helyezi, hogy betegének ellátásában, egész tevékenységében minél konfliktusmentesebben igazodjék az egészségügy írott és íratlan orvosi játékszabályaihoz, avagy vállalja a gyógyítórendszerből való "kilógás" konfliktusait, s tevékenységének hangsúlyát klienseinek szociális védelmére teszi. Az ideggondozók több-funkcióju működése, az "orvosi" és a "szociális" háttérmezgyéjén kijelölődő helyzetük kínálja azt a "játékteret", amelyen belül e hangsúly-eltolásokra mód nyílik. S miközben érdekes és fontos leírunk, hogy a hálózat egyes intézményeit milyen általános jellemzőkkel ruházza fel magának a pszichiátriának sajátos kettős társadalmi küldetése, legalább ennyire fontosnak tartjuk, hogy a kettősség kínálta hangsúly-eltolásokat s a belőlük fakadó különbségeket is érzékeltessük.

c/ Megfontolások a pszichiátriai diagnosztikáról és néhány módszertani megjegyzés

Mindezidáig kissé elnagyoltan, közelebbi specifikálás nélkül beszéltünk azokról a mentálhigiénés /és e mezben, részben szociálpolitikai/ zavarokról, illetve a belőlük fakadó szükségletekről, amelyek érdeklődésünket a pszichiátriai járóbeteg-ellátás intézményeire terelték. Az előbbieken feltett kérdések pontosabb megfogalmazásához és hipotéziseink igazolásához szükséges azonban, hogy felbontsuk a "mentálhigiénés zavar" fogalmát, és különbséget tegyünk a szó klasszikus orvosi értelmében betegségnek minősített pszichózisok és a - konturjaikban elmosódottabb - neurotikus megbetegedések között. Ahhoz, hogy értelmezni tudjuk, mit is jelentenek az ideggondozó nyújtotta válaszok a betegek élethelyzete szempontjából, igazában ismernünk

kellene magát a "beteg-világot" - a depressziósok, a skizofrének, a neurotikusok, az alkoholbetegek életutját és életviszonyait, családi sorsukat, munkájukat, konfliktusaikat és védelmi hálójukat a társadalomban. Ez a szöveg adhatna ugyanis biztonságosabb támpontokat számunkra ahhoz, hogy az orvosi és a szociális beavatkozás lehetőségét, illetve gátjait, tényleges megoldást vagy áthidaló helyzetjobbítást hozó tevékenységeit "beágyazottan", a maguk valós élet-kontextusában láthassuk és értelmezhessek. E "beágyazott" értelmezés elé azonban számos - elméleti és gyakorlati - nehézség tornyosul. Közelítő áthidalásukra - mint látjuk később - az ideggondozók által kezelt betegségek közül egy - igaz, a legtömegesebb - esetében volt módunk. Ez pedig a neurózis.^{x/}

A nehézségek egy része azzal az általánosabb problémával kapcsolatos, hogy a morbiditásra /azaz egy-egy betegség népeségen belüli előfordulására/ többnyire intézményi vizsgálatok alapján következtetnek. Részben azért van ez így, mert az általános lakossági szűrések igen drágák, sikeres lebonyolításuk ugyanakkor nagyfokú együttműködést és szervezettséget igényel. E feltétel-együttes pedig ritkán adatik meg, s ha igen, akkor is inkább körülhatárolható kis-közösségekben. Nagyméretű, országos orvosi szűrővizsgálatokra ezért igen kevés számú betegség esetében kerül sor.

A pszichiátriai szűrés a technikai problémákon túl elvi nehézségekbe is ütközik. Mint irtuk már /s ezt csaknem minden szakirodalmi publikáció is megemlíti/, a pszichiátriai betegségek diagnosztikájában még a szakmai konszenzus is igen kis-mértékű. Igaz, az organikus gyógyászat is ismeri ezt a problémát. Hiszen részben az uralkodó orvosi iskolák közmegegyezésén, részben az adott orvos sokéves tapasztalatán nyugszik az, hogy - mondjuk - a magas vérnyomást ki milyen érték felett tekinti megbetegedési tünetnek. De a jól mérhető, verbálisan is megfogalmazható, műszerekkel feltárható tüneteknél, betegségeknel a konszenzus hiánya viszonylag szűk sávban mozog.

x/ A neurotikus betegek adják az ideggondozókban kezelt betegek közel 50 százalékát.

A pszichiátriában minőségileg másról van szó. "A módszer-tani nehézségek egy része a magatartás egyes jegyeinek differenciálási problémáiból adódik, másik része viszont abból, hogy /vizsgált/ jelenségeinek nagy része szubkonszciens, szubverbális szinten zajlik, érzelmi reakciókból és magatartásbeli automatizmusokból áll. Ezeknek vizsgálatában a szokványos kikérde-zési módszerek használata nehézkes, és kevés eredményt ad."^{x/}

A pszichiátria alapvető metodológiai problémáit igen pontosan és pregnánsan foglalja össze Leon Eisenberg magyarul is megjelent tanulmányának alábbi részlete:

"1. Hogy az 'elmebetegség' globális kategóriájának milyen gyenge a jelentésszintje, az azonnal szembeszökik, ha arra gondolunk, hogy ez a kategória olyan nagyon is különböző zavarokat vesz egy kalap alá, mint - mondjuk - a Down-kór, ami egy, a fogamzás pillanatakor determinált kromoszóma-rendellenesség, és aminek következményei már a születéskor is kimutathatók, és - másfelől például - az öregkori szenilitás, az élet végén jelentkező degeneratív betegség, melynek okát még nem ismerjük. Az efféle összevonások megbizhatatlanságát jól példázzák az általános jellegű egészség-betegség kutatások, amelyek kimutatták, hogy a férfiak mortalitása hangsúlyozottabb, élettartamuk rövidebb, mégis a nők között gyakoribbak a súlyos esetek és a krónikus betegségek. A két tény közötti felszíni ellentmondást részben az magyarázza, hogy 'a főleg férfiakat megtámadó betegségek zömmel halálos kimenetelűek, míg a nők betegségei a morbiditási táblázatok adatait szaporítják'. Néhány sajátos körülmény figyelembevételére azonban segíthet megérteni a jelenséget, mármint a férfiak magasabb mortalitását, illetve a nők magasabb morbiditását. Elfogadhatónak látszik az a magyarázat, hogy a nők 'mortalitási előnyé' váltják át 'morbidity hátrányukat'. Mindezt a betegséggel szemben tanusított és a nemi szerep által engedélyezett magatartás révén, amely lehetőséget biztosít a gyors diagnosztizálásra, egyszersmind az orvosi előírások pontosabb betartására /Verbrugge, 1976/. Ahhoz, hogy az epidemiológia a pszichiátriai morbiditás területén valóban hozzá

x/ Buda Béla: A pszichiátriai szociológia; Szociológia, 1972/3.

tudjon járulni a nemek szerepének tisztázásához, az szükséges, hogy elkülönítve tanulmányozzuk a klinikai megnyilvánulásukban és kifejlődésük tekintetében is különböző zavarokat /függetlenül attól, hogy igazán ismerjük-e már az őket kiváltó okokat vagy nem/.

2. A mai napig sem megoldott probléma még a pszichiátriai diagnosztika megbízhatóságának és érvényességének megállapítása. A vélemény-egyezés általában gyakoribb a középszintű kategóriák /például a depresszió/ esetében, mint a kategóriák változatainál, az alkategóriáknál /például mániás-depressziós pszichózis=/endogén depresszió=/neurotikus depresszió/. Tünetek előfordulására rákérdező kérdőívek nyomán sokkal nagyobb százalékban hoznak patológiára, a lelki egészség megbomlására vonatkozó ítéletet, mint a klinikai vizsgálatokból kiinduló diagnosztikus eljárásokban. A diagnosztikai eljárások sem a különböző országokban, sem egy-egy országon belül különböző időperiódusokban nem hasonlíthatók össze. Az utóbbi néhány évben juttattak csak el odáig, hogy pontosabb operacionális kritériumokat tudtak felállítani, s ez lehetővé tette, hogy a pszichiátriai diagnózisok megbízhatósága komoly mértékben megnövekedjék /Feighner és munkatársai, 1972; O.M.S., 1973; Friedman és Katz, 1974/.

3. A legtöbb epidemiológiai tanulmány a kezelt eseteken alapul, vagyis azon esetek számán, amelyeket az egyes, az adott népeiséget kiszolgáló mentálhigiénés központok nyilvántartanak, és statisztikai feldolgozás céljából egy központi szervhez továbbítanak. A kezelt esetek száma azonban elkerülhetetlenül alacsonyabb, mint a tényleges előfordulások száma. Hogy mennyivel, az függ attól, hogy mennyire elérhető és milyen drága a kezelés, továbbá hogy a betegek mennyire hajlandók alávetni magukat a gyógyításnak; és attól is függ, hogy az orvosi jelentések mennyire teljeseek és pontosak. Az elmebetegségekre vonatkozó statisztikák általában nem tartalmazzák azokat a betegeket, akiket általános orvos kezel, akiket a szakorvos magánpraxisban gyógyít, és azokat, akik az orvosi nyilvántartásban nem szereplő személyhez járnak. Lehetséges, hogy a fejlődő országokban a kezelés oroszlanrészét hagyományos kuruzslók végzik. /Carstairs és Kapur, 1975/.

4. A valódi számbeli tulsúly meghatározása érdekében megfelelő mintavételen alapuló országos vizsgálatokra lenne szükség. Az ilyen vizsgálatok azonban tulságosan bonyolultak és költségesek, ezért kevés van belőlük. A mintát a népesség kor- megoszlásának megfelelően korrigálni kell, így például, mivel az öregkori depresszió és pszichózis idősebb életkorban jelentkezik, az idős nők idős férfiakét meghaladó arányát a két nem várható élettartamában mutatkozó különbségeket figyelembe véve kell súlyozni.

5. Az egy adott pillanatban a népességben észlelhető összes kóresetek számát /predominancia/ meg kell különböztetni az egy bizonyos idő alatt megjelenő új esetek számától /incidencia/. Krónikus zavarok esetében a predominancia szükségképpen jelentősen felülmúlja az incidenciát. Amikor azonban a szociális változások hatását tanulmányozzuk /például a feminista mozgalom mint új elvárások forrása/, akkor az incidencia az esetleges különbségek hasznosabb mutatójának bizonyul. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy mivel a pszichiátriai zavarok igen gyakran lappangva kezdődnek, ezért a legtöbb esetben nehéz pontosan meghatározni az újonnan felbukkanó esetek számát.^{x/}

A diagnosztika problémáiból következik, hogy a pontos elhatárolás nemcsak a betegek és nem-betegek, hanem az egyes betegség-fajták között is igen nehéz. Noha a szakma elkülöníti a pszichózisokat és más pszichiátriai betegségeket, a különbségtétel inkább azon alapul, hogy bizonyos tünetegyütteseket már a klasszikus pszichiátria is észlelt, leirt, és tapasztalatait rendszerezett ismeretekként kodifikálta, adott diagnózis-

x/ Leon Eisenberg: A pszichiátriai zavarok nemek szerinti megoszlása; in: A női nem /szerk.: Evelyne Sullerot/; Budapest, Gondolat, 1983.

- címkével látta el.^{x/} A valóságos gyakorlatban - mint azt a fentebbi Eisenberg-idézetben is láttuk - a "tisztá képletek" alapján való elkülönítés sokszor problematikus. Spielmann a különböző szemléleti alapokon nyugvó osztályozásokat a következő módon ismerteti:

"Az orvosszociológiai kutatások behatóan foglalkoztak a különböző ideg- és elme megbetegedésekkel. A felmérések értékelését megnehezítette az elmebetegségek ma is vitatott kór-származása és besorolása.

A hagyományos pszichiátria, Emil Kraepelin a múlt században kidolgozott klinikai módszertani osztályozása szellemében a szervi, illetve a funkcionális pszichózisokra összpontosította figyelmét. A legbehatóbban az örökletesnek felfogott pszichózisokkal: szkizofréniaikkal, mániás-depressziós állapotokkal foglalkozott. Ezek közös jellemzője, hogy a pszichotikusnak nincs betegségtudata, téveszméket hirdet, 'saját személyének a realitást tükröző meghatározására, illetve saját társadalmi környezetében való önvezetésre képtelen'.

A korszerű elmekórtan szemlélete lényegesen átfogóbb: a 'lelki jelenségek kórfolyamatai', az ideg-elmebetegségek közé sorolja a neurózisokat, pszichopátiákat, szenvedélybetegségeket /alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás stb./, a gyengeelméjűséget és más kórállapotokat.

x/ "A társadalom bonyolódásával a mindennapos devianciának, a betegségnek kezelésére és minősítésére külön státus, külön hatóság alakult ki. Bizonyos társadalmi fejlettségi fokon túl ez a státus lett az orvos, majd ... a státus hatóság-eleme önálló intézménnyé nőtt, egészségügyi ellátási rendszerre, amelyen belül a beteggel közvetlenül találkozó orvos már egy bonyolult státus-hálózat egy pontja. A fejlődés evvel párhuzamosan kialakította az orvostudományt. A kutató, figyelő emberi elme okokat, összefüggéseket fedezett fel a betegségekben, gyógymódokkal próbálkozott, megkísérelte egymástól elkülöníteni a megbetegedéseket. Ezt gondolatmenetünkben úgy fejezhetjük ki, hogy a betegség minősítése fokozatosan szétbomlik részminősítésekké - diagnózisokká -, amelyekre azután külön 'normák' /tennivalók, gyógymódok stb./ vonatkoznak." /Buda Béla: Lelki egészség a modern társadalomban; Valóság, 1970/7./

A kraepelini felfogással ellentétben, mely az agy szervei elváltozásaira, illetve működési zavaraira vezeti vissza az elmebetegségeket, a pszichoanalitikus irányzat, valamint a szociálpszichiátria e kórállapotokban elsősorban a személyiség súlyosabb vagy kevésbé súlyos zavarát látja.

A szociálpszichiátria a gyermekkori lelki sérülések mellett fokozott figyelmet szentel az egyén további életkörülményeinek, munkahelyi és családi konfliktusainak.

Az orvosi szociológia az elmebetegségek /mental-illness/ kórszarmazásának megítélésében átfogó szemléletet érvényesít: a klinikai és járványtani felmérések egyöntetű tanúságára támaszkodva, számol mind az átöröklés, mind a szociálisan feltételezett külső tényezők kórnemző szerepével. Egyik tényezőnek sem tulajdonít kizárólagos szerepet. A korszerű klinikai pszichiátriával együtt, az ideg- és elmebetegségeket az alábbiak szerint csoportosítja:

1. Exogén okok létrehozta pszichózisok; 2. funkcionális pszichózisok /szkizofréniák és depressziós-mániás állapotok/;
3. neurózisok; 4. pszichopátiák /szociopátiák/;
5. oligofrénia /gyengeelméjűség/;
6. involúciós /öregkori/ pszichózisok;
7. szenvedélybetegségek /toxikomániák/.

Az öregkori demenciák, a gyengeelméjűség, fertőző betegségek eredményezte exogén pszichózisok, epilepszia stb. esetében a központi idegrendszer szerkezetében, működésében kétségbevonhatatlan kóros elváltozások mutathatók ki.

A funkcionális pszichózisokban /a szkizofréniákban, depressziós-mániás állapotokban/ az agy szerkezetében, biokémiai egyensúlyállapotában nem tudunk kimutatni jellemző elváltozásokat, de működése kóros: rendellenes a gondolkodás, az ítélet, az érzelmek, az indulatok, a hangulat, az alkotó készség, a kezdeményezés stb.

E megbetegedésekben az átöröklésnek fontos szerepe van, de pl. a szkizofrénia esetében mégsem maga a betegség az, ami örökletes, inkább az érintett, örökölt gének vezethetnek egész sor abnormális variánshoz. Az átöröklés ... nem tekinthető

'szomatikus végzet'-nek, csupán hajlammak. A kóros elmeállapotokat, szkizofréniákat szociálisan feltételezett okok is kivált-hatják, illetve azok együtt ható, fenntartó tényezői lehetnek. Pszichózisok kiváltó oka lehet - többek között - az emberközi kapcsolatok válsága, konfliktusok a családi és a mikroszociális környezetben, szocializációs deficit stb.

A neurózisokban, pszichoneurózisokban az agy szerkezete, működése ép. E kórállapotok előterében személyiségzavarok, kóros érzelmi indulatok, depresszió, szorongás, kényszercselekedetek állanak.

A pszichopaták, illetve szociopaták csoportjába sorolják azokat a kiegyensúlyozatlan személyiségeket, akik a társadalmi alkalmazkodás, beilleszkedés idült zavarában szenvednek. Nem tekinthetők sem elme-, sem idegbetegeknek, mégsem képesek a normális életvitelre: ön- és közveszélyesek; gyakran jutnak elmekórházakba, börtönökbe, alkoholelvonó intézetekbe. Látszólag normális, sokszor az átlagon felüli képességű egyének, de eleve aszociálisak, alkalmazkodásra képtelenek, s annál veszélyesebbek, mivel ha maguk nem jelentkeznek kezelésre, nincs törvény, amellyel kötelezni lehetne őket.

Az ideg-elme megbetegedések száma az utóbbi évtizedekben jelentősen növekedett.

A neurózisok abszolút számának növekedését senki sem vonja kétségbe. A pszichózisok tényleges szaporodását viszont az átöröklés szerepét kizárólagosnak tekintő szakemberek megkérdőjelezzik. Megítélésük szerint a százalékos növekedés csupán látszólagos. Vitatható járványtani felmérések, retrospektív anketok alapján arra következtetnek, hogy a funkcionális pszichózisok aránya ma sem magasabb, mint 100-200 évvel ezelőtt: számuk minden körben és korban állandó."x/

x/ Spielmann József: Betegség-Orvoslás-Társadalom; Bukarest, Kriterion, 1984.

A pszichiátria fejlődése - miként az a fentebbi idézetekből, de számos más szakirodalmi elemzésből is kiderül - az utóbbi évtizedekben bejárt utján a hagyományos diagnosztikától egyre inkább egy olyan betegségfogalomhoz jutott el, amelyben maga a betegségmegjelölés a társadalmi környezet által értelmezett, az emberi viszonyok beágyazottságában jellemezhető állapot leírására szolgál. Az állapot, annak megélése, a velejáró tipikus magatartási reakciók, a környezet és a beteg ember interaktív viszonyai - megannyi olyan probléma, amely a "szakmai" munkamegosztásban a szociológia kérdésfeltevése. A betegségfogalom ezirányú változásával magában a pszichiátriában vált létjogosulttá tehát a szociológiai megközelítés, és kaptak jelentős teret egyuttal azok a vizsgálati módszerek /mindenekelőtt a kérdőíves betegség-feltárások/, amelyeket a köztudat par excellence "szociológiai metódusokként" tart számon. A betegség-feltárás kérdőíves megközelítése - érthető okoknál fogva - mindenekelőtt a neurózis-kutatásban terjedt el és nyert polgárjogot.

A kisszámú hazai neurózis-szűrővizsgálat is a kérdőíves és más orvosi-diagnosztikai eljárások kombinációján alapult. Ismereteink és a szakirodalmi hivatkozások szerint az első magyarországi szűrővizsgálat Dr. Ozsváth Károly nevéhez fűződik,^{x/} aki 6800 fiatal férfi neurózis-szűrésére dolgozott ki kérdőívet. Dr. Juhász Pál és munkatársai szintén kérdőívet alkalmaztak egy kis faluban és két budapesti hivatalban végzett kutatásaik során, ahol azonban a kérdőíves módszert néhány belgyógyászati tünet-csoportra vonatkozó orvosi vizsgálattal, illetve /a falusi kutatás során/ longitudinális megfigyelésekkel, a közösség belső viszonyainak mélyebb szociológiai és szociálpszichológiai feltárásával kombinálták.^{xx/}

x/ Ozsváth Károly: Fiatal férfiak ideges panaszai; Ideggyógyászati Szemle/24., 1971.

xx/ Lásd többek között:

Juhász Pál: A falusi betegek neurózisának kórokai; Ideggyógyászati Szemle/17., 1964.

Juhász Pál: A neurózis morbiditásának alakulása egy magyar faluban, lakói gazdasági megerősödésének és az urbanizáció kezdetének fázisában /1960-1971/; Ideggyógyászati Szemle/26., 1973.

/folytatás a következő lap alján/

A neurotikus tünetek feltárására használt kérdőívről Juhászék a következőket írják:

"Mindezek alapján és mindezek figyelembevételével több évi kísérletezés után dolgoztuk ki szűrővizsgálati módszerünket. El kellett fogadnunk azt a kompromisszumot, amely a patogenetikai tényezők meghatározó szerepét figyelmen kívül hagyja a diagnózis megállapításában.

A klinikai kép elemzése alapján az egyes tünetek gyakoriságát és az egyes tünetek együttes előfordulását fogadtuk el kiindulási alapként. Ezen belül ugyancsak a statisztikai elemzés figyelembevételével tekintettel voltunk a tünetek intenzitására, az egyes tünetek súlyosságára. A nélkülözhetetlen pontrendszert 0-tól 25-ig, helyesebben 0-tól 20-ig, az egyes tünetek gyakorisága és az adott tünetnek a neurózison belül felismerhető determináló szerepe határozza meg.

Hét olyan tüneti csoportot választottunk ki, amelyek irányában a feladott kérdések könnyen megválaszolhatók. A válaszadás nem igényli az orvos és beteg kapcsolatát.

A kérdések sorrendiségét az interju kialakíthatóságának szempontjai határozták meg. Olyan kérdésekkel kezdünk, amelyekkel a beszélgetést könnyen meg lehet indítani.

Négy kérdés a szomatikus vegetatív funkciók zavarára irányul: fejfájás, alvászavar, cardialis és gastrikus panaszok.

Két kérdés vonatkozik a pszichés tünetekre: a hangulati élet zavarára és a türelmetlenségre.

Egy kérdés pedig a teljesítményváltozást igyekszik felde-
riteni.

Juhász Pál-Kopp Mária-Veér András: Módszer a neurózis szűrővizsgálatához; Ideggyógyászati Szemle/31., 1978.

Tringer László-Veér András-Fráter Judit-Felsővály Ákos: Neurotikus állapotképek elemzése; Ideggyógyászati Szemle/32., 1979.

A kérdőívet áttekintve az egyes tünetek a következő pontszámokkal nyernek értékelést: 1. fejfájás: 0-4; 2. az alvászavar különböző formái: 0-1, 0-2, 0-2 - végeredményben 0-5; 3. hangulati zavar: 0-4, és 0-2, összesen 0-6; 4. türelmetlenség: 0-1; 5. teljesítménycsökkenés: 0-3; 6. cardialis panaszok: 0-2; 7. gastrikus panaszok: 0-3.

Összességében 25 pont érhető el, azonban az ezret meghaladó vizsgálati anyagunkban a maximális pontszám eddig 20 volt.

Az egyes panaszokban a pontszámok nagyságrendje a neurózisra jellemző megjelenés, és nem a panaszok, tünetek intenzitását mutatja: a gyakori félelem, szorongás, fejfájás, cardialis szenzáció stb. inkább fejezi ki a neurózist, mint annak kivételes - esetleg intenzív formában történő - megjelenése. Ennek alapján lesz a neurózis az alkalmi kóros emocionális reakcióktól elkülöníthető. Az egyes tünetek pontszámának egymáshoz viszonyított nagyságrendje az első években végzett vizsgálatok értékelése alapján alakult ki: a vegetatív funkciózavarok összpontszáma 15, a pszichés funkciózavarok 7, a teljesítménycsökkenés 3 pontot adhat. Ez az arány kérdőív és klinikai vizsgálat adatszolgáltatásának egybevetése alapján alakult ki.^{x/}

Nem tudunk arról, hogy a neurózis mérésére Magyarországon eddig "laikusok" kísérletet tettek volna.^{xx/} Igy vállalkozásunk talán első pillantásra vakmerőnek tűnik. Mentségünkre szolgáljon, hogy az alább ismerttetendő kérdőíves felvétel általunk felhasznált kérdésblokkja lényegét, azaz a kérdések alapidimenzióit tekintve megegyezik a szakirodalomban fellelhetőekkel.

További mentség talán, hogy valójában nem a lakosság neurózis-morbiditásának pontos feltérképezése volt a célunk. A cél ennél lényegesen szerényebb: közelítő ismereteket, ten-

x/ Juhász-Kopp-Veér: id. mű

xx/ A pszichiátriai szociológia nemzetközi irodalma ugyanakkor számos, kifejezetten szociológusok által végzett, fontos hozzájárulást tart számon. Lásd erről részletesen: Buda Béla: A pszichiátriai szociológia; Szociológia 1972/3.

denciákat kivántunk feltárni, amelyek a fentebb feltett kérdésekre /azaz a neurózis-ellátás ideggondozói tapasztalatai és a szükségletek összefüggésének problémáira/ támpontokat nyújthatnak. A kérdőíves kérdésnek a neurózis-morbiditás pontos diagnosztizálása szempontjából vett bizonytalanságát ellensúlyozhatja talán az is, hogy a mi "diagnózisunk" egy ellátást igénylő társadalmi probléma jelentkezési formáira, bizonyos következményeire és társadalmi súlyosságának körvonalazására, nem pedig a szűkebben egészségügyi és terápiás következtetések megfogalmazására irányult. E szempontból pedig mellékes, hogy az általunk feltárt állapot valóban a neurózis orvosi címkéjét "érdemli-e" meg, vagy arról van szó, hogy emberek tömegei szenvednek olyan panaszoktól, amelyek - címkézzük őket bárhogyan is - emberi szenvedést okoznak és társadalmi kihívást jelentenek. Amikor tehát az alábbiakban neurózisról és neurotikusokról beszélünk, akkor e megnevezést nem a szó - mint láttuk, a szakmán belül sem egyértelmű - szigorú orvosi értelmében, inkább e szenvedést okozó és választ váró állapot jelzéseként használjuk.

Még egy előzetes megjegyzést adataink érvényességéről: miközben igaz az, hogy a panaszok, betegségek bevallása, betegségként, az egészség károsodásaként való "felvállalásuk" az objektív állapot súlyosságán túl erősen kulturafüggő, ugyanakkor az is igaz, hogy a kultúra metszéspontjai nem igazán orvos és beteg között, hanem mindenekelőtt a nemek között húzódnak. Egyéb vizsgálatokból tudjuk, hogy a kultúra-különbségek mellett a mindenkori társadalmi konszenzus szavatolja, hogy mely korban, mely társadalomban milyen panaszok a bevallhatók, és melyek az eltitkolandók, mi betegség és mi nem az.^{x/} És e

x/ Lásd erről bővebben: Losonczi Ágnes: "A betegségek társadalmi helyéről és értelmezéséről"; Kézirat, Budapest, 1982., illetve "Az egészséggel kapcsolatos érdekek és értékek változásai" in: "Egészség és társadalom"; MSzT-TIT, Budapest, 1979. című tanulmányait.

konszenzuális kulturának az orvosok és a laikusok egyaránt alkotói és részesei. Ezért több vizsgálat^{x/} egybehangzóan igazolja, hogy a laikusoknak önmaguk egészségi állapotáról alkotott képe többé-kevésbé egybeesik az orvosok szakmai ítéletével. Nincs tehát okunk kételkedni az alább ismertetendő vizsgálat hitelében sem.

x/ Így például az 1977-78-ban Zala megyében lebonyolított "Életut-életmód-egészség"-kutatás eredményei, ahol a közel 1600 emberrel elkészült kérdőív mellett mód nyílt a megkérdezettek orvosi vizsgálatára is. Az egészségi állapotról alkotott személyes és orvosi ítéletek az esetek háromnegyedében teljesen megegyeztek. /A kutatást Losonczi Ágnes vezette. A kutatócsoport tagjai voltak: Antal Z.László, Makara Péter és Szalai Julia./

II. NEURÓZIS ÉS NEUROTIKUSOK

A neurózis - ahogyan mértük

A KSH 1982 áprilisában országos reprezentatív vizsgálatot végzett több mint 11 ezer ember megkérdezésével, amelyben a saját objektív és szubjektív helyzetükről alkotott véleményüket tárta fel. A neurózis mérésére a kérdőív "Egészség, gondok" blokkjának néhány kérdését használtuk fel. Az első kérdés a következőképpen hangzik: "Szenvedett-e az elmúlt évben gyakran: 1. fejfájás; 2. kimerültség; 3. alvászavar; 4. feszültség; 5. szomorúság, depresszió; 6. emlékezetkiesés miatt?" Megvizsgáltuk a fenti hat panasz előfordulásának együttes gyakoriságát, és azt találtuk, hogy a 14 éves és idősebb lakosság mintegy harmada egyetlen panaszról sem számolt be; további harmada az elmúlt évben gyakran előforduló panaszoknak egy vagy két fajtáját említette; a többiek /a felnőtt népességnek ugyancsak egy-harmada/ pedig három vagy több panasz rendszeres jelentkezését fogalmazták meg. Ez utóbbi csoportról lesz szó az alábbiakban, amikor az elemzés során neurotikusokról beszélünk.

Hangsúlyoznánk még egyszer: nem azt tartjuk kérdésnek, hogy egy betegséget - a neurózist - valóban pontosan diagnosztizált-e felvételünk. Hanem azt a tényt huznánk alá, amit a tünetegyüttesek tömeges előfordulása mutat fel: a mai felnőtt magyar társadalom 32 százaléka él együtt olyan panaszokkal, amelyeket említésre méltónak tart annyira, hogy róluk egy társadalomstatisztikai felvétel kérdezőbiztosának is beszámoljon.^{x/}

x/ A körülbelül 1/3-os arány nagyságrendileg megegyezik a már említett hazai szűrővizsgálatok eredményeivel. Juhász Pál és munkatársai falu-vizsgálatukban 1961-ben a felnőtt lakosság 30, 1970-ben pedig 42 százalékát találták neurotikusnak.

A hat közül a leggyakoribb panasz a fejfájás volt: a férfiak 29, a nők 62%-a tett említést erről /az össznépeség 46%-a/. Hozzátennénk ugyanakkor, hogy mindössze 56 kérdőívben állt e panasz önmagában - azaz a tömeges méretű fejfájás az esetek döntő többségében más panaszok kiváltó oka vagy/és kísérőjelenése. A gyakorisági sorrendben a fejfájást a kimerültség követte: a megkérdezettek 37%-a tekintette említésre méltónak gyakori fáradtság-érzetét. A tünetek együttjárására utal, hogy e kérdés vonatkozásában is mindössze 80 esetben talákoztunk az-
 zal, hogy a hat panasz közül a megkérdezett csak fáradtság-érzetét tekintette volna említésre méltónak. Férfiak és nők között a kimerültség-panasz tekintetében is jelentősek az eltérések, bár a nemi különbség kevésbé éles, mint a fejfájás tüneténél: a férfiaknak ez esetben is 29%-a, a nőknek viszont 44%-a beszélt erről! A négy további panasz átlagos említési gyakorisága a következő volt: alvászavarban a megkérdezettek 34%-a, feszültség-érzetétől 30%-a, szomoruság, depresszió állapotától 18%-a, az emlékezet zavaraitól 10%-a szenvedett. A tünetegyüttesek kombinációjában minden variáció előfordult, s hozzátehetjük, hogy a megkérdezettek 17%-ánál a fentiek közül egyszerre négy vagy több panasz is. Különböző élességgel ugyan, de valamennyi tünet előfordulására jellemzőek voltak a fejfájásnál már jelzett nemenkénti eltérések, valamint az is, hogy a panaszok gyakorisága az életkorral egyértelműen nőtt.

A kérdőív kérdései lehetőséget kínáltak arra is, hogy megpróbáljunk különbséget tenni súlyos és kevésbé súlyos állapotok között. A panaszok előfordulását követően ugyanis a vizsgálat afelől is tudakozódott, hogy az említett bajok a kérdezettet milyen mértékben akadályozzák mindennapi teendőinek ellátásában /ezt öt-fokozatu, "megcímkezett" skála mérte, a "nem"-választól a "nem képes dolgozni"-válaszig./ A panaszok elleni nyugtató- és gyógyszerfogyasztás mértéke további jó indikátornak bizonyult. /A mértéket a gyógyszerfogyasztás időbeli gyakorisága közelítette: a "heti többszöri tablettaszedés"-től a "semmikor sem" - válaszig terjedő 4 fokozatu skálával./

A mindennapi életvitel akadályoztatásának figyelembevételével a neurotikus betegeket két csoportra osztottuk: azokra, akiknél három vagy több panasz említését regisztráltuk, de e panaszok nem vagy csak kis mértékben korlátozták őket napi teendőik ellátásában /a "neurózis" enyhébb mértéke/, és azokra, akiknél a korlátozottság súlyosabb. Azaz, akik az orvosi és táppénzbevételi gyakorlatban még szigorú megítélés esetén is "betegeknek", időlegesen vagy teljesen munkaképteleneknek számítanak /a neurózis súlyosabb mértéke/. A gyógyszer-fogyasztási kérdést a két csoport elkülönítésének kontrolljaként használtuk, s - mint az alábbi táblából látható - meglehetősen szoros összefüggést találtunk.

1. tábla

Milyen gyakran vesz be a megkérdezett nyugtatót, altatót, fejfájás elleni orvosságot

	Soha	Igen ritkán	Havonta többször	Hetente többször	Összesen
Panaszmentes	86,4	12,2	0,7	0,7	100,0
3 és több panasza van /neurózis/	12,1	20,1	20,7	47,2	100,0
Ebből: mindennapi életvitelében is korlátozott /neurózis, súlyosabb/	7,0	9,4	19,2	64,4	100,0

A teljesen panaszmenteseknek 86%-a sohasem szed altatót és/vagy nyugtatót, nem érzi szükségét fejfájáscsillapító piruláknak sem. Az arány a neurózis enyhébb mértékétől szenvedők-nél 12%-ra, a súlyosabban betegek-nél 7%-ra zsugorodik. És a skála másik végén, a rendszeres gyógyszer-fogyasztók között a különbségek éppily élesek. A panaszmenteseknek 0,7%-a, az eny-

hén neurotikusoknak 47, a súlyosan betegeknek 64%-a vesz be hente többször különböző nyugtató, csillapító, az elalvást segítő tablettákat. Mindez azt jelzi, hogy a sokat szapult magas gyógyszerfogyasztás mögött/helyett észre kell vennünk: az emberek azért és akkor nyulnak a tablettákhoz, mert és amikor betegek. S ha túl sok gyógyszer fogy, az nem magatartási vétség, hanem szimptomája annak, hogy az emberek tömegei betegek. Mint látjuk, a nem-betegek nem "élnek vissza" a gyógyszerekkel. Igaztalan tehát a vád: a magyar nép ültre szedi az "olcsó" és "könnyen hozzáférhető" pirulákat. És még egyet. Később lesz még bővebben szó arról - hiszen ez tanulmányunk egyik középonti problémája -, hogy a tömeges bajok mellett a panaszoktól, betegségtől szenvedőknek milyen kis hányada jut el az egészségügyi ellátás megfelelő intézményeihez. A magas gyógyszerfogyasztási arányt abból a szempontból is figyelemreméltónak kell tartanunk, hogy a tabletták - jobb híján - az orvost is helyettesítik. Ha nincs más, nincs könnyítő, védelmet és enyhülést hozó társadalmi válasz, nincsenek intézmények sem a panaszkodásra, sem a segítségadásra, akkor - még ha átmeneti, pillanatnyi enyhülést hoz is csak - legalább ott a feszültségoldó nyugtató, a fájdalmat enyhítő pirula, a napi gondok elől menekítő, az alvás lehetőségét megteremtő altató.

A tömegesen jelentkező tünetek és a magas gyógyszerfogyasztás láttán felvetődik a kérdés, hogy a neurotikus panaszok milyen összefüggésben állnak az egészségi állapot egyéb jellemzőivel. A neurotikusok vajon betegebbeke-e, jobban sujtják-e őket más bajok is, mint az "átlag-felnőttet", s ha igen, akkor közülük kiket.

A neurózis népbetegség társadalmi térképének felvázolását azzal kell kezdenünk tehát, hogy e kérdésre igyekszünk - ha bármily elnagyoltan is - a rendelkezésünkre álló információk alapján közelítő választ adni.

A lakossági vélemény-felvétel mintáján a KSH egy további kérdőíves vizsgálatot is végzett, amely többek között a lakosság általános morbiditási helyzetének feltárását tűzte ki céljául. A két felvétel összekapcsolásával módunk nyílt arra, hogy

a neurotikus panaszok és a tartós betegségek együttes előfordulásának nemenkénti és korcsoportok szerinti alakulását nyomon kövessük.

Tisztában vagyunk azzal, hogy a fejfájás vagy a feszültség-érzet nem feltétlenül csak neurózis-indikátor lehet, hiszen nem egy olyan krónikus betegség van /igy pl. a magas vérnyomás vagy bizonyos nyaki érelmeszesedések/, amelyeknek egyik tünetcsoportja a fájó fej, a rossz közérzet. E bajok pedig "önmaguktól" veszélyeztethetik az éjszakai álm nyugalmát, a kialvatlan ember ugyanakkor sokszor fáradt és ettől talán "ideges" is.

De érvelhetünk fordítva is: a betegségek pszichoszomatikus eredetét hangsúlyozók /s hogy e betegségek körét mely orvosiskola milyen szigorúan vagy milyen tágan vonja meg, az talán a jelen pillanatban mellékes/ egyetértenek abban, hogy alig-alig van olyan szervi baj, amely mögött ott ne lenne a lelki diszpozíció hatása. Nem teljesen feltárt ugyan, hogy a munkahelyi feszültségek, a családi élet zavarai vagy az élet-terhek tartós megoldatlansága milyen biokémiai, fiziológiai, biológiai transzformációk révén okozza a gyomor fekélyét vagy támadja meg a keringési rendszer egyensúlyát, a tüdőt vagy az izmokat, de szembetűnő, hogy a betegség keletkezése többnyire együtt jár lelki természetű panaszokkal. S ugyanigy igaz az a paradox jelenség is, hogy ugyanazok az életfeszültségek, ugyanazok a fizikai és környezeti megterhelések az egyik embernél kiváltanak betegséget, míg a másiknál nem. A pszichológiai faktorok tehát nemigen hagyhatóak számításán kívül, még akkor sem, ha pontos elkülönítésük talán elvileg is lehetetlen. De valószínűleg nem is ez a cél. Más szavakkal: majdnem mindegy, hogy magyarázatunk úgy szól-e, hogy a "fizikai", szervi bajok, betegségek kiváltják a pszichés állapot romlására utaló tüneteket, vagy, megfordítva, hogy a feszültségek növekedése előbb-utóbb nemcsak a fej fájdalmában és a rossz közérzetben, hanem a szervi betegségek szaporodásában és súlyosbodásában is tetten érhető. A lényeg az, hogy a megromlott fizikai és pszichés állapot sokszor együtt van jelen és ebben a formában jelent kihívást. Van, amikor jobb kardiológiai vagy belgyógyá-

szati ellátást kíván, és van, amikor "pusztán" lakást, jobb munkahelyi légkört, kevesebb hajtást a megélhetésért.

Az alább bemutatandó adatok elemzése elé azért kíváncszott e néhány megjegyzés, mert nem ok-okozati összefüggések jelentik a kérdést számunkra akkor, amikor felhívjuk a figyelmet arra, hogy a "neurotikusok" általános egészségi állapota minden korcsoportban markánsan rosszabb a korcsoport átlagánál.

Célunk "mindössze" annyi, hogy jelezzük e két jelenség-csoport együttes jelenlétét. Persze továbbgondolható kérdés, hogy a mai szakmai-egészségügyi, illetve szociálpolitikai hálózatnak van-e egyetlen olyan intézménye is, amely e komplex betegség- és élet-állapotot a maga komplexségében vállalja fel. A tapasztalt jelenségek összes következményének szociálpolitikai irányu végig gondolása azonban nem a jelen írás feladata. Adatainkat mégis legelsősorban úgy interpretáljuk, mint amelyek nem a "fizikai" és "lelki" természetű zavarok pontos elkülönítésére inspirálnak, hanem inkább arra hívják fel a figyelmet, hogy a társadalmi válasznak együttes jelentkezésüket és összefonódásukat kellene megcéloznia.

A neurózis társadalomrajza

A már említett 1982-es általános morbiditás-felvétel a /15 éves és idősebb/ felnőtt lakosság 30%-ától kapott legalább egy krónikus betegség meglétére utaló választ. A lakossági vélemény-vizsgálatban neurotikusnak talált /tehát a 6 panasz közül legalább háromról említést tévő/ megkérdezettek között ugyanakkor ez az arány jóval magasabb, 48 százalékos volt. A krónikus betegek között az átlagosnál valamivel magasabb a nők aránya: míg a mintának 53%-a, addig a tartós betegségben szenvedőknek 60%-a nő volt /amiben persze szerepet játszik az is, hogy a női népesség átlagos életkora magasabb/. A nemi különbségek azonban ennél jóval élesebbek a neurózis vonatkozásában: a 3 vagy több közérzeti panaszt említők 69%-a volt nő, és ugyanennyi volt azok között is, akiknek panaszai a krónikus betegségek valamelyikével társultak. A morbiditási statisztiki-

kákból ismeretes, hogy a nők között magasabb a tartósan betegek aránya /mint tudjuk, a nők "betegebbek", a férfiak pedig "halandóbbak"/.^{x/} Az általunk vizsgált panaszegyüttes az általános morbiditási trendeknél azonban még markánsabban "női" jellegű. /Mint az ideggondozói adatok ismertetésekor látjuk majd, e "női jelleg" az orvosilag neurózisként diagnosztizált és nyilvántartott betegek nemek szerinti összetételében is megmutatkozik./

A neurózis társadalmi jellemzésében a betegség előfordulásának nemek közötti eltérése jelenti a legélesebben elének rajzolódó, minden más dimenziónál perdöntőbb különbséget. Még a szintén igen jelentős különbségeket hordozó életkori hovatartozás sem differenciál ennyire. Nem is szólva a szociológiai típusu diemenziókról, a társadalmi hovatartozásról, a lakóhely típusáról vagy a gazdasági aktivitásról. A neurózisban talán minden más betegségnél élesebben kirajzolódó nemek szerinti különbség - mint majd igazolni igyekszünk - a két nem eltérő társadalmi helyének, szerepének, magatartásának, "kulturájának" sajátos tükre.

Közismert dolog, hogy az, hogy egy betegség mikor, miként, kik számára címkézhető betegségként, kitől fogadja el és kinek kínálja fel a mindenkori társadalmi konszenzus a gyengeséget, beteg-státuszt és a betegséggel járó kiméletet - e jelenségek mélyen a kor és a társadalom kulturájába itatottak. Nem is választható külön a betegség "objektív" jelentkezése e kulturális beágyazottságtól. A kultura-meghatározottság ugyanolyan /még ha mérőműszerekkel nem is oly precizen mérhető/ attribútuma a betegségnek, mint a tettenérhető szervi elvátozás vagy a fiziológiai értelemben vett "rendellenes" működés. A neurózis-betegség ebben a vonatkozásban csak annyiban különbözik más betegségektől, hogy ez a kultura-meghatározottság nyilvánvalóbb. A neurotikus tünetek maguk olyanok, amelyek a magatartás, a teherbiróképesség, a konfliktus- és feszültség-tűrés megvál-

x/ "... a nők 'mortalitási előnnyé' váltják át 'morbiditási hátrányukat'." /Leon Eisenberg: A pszichiátriai zavarok nemek szerinti megoszlása; in: A női nem /szerk.:

E. Sullerot/; Budapest, Gondolat, 1983./

tozásában ragadhatóak meg, s ahol még a fájdalom, a fej, a hát vagy a gyomor panaszai sem feltétlenül regisztrálhatóak műszeres uton. Ezért úgy tűnik, mintha a betegség gyógyítása a magatartás változását kívánná - magyarán, a szerep-meghatározottság az okok és a terápia oldalán egyaránt nyilvánvalónak látszik.

E megfontolások figyelembevételével talán már könnyebben megválaszolható, hogy miért a nemi különbségek a legmarkánsabbak a neurotikus panaszok előfordulásának alakulásában. A mai magyar kulturában annak bevallása, hogy az egyéni élet terhei terhek és ezért időnként azokat az ember soknak érzi, nem elfogadott. Különösen nem a férfiaktól /sem önképük, sem a környezetük szerint/. A "gyengeség" megengedhető a nőknek, s főleg abban az értelemben, hogy szabad erről panaszkodniuk. Megfogalmazhatják tehát "ideges" bajaikat, míg ugyane bajok bevallása a férfiak részéről férfiatlannak ítéltetik. Adataink mindenekelőtt ezt a különbséget fejezik ki.^{x/} Ehhez képest másodlagos, hogy "objektive" fájhatna-e ugyanannyira a férfiak feje is. Ez az "objektive" lényegesen kevésbé számít, és csak egy önkimélésre már képes, azzal élni tudó, az egészség, az erők hosszútávú védelmét értéknek tartó, s nemi szempontból is "demokratikusabb" polgáriasult kulturában létezik. Ott, ahol a fejfájás tünete kezdőpontja lehet egy akciónak - vele orvoshoz lehet /illik, kell/ menni s ez nem minősül erőtlenségnek, gyengeségnek. Az általános férfi-kulturában az erők fogyatkozása, a gyengülés, a fáradékonyság csak az öregedés jeleként fogadható el, s az életkor előrehaladta legitimálhatja. Ezért van,

x/ A pszichiátriai megbetegedéseknél tapasztalt nemi különbségek kulturális meghatározottságát fogalmazza meg az alábbi idézet is:

"Az orvosi kezeléssel kapcsolatos attitűdök mégsem magyarázzák meg az országos felmérésekben mindenütt megmutatkozó, nők javára létrejött különbségeket, a felmérések ugyanis nem azon alapulnak, hogy előzőleg milyen mértékben vettek igénybe az egyének orvosi kezelést. Az eddigiekkel ellentétben az alkohol és a kábítószeres élvezete sokkal gyakoribb a férfiaknál, mint a nőknél. Az a gondolat is felmerült, hogy az alkoholizmus esetleg 'a depresszió maskulin egyenértékese'". /Leon Eisenberg: id. mű./

hogy a férfiak esetében a neurotikus panaszok előfordulási gyakoriságának emelkedése 50 év felett, "inaktív" életszakaszuk felé közeledve hirtelen és ugrásszerű lesz. A nőknél - noha az ő panaszai is szaporodnak a korrall, hiszen az erők fogyatkozása, a kopás az emberi életnek valóban természetes velejárója, a panaszok említésének életkorilag emelkedő trendje folyamatos; nem érzékelhető a meghatározott kor eléréséhez köthető radikális váltás. Mindez arra is utal, hogy - bár a neurotikus panasz-együttesek említési gyakorisága életkor-függő - mégsem egyszerűen az öregkorral járó "szükségszerű" és ezért a társadalom által "természetesként" elfogadandó elfáradásról van szó. E biológiai folyamatot a kultúra jelentékenyen átszínezi, a maga engedéseivel és tiltásaival a megbetegedés nemi különbségévé transzformálja. Ha a korcsoportokat időbeli trendnek, az életpályáik leképezésének fogjuk fel, akkor egyrészt azt látjuk, hogy az említések gyakoriságának emelkedése az életkorrall - ha nem is lineáris módon, de - csökken. Másrészt, hogy a férfiak közül azoknál, akiket neurotikus panaszai mindennapi tevékenységeikben is korlátoznak, az 50 év körüli életkorban hirtelen ugrásszerű emelkedés mutatkozik. Ez tehát cezurát jelent. Egycsapásra "öregék" lesznek, míg addig a megfáradás sokkal kevésbé volt bevallható. Cezura a nőknél is van - de máshol és kissé másért. /A panaszok szaporodásának jelentéstartalma ugyanis - mint arra később még bővebben visszatérünk - más, mint a férfiaknál./ A megfáradás tünetei 30 és 40 éves koruk között hirtelen megsokasodnak. A panaszok említésének gyakorisága e kor felett már egyenletesen és csökkenő ütemben emelkedik. Ez így van mind a neurózis enyhébb, mind súlyosabb, a mindennapi életvitel korlátozottságával párosuló formájában. /Lásd 2. tábla/

A neurózis előfordulása tekintetében a nemi különbségek után az életkor bizonyult a legerősebb meghatározónak. Mint láttuk, a korrall a panaszok gyakorisága emelkedik, miközben minden korcsoportra igaz a nőknek - az előbbieken elemzett - "dominanciája". /Lásd 3. tábla/

2. tábla

A panasz-együttesek, illetve a mindennapi életvitel
korlátozottsága említési gyakoriságának változása
korcsoportonként és nemenként

Panasz-említések gyakoriságának indexe /előző kohorsz = 100/	Neurózis		Ebből: a panaszok a kérdezett mindennapi életvitelében korlá- tozzák /neurózis, súlyosabb/	
	A változás mértéke /%/			
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
/30-39 évesek említési gyakorisága	152	184	130	221
/20-29 évesek említési gyakorisága/				
/40-49 évesek említési gyakorisága/	134	130	133	164
/30-39 évesek említési gyakorisága				
/50-59 évesek említési gyakorisága	131	112	203	128
/40-49 évesek említési gyakorisága/				
/60 évesek és idősebbek em- lítési gyakorisága/	129	114	148	137
/50-59 évesek említési gyakorisága/				

3. tábla

A neurotikus panaszokat említők aránya korcsoportonként,
nemenként /%/

	Neurózis		Ebből: a panaszok a kérdezettet mindennapi életvitelében is korlátozzák /neurózis, súlyosabb/	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
29 évesek és fiatalabbak	10	19	4	6
30-39 évesek	15	34	5	13
40-49 évesek	21	45	6	21
50-59 évesek	27	50	13	27
60 évesek és idősebbek	35	57	19	36
Együtt:	21	41	9	21

A táblából látható, hogy a nők között 30 év felett a neurózis hirtelen tömeges betegséggé válik. Közöttük már ebben az életkorban eléri a betegség a népesség egészére jellemző "átlagos" arányt, s a következő kohorszban a betegség tünetei már gyakorlatilag minden második asszonyt sújtanak. A férfiak között a panasz-együttes /szinkronban az előbbieken elmondottakkal/ idős korban, a visszavonulással, a nyugdíjazással válik a fentebbi értelemben tömegessé - ez az a korcsoport, ahol a tünetek már minden harmadik embernél jelentkeznek /és megfogalmazódnak/. A munkaképtelenségig súlyosbodó panaszok aránya természetesen mérsékeltebb /a tendenciák ugyanakkor megegyezők/. Ennek figyelembevételével különösen hangsúlyozandónak tartjuk, hogy a még javában dolgozó, aktív 40-49 éves nők között is minden ötödik valójában súlyos korlátok között, igen megfeszített terhelési próbáknak kitéve, a teljesítőképessége

miatti állandó frusztrációval igyekszik - ha tud - eleget tenni napi feladatainak, munkájának, családjának, emberi és technikai kötelességeinek.

A neurotikus panaszok életkori és nemi különbségeinek bemutatását két megjegyzéssel kell zárunk. Az egyik az, hogy idős korban e panaszok tartalma és fogadtatása nyilván más, mint a fiatalabbaknál. Azaz, a társadalom valahogy az élet természetes rendjének tartja, hogy az öregek emlékezete ki-kihagy, hogy nem alszanak rendesen, hogy fáradtak. Mi magunk adataink alapján megkérdőjelezzük e "természetes" rendet. Egyrészt azért, mert nem minden 60 éven felüli ember szenved tőlük - e jellegzetességek tehát nem a természet, az életkor elkerülhetetlen csapásának tűnnek. Másrészt, akár a természet, akár az "élet" produkálja ezt az állapotot, az állapot kellemetlen, a betegség betegség, és nem mehetünk el válaszadás és szó nélkül mellette.

A másik megjegyzésünk az, hogy bár mindvégig hangsúlyozzuk a neurotikus panaszok említésének már az életkor és a nemi hovatartozás demográfiai ismérvei mentén is élesen kirajzolódó kultura-függését, mégis aláhuznánk: e bajokat betegség-jelzéseknek tekintjük, s a neurózis 30% fölötti előfordulását minimális becslésnek. Az értelmezés, amit adatainknak tulajdonítunk, annyiban tágitja a szokásos "orvosi" betegség-fogalmat, hogy egyfelől nem gondoljuk, hogy a panaszokat nem említők feltétlenül egészségesebbek /náluk talán csak más kérdésekkel kerülhetünk közelebb bajaik természetének megismeréséhez/. Másfelől e szociológiai betegség-fogalomnak a terápia szempontjából lehet jelentősége; azaz úgy véljük, hogy a neurózis tömeg-jelensége nem szűken szakmai-orvosi kezelést, hanem a társadalmi védelem és önvédelem, kimélet és önkimélet legitimitását és intézményeit kívánná meg.

Más kérdés - amelynek vizsgálatát tanulmányunk egyik középponti feladatának tekintjük -, hogy a neurózis kezelésében még e szűkebben értelmezett orvosi-szakmai intézményrendszer is hiányzik, illetőleg diszfunkciókkal működik.

A neurózis-morbiditás nemek szerinti eltérése és a korrall növekvő aránya megfelel a neurózisról a köztudatban élő képnek.

Az adatok ugyanakkor ellentmondanak egy másik közkeletű hitnek, miszerint a neurózis a nagyvárosi civilizáció terméke, amely elsősorban a szellemi foglalkozású rétegeket veszélyezteti. Minthogy ideggondozó-felvételünk egyik szinterén, a salgótarjáni ideggondozóban a körzethez tartozó, nem a megyeszékhely-városban lakó népességből jóval alacsonyabb arányban találkoztunk betegekkel, mint a salgótarjáni illetőségű lakosok között, ez a tény első pillantásra számunkra is megerősíteni látszott a közvéleményben élő elképzelést: mintha a neurózis és más elmebetegségek terén a nagyvárosi lakosságot valóban fokozottabban veszélyeztetnék a civilizációs ártalmak és egyéb társadalmi-történeti tényezők. A már ismertetett magyar szakirodalomban viszont a falusi lakosság magas neurózis morbiditásával találkoztunk /Juhász, Bali/. A lakossági véleményeket megismerni hivatott országos KSH-vizsgálat adatai ebben a vonatkozásban nem igazolták a köztudati képet. A település mérete és a városiasság foka szerint alig-alig mutatkoznak különbségek a neurotikus panaszokról beszámolók gyakoriságában.

4. tábla

A neurotikusok aránya település-típus szerint

	Férfi	Nő	Összesen
Budapest	21	38	31
Megyeszékhely	22	39	31
Egyéb város	21	42	32
5000 lakosnál nagyobb falu	18	38	28
2000-5000 lakos közötti falu	21	45	33
2000 lakos alatti falu	21	46	34

A férfiak körében gyakorlatilag nincsenek különbségek a neurózis gyakoriságában aszerint, hogy milyen településen laknak. A nők között viszont - ha nem is erőteljes és egyenletes, de a település csökkenő lakosságszámaival párhuzamosan emelkedő tendenciával találkozunk. A súlyosabb - valószínűleg mindenképpen kezelésre szoruló - neurózis gyakoriságában sem mutatkoznak lényeges eltérések a település típusa szerint. A panaszok inkább mintha súlyosbodnának a település lélekszámának csökkenésével. Ez részben a kisebb falvak elöregedésének tudható be. De arra is késztet bennünket, hogy a közhiedelmeket felülvizsgáljuk. Annál is inkább, mert néprajzi, kulturanropológiai leírások, elemzések és szociográfiák azt bizonyítják, hogy a betegség elismerése kevésbé elfogadott a falusi, mint a városi normákban; adataink tehát feltehetőleg a falusi neurózis-megbetegedések mértékének inkább alsó becsléseként értékelhetők.

A szellemi pályákon dolgozókat érő stressz-hatások, a foglalkozás gyakorlása közbeni gyakori feszültségek és azok neurotizáló hatása - közismert és általános tapasztalat. A neurózisra utaló tünetek gyakorisága azonban azt mutatja /amit az általános morbiditási-mortalitási adatok is jeleznek/, hogy a fizikai foglalkozásuk megbetegedése - neurózisban is - gyakoribb, mint a szellemieké. Megbetegedési többletük szembeötlő az idősebb korúak /a nyugdíjasok/ között.

5. tábla

Neurotikusok aránya összevont foglalkozási csoport szerint

	Férfi	Nő	Összesen
Aktív fizikai	15	39	25
Aktív szellemi	19	31	26
Inaktív fizikai	38	53	47
Inaktív szellemi	30	39	36
Eltartottak	8	42	33

A megbetegedés gyakoriságában - láttuk - alapvető szerep jut az életkornak. Arról is volt már szó, hogy a neurotikus panaszok említését, emlithetőségét tekintve semmiképpen sem hagyhatóak figyelmen kívül a már érintett kultura-különbségek.

Mindezek átgondolásával egy, az irodalomban is sokat vitatott kérdés merül fel: Vajon egy-egy életkorcsoporton belül mennyire réteghelyezettől függő a megbetegedés gyakorisága? Vajon erősebb dimenzió-e a korral járó kopás, mint az, amelyet a társadalmi helyzet különbségei raknak az emberekre? S vajon a réteghelyezettől függő különbségek egyformán élesek-e a férfiak és a nők között?

E kérdések megválaszolására nemcsak a neurotikusok arányainak összehasonlításával tettünk kísérletet. Érdeemesnek tűnt azt is megnéznünk, hogy társadalmi csoportonként változik-e, és hogyan változik a korral az egészségesek aránya. Vajon rétegenként mennyien vannak a teljesen panaszmentesek /még fejfájásról sem panaszkodók/ azonos életkori csoportokban a nők, illetve a férfiak között. Ez utóbbi kérdésfelvetés már csak azért is tanulságosnak bizonyult, mert kiderült - s ez az alábbi táblák egyik fő konkluziója -, hogy az egészség megőrzésének, illetve a súlyos panaszok halmozódásának valószínűsége nem komplementer viszonyban vannak egymással. Azaz, árnyalást igényel az olyasfajta megfogalmazás, amely szerint a 3 és több panasz együttesét relative legkevesebbet említők egyuttal a legegészségesebbek is. /Lásd 6. és 7. tábla/

A 6. tábla legfőbb tanulsága, hogy a teljes panaszmenteséget tekintve ismét a nemi hovatartozás az igazán perdöntő kérdés. Adataink azt mutatják, hogy az életkor másodlagos differenciáló szerepe mellett a társadalmi hovatartozás már lényegesen kisebb súlyu meghatározó.

Ráadásul hatása a férfiak között gyengébbnek bizonyul, mint a nőknél. Rétegekülönbségek igazában az egészség elvesztésének pályáivében mutatkoznak.

6. tábla

A teljesen egészségesek aránya foglalkozási csoport, korcsoport
és nem szerint

	Férfi				Nő			
	- 29	30-49 é v e s	50-X	Összesen	- 29	30-49 é v e s	50-X	Összesen
Aktív kereső	..	45,0	37,9	44,4	..	21,1	..	20,8
Szakalkalmazott	64,2	65,9	43,4	45,1	45,5	24,9	23,8	30,2
Ügyviteli dolgozó	42,9	44,0	..	45,7	38,5	22,2	9,5	25,9
Szakmunkás	68,7	49,8	34,4	53,4	46,0	25,3	10,3	30,5
Betanított munkás	70,1	51,9	34,0	51,0	37,6	17,2	14,2	21,2
Segédmunkás	80,2	46,1	33,3	52,4	41,2	11,6	10,7	13,6
Inaktív fizikai	-	..	19,3	19,3	37,3	..	8,5	11,1
Inaktív szellemi	-	..	24,5	25,1	29,0	..	13,5	18,0
Eltartott	79,6	..	..	76,3	58,6	19,0	8,5	25,9
Összesen	66,9	47,1	26,7	45,1	45,3	19,9	10,1	21,0

.. = A kis elemszám miatt nem megbízható adat

7. tábla

A neurotikusok aránya foglalkozási csoport, korcsoport és nem szerint

	Férfi				Nő			
	- 29	30-49 é v e s	50-X	Összesen	- 29	30-49 é v e s	50-X	Összesen
Aktív kereső	..	23,6	19,8	21,6	..	37,7	..	35,1
Szakalkalmazott	3,7	29,3	18,9	16,0	19,9	34,4	38,1	31,0
Ügyviteli dolgozó	..	..	..	30,4	14,7	36,0	47,6	30,6
Szakmunkás	8,7	16,5	27,0	15,7	21,2	36,3	50,0	32,9
Betanított munkás	7,5	11,6	20,5	13,2	20,1	41,1	50,5	38,3
Segédmunkás	3,3	21,9	26,7	17,8	26,5	46,3	50,3	46,4
Inaktív fizikai	-	41,0	37,8	37,9	23,8	56,3	56,1	53,3
Inaktív szellemi	-	..	29,9	29,9	17,4	43,3	44,1	38,7
Eltartott	5,6	..	..	8,0	15,3	39,5	59,0	42,1
Összesen	10,1	18,0	31,1	20,7	18,6	39,5	53,9	41,4

.. = A kis elemszám miatt nem megbízható adat

Egészségük 50 éves kor feletti megővésában az értelmiségi férfiak a "leghatékonyabbak", s a fizikai dolgozók közötti, a kvalifikációtól függő különbségek elhanyagolhatóak. Markánsabb az eltérés az inaktív két csoportja között, a nyugdíjas szellemiek javára. A fiatal és középkorú férfi vezetők relatív veszélyeztetettsége a közvéleményben a neurózisról kialakított képet erősíti, bár az életpályáivon haladva, a panaszmentesek arányának csökkenése közöttük is - és főleg az értelmiségi férfiak között - szignifikánsan csekélyebb, mint a munkás-rétegekben. E pályáiv mutatja fel a különböző mértékű elhasználódás osztálykülönbségektől terhes társadalmi meghatározottságát. E vonatkozásban a társadalmi lejtő világos és egyértelmű: az értelmiségiek 21%-os relatív veszteségével a segédmunkások 47%-os vesztesége áll szemben.^{x/} Mindez arra a - más kutatásokból már ismert - összefüggésre hívja fel a figyelmet, hogy az egészségi állapot pillanat-felvétele helyett érdemesebb a folyamatra figyelni. Ebben a megközelítésben a mindenkori egészségi állapotot a kihívások és óvások kumulatív egymásra-rakódásaként értelmezhetjük, amely meglehetősen pontossággal képezi le - mint látjuk - a terhek és védelmek társadalmilag meghatározott eloszlását.

Azonos korcsoportokon belül a nők között sem mutatkoznak egyértelmű társadalmi eltérések az egészség megőrzése /pontosabban: a teljes panaszmentesség/ tekintetében. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy - mint említettük - valamennyi rétegben a férfiakénál radikálisabb arány-csökkenés következik be a 30. életév után, s ehhez képest a nyugdíjas kor körüli évekre az egészségesek arányának csökkenése mérsékeltebb. A finomabb elemzés azonban fényt derít arra, hogy a panaszmentesek arányának csökkenése mérsékeltebb az aktív szellemiek - s ezzel azonosan - a szakmunkásnők között, míg a csökkenés élesebb a kvalifikálatlan munkásnők két csoportjában. A középkoruktól az idősebbek felé haladva a helyzet megfordul, s a legélesebb a zuhanás a szakmunkásnők körében lesz. A női népességben ugyanakkor igen markán-

^{x/} Veszteségen itt azt a különbséget értjük, amely az egészségesek arányában az azonos rétegbe tartozó 50 év feletti és 29 év alattiak között mutatkozik.

sakká válnak az inaktív két csoportja közötti különbségek - ebben a vonatkozásban élesen hangsúlyozva ki az 50 év feletti szellemi nyugdíjasok relatív előnyét az egészség óvásában. Az idős nyugdíjas, korábban szellemi foglalkozást űző nők relatív előnye a munkásnőkkel szemben erőteljesebb, mint amit a férfiak két megfelelő csoportja között észlelhetünk.

S ez éppígy igaz a sűrűsödő panaszok, a beteg-helyzet vonatkozásában is. Ebben az értelemben a férfi-társadalom elhasználódása általánosabb, valamivel "demokratikusabb", miközben - legalábbis a neurotikus panaszok arányában mérve - a nőké erőteljesebb. Adataink nem teszik lehetővé, hogy e jelenség regisztrálásán túl, a magyarázatra is kísérletet tegyünk.

Feltételezéseink szerint a nők közötti markáns különbségek hátterében a "kettős terhelés" társadalmilag nagyon eltérő tartalma állhat. Míg a - főként kvalifikálatlan - idősebb kétkézi munkásnők a szó legszorosabb, fizikai értelmében egész életük során igen nehéz, a szervezetet, az idegeket koptató és körülményeiben sokszor az "ember-alattiság" jelzőjével illethető munkákat végeztek, addig a szellemiek munkafeltételeiben - és sokszor egész életvitelükben - valamivel több tér kínálkozik az energiák kimélésére. A női réteghelyzet éles életforma-különbségeket takarhat tehát. Mint majd kitérünk még rá, ezt látszanak alátámasztani azok az adataink - bármily közvetve is -, amelyek a teherként, gondként érzékelt életproblémák és a betegség összefüggéseit igyekeztek feltárni.

A férfivilág a tárgyalt szempontból talán valóban egységesebb. Mert ha a társadalmilag szervezett munkák világán kívüli életszférákat is bekapcsoljuk a képbe, akkor - például a második gazdaságban végzett munkáik révén - a tevékenységek kombinálása, a valamivel autonómabb védekezés talán általánosabb. Emellett a férfi-világ relatív nyitottsága révén a védekezés módzataiban kevésbé élesek a réteghatárok, mint a nők között.

Hipotézisünket támasztja alá talán az is, amit - a halmozódó panaszok aránya felől közelítve - az eddigiekhez hozzátehetünk. A férfiak között egyetlen korcsoportban sem mutatható ki a panaszok sűrűsödésének egyértelmű társadalmi lejtője. A

nők között azonban világosak e különbségek, amelyek ugyanakkor éppen a köztudatban élő sztereotípiákkal ellentétesen alakulnak: a segédmunkásnők valamennyi korcsoportban betegebbek a többiekénél, és relatív hátrányuk 50 év felett már tetemessé válik. Míg a halmozódó panaszok előfordulásának range-e a képzetesebb szellemi és a segédmunkásnők között a 30 év alatti korcsoportban 6,7%-os, az 50 év felettiiek között már 18%-os. Az inaktívak közötti különbségek - akár gyest, akár nyugdíjat jelent az inaktivitás - a betegségek oldaláról is egyértelműek, s már a középgenerációban is stabil /az idős korra tovább nem mélyülő/ távolságot eredményeznek, a szellemiek 12-13%-os előnyével.^{x/}

A neurotikus panaszok és a mindennapi életterhek

Mint említettük, a rendelkezésünkre álló adatok nem tették lehetővé, hogy a neurózis keletkezésének okairól akár csak feltételezéseket fogalmazhassunk meg. Nemcsak azért nem, mert e vonatkozásban szakmai kompetenciánk határai mindenképpen korlátot állítanak elénk. Szakirodalmi ismereteink és napi tapasztalataink alapján is világos ugyanis, hogy szakmai sovinizmus volna részünkről a neurotikus panaszok sűrűsödését kizárólag szociológiai okokkal magyarázni. Nyilván komplex személyiséglélektani, szociálpszichológiai és szociológiai megközelítésre van, pontosabban volna szükség, amely a betegség patogenezisében együttesen képes számba venni azokat a tényezőket, amelyeknek találkozása kell a beteggé váláshoz. Valószínűnek tűnik ugyanis, hogy önmagában sem az individuum feszültség- és teherbíró képességének csökkenése, sem a társadalmi változásokból adódó adaptációs nehézségek, sem a közösségek védőhálójának a radikális földrajzi és társadalmi mozgásokból adódó gyengülése, sem a sokat emlegetett érték-válság, sem a család válsága, sem az új magatar-

x/ Egyes kutatások szerint az alsóbb társadalmi rétegekben a neurózis inkább testi tünetek, semmint verbalizált panaszok formájában jelentkezik. Mi nem vizsgáltuk a szomatikus tüneteket. Valószínű azonban, hogy az utóbbiak figyelembevételével a range még nagyobbak mutatkozott volna. /Lásd ezzel kapcsolatban Buda Bélának a Szociológia 1972/3-as számában megjelent, már hivatkozott cikkét./

tás-minták terjedése, sem a régiék elsorvadása, a női és férfi szerepek változása nem okoz betegséget. Inkább arról lehet szó, hogy e faktorok együttese jelentkezik és fogalmazódik meg - a neurózisban éppugy, mint e betegség férfi-kulturára jellemző párjában, az alkoholizmusban. És ez utóbbi mondattal megérkezünk a magyarázatot kereső törekvéseink második súlyos korlátjához. Meggyőződésünk szerint ugyanis ahhoz, hogy legalább közelítőleg képet alkothassunk a társadalmi feltételek és -környezet betegítő hatásáról, illetve arról, hogy a feltételek és a védelmi rendszerek milyen konstellációja mellett menekülnek meg azonos személyiség-típusok a megbetegedés elől, míg mások súlyos panaszoktól, szervi és lelki bajok együttesétől szenvednek, a neurotikus panaszok "nőies" jelentkezése mellett mérnünk kellene a "férfi-válaszokat" is. E két - sok vonatkozásban megegyező, sokban pedig markánsan különböző - feszültség-kicsapódás együttes figyelembevételével juthatnánk közelebb ahhoz, hogy alaposabb és egyensúlyosabb képet vázolhassunk fel az egyes életszférák, tipikus és tömeges élet-gondok betegítő, illetve egészség-óvó hatásairól.

Mindezen megfontolások mellett mégis szükségesnek érezzük, hogy legalább tendenciájában, főbb vonalaiban "letapogassuk" azt, ahogyan megkérdezetteink az említett tipikus életgondok jelentkezésére reagálnak. Vajon mutatkoznak-e eltérések a több panaszt említő /betegek/ és - azonos társadalmi csoportba tartozó - egészséges, panaszmentes társaik között abban, ahogyan munkájukat, a gyerekeknvelést, az anyagi feltételek előteremtését, gyarapodásukat, családi életüket vagy az egészséget /mint saját állapotukat és mint általános értéket/ az élet néha megoldhatatlan gondjának élik meg. Még egyszer hangsúlyoznánk tehát, hogy nem áll szándékunkban eldönteni: vajon a betegek és egészségesek között mutatkozó, és minden csoportban a betegek fokozottabb teher-érzetéről tanuskodó válaszokkal a neurórist kiváltó okok magyarázatához jutottunk-e közelebb. Az életterhek szubjektív megítélését körüljáró kérdéssor válaszarányából nyert adatainkat inkább úgy értelmezzük, hogy talán egy pillanatra zárójelbe tehető, hogy adott személyiség-struktura mellett valaki a tartós munkahelyi feszültségektől válik-e neurotikussá,

vagy betegsége folytán a mindenkit valamilyen módon sújtó terheket kevésbé bírja. Nem tehető mindez zárójelbe a kiutkeresés alternatívái felől gondolkodva. Tanulmányunk azonban nem ezt tekintti elsődleges feladatának. Célunk inkább a figyelemfelhívás.

Adataink is bizonyítják a mindennapokban jól észlelhető tényeket: azt hogy ma az emberek tömegei érzik veszélyeztetve egészségüket, s ezt életük alapproblémájának tekintik; hogy a gyereknevelés /nyilván más-más tartalommal/ férfiak és nők, értelmiségiek és segéd munkások számára a középgenerációban életük egyik centrális problémaforrása /aminek a gyerekhez fűződő, sokfelől érzékelhető társadalmi közhangulat- és értékváltozáshoz, a gyerek "önértékén" való centrumba kerüléséhez valószínűleg igen sok köze van/; hogy az anyagi gyarapodás taposómalma - szinte az elért szinttől függetlenül - gyakorlatilag mindenkit feszültségben tart; hogy a nők általános alapproblémája dolgozó létük és családi teendőik összeegyeztetése. Igaz, hogy betegek és nem-betegek más-más gyakorisággal említik e problémákat. Igaz, hogy - mint majd látjuk - a számadatokból különböző életberendezkedések és életformák, értékprioritások elkülöníthető típusai rajzolódnak ki. De ennél talán fontosabb, hogy a feszültségérzet, a rossz közérzet jelzései tömegesek.

Élesen érzékelteti ezt, ha egy pillantást vetünk arra, hogy milyen nagy számban említettek terheket az egyébként teljesen panaszmentes férfiak és nők is akkor, amikor a kérdőív arról kérdezte őket: sokszor érzik-e gondnak a napi létfenntartás rendszeres biztosítását, az azon túli anyagi beszerzéseiket, a munkahelyi problémáikat, azt, hogy munkájuk túl sok, azt, hogy baj van az egészségükkel vagy hogy az veszélyben foroghat; gyermekeik nevelését, a házassági problémákat, illetve munkájuk, a háztartás és a gyermeknevelés összeegyeztetését. A válaszok a következőképpen alakultak:

8. tábla

A teljesen panaszmentes /egészséges/ megkérdezettek "igen"-válaszainak százalékos aránya arra a kérdésre, hogy sok gondot okoznak-e nekik különböző életfeladatok

Sok gondja van	Az "igen"-nel válaszoló	
	Férfiak %-os aránya ^{x/}	Nők
Napi létfenntartás	9,2	9,2
Egyéb anyagiak	35,1	31,6
Munkahelyi problémák	22,6	13,6
Tul sok munka /tanulás/	21,5	20,2
Gyermeknevelés	22,0	34,4
Házasság	2,8	5,6
A munka, a gyermeknevelés és a háztartási munka összeegyeztetése	16,2	33,3
Saját egészsége	6,4	5,6

Hangsúlyoznánk, hogy a panaszmentesek válasz-arányai nem a társadalmi közérzetet, hanem annál pozitívebb képét érzékeltetnek. Mert, mint majd látni fogjuk a 9. táblában, ahol a neurotikusok megfelelő válaszait mutatjuk be, a problémákra adott igen-válaszok arányai jórészt szignifikánsan magasabbak. A társadalmi közérzet márpedig "egészségesek" és "neurotikusok" élet-érzéseiből együttesen formálódik. Igaz ugyan, hogy az átlagok szintjén a két tábla százaléértékei között nem drasztikusak az

x/ Tisztított arányszámok: a munkahelyi problémák csak az aktív keresőkre, a gyermeknevelés a gyermekesekre, a házasság a házasságban élőkre és a munka, a gyermeknevelés és a háztartási munka összeegyeztetése az aktív kereső, gyermeket nevelő személyekre számítva.

eltérések, mégis egyértelmű összefüggés mutatkozik a megbetegedések /a neurotikus panaszok halmozódása/ és az étellel kapcsolatos teher-érzetek között; abban tehát, hogy a különböző életproblémákat az emberek sulyként, gondként, őket feszültségben tartó, nyomasztó helyzetként élik-e meg vagy sem. Pontosabban szólva, a különbségek nem nagyok, ha a felsorolt életszférákra adott válaszok arányait egyeseivel tekintjük. Halmozódásuk, együttes említésük azonban karakterisztikusan gyakoribb a neurotikusok, mint a panaszmentesek között. Bizonyos értelemben magát a tényt, a halmozódás jelenségét a neurózis tüneteként is értelmezhetjük. Erről később - amikor az általános lakossági probléma-ementéseket az ideggondozókban megforduló betegek tipikus konfliktusaival vetjük egybe - bővebben lesz még szó.

Amit azonban ehelyütt akarnánk hangsúlyozni, az az, hogy még az egészségesek közel egytizede is aggódik amiatt, hogy a rendszeres, normál napi élet biztosítható-e, a nők harmadának és a férfiak ötödének van elégtelenség-tudata gyermeke felnevelése terén; férfiak és nők között tömeges a szorongás a munkahelyi feszültségeik miatt, s emögött valószínűleg az általuk kontrollálhatatlan, "magasabb" erőknél való kiszolgáltatottságuk, a szónak nem anyagi értelmében vett egzisztenciális bizonytalanságuk húzódik meg; hogy férfiak és nők számára közel azonos teherként jelentkezik a lépéstartás kényszere által diktált hajtás /a munka-terhek általános említésében/ és a félelem az egyénileg megélt megfelelni nem tudástól /az egyéb anyagiak, a gyarapodás javainak és szimbólumainak tekintett javak előteremtése terén/. Mindez pedig összefoglalóan van ott a nők számára nap mint nap tömegesen megélt, de a férfiak hetede által is megfogalmazott, kimondott összeegyeztetés-probléma, a "semmilyen irányban nem tudok megfelelni" gyakran érzékelt szorongása mögött. /Csak zárójelben jegyeznénk meg, hogy - más kérdőíves kutatások próbálkozásaival összehangban - a házasság tabunak bizonyult; kulturánk a férfiak számára egyáltalán nem, s a nők számára is alig-alig engedi meg, hogy e legszemélyesebb szférájuk kudarcairól, problémáiról idegennek nyilatkozzanak. Mint majd később látni fogjuk, a családi problémák "kifejezése" mégis valahol utat tör magának. Az ideggondozói tapasztalataink

szerint ez az a szféra, amelyről az emberek a leginkább megnyilatkoznak a pszichiáternek. De csak neki. És a normák szerint a világ számára a családnak rendben kell lennie. Ebben pedig kifejeződik a biztonságigény is: akkor, amikor nincsenek más közösségek, amelyekhez az emberek tartoznának, vagy tartozhatnának, a család az, amely mégiscsak - a maga összes konfliktusával - az egyetlen működőképes védőháló, e minőségében kitüntetett jelentőségre tesz szert. S ez az a szféra, ahol az emberek még leginkább érezhetik úgy, hogy urai a helyzetnek. Nem egyszerűen az eltitkolás, hanem e biztonságérzet-keresés is kifejeződik abban, hogy házasságaikat relative rendben lévőnek tartják./

Ha most már figyelmünket a neurotikusok probléma- említéseire fordítjuk /9. tábla/, akkor kitűnik, hogy fokozottabb érzékenységük mindenekelőtt a privátszférán kívüli gondok magasabb említési arányaiban mutatkozik meg. Már az átlagok szintjén is kitűnik /ami alább, a fiatalabb korosztályok összehasonlításakor válik majd igazán szembeötlővé/, hogy a megfelelni-nem-tudás, az ellenőrizhetetlen feltételeknek való kiszolgáltatottság élménye az elemi életfeltételek előteremtését éppúgy, mint a napi munkahelyi feszültségek és munkaternek elviselését számukra az egészségeseknél problematikusabbá teszi. Biztonságérzetük megingása a valószínű oka annak, hogy a feszültségek a tabukat is áttörik. Igaz, a házassággal kapcsolatos probléma- említések aránya közöttük sem magas, de feltűnő, hogy mindkét nem esetében kétszerese az egészségesekének. A normák hatnak, de gyengébbek. S itt gondolnunk kell arra is, hogy a megfelelni-nem-tudás érzetének és az önértékelés válságának a szintere ugyanaz, mint a biztonságé, a stabilitásé: A családi szerepek sikeres betöltéséből jön a nap nap után újjátermelt erő és önbizalom, s ez vértézheti fel az embert, hogy kivédje és ellensúlyozza a külvilágnak való kiszolgáltatottságot. De itt vész végképp el a feszültség tűrőképessége, ha "a dolgok már otthon sem mennek".

9. tábla

A neurotikus megkérdezettek "igen" válaszainak százalékos aránya arra a kérdésre, hogy sok gondot okoznak-e nekik különböző életfeladatok

Sok gondja van	Az "igen"-nel válaszoló	
	Férfiak	Nők
	% -os aránya	
Napi létfenntartás	16,1	23,3
Egyéb anyagiak	41,8	44,2
Munkahelyi problémák	24,4	14,8
Tul sok munka /tanulás/	25,7	26,6
Gyermeknevelés	18,1	24,3
Házasság	5,9	11,6
A munka, a gyermeknevelés és a háztartási munka összeegyeztetése	15,4	30,5
Saját egészsége	68,1	70,3

A neurotikus panaszok ugrásszerű emelkedése - emlékszünk - a közép-korosztályoknál következik be. A 10. táblában róluk, a 30 és 50 év közöttiekről van szó. S itt derül ki, hogy igen-igen tulterhelt ez a korosztály, ahol valóban szinte ember feletti megfelelni-tudást jelent a "privát" és "nem-privát" életszférák összeegyeztetése, a hajtás, a munka, a karrier, a gyerekek - azoknak is, akik bírják még, azoknak pedig végképp, akiknek egészsége megrokkant időközben.

A viszonylag legjobb anyagi helyzetben lévő közp generáció problémáinál érdemes egy kicsit elidőznünk. Nemcsak arról van szó, hogy egészségesek és betegek, férfiak és nők a harminc és negyven közötti korosztályban említették leggyakrabban munkahelyi problémáikat, illetve a soknak, tul soknak érzett munkával kapcsolatos gondjaikat, feszültségeiket. Ami ennél is su-

10. tábla

A 30-50 év közötti panaszmentes, illetve neurotikus megkérdezettek "igen"-válaszainak aránya arra a kérdésre, hogy sok gondot okoznak-e nekik különböző életfeladatok

Sok gondja van	Férfiak				Nők			
	30-39 éves		40-49 éves		30-39 éves		40-49 éves	
	panasz-mentes	neuro-tikus	panasz-mentes	neuro-tikus	panasz-mentes	neuro-tikus	panasz-mentes	neuro-tikus
Napi életfenntartás	12,3	16,3	14,1	16,8	13,4	21,8	7,5	20,4
Egyéb anyagiak	44,9	57,1	39,2	46,8	40,2	57,3	38,4	47,9
Munkahelyi problémák	32,6	51,7	33,1	43,7	20,9	32,1	23,9	27,7
Tul sok munka /tanulás/	24,1	40,1	27,4	38,4	21,3	45,8	20,1	38,9
Gyermeknevelés	28,8	36,9	29,9	27,8	44,9	51,1	19,8	28,4
Házasság	2,6	4,3	3,5	10,1	5,6	13,3	7,8	14,0
A munka, a gyermeknevelés és a háztartási munka összeegyeztetése	22,9	24,1	21,0	17,0	44,7	53,2	23,1	29,8
Saját egészsége	2,6	40,1	9,2	56,8	3,9	51,6	5,7	66,4

lyosabb bizonytalanságra utal, hogy e generációban minden hetedik-nyolcadik férfi számára /egészségi állapotától függetlenül/ feszítő gondnak tűnik a napi megélhetés biztonságos és fennakadásmentes előteremtése. /A nők között inkább polarizál a betegség: 10% fölötti említési arány az egészségesek között csak a harmincasok és az idősek, a 60 év feletti korcsoportjában fordult elő, míg a neurotikus panaszokkal küzdők közül - korcsoporttól, és ezzel összefüggésben, a tényleges anyagi helyzetüktől függetlenül - minden negyedik-ötödik jelzését adta az elemi megélhetés feletti szorongásának./

Mindebben persze szerepet játszik az idő, a történelmi pillanat is: adataink 1982-ből valók. Az emberek háta mögött ott van tehát már 3-4 év "hivatalosan" bevallott gazdasági változásának tapasztalata. Az a bőrükön érzékelt folyamat, hogy dolgozzanak, hajtsanak bármennyit is, képtelenek az inflációval való lépéstartásra. Vége van annak a korszaknak, amelyben a huszon- és harmincévesek előtt ott lebegne a felemelkedés, az anyagi jólét és biztonság megteremtésének negyvenes éveikre elérhető perspektívája. Az, hogy éppen a fiatal középgeneráció éri "becsapva" magát, éli meg úgy, hogy nem éri el, amit a 15 megelőző év viszonylagos prosperitása lehetőségként eléje rajzolt - érthető. A kapu éppen az ő orruk előtt csukódott be.

S ha mai helyzetüket tekintve élnek is még a tartalékok, ha az életkörülmény-felvételek relatív előnyüket ki is mutatják még, őt tudják és élik: mindaz, amit elő szerettek volna teremteni, egyre nehezebben s talán sehogyan sem realizálható. Megélt veszteségük e súlyát különösen a nagyobb beszerzésekkel kapcsolatos gondjaik 45-57 százalékos említési gyakorisága jelzi: nők és férfiak, egészségesek és betegek között e kérdés vonatkozásában egyértelműen a harminc és negyven közöttiek aggodalmi és szorongásai bizonyultak a legsúlyosabbnak.

Bár igazán éles különbségek egészségesek és neurotikusok között /az általánosan magas probléma-mlítések mellett/ főleg az anyagiak előteremtésében és a munka-terhek elviselésében mutatkoznak, de a "privát" és "nem-privát" szféra közötti demarkációs vonalak a neurotikusok életében elmosódottabbak.

Otthoni életük sincsen már rendben, s - érthetően főleg a nők - a gyerekeikkel kapcsolatban sem érzik magukat biztonságban; elégtelenség-tudatuk valójában általános. Az ok nyilvánvaló: a megrokkant egészség. Akár a 10. táblában bemutatott két korosztály válaszait, akár a korábban elemzett átlagokat tekintjük, a legélesebb különbségek az élet alapvető problémaforrásának tekintett egészség vonatkozásában mutatkoznak. Az egészségesek, a panaszmentesek számára jó kondíciójuk adottság, az élet normális állapota. A neurotikusok számára viszont egészségük elvesztése a végső oka valamennyi más feszültségüknek, életgondjuknak. S a két csoport válaszarányai hiven tükrözik vissza a mindennapi realitást: ami adottság, azzal az ember nem számol, csak akkor, ha elvész. Ezesetben viszont valóban "borul az élet", s minden bajok gyökerévé válik, ami addig, míg megvolt, említésre sem méltóan "természetes" volt.

A saját egészséggel kapcsolatos aggodalmakra és szorongásokra vonatkozó kérdésben nemcsak a "panaszmentesek" és a halmozott panaszokkal küzdő betegek között jelentkeztek éles különbségek. Az egészség elvesztésének életterhét jelző válaszok aránya emellett egyértelmű társadalmi lejtőt mutatott. Mint láttuk, az "egészséges" férfiak 6,4%-a említette saját egészségével kapcsolatos aggodalmait, a neurotikus panaszokkal /is/ küzdőknek ugyanakkor 68,1%-a /!/. A nők között a két csoport közötti különbségek valamelyest még élesebbek: az "egészségesek" 5,6%-os említési gyakoriságával a neurotikusok 70,3%-os /!/ válaszaránya áll szemben.

Az "igen"-válaszok életkor és foglalkozási csoport szerinti arányai pedig a következőképpen alakultak: /11. tábla/

Az egészség miatti aggodalomnak a betegeknél tapasztalt magas arányában, illetve egészségesek és betegek e szempontból vett különbségében /amely különbség - mint említettük - egyetlen más életszférára nézve sem mutatkozott ilyen élesnek/ megítélésünk szerint több dolog összegeződik.

11. tábla

Az "igen"-válaszok százalékos arányának alakulása arra a kérdésre, hogy "Gondot okoz-e életében a saját egészsége"; nemenként, életkori, illetve foglalkozási csoportonként, a neurotikus panaszok előfordulása szerint

	Saját egészsége gondot okoz az életében			
	Férfiak		Nők	
	panasz- mentes	neuroti- kus	panasz- mentes	neuroti- kus
A/ Korcsoport				
29 éves és fiatalabb	2,0	46,8	1,8	31,3
30-39 éves	2,6	40,1	3,9	51,6
40-49 éves	9,2	56,8	5,7	66,4
50-59 éves	12,2	81,2	15,6	77,6
60 éves és idősebb	21,7	84,1	15,2	86,0
Együtt:	6,4	68,1	5,6	70,3
<hr/>				
B/ Foglalkozási csoport				
Aktív vezető	4,3	45,6	-	46,3
Szakalkalmazott	3,8	45,3	5,0	41,6
Ügyviteli dolgozó	..	..	4,5	56,7
Szakmunkás	4,8	54,9	4,3	50,8
Betanított munkás	8,1	61,5	3,7	60,8
Segédmunkás	3,1	65,5	10,3	75,8
Inaktív fizikai	26,4	87,0	13,8	82,9
Inaktív szellemi	14,9	87,5	8,1	75,9
Eltartott	0,9	51,5	3,5	78,9
Együtt:	6,4	68,1	5,6	70,3

Egyfelől a tényleges szorongás - s ez egy tradicionális, kiszolgáltatott kultúra jele. Az ember addig érezheti magát biztonságban, míg "dolgozik a két keze által", míg a saját testi és lelki erejére építhet - hiszen másra nem nagyon támaszkodhat.

Másfelől e szorongás egy lassan polgárosuló kulturának is jele lehet. Az egészség igazi szükséglet már, s az emberek - talán ezen az áttételes módon - megfogalmazzák azt, hogy elvesztése probléma, s mint ilyen, kihívás is - választ vár.

Harmadrészt az egészség feletti aggodalmak hiven tükrözik a tényleges egészségi állapot alakulását - e válaszokban tehát kifejezésre jut az önkép realitása, mindazzal a jelentéstartalommal együtt, amit ma - megfelelő társadalmi védőhálók és a betegség iránti szolidaritás, valamint intézményes segítség hiányában - a beteggé válás által előidézett mikro- és makro-társadalmi hely-változás jelent. Ez utóbbi tény fejeződik ki - véleményünk szerint - a beteg nők között kimutatható társadalmi lejtőben /amely e véleményeket, aggodalmakat illetően jóval élesebb, mint - emlékszünk - magának a betegségnek a társadalmi csoportonkénti tényleges előfordulásában/.

Bárhogyan legyen is, e válaszokat a magunk részéről kihívásnak, az egészség fontossága társadalmi elismertetésére ki- és felhívó jelzésnek fogjuk fel. Különösen azért, mert bár a valóságban a beteg emberek más életszférákban is gondokat, nehézségeket élnek meg /nyilván ez a helyzet munkájukban és családi életükben is/, egyetlen esetben sem voltak az aggodalomra, gondra utaló válaszaik olyan magas arányúak, mint az egészség vonatkozásában. Az már másodlagos, hogy azért-e, mert saját világmagyarázatukban végső okként, egyéb bajaik, nehézségeik forrásaként is egészségük megrokkánását tartják számon, vagy azért-e, mert összes problémájuk mellett - akár elkülönülten is - életük betegség-dimenzióját élik meg a legsúlyosabbként. A kihívás - akár az egyik, akár a másik irányból közelítünk - magára az egészségre vonatkozik, s a szükségleteiket itt és így artikulálják. A társadalmi válasznak is itt és így kellene tehát jönnie - tudomásul véve, hogy az egészség az emberek számára félteni- és őriznivaló érték. Amely - ha elvesz - az élet biztonságának elvesztését jelenti számukra.

Mindeddig azt emeltük ki, hogy általánosnak mutatkozik az, hogy az emberek életfeladataikat a biztonságérzet hiányával, teherként élik meg, hogy az önértékelési kép a felemelkedés, a "vittem valamire" érzete helyett gondterheltségről árulkodik.

Miközben valóban ezt a tömegesen problematikus és rossz közérzetet tartjuk a tábláinkból kiolvasható egyik legfontosabb konklúzióknak, a képet árnyalják azok a mutatóink, amelyekkel a különböző rétegeket, pontosabban a társadalmi hierarchia két szélén elhelyezkedő csoportokat leginkább sújtó problémákra, az általuk legsúlyosabbnak megélt gondok típusaira és belső összefüggéseire igyekeztünk fényt deríteni. E két csoport - a magasán kvalifikált szellemiek, illetve a segéd munkások - objektív helyzete, anyagi életszínvonalmutatói, társadalmi helye, munka- és életfeltételeinek csaknem minden vonatkozásában poláris helyzetű. Felmerült tehát, hogy életgondjaik elrendeződése, súlyossági foka is élesen elkülönülő képet rajzol majd elénk.

A három - említési gyakorisága szerint - legsúlyosabbnak megélt probléma "fürtjei" valóban típusokat rajzolnak ki. A panaszmentes képzett szellemi foglalkozású nők életgondjai a gyermeknevelés, az értelmiségi státusz és lét által megkívánt életszint elérése, illetve anyai, feleségi és munkavállalói szerepek összeegyeztetése körül kulminálnak. E feladatok megoldhatatlan, feszültségteremtően konfliktusos volta valamennyi /nemcsak a 12/a-b. táblában bemutatott/ női társadalmi csoportban a gyakorisági sor élén szerepel. Hogy ez a nők problémája, vagy legalábbis akként tudatosodik, azt mutatja, hogy a férfiak a munkavállalói és családi szerepük konfliktusaként megélt feszültségeket minden csoportban egyéb gondjaik mögé sorolták. Az egyszerre három helyen való helytállás valóban tipikus női gondnak tűnik. A férfiak élettereit és életfeladatait a köztudatban is, saját normáik szerint is lényegesen jobban elválnak egymástól.

A skála másik végén elhelyezkedő, már megbetegedett segéd munkásnők esetében a három probléma valójában kettővé zsugorodik: 3/4-ük számára az egészség elvesztése jelenti életük alap problémáját, s közel 60%-uk megoldhatatlan feszültségnek éli

12/a. tábla

A három leggyakrabban említett probléma a panaszmentesek, illetve a neurotikusok egyes csoportjaiban, nemenként

Az említett probléma sorrendje /az említések csoporton belüli gyakorisága szerint/	N ő k							
	Panaszmentesek				Neurotikusok			
	szakalkalmazottak		segéd munkások		szakalkalmazottak		segéd munkások	
	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya
1.	gyermek- nevelés	36,0	egyéb anya- giak előte- remtése	31,0	tul sok munka	50,4	saját egészség	75,8
2.	egyéb anyagiak előterem- tése	35,5	munka- gyerek- háztar- tás ösz- szeegyez- tetése	29,4	munka- helyi problé- mák	48,7	egyéb anyagiak előterem- tése	59,6
3.	munka- gyerek- háztar- tás ösz- szeegyez- tetése	30,8	tul sok munka	25,9	munka- gyerek- háztar- tás ösz- szeegyez- tetése	45,7	munka- gyerek- háztar- tás ösz- szeegyez- tetése	29,7

12/b. tábla

A három leggyakrabban említett probléma a panaszmentesek, illetve neurotikusok egyes csoportjaiban, nemenként

Az említett probléma sorrendje	F é r f i a k							
	Panaszmentesek				Neurotikusok			
	szakalkalmazottak		segéd munkások		szakalkalmazottak		segéd munkások	
/az említések csoporton be- lül gyakori- sága szerint/	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya	meg- nevezés	az emli- tések %-os aránya
1.	munka- helyi prob- lémák	35,4	egyéb anyagiak elő- terem- tése	46,9	munka- helyi prob- lémák	61,3	egyéb anyagiak elő- terem- tése	69,1
2.	egyéb anyagiak elő- teremtése	29,7	munka- helyi prob- lémák	26,5	tul sok munka	54,7	saját egészség	65,5
3.	a/ tul sok munka	23,1	gyerek- nevelés	21,3	saját egészség	45,3	munka- helyi problémák	27,3
	b/ gyerek- nevelés	22,1	tul sok munka	21,0				

meg a lépéstartás anyagi kényszerét. Ez a drámai arány aláhuzza a már korábban az egészség jelentőségéről mondottakat. Különösen akkor, ha egy pillantást vetünk a megbetegedett segéd munkás férfiak - rétegbeli női sorstársaikhoz nagyon hasonló arányban és tartalommal - említett problémáira. Az egészség elvesztése és az anyagi lépéstartás szorosan összefügg; ebben a kulturában nem az önkímélés egészségértékéről, hanem a teherbirás előfeltételeiről van szó. Ezért az egészség és az anyagi javak megszerzéséért folyó küzdelem egyazon probléma két oldalát fejezi ki, mégpedig igen magas gyakorisággal: közel 70%-uk számára. E magas arányhoz képest szinte "elhanyagolható" a harmadik probléma: az, hogy a férfiakat munkahelyi kiszolgáltatottságuk, a nőket a fentebb vázolt szerepkonfliktusok feszítik. Ugy is fogalmazhatnánk, hogy tábláink jelzését adják a sok más kutatásból is ismert, kellően azonban még mindig nem hangsúlyozott ténynek: a csaknem kötelező hajtás, a megkapaszkodás diktálta gyarapodási kényszer legveszélyeztetettebb áldozatai a kvalifikálatlan munkások. Ezt jelzik a halálozási adatok, de a megbetegedés és az alkoholizmus, a neurózis és az öngyilkosság növekvő számai is. Ők azok, akik talán a legkevésbé számíthatnak az amugy is hiányzó szolidaritási háló, védelmet nyújtó intézmények támogatására, miközben végzett munkájuk körülményei, a lakóhelyeik, az őket övező meg- és elítélés a terhek oldaláról is a leginkább őket sújtja.

A panaszmentes értelmiségi és segéd munkás férfiak probléma- említései a "férfi-kultúra" relativ egységéről korábban mondottakat látszanak alátámasztani. Domináns az anyagi gyarapodás tehertétele /s itt is a segéd munkások relativ helyzeti hátránya regisztrálható/, s az általános kiszolgáltatottság-érzést jelzik munkahelyi feszültségeik. A gyerekekkel kapcsolatos tervek és aspirációk megváltozott tartalmára utal, hogy a gyereknevelés férfi-felelősségvállalása mindkét társadalmi póluson, s csaknem azonos arányban szerepel - mégpedig ugyanolyan sullyal, mint a sokszor túl soknak érzett munka. Magunk e tény az értékrend elmúlt évtizedekbeni változása egyik legfontosabb új vonásának tekintjük.

Elemzésünket onnan indítottuk, hogy nem akarjuk eldönteni: adatainkkal a neurózist kiváltó okokat, vagy a tömeges neurózis nyomában járó megnövekedett társadalmi feszültségérzetet mértük-e. Láttuk: életkori csoportonként és a társadalmi rétegek között időnként jelentékeny különbségek adódtak abban, ahogyan az egyes csoportok "egészséges" és "beteg" tagjai a problémák súlyát megélték. Ugyanakkor meglepetéssel tapasztaltuk, hogy - egyetlen szempont, az egészség kivételével - összességében a vártnál /várhatónál/ kevésbé tér el egymástól az "egészséges" és a "beteg" világkép. Más szavakkal: ha el nem is hanyagolhatóak a különbségek, mégis, tendenciájukban azonosak azok az arányok, amelyekkel az egészségi állapotuk szempontjából harmónikus, illetve a gyakori panaszoktól szenvedő emberek életük különböző tehertételeiről nyilatkoztak. Ez megerősíti és kiemelendővé teszi, amit korábban a társadalmi közérzetről, az általános hazai felnőtt-önképről irtunk: emberek tömegei élik életüket önértékelési zavarok és mardosó önvádak közepette, amiben az élet egésze alig-alig elviselhető terhek sorstragédiájának tűnik fel előttük. A megélelmódok persze személyiségstruktúrájuktól függően változnak. De tény, hogy tömegesen tekintik egyéni defektjüknek kudarcaikat és lemaradásaikat, s nincs a "mi"-tudat szolidaritása, felmentése, azonosságérzete vagy legalább szorongást csökkentő enyhítése. A hely bizonytalansága, a kiszolgáltatottság-érzés és az önvádló felelősségtudata általános. Mindez nem az elért társadalmi pozíció "objektív" sikerein, s nem a betegségen vagy az egészségen múlik. Bár mindemellett igaz az, hogy egész életük megkérdőjelezésében, az életszférák közötti egyensúlytartás lehetőségében komoly különbségek adódnak a "még bizók" és a "már összeroppannak" között. A neurózis tömeges előfordulásában a kihívás éppen azért olyan összetett, mert nem életük egyik vagy másik területén kellene az embereknek támaszt, könnyítést és segítséget kapniuk. A neurotikusokat az "egészségesektől" leginkább az különbözteti meg, hogy számukra egész életük válik problematikussá, perspektivavesztetté és pusztán személyes energiájuk mozgósításával már-már alig kezelhetővé.

Társadalmi kihívás és intézményi válasz

A neurózisban - mint láttuk az eddigiek során - életproblémák egész szövevénye összegeződik. Népbetegségi méretű társadalmi előfordulási arányai mellett újra fel kell tehát tennünk a korábban már megfogalmazott kérdést: milyen megoldásokat nyújthatnak azok az intézményes válaszok, amelyeket a társadalom ugyan egy betegség szakmai-orvosi kezelésére és ellátására hívott életre, de amelyeknek valójában emberi sorsok tömeges kisiklásán és mindenoldalú feszültségein kellene segíteniük.

Ha a fentebbi elemzések fényénél visszaemlékszünk arra a korábban említett tényre, hogy az ideggondozókban kezelt betegek közel fele neurózis diagnózisával kerül az intézménybe, akkor kérdések sora merül fel.

Egyrészt, ami tömeges arány az egészségügy e pontjáról nézve, az vajon az igények, a szükségletek felől közelítve ellátás-e ténylegesen. Válasz-e a "járványra", vagy inkább csak a feszültségek egy töredékének lecsapolása?

Másrészt, meddig terjedhet az ideggondozó kompetenciája? Mit oldhat meg az egyén mikro-világában, és mit vállalhat át azokból az általános társadalmi konfliktusokból, amelyek miatt tömeges a kiszolgáltatottság érzése, tömeges az emberek atomizált magukra utaltsága, tömeges az önvád és a bünbakképzés?

Az első kérdés-csokorra /a szükséglet és a kielégítésére hivatott intézmények találkozására, az ellátási arányokra/ feleletképpen adataink alapján igyekeztünk legalább becsléseket végezni.

A másodikra - az ideggondozók funkcióira és az általuk nyújtott ellátás sajátosságaira - tanulmányunk következő fejezeteiben kísérlünk meg választ adni.

A neurotikusnak tekinthető panaszok együttes előfordulásából számított két mutatónkkal a lakossági vélemény-felvétel adatainak alapján - mint emlékszünk a 15, illetve 33%-os neurózis-morbiditást mértünk.

E morbiditási adatok felhasználásával többféle becslést készítettünk arról, hogy a neurotikus betegek milyen arányban állnak - ideggondozói - kezelés alatt, milyen mértékben látják el őket - ideggondozóban dolgozó - szakorvosok; mutatkoznak-e ebben - s ha igen, milyen - különbségek nem, kor, lakóhely és társadalmi réteghelyzet szerint.

Az országos mintából két /budapesti és vidéki/ almintát képeztünk. Lényeges eltérés - mint erről már a neurózis elemzése kapcsán szó esett - nem mutatkozott a fővárosban és vidéken lakók neurotikus megbetegedéseinek arányában.

13. tábla

A neurózis előfordulási arányai Budapesten és vidéken
/százalékban/

	Neurózis		Ebből: panaszai mindennapi életvitelében is korlátozzák	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Budapest	21	38	9	21
Vidék	21	42	9	21

A 13. táblában bemutatott arányok, és empirikus kutatásunk két szinterén, a IX. kerületi, illetve a salgótarjáni ideggondozóban neurózis diagnózisával kezelt betegek számának figyelembevételével, megbecsültük, hogy az ellátásra szorulóknak országosan körülbelül mekkora hányada juthat el az adekvát intézménybe: a pszichiátriai járóbetegellátásba.^{x/} Ennek alapján az

x/ A becsléshez a budapesti és a vidéki neurotikusok számát a megfelelő mintavételi arányokkal felszoroztuk, s így jutottunk el az országos "szükséglet-számhoz".

/folytatás a következő lap alján/

életvitelükben súlyosabban korlátozott férfi-betegek esetében 6, a nőknél 8 százalékos ellátottsági arányokat kaptunk; a teljes neurotikus szükséglet vonatkozásában pedig a megfelelő értékek 3, illetve 4%-osak voltak. Ezek az arányok nyilvánvalóan csak igen közelítő becslései az ellátottság mértékének. Megjegyeznénk, hogy a kapott értékek meglepően egybeesnek az egyetlen ilyen irányu hazai becslési kísérlet nyomán publikált adatokkal.^{x/} A nőinél valamivel alacsonyabbnak mutatkozó férfi ellátottsági arányok tendenciája követi az orvoshoz fordulásban általánosan tapasztalható nemi jellegzetességeket. Tudjuk: a nők betegségeikkel általában nagyobb arányban keresnek fel orvost, mint a férfiak. A nemek attitűdbeli különbségeinek /melyekről korábban már sok szó esett/ ez is egyik megnyilvánulási formája.

Az a tény, hogy a betegségük miatt mindennapi életvitelükben korlátozott neurotikusok közül is csak minden tizenegy-tizenkettedik ember kerül szakorvos elé, még akkor is súlyos ellátási hiányok tükre, ha feltételezzük - ami joggal, s mint majd későbbi adatainkból kiderül, okkal is gondolható -, hogy a neurotikus betegek egy része panaszaival szakorvoshoz kerül ugyan, de nem az ideggondozóba. Felvételünk adatai is - közve-

Tekintve, hogy az egészségügyi statisztika országos intézményi adatai csak a betegforgalom nagyságáról adnak felvilágosítást, a betegek számáról nem, a betegszám /azaz az ellátás mértékének/ közelítésére a IX. kerületi ideggondozó neurotikus betegeinek számát /a kerület felnőtt lakosságának a fővárosi népességből való részesedése arányában/ felszorozva, jutottunk el a budapesti ellátottság mutatójához. Hasonlóan jártunk el a vidék vonatkozásában is: a salgótarjáni ideggondozóban megforduló neurotikus betegek számát fél Nógrád megyének /azaz a felvevőkörzetnek/ a vidéki felnőtt népességen belüli részesedése mértékében szoroztuk fel. A két felszorozás összegéből állt elő az országos ellátottság mutatója. /A becslés során azzal a feltételezéssel éltünk, hogy adott körzeteken belül a bekerülési arányok az ország, illetve a budapesti kerületek között nem szóródnak olyan mértékben, hogy emiatt a "felszorozások" becslésünket teljesen érvénytelenítenék./

x/ Lásd: Juhász Pál-Kopp Mária-Veér András: Módszer a neurózis szűrővizsgálatához; Ideggyógyászati Szemle/31., 1978.

tetten - utalnak arra, amiről a pszichiáterekkel folytatott beszélgetéseinkben gyakorta esett szó: a neurotikus betegek jelentékeny részét neurológiai szakrendelésen, pszichiátriai fekvőbeteg intézményekben /kórházakban, klinikákon, szanatóriumokban stb./, vagy magánbetegként kezelik, más része pedig, ha nem is szak-, de orvosi ellátásban részesül például a körzetben vagy szomatizált neurotikus panaszainak megfelelő szakrendeléseken. Nagy részük azonban teljesen ellátatlan.

Kérdés ugyanakkor, hogy az amugy is tulzsufolt és eredetileg egyébként sem a neurózis kezelésére létrehozott ideggondozók meg tudnának-e felelni önmagukban annak a társadalmi kívánásnak, amely a neurózis népbetegséggé válása nyomán születik. Egyáltalán, az-e a feladatuk, hogy megfeleljenek ennek? Kérdés az is, hogy mindenképpen egészségügyi rendszerben működő intézménynek kell-e betöltenie ezt a feladatot? Továbbá, hogy csak központilag kiépített és a laikus részvételt kirekesztő szisztémában működő intézmény-rendszer képzelhető-e el?

Pillanatnyilag azonban az a helyzet, hogy az egyetlen, a magasabb presztizsű intézményekhez viszonyítva térben viszonylag egyenletesen kiépített intézmény az ideggondozó-hálózat, amelyre a feladat hárul.

Az egészségügyi intézményi statisztikai adatokból kiderül, hogy 1982-1983-ban az országban 100 körül volt az ideggondozók száma, körülbelül 150 szakorvossal. Egy működő orvosi állásra országosan 76 ezer lakos jutott /Budapesten 52 ezer, vidéken 86 ezer/. Az elmeorvosok távlati fejlesztésére vonatkozó irányelvek 1969-ben kimondták, hogy 1985-ig minden gondozóintézetben dolgozó orvosra maximum 40 ezer lakos jut majd, megteremtve a lehetőségét annak, hogy a gondozók ne csak az elmebetegségek, hanem a neurózisok ambuláns kezelésére is alkalmassá váljanak. /Az irányelveket Bakonyi Péter idézi könyvében./

Ezt a számot még Budapesten sem sikerült megközelíteni, vidéken pedig több mint kétszerese a lakosságszám az irányelvekben napjainkra előirányozottnak. A vidéki átlag megyénként rendkívül eltérő "ellátottságot" takar: 1982-ben Baranyában 44 ezer lakos /ez az egyetlen megye, ahol az egy orvosra jutók

száma nem éri el a félszáztezret/, míg a másik végleten Somogyban 257 ezer lakos jut egy működő ideggondozói orvosi állásra. Mint látható, a magas lakosságszám a túlterheltséget mindenütt "biztosítja". Mindamellet az egyenletes területi ellátás relatív: nem jelent többet, mint azt, hogy minden megyében van legalább egy ideggondozó.

A megye persze még mindig túl nagy aggregátum. Országos adatok nem állnak rendelkezésre ahhoz, hogy a hozzáférés települések közötti esélykülönbségeiről általános képet alkoshatunk. Nógrád megyei felvételünk azonban a község-város esélykülönbségek érzékeltetéséhez mégis megbízható támpontokat szolgáltat. Felvételünk adataiból az derült ki, hogy a megyeszékhelyen, Salgótarjában működő intézmény /amelynek ellátási körzetébe a városon kívül még a fél megye községei is tartoznak/ sokkal inkább elérhető a helybeliek, mint a Nógrád megyei községi lakosok számára. Mind az összes neurotikus vonatkozásában, mind közülük a súlyosabb állapotban lévő, életvitelükben is korlátozott betegek körében, mind a férfiaknál, mind a nőknél az ideggondozóba való bekerülés esélye a salgótarjániak között mintegy kétszerese a körzet községeiben lakókének. /A salgótarjáni neurotikus férfiak 4%-os hozzáférési esélyével a falusiak 2%-os mutatója áll szemben; a nők között 6, illetve 3 százalékosak az arányok. A súlyosabban megbetegedett neurotikus csoportjaiban pedig a megfelelő mutatószámok rendre: 11 százalék kontra 4%-kal, illetve 12 százalék 6%-kal szemben./ Az arányok a megfelelő korcsoportokon belül is hasonlóan alakulnak. Látni fogjuk később, hogy jól kirajzolódó csoportok /elsősorban a falusi öregek/ szinte teljesen "hiányoznak" az ideggondozók betegei közül.

A neurózis népbetegség mivolta, valamint az a tény, hogy a tömeges kihívásnak az ideggondozók a legjobb szándékkal sem tudnának megfelelni, továbbá a neurózisnak mint betegségnek speciális helyzete a betegségek rendszerében, a többi betegségnél is határozottabb társadalmi-környezeti beágyazottsága, ebből következően kezelésének /és részben megelőzésének/ összetettsége, a többi betegségnél is inkább igényelne olyan hálózatot, amelyben nemcsak egyszerűen a teljes személyiség, hanem annak

egész szűkebb és tágabb környezete, világa figyelembe vétetik. Erre pedig a szűk értelemben vett egészségügyi szemlélet és a térben koncentráltan települt intézményrendszer külön-külön is, együttvéve pedig különösen alkalmatlan. Bizonyos, hogy ember- és környezetközeli, nem kifejezetten egészségügyi, hanem szociális intézmények /bennük természetesen pszichiátriailag is képzett szakemberekkel/ megfelelőbbek lennének. Az elvi megfontolásokon túl néhány tény a két ideggondozó később részletesebben is tárgyalandó összehasonlítása nyomán is ezt bizonyítja: számos jel utal arra, hogy a salgótarjáni /fizikailag rosszabbul ellátott/^{x/} intézmény közelebbi kapcsolatba tud kerülni a betegekkel, többek között amiatt is, mert jobban ismeri azt a terepet, közeget, ahonnan betegek jöttek, jobban involválódott, és ezáltal feltehetően segíteni is inkább képes.

Hogy a segítségnek milyen formái nyújthatóak az egészségügy rendszerébe zárva /vagy adott esetben annak védőbástyái mögé bujva/ - erről lesz szó a továbbiakban.

x/ A rosszabb ellátottságot a salgótarjáni intézmény fizikai állapota éppúgy jelzi, mint az, hogy kétszer annyi beteget fele annyi orvos lát el, mint Budapesten.

III. AZ IDEGGONDOZÓK EGÉSZSÉGÜGYI ÉS TÁRSADALMI FUNKCIÓIRÓL

Kutatásunk második középponti problémája annak az intézménynek a megismerése volt, amely ma a mentálhigiénés zavarok jó részének /noha deklarált funkciója szerint sem - egészségnek/ szakszerű orvosi-egészségügyi ellátására hivatott.

Az intézmény történetéről és funkcióinak alakulásáról - röviden

Az ideggondozók számának gyors felfuttatására - mint korábban említettük - az elmúlt két évtized folyamán került sor. A fejlesztés programja egyfelől szervesen illeszkedett abba az általános egészségügy-politikai elgondolásba, amely a 60-as években a gyógyító ellátás kiterjesztését a szakrendelők hálózatának gyors szervezésével látta megoldhatónak.

Másfelől sajátos szakmai indokok is közrejátszottak. A pszichiátria modern felfogása az elmebetegek ápolásának kórházi formáját sokoldalúan és élesen bírálta. Széles körökben vált elfogadottá a program: az elmebetegek orvosi ellátásának humánus és hatékony utja csak társadalmi rehabilitációjuk lehet, gyógyításuknak minél inkább életük és normál mindennapjaik természetes közegébe kell ágyazódnia. Az elmeosztályok helyett a hangsulynak a járóbetegellátásra kell kerülnie, másként beszűkülnek és elzáródnak a társadalomba való visszavezetés, illetve visszatalálás utjai.

A hazai pszichiátriában a szakmai megfontolások gazdasági indokkal is találkoztak: a megnövekedett szükségletek kielégítésére a járóbetegellátás fejlesztése olcsóbb és gyorsabb megoldásnak látszott. Az elgondolás - a gazdasági és a szakmai szempontoktól egyaránt vezettetve - az volt, hogy az ideggondozói ellátásnak a lehetőségek maximumáig "ki kell váltania" a kórházat, s az elképzelésekben a helyettesítési viszonyra került.

Az elmúlt két évtized valóságos fejleményei azonban nem egészen az elképzelések szerint alakultak. Az ideggondozók számának és forgalmának növekedésével párhuzamosan az elmeosztályokon ápoltak számának még valamivel nagyobb arányu gyarapodása zajlott le, és a munkamegosztás helyett az új intézmény részben új "profillal" tagozódott be a rendszerbe. Az itt megjelent betegek közel fele - mint említettük - neurózisban szenved, olyan betegségben tehát, amelynek gyógyítása - a betegség természete folytán - eleve ambuláns ellátást kíván. Ugy fogalmazhatnánk, hogy az ideggondozó-hálózat fejlesztésével egy korábban orvosi értelemben csaknem ellátatlan betegség jutott "térhez", kapott - ha, mint az előzőekben láttuk, módfelett töredékesen is - valamiféle egészségügyi választ.

A két intézménytípus csak igen részlegesen alternatívája egymásnak, s az idők során mindinkább kirajzolódik eltérő arcukat. Az ideggondozókban relative egyre több a nő - az elmeosztályokon ápoltak többsége férfi. Az ideggondozók elsősorban a fiatal középkorúak intézményei - az elmeosztályokon évről évre emelkedik a 60 éven felüliek száma és aránya. Az ország ideggondozóiban tartósan kezelt gondozottak több, mint egynegyede depresszióban vagy neurózisban szenved, a legklasszikusabb elmebetegség, a skizofrénia pedig öt közül egynek a katonjában szerepel; az elmeosztályok "tömegbetegsége" éppen ez utóbbi - az ápoltnak pontosan egyharmada feküdt skizofrénia miatt kórházban 1982 végén. Ugyanakkor neurotikusok a fekvőbetegek között csak elvétve fordulnak elő, s a depressziós betegekkel együtt is a kórházak elmeosztályain ápoltnak csupán egytizedét teszik ki.

Mindez azt jelzi, hogy az ideggondozók - noha a helyettesítés funkciójával jöttek létre - más szükségletekre felelnek. Ezek lettek azok az intézmények, amelyeknek kapuján egy ellátatlan lakossági tömeg-szükséglet tört utat magának, s ezt a szükségletet fel kellett és - mindinkább - fel kell vállalniuk.

A funkció szaporodása persze nem konfliktusmentes folyamat. Részben azért nem az, mert a gondozókban dolgozó pszichiáterek orientációjában okoz bizonytalanságokat és zavarokat.

Hiszen a neurózis nem igazán pszichiátriai betegség - a képzés során megtanultak, illetve a pszichiátriában uralkodó betegség-szemlélet szerint az "igazi" szakmai eseteket a pszichotikusok jelentik. A zavar forrása másrészt az, hogy a neurózisok gyógyítására a pszichiátria klasszikus eszközei és eljárásai általában nem alkalmazhatóak, a betegség megfelelő ellátását szolgáló pszichoterápiás módszerek szervezeti-, idő- és tér-igénye, valamint képzettségbeli előfeltételei pedig többnyire szétfeszítik az adott intézményi kereteket. De zavar és konfliktus forrása az is, hogy miközben a betegforgalom döntő hányadát a neurotikusok teszik ki, az ideggondozók - mint láttuk - mégsem tekintethők a neurózis-alapelállítás intézményeinek.

Az ideggondozók léte, számuk és forgalmuk gyors bővülése emiatt nem a szükségletek és a kínálat harmóniáját eredményezi - az intézménynek az elégtelenség és a valódi funkciója felőli bizonytalanság állandó tudatával kell működnie. A bizonytalanságok és a külső nyomás mérséklésére való törekvések pedig - miként az egészségügy más intézményeiben - beindítják a háritás, a továbbküldés mechanizmusait, és fenntartják a betegforgó rendszerét.

Plasztikusan érzékeltetik e folyamatokat és feszültségteli voltukat az országos statisztikák is. A hatvanas évek közepén az akkor működő 37 ideggondozó mintegy 250 ezres évi betegforgalmának 9/10-ét az általuk gondozott^{x/} betegek megjelenései tették ki, 1982-ben az arány /folyamatos csökkenés mellett/ az

x/ Az ideggondozókban megjelent betegek egy részét - tapasztalatunk szerint különböző elvek alapján - gondozásba veszik, ami azt jelenti, hogy kartonjaikat külön megjelölik acélból, hogy évente legalább egyszer berendeljék őket /akkor is, ha maguktól nem jönnek/, s felülvizsgálatukról gondoskodjanak. /Ha a beteg többszöri hívásra sem jelenik meg, akkor a gondozónők dolga otthoni felkeresésük./ A gondozás intézménye tehát azt fejezi ki, hogy az adott beteg állapotának nyomonkövetéséért, orvosi ellátásáért az ideggondozó deklaráltan felelősséget vállal, a beteg mintegy "hozzá tartozik".

addigra 103-ra gyarapodott ideggondozók 800 ezer feletti beteg-megjelenéseinek már csak 70 százaléka volt. Az utóbbi évtizedben a kezdeményezett és a megszüntetett gondozások számának mérlege negatívra fordult: évente 9-15.000-rel több beteget törölnék a gondozottak listájáról, mint ahányat ujonnan gondozásba vesznek. Mindez a forgóajtó-rendszer kiépülésére utal. Arra tehát, hogy az egészségügy más intézményei /a körzeti-, a rendelőintézeti orvosok, stb./ egyre növekvő számban küldik neurotikus, vagy a neurózis gyanújával diagnosztizált betegeiket az ideggondozókba, azok pedig a betegek egyre kisebb hányadát tartják saját "fennhatóságuk" alatt. Következésképpen egyre több az egyszer-egyszer megjelenő, valójában egyik állomásról a másikra küldözgetett beteg, akinek tényleges ellátása változatlanul megoldatlan, miközben az intézmény-hálózatra nehezedő nyomás nőttön-nő.

Hogy ez az ellentmondásos fejlődés végül is milyen lenyomatokat hagy az ideggondozók napi működésében, hogyan zajlik a betegek nap nap utáni gyógyítása, alkalmazható eszközeiben és eljárásaiban milyen és mennyi az ideggondozók "választási szabadsága" és játéktere, s mindez hogyan formálja arculatukat, mit tehetnek betegeik és a maguk sorsáért - megannyi, megválaszolásra váró, izgalmas kérdés.

Kutatásunk közvetlen terepéül - mint jeleztük már - a főváros IX. kerületének és Nógrád megye székhelyének /Salgótarján/ ideggondozóit választottuk.^{x/} Előzetes megfontolásaink - a fent

x/ Ehelyütt kell köszönetet mondanunk a két ideggondozó orvosainak és gondozónőinek, akiknek segítsége nélkül a kutatást nem végezhattük volna el. Felvételünk az ideggondozói kartonokon rögzített információk kigyűjtésére szolgáló, külön e célból összeállított adatlappal történt. Az adatlapokat a kartonokból a gondozónők töltötték ki. Így elkerülhető volt az orvosi titoktartás megszegése - mi magunk már csak a névtelen, s ezért személyre szólóan vissza-azonosíthatatlan kérdőívekkel dolgoztunk. E munkát tehát nélkülük nem tudtuk volna elvégezni. Mindezenközben alapos terepismeretük és a kezelőorvosokkal folytatott konzultációik alapján "komplettirozták" is a kartonokon csak töredékesen szereplő feljegyzéseket. Így végül a kérdőívekből a szigoruan diagnosztikai és terápiás szempontu, szűkszavu esetleírásnál gazdagabb kép tárult elénk, amelynek révén a betegek utját, betegségkarrierjüket és a "kinti" világban való pályafutásuk néhány állomását is nyomon követhettük.

leirt folyamatok ismeretében - elsősorban a köztük lévő várható különbségekre vonatkoztak. Arra voltunk kíváncsiak, vajon milyen és mennyire markáns eltéréseket okoz a két gondozó betegeinek társadalmi és betegség szerinti összetételében, hogy Budapesten - a betegbeutalás körzetesített rendje ellenére - viszonylag nagy a személyes választás lehetősége abban, hogy az ember bajával, panaszával hová forduljon. Ugyanakkor vidéken egy-egy város speciális ellátóintézményei nemigen válthatóak ki másokkal, s ráadásul azok nemcsak a várost magát, hanem falvak széles övezetének lakosságát is ki kell, hogy szolgálják. A fővároson belüli információáramlás és a sűrű közlekedési háló révén a távolság nem jelenthet igazi akadályt az ellátás igénybevételeiben, míg a vidék viszonylatában a megközelíthetőség gátjai önmagukban is komoly mértékben korlátozhatják az orvoshoz fordulást.

Arra számítottunk, hogy mindezek miatt a pesti példa tisztán hozza majd az ideggondozónak az egészségügyi rendszeren belüli státusát, és az alacsony státus társadalmi szelekciós következményeit. Hiszen aki teheti, annak viszonylag könnyen nyílik módja arra, hogy az "ideggondozóba járás" stigmáit elkerülje. Így az igénybevevők köre - hipotézisünk szerint - az "előkelőbb" egészségügyi intézmények kiszorítottjaiból, a társadalom elesettebb rétegeiből verbuválódik majd.

A vidéki gondozó esetében azt vártuk, hogy ott a korábban jelzett kettős funkció lenyomataival, az ideggondozó kevésbé tisztán egészségügyi profiljával és szociális közvetítői szerepével találkozhatunk, miközben az igénybevétel társadalmi rétegződésében a város és a falu fizikai és szociális távolságának hatásait érhetjük tetten.

Az eltérések iránti várakozásunkat huzta alá, hogy a két gondozó ráadásul a fentebb vázolt fejlesztés-történetnek is egy-egy karakterisztikus állomását képviseli; továbbá, munkájuk fizikai és személyi feltételei igen-igen különbözőek. A IX. kerületi ideggondozó az 50-es évek elején létesült; a salgótarjáni a fejlesztési "boom" szülötte - 1969-ben nyitotta meg kapuit. Miközben a megyeszékhely gondozójának kijelölt körzetében

40.000-rel több a felnőtt lakosok száma, mint a IX. kerületiében, az előbbiben egy, az utóbbiban négy orvos látja el a munkát. Ugyanakkor a vidéki intézményben egy év alatt megfordult új és régi betegek száma a budapestinek éppen a duplája.^{x/}

Mindezek után annál meglepőbb és figyelemreméltóbb, hogy egy sor alapvető vonatkozásban a két ideggondozó között több volt a hasonlóság, mint a különbség. Mint alább részletesebben is látjuk majd, hasonló a betegek összetétele életkoruk és nemük szerint; közel azonos közöttük a bekerülés pillanatában gazdaságilag aktívak aránya; nincsenek nagy eltérések a diagnosztikus szerkezetében, különösen a domináns, illetve az erősen "alul-reprezentált" betegség-csoportok gyakoriságában stb. Talán nem tűnik túlzásnak, ha ezért e hasonlóságokat az egész hálózatra jellemző, általános tendenciákként értelmezzük. Azokat a különbségeket pedig, amelyek mindenekelőtt a betegekkel kapcsolatos "kvázi-egészségügyi" eljárásaikban /táppénzbevétel, le-százalékolás, beteg-érdekvédelmi közvetítő tevékenység stb./, illetve a betegek nem-orvosi természetű életproblémáiról való ismereteik mélységében mutatkoztak, modell-szerűnek tekintjük. Modell-érvényű ugyanis az, ahogyan eltérő gyakorlatuk nyomán az ideggondozók orvosi és szociális funkciói közötti választások kirajzolódnak. A két intézmény a társadalmi kihívásra adott lehetséges válaszoknak - mint majd látjuk - egy-egy markánsan eltérő típusát képviseli.

De nézzük először, hogy kik is az ideggondozók betegei. Tudjuk: felerészben neurotikusak. A másik ötven százalékról azonban mindeddig kevés szó esett.

Az ideggondozó szakmai arculata: betegek és betegségek

Az általunk vizsgált két ideggondozóban a mentális zavarok, a korlátozott életképesség számos fajtájával találkoztunk.

x/ Az 1980-as Népszámlálás adatai szerint a 14 éven felüli lakosok száma a IX. kerületi ideggondozó körzetében közel 80 ezer, a salgótarjániében közel 120 ezer volt. Az előzőben évente körülbelül 1600, az utóbbiban mintegy 3000 beteg fordul meg.

A két intézményben a vizsgálat évében^{x/} megjelent betegek az első vizsgálatkor felállított /a későbbiekben csak az esetek egy elhanyagolható töredékében módosuló/ diagnózisai a következő megoszlást mutatták:

1. tábla

A betegek megoszlása diagnózisuk szerint a két ideggondozóban, nemenként

	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	24,9	19,9	21,7	30,4	17,0	22,3
Depresszió	5,1	6,7	6,1	13,5	17,4	15,8
Organikus kórképek	9,8	8,6	9,0	8,0	5,7	6,6
Dementia, senilis pszichózis	2,7	5,6	4,6	1,0	1,1	1,0
Alkohol + alkoholos pszichózis	5,6	1,3	2,9	13,7	1,4	6,2
Neurózis	38,9	48,3	45,0	25,2	53,8	42,5
Pszichopátia	8,1	4,8	6,0	5,3	1,6	3,1
Pszichiátriai szempontból nem beteg	4,9	4,7	4,8	2,9	2,1	2,4
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Mind a férfiak, mind a nők között, mind Budapesten, mind Salgótarjánban a neurózist követő második kiugró arányú betegség a skizofrénia. Az arányok /a korábban a neurózis kapcsán már bőséggel tárgyalt okok folytán/ nemenként persze eltérőek, de a tendencia világos és azonos.

x/ A IX. kerületi ideggondozóban 1981-ben, a salgótarjániban 1982-ben.

Különbségek mutatkoznak azonban a többi betegség vonatkozásában. Meglepőnek tűnik, hogy a depresszióban szenvedők Salgótarjánban csaknem 16%-os arányával szemben a IX. kerületben e betegség alig fordul elő. Emögött azonban a két intézmény eltérő betegségfelfogása áll. A szakirodalmi leírásokból kiderül, hogy a depresszió különböző fajtái közötti határvonalak eléggé elmosódottak. A diagnózis felállításakor ezért a neurotikus depresszió "neurózisként" vagy "depresszióként" való értelmezése szakmai hangsúlyeltolásokat fejez ki, s a pszichiátria vitatott kérdései közé tartozik.^{x/} Az orvosokkal folytatott beszélgetéseinkből mindenesetre kiderült, hogy depresszió diagnózisával a IX. kerületben csak a pszichotikus alapú depressziókat tartották nyilván, Salgótarjánban pedig a neurotikus eredetűeket is. Noha a belső összetétel pontosabb feltárására sem módunk, sem kompetenciánk nincs, a jelenséget figyelemre méltónak tartjuk. Egyrészt empirikus példája a pszichiátria egyik alapvető, szakmai és laikus körökben sokat tárgyalt problémájának: a diagnosztizálás és a vele elválaszthatatlanul összefonódó címkézés társadalmi beágyazottságának. Az "orvosibb" beállítottságu IX. kerületi gondozó "szigoruan" osztogatta az elmebetegségek közül a társadalmilag leginkább elfogadható címkét. Salgótarjánban a diagnózis felállításában a társadalmi jelentéstartalomra vonatkozó megfontolások is szerepet játszottak. Az tehát, hogy a neurotikusok egy részét depressziósként fokozottabb védelemben lehet részesíteni, illetve az, hogy a beteg maga is inkább elfogadja saját betegségének tudatát, ami a terápiában való részvételének fontos előfeltétele. A másik oldalról viszont mindez azt is jelenti, hogy ha /s ezt egy gondolat-kísérlet erejéig érdemes talán feltennünk/ a szociálisan érzékenyebb salgótarjáni orvosok is a IX. kerületi definíciót vették volna alapul, akkor ebben a gondozóban a neurotikusok aránya szignifikánsan fölé emelkedett volna a IX. kerületinek, s minden bizonnyal a betegeknek több mint felét tették volna ki.

x/ Lásd erről a Vigilia című folyóiratban 1981-82 folyamán folyó vitát, különösen Böszörményi Zoltán: A depresszió kérdéséről című cikkét. /Vigilia, 1982/4/

Mindenesetre e különbségek ellenére is igaz, hogy az ideggondozókban megforduló betegek döntő hányada /65%-a/ neurózissal és a legklasszikusabb elmebetegségek, skizofréniával áll gyógykezelés alatt. Bár a tipikusan öregkori pszichózisok /dementiák, szenilis pszichózisok/ karbantartása és kezelése is pszichiátriai feladat lenne, az öregek - később tárgyalandó - speciális helyzete, mozgáskorlátozottsága miatt arányuk az intézményben megforduló betegek között igen csekély. A szellemi fogyatékosok vagy az alkoholisták az intézményes hovatartozás szempontjából határesetek. Hiszen betegségük természete szerint, a gyengeelméjű felnőtteknek egy része erős alkoholfogyasztó is, vagy szenved kezelésre szoruló, szélsőséges állapotban. Valószínű, hogy a fogyatékos felnőttek ellátására szolgáló intézmények csaknem teljes hiánya mellett az ideggondozók csak vészhelyzetekben nyújtanak valamiféle terápiát.

Az alkoholista, illetve az alkoholizmus nyomán kialakult pszichózisban szenvedő betegek alacsony aránya /a férfiak között a IX. kerületben 5,6, a salgótarjáni ideggondozóban 13,7 százalékos reprezentációjukkal/ első pillantásra meglepőnek tűnik. Hiszen irtunk már korábban arról - s a köztudatban is így él a kép -, hogy az alkoholizmus és a vele összefüggő pszichiátriai betegségek adják a férfiak mentálhigiénés zavarainak döntő többségét. A százalékarányok azonban önmagukban nem értékelhetőek, mivel az alkoholisták ellátására elvileg külön intézmények, a számukban szaporodó alkoholgondozók szolgálnak.

E gondozók az ideggondozókról váltak és válnak le, azokkal - ott, ahol egyáltalán elkülönültek - szervezetenként, sőt a fizikai térben is szoros közelségben állnak. Az alkoholisták egészségügyi ellátásának mértékéről tehát csupán az ideggondozói adatok figyelembevételével még nem alkothatunk képet. Az országos statisztikákból mindössze annyi derül ki, hogy a nyilvántartott alkoholisták 10%-át az ideggondozókban gondozzák. Nem tudható azonban, hogy e 10%-on belül mekkora azoknak a hányada, akik azért vannak ideggondozói kezelésben, mert az adott helyen a két intézménytípus nem különült el, s mekkora azoké, akik a két rendelés-típus szétválása után is az ideggondozóban maradtak, vagy odakerültek. Mindenesetre vizsgálatunk mindkét

terepén közös épületbe települt, de az ideggondozótól elkülönült alkoholgondozó működik. Salgótarjánban módunk nyílt az alkoholgondozóbeli betegek adatainak felvételére is. A két intézmény összehasonlításából származó adataink tanúsága szerint az alkoholizmus és az egyéb pszichiátriai betegségek közötti határvonalak elmosódottnak tűnnek, s nyomukban a "megfelelő profilu" intézmény megválasztása szakmailag is problematikusnak látszik. Az alkoholgondozóban kezelt betegek 35%-a ugyanis egyéb pszichiátriai betegségben is szenved, míg az ideggondozóbeli betegek 26%-a esetében tettek az orvosok említést súlyos alkoholfogyasztásról vagy kialakult alkoholizmusról. A határesetek száma tehát nem csekély: mindkét intézménytípusban egynegyed-egyharmados arányu. Ez pedig elgondolkodtathat afelől, hogy egyáltalában lehetséges-e "tisztá profilu" intézmények létrehozatala, értelmes dolog-e az ideg- és alkoholgondozók szétválasztására törekedni.

Az ideggondozókban megforduló betegek összetételéről, betegségek típusairól kissé más megvilágításu képet nyújt, ha nemcsak a beteg-összetétel intézményen belüli megoszlását vizsgáljuk, hanem a különböző betegségekben szenvedők bekerülési esélyeit is. Vagyis azt, hogy az adott ideggondozó felvevőkörzetébe tartozó lakosok közül - a "kibocsátó-közegből" - milyen betegségekkel mekkora arányban kerülnek ideggondozói kezelésbe az emberek. A "bekerülési esély"-mutatók ezt a megközelítést fejezik ki. Az arányszámot mindig a megfelelő csoportba tartozó 1000 14 éven felüli lakosra számoltuk. Bekerülési mutatóink azért is érdemelnek külön figyelmet, mert az így számított indexeket a szakirodalom gyakran morbidity mutatószámokként használja. Az implicit feltételezés persze az, hogy aki beteg, az: a/ orvoshoz fordul; b/ ráadásul a szakmailag megfelelő profilu specializált intézményben kap gyógykezelést. E megfontolások mellett pedig jogosult eljárásnak tűnhet, hogy az intézményi előfordulást a betegség népességen belüli előfordulási gyakoriságával azonosítják. Az így számolt megbetegedési gyakoriság-mutatókkal kapcsolatban az orvosszociológiai szakirodalom is említ fenntartásokat. Minthogy azonban a lakosság-szűrések, a követéses morbiditási vizsgálatok drágák

és nehezen lebonyolíthatóak, a fenntartások ellenére gyakori a csusztatás, és legalább közelítő megbetegedési aránymutatókként való értelmezésük. A mi kérdésfeltevéseink szempontjából az intézményi előfordulási gyakoriságnak a népességbelivel való azonosítása a módszertani megfontolásokon túl koncepcionálisan is problematikus lett volna. Hiszen kutatásunk kérdésfeltevéseinek egy része éppen annak feltárását célozta, hogy mutatkoznak-e társadalmi esélykülönbségek az intézményekhez való hozzáféréseben, illetve, hogy milyen rejtettebb érték- és kultúra-meghatározottságok játszanak szerepet a betegségek keletkezésétől az orvoshoz forduláson át a kezelés elfogadásával kapcsolatos magatartásokig.

Az intézményi megjelenés és a betegség népességben belüli előfordulása közötti ollóra csak a neurózis esetében tudtunk mértéket is adni. Emlékszünk: a neurózis-morbiditás mutatója a népesség átlagában körülbelül 300 ezrelékes. A bekerülési arányok ezt még nagyságrendileg sem közelítik meg. Mint a 2. táblából kiderül, a neurotikusok ideggondozói megjelenésének esélye csupán 10-12 ezrelékes.

A megbetegedés lakosságon belüli előfordulási gyakoriságáról a neurózison kívül a skizofrénia esetében találtunk még irodalmi adatot. Buda Béla már idézett tanulmánya^{x/} említi, hogy a szakirodalom szerint a skizofrének lakosságon belüli aránya 5-20 ezrelékes /s az arányok különböző országokban, különböző kulturákban többé-kevésbé állandónak mutatkoznak/. A társadalmi beilleszkedési zavarokat kutató főirány zárótanulmánya^{xx/} két hazai ideggondozó vizsgálat alapján ennél alacsonyabb, 2,3 ezrelékes morbiditási gyakoriságot közöl. Az általunk megvizsgált két ideggondozóban a skizofrének bekerülési esély-mutatója a Buda-tanulmányban közölt mérések alsó határá-

x/ Buda Béla: A pszichiátriai szociológia, Szociológia, 1972/3.

xx/ A társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon I., Budapest, 1984.

hoz közelít: a IX. kerületben 4,6, a salgótarjáni ideggondozóban 6,0 ezrelékesnek adódott. Ez azt jelenti, hogy a skizofrének ideggondozói ellátása valószínűleg közel állhat a tényleges szükségletekhez.

Az ideggondozókban megforduló betegek további csoportjainál nincs módunk a morbiditás és az ideggondozói megjelenés, a "szükségletek" és az "ellátás" mértékének szembesítésére. Így csak regisztrálni tudjuk a 2. táblában közölt bekerülési arány-mutatóikat. Az öregkori betegségek feltűnően alacsony index-értékeivel kapcsolatosan azonban kell tennünk egy értékelő megjegyzést. Ezesetben bizonyos, hogy - még ha a mértéket morbiditási adatok híján becsülni nem tudjuk is - a szükséglet és az ellátottság közötti nagyranyílt ollóról van szó. Az öregek alacsony bekerülési esélye elsősorban mozgáskorlátozottságukkal állhat összefüggésben. Erre utal, hogy IX. kerületi mutatóik rendre magasabbak, mint a salgótarjániak. Hiszen Pesten belül - ha nehezen is - inkább megközelíthetők számukra az egészségügyi intézmények, mint a beteg falusi öregek számára a város - fizikai és társadalmi értelemben egyaránt - messzebb lévő szolgáltatásai. Mindemellett az is közrejátszhat, hogy az öregek elesettsége, szenilitása, képesség-korlátozottsága mind környezetük, mind a maguk számára inkább a "normál" élet életkori velejárójának, semmint betegségnek tűnik. Falusi környezetben továbbá kevésbé szab életviteli korlátokat a betegség, hiszen a ház körüli teendők ellátásában a beteg ember is hasznosan részt vehet. Más a helyzet városon, ahol az életben való mindennapi eligazodás, a közlekedés, a zsufolttság, a lakókörnyezethez való alkalmazkodni nem-tudás - orvosilag a falusiakénál nem súlyosabb egészségromlás esetén is - sokkal szembeszökőbbé válik, és nagyobb eséllyel terel egészségügyi intézmények felé.

Még egy megjegyzés a 2. táblában látható bekerülési esély-különbségekről.

Az ellátottsági mutatók csaknem minden esetben magasabbak a salgótarjáni, mint a budapesti ideggondozóban. Megítélésünk szerint ennek legfőbb oka a pesti egészségügyi ellátás már em-

litett, lényegesen diverzifikáltabb volta lehet. Hiába adottak ugyanis a betegbeutalás szigorú szabályai. Budapesten a betegek viszonylag könnyen elérhető távolságon belül is - személyes kötődések, véletlenek és választások folytán egyaránt - többfelé kerülhetnek. Ugyanakkor a megfelelő nőgrádi betegek számára a megye déli felében egyetlen intézmény van - a salgótarjáni ideggondozó. Ez adja, hogy pályáik "szabályosabbak", ami - más oldalról - azt is jelenti, hogy az intézmény feladata is körvonalazottabb, egyértelműbb. E tény következményeire később még visszatérünk. Itt most elsősorban azt hangsúlyoznánk, hogy a magasabb salgótarjáni bekerülési mutatókból nem lehet egyértelműen a főváros és a vidék közötti megbetegedési különbségek mértékére következtetni. Azokban inkább a választék és a hozzáférés különbségei tükröződnek.

2. tábla

1000 lakosra számított bekerülési esélyek diagnózis szerint, nemenként a két ideggondozóban

	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	4,2	4,8	4,6	6,8	5,3	6,0
Depresszió	0,8	1,6	1,3	3,0	5,4	4,3
Organikus kórképek	1,6	2,2	1,9	1,8	1,8	1,8
Dementia, szenilis pszichózis	0,5	1,4	1,0	0,2	0,3	0,3
Alkohol, alkoholos pszichózis	0,9	0,3	0,6	3,1	0,4	1,7
Neurózis	6,5	12,1	9,6	5,7	16,8	11,5
Pszichopátia	1,4	1,2	1,3	1,1	0,5	0,8
Együtt:	16,7	25,1	21,3	22,4	31,2	26,3

Életkor a bekerüléskor

Közelebb jutunk az ideggondozó funkcióinak pontosabb leírásához, ha megvizsgáljuk, hogy milyen korosztályok betegségeinek ellátását végzi az intézmény. A jelenlegi korstruktúra elemzése arra derít fényt, hogy az egyes életkori csoportok - jellegzetes betegségeik révén - milyen módon befolyásolják arculatát. A mai korösszetétel azonban - mint majd látjuk - nem értelmezhető statikusan, mert számos jelenség és folyamat eredőjeként jön létre.

Ezek közül lényeges és meghatározó szerepe van annak, hogy hány évesek voltak a mai betegek akkor, amikor az ideggondozó kezelésbe vette őket, illetve, hogy továbbkiséri-e betegutjukat vagy sem. Erre a folyamatra pedig döntő hatással van a betegség-struktúra. A különböző betegségek ugyanis tipikusan más és más életkorban alakulnak ki, illetve jutnak felszínre; a skizofrénia vagy az epilepszia általában fiatal korban jelentkezik, a neurózis - mint láttuk - inkább a fiatal-középkorú generációban, a dementiák - értelemszerűen - idős korban stb. Befolyásoló tényező továbbá a két nem meglehetősen eltérő pszichiátriai kórkép-strukturája, hiszen közvetítésükkel bizonyos nemű és korú betegek tulsúlyára számíthatunk.

Jól látható a 3. és 4. táblából, amit - életkori vonatkozásban - az ideggondozók funkciójaként emelhetünk ki. Mindkét intézményben ugyanis a betegek legnépesebb csoportját az aktív korú közép-korosztályok, a 30-50 év közöttiek jelentik. Arányuk a IX. kerületben 42, Salgótarjánban pedig 59 százalék. Meghatározó szerepüket a puszta életkori arányoknál /3. tábla/ még markánsabban mutatják a bekerülési esélyekre kiszámított adatsorok /4. tábla/. 1000 IX. kerületi 30 és 40 év közötti lakos közül 32, a 40 és 50 közöttiek közül 31 áll az intézmény kezelése alatt, míg a felnőtt népesség átlagában a bekerülés esélye 21 ezrelékes. A salgótarjáni gondozóban a tendenciák hasonlóak, noha a megfelelő indexek rendre magasabbak a budapestieknél: a körzetben lakó 30 és 40 év közöttiek közül 1000 emberből 40, a 40 és 50 év közöttiek közül pedig 1000-ból 50 kerül ideggondozói kezelésbe, miközben a bekerülési esély átlag-mutatója

27 ezrelékes. A funkció-leírás felől közelítve tehát úgy fogalmazhatunk, hogy az ideggondozók valóban mindenekelőtt az aktív közép-korosztály szükségleteinek kielégítésére hivatott intézmények. Hogy ez a kép így mennyire pontos, milyen tényezők hatására áll elő, és hogyan módosul a kezelés folyamán - minde erre a későbbiekben még több vonatkozásban visszatérünk majd.

3. tábla

A betegek megoszlása jelenlegi életkoruk^{x/} szerint
a két ideggondozóban, nemenként

Életkor	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
19 éves és fiatalabb	2,5	1,6	1,9	0,5	0,1	0,3
20 - 29 éves	25,2	13,9	18,0	13,3	10,3	11,5
30 - 39 éves	24,7	18,5	20,8	23,2	27,6	25,8
40 - 49 éves	16,4	23,1	20,7	31,0	34,6	33,2
50 - 59 éves	16,6	19,6	18,5	25,2	19,8	22,0
60 - 69 éves	7,8	11,3	10,0	6,3	6,2	6,2
70 éves és idősebb	6,8	12,0	10,1	0,5	1,4	1,0
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

x/ A betegek életkora a vizsgálat évében

4. tábla

1000 lakosra számított bekerülési esélyek korcsoport
szerint, nemenként

Életkor	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
15 - 19 éves	5,4	7,5	6,4	1,4	0,5	0,9
20 - 29 éves	18,4	20,5	19,4	14,7	17,6	16,2
30 - 39 éves	27,2	36,3	31,8	28,1	51,0	39,6
40 - 49 éves	19,3	40,6	30,9	38,5	61,6	50,4
50 - 59 éves	15,4	25,8	21,2	33,8	36,6	35,3
60 - 69 éves	10,4	19,0	15,4	13,0	16,1	14,7
70 és idősebb	12,1	18,4	16,4	1,4	3,9	2,9
Együtt:	16,7	25,1	21,3	22,3	31,3	26,3

A hasonló trendek mellett azonban érdemes kiemelni, hogy a két ideggondozó betegeinek korstrukturája eléggé karakterisztikus különbségeket is felmutat. A IX. kerületi kormegoszlás egyenletesebb, kevésbé "csucsos", mint a salgótarjáni. A magyarázatot a két intézmény eltérő történetében, illetve társadalmi beágyazottságuk különbségében találhatjuk meg.

Mindenekelőtt: a IX. kerületi ideggondozót - mint emlékszünk rá - az ötvenes évek elején hozták létre. Jóval azelőtt tehát, hogy akár csak elindult volna a hatvanas évek második felében meghirdetett, igazában a hetvenes években életbe léptetett új fejlesztési irány, amely a hangsúlyt a pszichiátrián belül a járóbetegellátásra helyezte. A salgótarjáni intézmény viszont - tudjuk - ennek az új fejlesztési politikának a szülötte; vizsgálatunk évében élte működésének 14. esztendejét. Ez az itt vizsgált szempontból a mai képet eléggé jelentősen befolyásoló különbség.

Az új intézménynek évekre telik, míg a környezetében "elfogadtatja magát", létezése ismertté válik a laikus köztudatban, az akutan és potenciálisan betegek között, amíg - s ez legalább ilyen fontos - megváltoztatni, befolyásolni képes a környéken kialakult orvosi praxist. Azaz éveket igényelhet például, hogy a skizofrének "új" ellátási formája tudatosuljon, és pályájuk ne feltétlenül és egyenesen a zártosztályokra vezessen. Még bonyolultabb lehet a helyzet - mondjuk - a neurotikusok esetében, vagy a korábban legfeljebb a körzeti orvosok, az elmeosztályok és néhány szociális otthon által fogadott beteg öregek vonatkozásában.

A IX. kerületi ideggondozó az elfogadtatás utját már 20 évvel korábban végigjárta. Ma tehát stabilizálódott, kialakult, bejáratott mechanizmusait és azok lenyomatait láthatjuk viszont a beteg-felvétel és a betegek további sorsának, "megtartásának" vagy forgó-rendszerüknek alakulásában.

Másrészt a jelenlegi, illetve a bekerülési korstruktúrára a fenti különbségből adódóan az is hatással lehet, hogy mik voltak a legsürgetőbb tömeg-igények az intézmény megnyitásakor.

A salgótarjáni ideggondozóban ennek köszönhető a 30-50 év közötti generáció 64 százalékos tulsulya a bekerülési életkor szerinti megoszlásban /5. tábla/. Az öregek ma is feltűnő távolléte és a fiatalok szükségleteinek kielégítése /azaz: a fiatalkori betegségek intézményi pályáivének megváltoztatása/ lassan formálja át az egyenletesebb eloszlás irányába a korstruktúrát. A IX. kerületben a viszonylag egyenletesebb eloszlás e szempontból is stabilizálódottabb helyzetet tükröz és jobban fejezi ki azt, hogy általában milyen koru betegek kerülnek ebbe a járóbetegeellátási formába. Láthatjuk: a fiatalok /a 20 év alattiak/ alacsony arányát egy tetemes ugrás követi: a kezelt betegek egynegyede huszas éveiben, további - közel - egynegyede harmincas éveiben keresi fel a gondozót. S az idősebb korosztályok "távolléte" sem olyan szembeötlő, mint Salgótarjában.

5. tábla

A betegek megoszlása első jelentkezéskori /bekerüléskori/ életkoruk szerint a két ideggondozóban, nemenként

Bekerüléskori életkor	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
19 éves és fiatalabb	7,4	3,8	5,1	5,0	3,1	3,8
20 - 29 éves	30,1	20,9	24,2	19,1	16,2	17,4
30 - 39 éves	24,2	22,8	23,3	28,6		31,5
40 - 49 éves	16,6	21,7	19,8	32,2	32,9	32,6
50 - 59 éves	12,7	14,5	13,8	12,1	11,6	11,8
60 éves és idősebb	9,0	16,4	13,7	3,1	2,8	2,9
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A két ideggondozó más-más időpontban való létesítésének és eltérő pályafutásának hatásán túl, felmerül a kérdés, hogy korstrukturájuk alakulásában nem játszik-e szerepet az - a kezelés alatt állók életkori összetételét közvetlenül befolyásoló - körülmény, hogy szubkulturális különbségek lehetnek a vidék és a főváros között. Feltehető, hogy a Salgótarján környéki emberek később, betegségük előrehaladottabb stádiumában fordulnak orvoshoz, míg Pesten - a társadalmi csoportok közötti, valószínűleg nem csekély különbségek ellenére vagy azok mellett - a nagyvárosi kultúra részeként általánosabban elfogadott az önvédelem, és az, hogy a bajokat az ember betegségként észleli. Ha pedig életpanaszait ekként definiálja a maga számára, akkor a gyógyító szolgálathoz fordul. Másként fogalmazva: a nagyváros és a vidék érzékelhetően különbözik abban, hogy az emberek tesznek, tehetnek-e preventív lépéseket a még nagyobb baj elkerülése érdekében, vagy - másik végletként - csak végszükség esetén, súlyosan beteg állapotban kerülnek az egészségügyi intézményekbe.

A 6. tábla - ahol a két legnépesebb beteg-csoport, a skizofrének és a neurotikusok életkor szerinti megoszlását látjuk, amilyenek az első jelentkezésükkor mutatkozott - részben arra enged következtetni, hogy ilyesfajta kultura-különbségekkel számolnunk kell. A neurotikusok adatsorai legalábbis meglehetősen egyértelműséggel utalnak erre.

Valószínűleg leginkább kultura-különbségeknek tulajdoníthatjuk ugyanis azokat a markáns arány-eltéréseket, amelyek mindenekelőtt a fiatal neurotikusok között mutatkoznak kutatásunk két színterén. Hiszen a korábbiak fényében nincs okunk feltételezni, hogy vidéken a 30 év alattiak között fele annyi lenne a neurotikus, mint Pesten. A megközelíthetőség /a fiatalokat relative kevésbé sujtó/ korlátai mellett, a betegség-felfogás és a prevenció eltérő kulturája okozhatja tehát, hogy míg a IX. kerületben neurózissal 30 éves kora előtt jelenik meg a betegek 33%-a, addig Salgótarjánban csak 17 százalékuk. Még élesebb az arány-eltérés, ha azt nemenként nézzük. A férfiak között a neurózisukkal fiatalon az ideggondozóhoz fordulók aránya a IX. kerületben 39, ugyanakkor Salgótarjánban 18 százalék, a nők közötti arányok pedig 30, illetve 17 százalékosak. E kultura-különbségek következményei azután a közép-korosztályokban kulminálnának. A korábban nem kezelt panaszok egyszers csak "berobbannak" és nem türnek halasztást. Ennek tulajdoníthatjuk, hogy a salgótarjáni neurotikus betegek elsőprő többsége, közel háromnegyede 30 és 50 év között van, amikor bajával először keresi fel az ideggondozót. Ugyanakkor e robbanásszerű aránynövekedés és a vele járó kicsucsosodás Pesten kevésbé érzékelhető: az említett közép-korosztályok aránya az először jelentkezők között csak 47 százalékos. /Az idősebbeknél, az ideggondozóhoz először 50 év feletti életkorukban forduló neurotikusok között azután megint pesti többlettel találkozunk. Ezt azonban főként a már említett hozzáférési különbségeknek, s kevésbé az itt érintett kulturális eltéréseknek kell tulajdonítanunk./

6. tábla

A skizofrén és a neurotikus betegek megoszlása első jelentkezéskori /bekerüléskori/ életkoruk szerint a két ideggondozóban, nemenként

Bekerüléskori életkor	Skizofrénia						Neurózis					
	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó			IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
- 19 éves	6,8	4,3	5,3	7,9	5,6	6,9	5,7	2,7	3,6	1,9	1,4	1,4
20 - 29 éves	36,1	17,6	25,2	31,7	26,1	29,1	33,5	27,0	29,0	15,9	16,0	16,0
30 - 39 éves	32,0	31,9	31,9	33,9	36,6	35,1	24,3	22,5	23,1	29,9	38,6	36,5
40 - 49 éves	12,2	24,3	19,3	21,7	22,4	20,0	20,9	25,2	23,9	39,5	36,0	36,8
50 - 59 éves	11,6	14,8	13,4	4,8	8,7	6,6	12,2	14,3	13,6	10,8	7,0	7,9
60 - X	1,4	7,1	4,7	-	0,6	0,3	3,4	8,2	6,7	1,9	1,0	1,2
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N=	147	210	357	189	161	350	230	511	741	157	511	668

Azt a benyomásunkat, hogy a neurotikusok orvoshoz fordulásaiban eléggé fontos szerepet játszanak a szubkulturális különbségek, megerősíteni látszik adatainknak a skizofrén betegek kormegoszlásával való összehasonlítása. Talán, mert maguk a tünetek az egyén és környezete számára egyértelműbben betegség-tünetekként értelmeződnek, s ezért valamifajta orvosi ellátást sürgetnek, a skizofrén betegek orvoshoz jutásában kevesebb eltérést tapasztaltunk, s amit észleltünk, azt nem a betegség-értelmezés kulturális összefüggései, hanem inkább az egészségügyi ellátás hagyományai okozzák.

Mindkét ideggondozóban azt tapasztaltuk ugyanis, hogy a skizofrének döntő többsége betegségével viszonylag fiatalon kerül be /mind a IX. kerületben, mind Salgótarjában valamivel több, mint 60 százaléuk 40 éves kora előtt jelentkezett először az intézménynél/. Igazán említésre méltó eltérést valójában csak az 50 év felettiék bekerülési arányaiban tapasztaltunk: míg Salgótarjában gyakorlatilag nem fordultak az intézményhez ilyen életkorban már /arányuk mindössze 7%/, addig a IX. kerületben ők tették ki az ujonnan megjelenő skizofrének 18%-át. Ezt a különbséget feltehetőleg a gyógyítás eltérő hozzáférési lehetőségei, és - velük összefüggésben - az egészségügyi ellátás eltérő hagyományai okozzák. Az idősebb pszichotikusok vidéken még ma is nagyobb valószínűséggel kerülnek zárt osztályra, míg Pesten - nem kis részben a kerületenként hozzáférhető ideggondozóhálózat révén - általánosabbá vált ambuláns ellátásuk.

A betegségek kulturális meghatározottságának, illetve az értelmezésüket övező társadalmi konszenzus különböző fokának figyelembe vételével nézve most már vissza azokra a hatásokra, amelyek a betegek jelenlegi kormegoszlásában összegeződnek /3. tábla/, a következőket regisztrálhatjuk.

A nógrádi betegek - úgy tűnik - a pestieknél később jutnak a szakellátás ideggondozói formájához. Ugyanakkor az intézmény relatív fiatalsága "fiatalítja" a beteg-anyagot; viszont megint csak az idősebb korosztályok felé tolja, hogy Salgótarjában a bekerült betegeknek elhanyagolható hányada /1%-a/ az, aki mindössze egyszer járt az intézménybe, míg a IX. kerületre sokkal

inkább jellemző valamifajta körforgó: "bejáratottsága" ellenére a betegek 17%-a egyszer jött, s így továbbkísérésüket nem az ideggondozó végezte. E különbség dacára azért Pesten is igaz az a fentebb már említett tény, ami Salgótarjánban fokozottabban igaz, hogy a bekerült betegek többsége tartósan az ideggondozók ápolásában marad, időről időre újra megjelenik. Így a jelenlegi konstruktura - továbbkísérésük nyomán - a bekerüléskorihoz képest valamelyest "öregedik".

E sokféle ható- és ellenható tényező hatására alakul tehát ki az a legmarkánsabb és mindkét ideggondozót jellemző sajátosság, hogy az intézmény arculatát alapvetően az aktív korú közép-korosztályok, a 30-50 év közöttiek határozzák meg.

Férfiak és nők a két ideggondozóban

Tulajdonképpen az eddig elmondottakból is látszik már az ideggondozók egyik legkarakterisztikusabb vonása, mégpedig az, hogy ennek az ellátási formának az igénybevétele a két nem között távolról sem azonos. Az ideggondozó mindenekelőtt a nők, s közöttük is különösen a középkorúak intézménye. /Lásd 7. illetve a korábban bemutatott - 3. táblát/ A IX. kerületi betegeknek 64, a salgótarjániaknak 60%-a nő. A női tulsúly - a neurózisról és e betegségnek az ideggondozón belüli dominanciájáról mondtak értelmében - persze már "magától értetődik". Mégsem olyan magától értetődő jelenség ez, ha a hálózat fejlesztésének eredeti szándékára gondolunk vissza: arra tehát, hogy ezek az intézmények mintegy "váltsák ki" a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátást. A valóságban - mint jeleztük már - az ideggondozók létrehozataluk szándékától részben legalábbis függetlenedtek, és más társadalmi igények - mindenekelőtt a neurózis nyomása - alakították profiljukat. Így adódik, hogy míg országosan az elmeosztályokon egy év alatt megforduló betegeknek csak 47%-a /azaz körülbelül a fele/ nő, addig az ideggondozókban megfordulókénak közel kétharmada. A különbség valóban a neurózisnak köszönhető: míg - mint emlékszünk - e diagnózissal kezelik az ideggondozói betegek közel felét, addig a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban a neurózissal ápoltak aránya mindössze 6%.

7. tábla

A betegek megoszlása és bekerülési esélye nemek szerint a két ideggondozóban

	IX. kerületi ideggondozó		Salgótarjáni ideggondozó	
	Megoszlás / % /	Bekerülési esély /1000 lakosra/	Megoszlás / % /	Bekerülési esély /1000 lakosra/
Férfi	35,9	16,7	40,0	22,3
Nő	64,1	25,1	60,0	31,3
Összesen	100,0	21,3	100,0	26,3

Az ideggondozók betegeinek női tulsulya azonban nem csak a neurózisnak tulajdonítható, bár - igaz - e betegség a többi kórformánál lényegesen erőteljesebben a női nemhez kötődik. /Hasonlóan erőteljesen nemhez kötött "párja" a pszichiátriai betegségek között csak egy van: az alkoholizmus, e "férfi-specifikus" betegség./^{x/} A nők felülreprezentáltsága a neurózis sulyánál és jellegénél fogva egyaránt jelentős magyarázó tényező ugyan, de nem az egyetlen.

Ha a férfi-nő arányokat betegség-típusonként vizsgáljuk, akkor a megoszlások a következőket mutatják /8. tábla/: a skizofrének között megközelítőleg fele-fele arányban vannak férfiak és nők /a IX. kerületben gyenge nő-tulsulyt, a salgótarjáni ideggondozóban enyhe férfi-tulsulyt tapasztaltunk/; a depresszió a neurózishoz hasonló mértékben "nő-tulsulyu", a demencia annál erőteljesebben az, de nő-betegek vannak többségben az organikus eredetű bajokkal ápoltak, sőt, az ideggondozókhoz

x/ A betegségek nemi meghatározottságáról lásd bővebben: Leon Eisenberg: A pszichiátriai zavarok nemek szerinti megoszlása; in: A női nem /szerk.: E. Sullerot/; Gondolat, Budapest, 1983.

irányított, de végül is pszichiátriai szempontból betegnek nem minősített páciensek között is. Csupán az ideggondozói betegforgalomban kis sulyu két kórforma, az alkoholizmus és a pszichopátia azok a betegségek /utóbbi pedig csak Salgótarjában/, amelyekkel az ideggondozók több férfi, mint női pácienssel kezelnek. Ezek az adatok alátámasztani látszanak az egyes betegségfajták eltérő nemi karakteréről szóló irodalmi leírásokat. Valószínű azonban, hogy nem csak a betegségek ebben az értelemben vett nemi kultúra-függéséről van szó. A kultúra-különbségek ugyanis a panaszok, a betegség kifejezésében, az orvoshoz fordulási szokásokban is megjelennek. A nők a férfiaknál inkább fogalmazzák meg panaszukat, ebben az értelemben adott betegséggel valószínűleg előbb, betegségük korábbi fázisában kerülnek orvoshoz, mint férfi-sorstársaik. De szerepet játszhat egy öngerjesztő folyamat is: ha már az ideggondozó amolyan "női" intézmény, akkor a potenciális nő-betegek hajlamosabbak ehhez az intézményhez fordulni /az orvosok pedig őket ide irányítani/, míg a férfiakat e jelenség /is/ visszatarthatja. /Erre a nem-betegek közötti 2/3-os nő-arány látszik közvetetten utalni./ A két nem eltérő népességbeli korstruktúrája is befolyásoló tényező lehet - amire különösen a dementia, e tipikusan öregkori betegség nő-tulsulya hívja fel a figyelmet.

Mindezek mellett a nemek arányának tekintetében érdemes felfigyelnünk a két ideggondozó közötti különbségekre. /8. tábla/ A diagnózisonkénti férfi-nő arányok Salgótarjában - a neurózis kivételével - rendre kisebb mértékű nő-tulsulyról tanuskodnak ugyanis, mint a IX. kerületben.

8. tábla

A nők aránya betegség-típusonként a két ideggondozóban

	IX. kerületi ideggondozó	Salgótarjáni ideggondozó
	Nők aránya /%/	Nők aránya /%/
Skizofrénia	59	46
Depresszió	70	66
Organikus kórképek	61	52
Dementia	79	63
Alkohol	30	13
Neurózis	69	76
Pszichopátia	52	31
Pszichiátriai szem- pontból nem beteg	63	53
Összesen	64	60

E jelenségben közvetetten a falu-város-nagyváros életforma- és kultúra-különbségeinek hatásáról lehet szó, hiszen - mint arról már volt és lesz is még szó - a városi életformában a betegség másképp és általában élesebben "ugrik ki", mint a falusi környezetben. A városi munka- és életfeltételekkel szemben a falvakban a pszichiátriai betegségben szenvedő asszonyok számára a "normális" élet kereteit kínálhatják a ház körüli és a mezőgazdasági munkák. Ezért betegségük - akárcsak az öregeké - kevésbé szemet szuró és kevésbé hívja ki a kezelés feltétlen szükségességét. Ez a környezet kevésbé "dobja ki" magából az alkalmazkodásra képteleneket, mint a város nagyipari üzemei, hivatalai. A beteg tehát jobban "simul" a környezetéhez, és a környezet is kezelni képesebb a beteget - így magának a betegségnek a definíciója is különbözhet. /E jelenség létére utal - noha közvetetten - az a tény, hogy a skizofrén nők között - mint alább mindjárt látjuk majd - a családi életet élő, fér-

jezett asszonyok aránya "normális", míg a skizofrén férfiak zöme egyedül marad, sohasem nőszül/het/ meg./

A betegek családi állapota

Az ideggondozóban kezelt betegek családi állapot szerinti megoszlása mind Budapesten, mind pedig Salgótarjában - meghatározott csoportokban és irányokban - lényegesen eltér a népességbelitől. A legfeltűnőbb jelenség az egyedülálló férfiak magas aránya az ideggondozókban. Bár a családi-magánéleti válság, a magányosság, a partner elvesztése orvosilag is diagnosztizálható lelki reakciókat, tartós betegségeket válthatnak ki /a közeli hozzátartozó elvesztése esetében fellépő ugynevezett gyászdepresszió például jólismert, nem ritka pszichiátriai körkép/, a betegek és az egészséges népesség családi állapot szerinti karakterisztikus eltérései - amelyek a férfiaknál markánsabbak, mint a nőknél - egy differenciáltabb megközelítésben ennél bonyolultabb magyarázatra készítenek. Ehhez szemügyre kell vennünk a betegek és az egészségesek családi állapotát a megfelelő életkori megoszlásban, illetőleg azokat a különbségeket, amelyek a betegség fajtájától függően mutatkoznak.

A nemenkénti és korcsoportonkénti összehasonlításból a következő tendenciák rajzolódnak ki /9-lo. tábla/:

A beteg férfiak között minden életkorban /de különösen a 30-59 évesek között/ jóval magasabb az egyedülállók, ugyanakkor alacsonyabb a házasok aránya, mint a népességben. Az eltérés mértékében nincsenek lényeges különbségek a IX. kerületi és a salgótarjáni tendenciák között.

A beteg és egészséges nők között /különösen Salgótarjában/ nem találunk a férfiakéhoz hasonló mértékű eltérést. A salgótarjáni ideggondozóban kezelt nők ugyanugy házasságban élnek, mint a körzet asszonyai általában. A fővárosban ugyan a salgótarjáninál tömegesebb az egyedülállók jelenléte az ideggondozóban, ez azonban korántsem olyan hangsúlyos, mint a férfiak körében.

9. tábla

A betegek megoszlása életkor és családi állapot szerint, nemenként a két ideggondozóban

Családi állapot	IX. kerületi ideggondozó						Salgótarjáni ideggondozó					
	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Együtt	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Együtt
	é v e s						é v e s					
	Férfi						Férfi					
Egyedül- álló	64,2	41,1	24,8	19,8	4,7	36,0	71,4	31,7	14,2	7,1	2,3	23,5
Házass	29,6	49,3	63,9	67,7	71,8	52,5	27,4	60,6	81,1	88,4	88,1	71,3
Elvált	5,6	8,9	10,3	10,4	9,4	8,5	1,2	7,0	4,2	3,2	4,8	4,2
Özvegy	0,6	0,7	1,0	2,1	14,1	3,0	-	0,7	0,5	1,3	4,8	1,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nő						Nő					
Egyedül- álló	43,3	27,3	16,4	15,6	14,2	22,0	35,4	8,0	4,3	6,4	1,4	8,8
Házass	45,7	57,2	55,3	58,6	35,8	50,3	59,6	82,8	84,4	78,7	77,8	79,7
Elvált	11,0	14,4	23,8	18,5	9,2	15,7	5,0	6,9	4,9	6,9	1,4	5,6
Özvegy	-	1,0	4,5	7,3	40,8	12,0	-	2,3	6,4	8,0	19,4	5,9
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Az elváltak és özvegyek arányainak összevetése ugyancsak nem utal arra, hogy a házasságon kívül élés, a megszűnt házasság lenne a legnagyobb traumatizáló erő, hogy ezt a tényt lehetne legfőbb magyarázó tényezőként kezelni.

Az egészséget megrendítő okokat tehát valószínűleg nem elégséges e dimenziók mentén keresnünk; pusztán a házasság nem véd meg a pszichiátriai betegségektől. Pontosabban fogalmazva: ebben a közegben nem. Azt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy az ideggondozóban kezelt népesség - különösen Salgótarjában - jóval fiatalabb, mint a lakosság; az öregek, akiket koruk, családi életciklusuk, mozgáskéességük csökkenése is elmagányosít, akik számára a házastárs elvesztése az utolsó kapcsolatok egyikének elvesztését is jelentheti egyben, ezek az öregek nem járnak az ideggondozóba. Az itt elmondottak tehát inkább a fiatal és középkorú népességre vonatkoznak.

Ha mindez igaz, akkor mivel magyarázható, hogy a betegek között oly sok a nőtlen - fiatal, középkorú - férfi?

Közelebb visz az okok megértéséhez, ha a családi állapot szerinti megoszlásokat a pszichiátriai megbetegedések típusai szerint nézzük meg. /11. tábla/

A súlyos életvezetési, magatartási zavarokkal együttjáró és viszonylag fiatal korban jelentkező pszichózis, a skizofrénia megakadályozza a férfiak felét a házasságkötésben. Az, hogy a beteg nem él /nem is élhet/ házasságban, ez esetben feltehetően inkább a betegség következményének tekinthető, mint kiváltó okának. A másfajta betegségekkel kezelt férfiak között is valamivel ugyan magasabb az egyedülállók aránya, mint a népességben, de az eltérés nem olyan súlyú /különösen Salgótarjában nem/, hogy a családi állapotnak tulajdonítsunk különösebb jelentőséget a betegség kialakulásában. /Ez persze a statisztikailag rögzíthető kemény ismérvre vonatkozik és nem az egyes emberek egyedi életére. Az egyén életében a legnagyobb súlya személyes kapcsolatainak van; feltehetően a harmónikus intim kapcsolat hiányát vagy annak elvesztését éli meg az ember a legnagyobb traumaként. A család kitüntetett szerepe az ideggondozó betegeinél is kimutatható, hiszen - mint majd látni fogjuk -

11. tábla

A betegek megoszlása családi állapot és diagnózis szerint nemenként a két ideggondozóban

Családi állapot	Skizof-rénia	Dep-resz-szió	Neuró-zis	Egyéb pszichi-átriai betegség	Összes	Skizof-rénia	Dep-resz-szió	Neuró-zis	Egyéb pszichi-átriai betegség	Összes
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>										
	<u>Férfi</u>					<u>Nő</u>				
Egyedül-álló	54,1	16,7	30,6	31,7	36,0	38,1	11,4	14,8	26,0	22,0
Házass	37,7	63,3	62,4	50,0	52,6	39,5	65,7	58,6	38,4	50,3
Elvált	6,8	16,7	5,2	12,8	8,5	15,7	2,9	18,5	13,5	15,7
Özvegy	1,4	3,3	1,8	5,5	2,9	6,7	20,0	8,1	22,1	12,0
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>										
	<u>Férfi</u>					<u>Nő</u>				
Egyedül-álló	45,7	4,8	11,7	19,0	23,5	18,0	2,4	4,5	24,1	8,8
Házass	47,4	95,2	83,8	74,6	71,3	73,3	85,5	84,5	58,9	79,7
Elvált	6,4	-	3,2	4,8	4,2	6,8	3,0	4,7	11,6	5,6
Özvegy	0,5	-	1,3	1,6	1,0	1,9	9,1	6,3	5,4	5,9
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

életproblémáik közül a családdal kapcsolatosak azok, amelyekről a leggyakrabban tesznek említést az ideggondozó orvosának./

Paradox módon éppen az a tény erősítette bennünk a családi állapot és skizofrénia fent elmondott ok-okozati viszonyának magyarázatát, hogy a fiatal-középkorú skizofrén nők esetében egyáltalán nem, vagy csak csekély mértékben találoztunk az egyedülállóknak a népességénél /illetve a többi betegséggel kezeltekénél/ magasabb arányával.

A neurózis kapcsán már sokmindent megfogalmaztunk az eltérő férfi és női szerepekről, magatartásról, kulturáról. A skizofrénitól elindulva ugyanehhez a gondolatkörhöz érkeztünk. A magyarázatot azonban ki kell egészítenünk a másutt egyébként már ugyancsak megfogalmazott fővárosi és vidéki életformabeli eltérésekkel.

Az a fajta tartós egészségkárosodás /súlyos kifejezéssel: fogyatékoság/, amelyet a skizofrénia jelent, a hagyományos női családi és társadalmi szerepekben kisebb konfliktusokat okoz, mint akár a férfi, akár a nem hagyományos "egyenrangú" női szerepekben. Az adott munkahelyi feltételek mellett egy skizofrén beteg tartósan és folyamatosan nem képes kereső munkát végezni, ezért családot nem lehet rá építeni /hacsak nem olyan típusú szubkulturában, amely tolerálja az alkalmi munkát, "munkakerülést"/, viszont háztartás-vezetésre, többé-kevésbé még gyermeknevelésre is képes az időszakosan visszatérő skizofrénia rohamok közötti periódusokban. Egy skizofrén nőnek ezért lehet helye a világban, családot alapíthat, ellátja a háztartást és a házkörüli munkákat, s ha időszakosan "furcsa" viselkedésével, kórházba szállításával, a rendszeres elmeorvosi ellenőrzéssel nem tartozik is az átlagos jelenségek közé /sőt, sokfajta kegyetlen előítéllettel is együtt kell élnie/^{x/} kevésbé kell éreznie - különösen egy falusi környezetben, ahol ma is inkább elfogadott az eltartott, háztartásbeli feleség státusza - a társadalmi normáknak, elvárásoknak való meg nem felelést, mint egy férfinak.

x/ Lásd erről: Balikó Márta-Kézdi Balázs-Laky Zsuzsa: "Családi zárka"; Valóság, 1978/11.

Mindez két következtetést sugallt számunkra.

Az egyik az előítéletekről szól. A köztudatban a pszichiatriai betegről alkotott kép a betegséghez rendezetlenséget, feldult életet, szegénységet, sőt, nemritkán "lumpen"-séget társít. Mint oly sokszor, a valóság láthatóan itt sem igazolja az előítéleteket.

A másik következtetésünk, hogy a "rendesség" mértékének tekintett családi állapot mit sem fejez ki abból, hogy az emberek élete valóban rendben van-e. Annyit tudhatunk csupán róluk, hogy többségük a személyi igazolványában szereplő bejegyzés szerint normatartó - miként azok egészséges társaik is. Látjuk azonban majd a későbbiekben, hogy mindez mit sem jelent családi életük harmóniáját vagy kisiklásait illetően. Panaszaik, gondjaik a családi élet zavaraiiban sűrűsödnek, és sokszor éppen abba betegszenek bele, hogy életüknek ez az egyetlen és utolsó biztonsági hálójá is meglazul, konfliktusok, bizonytalanságok és önérzeti válságok forrása lesz.

Lakóhely szerinti különbségek az ideggondozó igénybevételében

Az eddigiekben több vonatkozásban előkerült már az a probléma, amit így összegezhethetünk: a két ideggondozó igénybevételében mutatkozó aránykülönbségek mögött alapvetően a körzetek "más"-ságának hatása munkál. Hiszen "más" betegnek lenni a fővárosban, mint vidéken, és "más", ha az ember városi, mint ha falusi. Említettük, hogy a falusiak körzeten belüli magas aránya lehet az oka annak, hogy a salgótarjáni ideggondozóban alig-alig találunk öregeket; utaltunk a települési - s vele együtt az életformabeli - különbségekre, amikor a nők és a férfiak bekerülési esélyeinek a főváros és a vidék közti különbségeit, vagy az ideggondozóbéli betegek családi helyzetét értelmeztük. A település, az tenát, hogy ki hol lakik, mind a betegség-fogalom életformákhoz kötött szubkulturális különbségeiben, mind a /fizikai-térbeli/ hozzáférési lehetőségekben olyan fontos befolyásoló tényezőnek látszik, hogy érdemes összefoglalnunk: hatása milyen módon és milyen mértékben módosítja a két ideggondozó funkciót, illetve betegtársadalmuk arculatát.

A 14. tábla a salgótarjáni ideggondozó helybéli, illetve községi betegeinek életkorcsoportonkénti bekerülési esélyeit mutatja meg. Láthatjuk, 1000 városi lakos közül csaknem másfélszer annyian /34-en/ állnak az intézmény kezelése alatt, mint a falusiak közül /24-en/. Sokszor volt már és lesz még szó róla, hogy e különbséget nem az okozza, hogy a falusiak egészségesebbek lennének, mint a városiak. A neurózis kapcsán igazolni is tudtuk, hogy ha vannak településbéli eltérések, akkor azok inkább a falusi lakosságnak a városiénál magasabb megbetegedési arányaira utalnak. A magyarázatot tehát nem az egészség-betegség dimenziója mentén kell keresnünk. Már csak azért sem, mert - ha visszaemlékszünk a 4. tábla életkorcsoportonkénti budapesti bekerülési esély-sorára /amely az öregek kivételével rendre a községinél lényegesen alacsonyabb arányszámokat tartalmazott/, akkor "borul" a fokozott urbanizációs ártalmak betegítő hatásának érvrendszer: az "urbanizációs lejtő" "alja" és "teteje" egyaránt alacsonyabb bejutási arányokat mutat fel, mint a "közepe".

Valóban: más és más tényezők hatását kell számításba venni a budapesti és a vidéki adatok elemzésekor, s finomítani a "vidék" képét a betegséget övező eltérő városi-falusi életformák, illetve a hozzáférést megkönnyítő vagy gátló térbeli távolságok, közlekedési viszonyok szerint.

A budapesti alacsony bekerülési esély-mutatókat - emlékszünk - a fővárosi egészségügyi hálózat diverzifikáltságának tulajdonítottuk. Itt könnyűszerrel megteheti bárki, hogy elkerülje az ideggondozót - ha ehhez ismeretei vannak az egyébkénti lehetőségekről. De egyuttal könnyebb "elkallódni" is: a kórházból elbocsátott - s elvileg utógondozásra szoruló - betegről nem feltétlenül szerez tudomást még a körzeti orvos sem, nem-hogy a kerületi ideggondozó. Mindez vidéken máshogy van. Egyrészt - irtuk többször - szűkebb az intézményi választék, s ezért adott betegséggel nehezebb kikerülni az ideggondozót. Másrészt patriarchálisabbak a viszonyok. A titkolnivalók sem maradnak titkok, a betegről előbb-utóbb "kiderül", ha elmeosztályon volt. Csendesen "elfelejtetté" válni is kevésbé lehet tehát. Nagyobb a kiszolgáltatottság, nagyobb a kontroll, de nagyobb a védelem is.

Vidék és "vidék" más azonban, ha változtatunk az optikán, és főváros és vidék helyett a várost és vidékét hasonlítjuk össze.

A 14. táblából kiderül, hogy miközben a városi és falusi adatsorok tendenciáikban nem különböznek /a nők bekerülési esélyei Salgótarjában is, a községekben is magasabbak a férfiakénál; városon is, a községekben is - az eddig megismert módon - a közép-korosztályok arány-mutatói rendre meghaladják mind a fiatalokét, mind az öregeket/, a bekerülés esélyeit a férfiak között lényegesen kevésbé módosítja, hogy helybeliek vagy környékbeliek-e, mint a nők esetében. Másként fogalmazva: életkor-csoportonként eltérő mértékben bár, de a nők ideggondozói kezelésbevételét érzékenyebben érinti az, hogy hol laknak, mint a férfiakét. A jelenség magyarázata - úgy véljük - kettős: egyrészt a nők között markánsabbak azok a különbségek, amelyek életformájukat aszerint alakítják, hogy a városban élnek, dolgoznak-e, vagy faluhelyen.

14. tábla

1000 lakosra számított bekerülési esély a betegek lakóhelye szerint a salgótarjáni ideggondozóban, nemenként

Korcsoport	Salgótarján város			Községek		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
- 29	12,5	13,0	12,8	10,2	12,8	11,5
30 - 39	33,4	62,2	48,2	25,0	43,9	21,3
40 - 49	39,8	76,6	58,5	37,8	40,2	49,8
50 - 59	38,0	58,6	48,7	31,9	26,9	28,8
60 - X	11,0	11,8	11,5	6,8	9,6	8,4
Összesen:	25,7	40,5	33,5	20,7	26,7	23,8

A városi életformában másképp "ugrik ki" a betegség, mint a falusiban. A ház körüli teendők ellátásában, a kisgazdaságok kereti munkáiban vagy a tsz-beli növénytermesztési, állatgondozói munkákban a betegek "elvannak"; az ipari, irodai, szolgáltatói világ futószalagszerűsége, áttekinthetlenebb viszonyai és bonyolult szabályrendszere viszont nem "türi meg" a normától eltérőt és másságát betegségként definiálja. A férfiak világában - a nőkénel régebbi városi, ipari munkavégzési tradíciók folytán - a lakóhely másodlagos szerepet játszik. Nem is szólva arról, hogy mindenkori családi életciklusuktól függetlenebb, hogy helyben vagy másutt vállalnak-e munkát. A nőket a gyerek, a ház helyhez köti. Márpedig csak a betegségért nem mennek be a városba.

S itt érkezünk el az esélykülönbségeket befolyásoló második döntő tényezőhöz: a közlekedéshez. Az egészségügyi ellátási formák koncentrált fejlesztése azon a feltételezésen nyugszik, hogy adott szolgáltatások a helyben lakókon-dolgozókon kívül viszonylag széles körben hozzáférhetőek, esetünkben éppenséggel egy fél megyényi lakosság számára azok. Csakhogy a szolgáltatás igénybevétele fizikai korlátokba ütközik. Fél napot is rá kell szálni, ha az ember még egy olyan viszonylag jó közlekedésű megyében lakik is, mint amilyen Nógrád /a hozzáférés esélyének települési lejtője az aprófalvas, települési zárványokkal teli északi és déli megyékben valószínűleg élesebb lenne, mint Nógrádban/. Ez pedig nemcsak időt, hanem szervezést és különleges energiát igényel, s az orvoshoz fordulást a normális életvitel megszabta helyéből az élet centrális kérdésévé teszi. Ekkora egyéni erőfeszítések s a prioritások egyéni átrendezései nem várhatóak. A következmény pedig: a gyógyulás lehetőségének igencsak egyenlőtlen társadalmi eloszlása ama pusztá tény szerint, hogy ki hol lakik. Markánsan jelzik ezt a neurotikus férfiak és nők 1000 városi, illetve községi lakosra számított bekerülési esély-mutatói, ahol a salgótarjáni férfiak 8,4 ezrelékes értékével a községiek 4,3-es indexe áll szemben. Az aránykülönbségek a városi és falusi nők között hasonlóan élesek: a 23 ezrelékes salgótarjáni értékhez képest a községi 13,8 ezrelékes. Minthogy a betegség-előfordulásban - ismételjük - a kor-

struktúra falusi előregedettségé folytán inkább községi több-
 letre számíthatnánk, a csaknem kétszeres különbséget valóban a
 hozzájutás egyenlőtlenségeinek kell tulajdonítanunk. Az élet-
 forma-különbségek mérsékeltebb arány-eltérést magyaráznának.
 Ennek indirekt bizonyítéka, hogy egy olyan betegségnél, ami
 előbb-utóbb kikényszeríti az egészségügyi választ /s a pszichi-
 átriai kórformák közül ez leginkább a skizofréniáról mondható
 el/, a férfiak között nem mutatkoztak település szerinti beke-
 rülési arány-különbségek, a nők közöttiek pedig a neurozisznál
 tapasztalathoz képest lényegesen mérsékeltebbek; s ennek kultu-
 rális magyarázatát fentebb - úgy véljük - megadtuk. /A megfele-
 lő mutató-értékek a skizofrénia esetében a férfiak között váro-
 son és a községekben egyaránt 6,7 ezrelékesek, a nők között
 6,8, illetve 4,6 ezrelékesek voltak./

Betegség és munkavállalás

Az egészségügyi intézményeket illetően /essék szó az ellá-
 tás bármely szintjéről és fómájáról/ gyakran hangzik el, hogy
 - az adott hiányhelyzetben, a felülről kapott szabályozók és
 belső rendelkezések alakította szemléletben és nyomás alatt -
 figyelmüket mindenekelőtt a munkában állókra koncentrálnak. Az
 orvosokat oly gyakran érő táppénz- és leszázalékolás-vádak is
 azt sugallják, hogy az egészségügy mindenekelőtt való feladata,
 hogy a munkaerőt a munkába állítsa vissza; dolga, hogy gyógyí-
 tómunkájában a munkaerőszükséglet szempontjait szem előtt tart-
 sa. A szórványosan rendelkezésre álló adatok /korspecifikus
 táppénz-statisztikák és néhány betegforgalmi adat-elemzés/ is
 azt látszanak alátámasztani, hogy a mai magyar egészségügy az
 idősebb, inaktív népesség relative magasabb arányu gyógyítási
 szükségletei mellett az aktív dolgozóknak nyújt prioritást. Ez
 a kép globálisan igaz, számos intézmény vonatkozásában azonban
 finomításra szorul. Nagyonis finomításra szorul az ideggondozók
 esetében, amelyek e vonatkozásban - úgy látszik - a járóbeteg-
 ellátás intézményeinek többségéhez képest "szabálytalanul"
 viselkednek.

15. tábla

A betegek megoszlása bekerüléskori gazdasági aktivitásuk, akkori életkoruk alapján,
 korcsoportonként, nemenként a két ideggondozóban /%/

Gazdasági aktivitás	Férfi						Nő					
	-29	30-39	40-49 éves	50-59	60-X	Együtt	-29	30-39	40-49 éves	50-59	60-X	Együtt
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>												
Aktiv kereső	81,4	95,0	92,9	77,0	8,0	79,8	85,4	91,3	86,7	63,2	5,3	70,8
Nyugdíjas	3,2	2,1	6,1	21,6	92,0	13,4	0,8	1,7	4,9	31,6	87,6	20,4
Eltartott /ill. gyesen lévő/	15,4	2,9	1,0	1,4	-	6,8	13,8	7,0	8,4	5,2	71,1	8,8
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>												
Aktiv kereső	88,7	88,8	87,0	82,7	26,3	85,5	82,5	85,2	78,5	55,5	7,4	76,8
Nyugdíjas	2,7	10,1	12,5	17,3	68,4	11,4	-	3,2	6,1	14,5	33,3	5,7
Eltartott /ill. gyesen lévő	8,6	1,1	0,5	-	5,3	2,7	17,5	11,7	15,4	30,0	59,3	17,5
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Mint a 15. tábla adataiból láthatjuk, a bekerüléskori állapotra igaznak tűnik a fenti általános állítás. Az ideggondozó - mint már többször leirtuk - mindenekelőtt a középgenerációk gazdaságilag aktív, munkában álló népességének intézménye. De az, amit nyujt, már nem feltétlenül a munkaképesség hosszabb-rövidebb távra szóló visszaállítását hozza: a betegek jelentős hányada /a IX. kerületieknek 17, a salgótarjániaknak 35 százaléká/ bekerülésük és kutatásunk időpontja között leszázalékolttá vált.

A bekerüléskor munkaviszonyban állók korcsoportonkénti és nemenkénti arányai mindkét gondozóban nagyjából azonosak a megfelelő népességbeli arányokkal. Említésre méltó kivételt a 60 éven felüli salgótarjáni férfiak jelentenek: közülük 26% dolgozik még a nyugdíjkorhatár elérése után is. Ez minden bizonnyal a pestihez képest igencsak megkésett nógrádi vidéki ipartelepítéssel magyarázható. Ezek a férfiak korábban valószínűleg nyugdíjra nem jogosító munkákat végeztek - pl. a mezőgazdaságban vagy alkalmi ipari munkásokként -, s kései stabil elhelyezkedésük az oka, hogy idősen is "gyűjteniük" kell a nyugdíjra jogosító éveket.

A bekerülésükkor aktívak egyértelmű - és mindkét gondozóban jóval 70% feletti - dominanciája mellett a két ideggondozó között különbségek a nyugdíjas-eltartott arányokban mutatkoznak. Az, hogy a salgótarjáni körzetben a pestinél magasabb és a korrall növekvő arányban találunk háztartásbelieket, ugyancsak a munkavállalási lehetőségek kései, valójában csak az elmúlt másfél évtizedben nekilendülő bővülésével magyarázható.

Az ideggondozónak az aktívak intézményeként való jellemzése azonban valóban csak a betegek megjelenésének pillanatára igaz. A fenti képtől markánsan eltér ugyanis a jelenlegi gazdasági aktivitás szerinti összetétel /lásd 16. tábla/. A kezelési idő során bekövetkezett változás mértéke különösen Salgótarjában kiugró, de az időközben nyugdíjassá válók, azaz - legalábbis a fiatalabb korosztályokban - a leszázalékoltak a IX. kerületi betegek között is szép számban adódnak. Látni fogjuk majd, hogy a rokkantsítás az ideggondozók egyik legfontosabb eszköze arra, hogy betegeknek védelmet, a védelem révén pedig tartalma-

16. tábla

A betegek megoszlása jelenlegi gazdasági aktivitásuk és korcsoportjuk szerint, nemeként a két ideggondozóban

Gazdasági aktivitás	Férfi						Nő					
	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Együtt	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Együtt
	é v e s						é v e s					
	<u>IX. kerületi ideggondozó</u>											
Aktiv kereső	81,4	82,2	75,0	55,7	8,9	66,3	83,5	81,5	76,1	46,6	7,1	56,8
Nyugdíjas	8,1	11,6	21,9	44,3	91,1	28,7	5,5	12,9	19,8	47,1	81,9	35,7
Eltartott /ill. gyesen lévő/	10,5	6,2	3,1	-	-	5,0	11,0	5,6	4,1	6,3	10,9	7,5
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>											
Aktiv kereső	69,8	57,6	49,7	30,3	2,4	46,4	70,7	75,9	59,8	37,4	5,6	56,8
Nyugdíjas	30,2	42,4	49,7	69,7	95,1	53,0	15,2	16,1	25,6	46,0	37,5	26,8
Eltartott /ill. gyesen lévő/	2,3	-	0,6	-	2,5	0,6	14,1	8,1	14,6	16,6	56,9	16,4
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

sabb gyógyulási lehetőségeket biztosítsanak. A leszázalékolás mértékének kétszeres aránykülönbsége elsősorban annak az eltérésnek tudható be, ahogyan a két ideggondozó "tisztán orvosi", illetve szociális természetű feladatai és felelősségvállalásai között sulyoz.

Iskolai végzettség és szakképzettség

Az eddigiekben - az ideggondozókat látogató betegek demográfiai jellemzőinek leírása során - már kibontakozott előttünk az intézmény több-funkciójú jellege. Láttuk, nem olyan egyértelmű, hogy ide kerülni társadalmi értelemben "végállomás" volna, hiszen az intézmény védelmet, kiméletet is biztosít - különösen, ha ezt a szerepkört tudatosan felvállalja.

Nem szóltunk azonban még arról, hogy hogyan formálják ezek a funkciók, illetve a köztük lévő ütközések az ideggondozók betegeinek társadalmi összetételét? Vajon köthető-e társadalmi réteg-hovatartozáshoz, hogy kinek jár a védelem, ami azonban ugyanakkor a stigmától nem választható el. Vajon úgy értelmezhető-e az ideggondozók szociális-szociálpolitikai funkciója, hogy az intézmény a legelesettebb, a társadalom perifériájára sodort csoportoknak nyújt menedéket? Vagy ugy-e, hogy a krízis, a teherbiróképesség megroppanása nem rétegfüggő, s így a társadalmi jellemzők /az iskolázottság, a szakképzettség, a foglalkozás, a lakóhely/ mentén nem találunk differenciákat a "kintiek" és a "bentiek" világa között. A demarkációs vonal nem itt, hanem a lábön-maradók és az összeroppantak között van.

A két ideggondozó betegeiről összegyűjtött adatok kétféle választ adnak a két kérdésre. Az "orvosibb" IX. kerületi intézmény foglalkozási megoszlásainak láttán az ember a stigmatizációval összefüggő szelekciós jelenséget véli erősebbnek. A salgótarjáni kép az intézmény szociálisabb jellege folytán ezzel részben ellentétes következtetésekre ad alapot. Az itteni gondozó betegek között szép számban vannak a társadalom felső rétegeibe tartozó, magasan kvalifikált értelmiségiek, vezetők is. A "külső" és a "belső" világ a statisztikai mutatók megoszlásaiban nem válik élesen el egymástól.

Mindez persze nemcsak a két intézmény orvosi szemléletének különbségéből ered. Ebbe az irányba "tolja" őket a környezet is. A már többször említett fővárosi széles intézmény-választék a vidéki szűkkel szemben; az elszemélytelenedett nagyvárosi viszonyok a kisvárosias személyességből sokat megőrző, átlátható és áttekinthető, tapasztalatilag érzékelhető világgal szemben; az elbujás lehetősége a körbezáró kiszolgáltatottsággal szemben stb. Mindezekről volt már tanulmányunkban itt-ott szó. A társadalmi arculat leírásakor azonban nem győzünk utalni az eltérő sajátosságokra. Mert máshogy, mint ezeknek az összetett hatásoknak az eredőjeként nem értelmezhetőek sem az azonosságok, sem a különbségek, amely utóbbiak a két intézmény társadalmi összetételében itt-ott igen markánsak és meghökkentők.

A két ideggondozó beteg-társadalmának összehasonlítása elé néhány megjegyzés kívánkozik. Mindenekelőtt, számításba kell vennünk, hogy a IX. kerület - a pesti ideggondozó "felvevő körzete" - meglehetősen idős, belső munkás-kerület, amelyben azonban régtől fogva zajlanak a társadalmi felemelkedés és átrendeződés klasszikus folyamatai: az iskolai végzettség szintjének emelkedése, a szellemi /különösen: a képzettséget nem igénylő szellemi/ pályák térnyerése - elsősorban a fiatal és középkorú nők között.

Salgótarján a múlt századi nehézipari fejlődés egyik centruma, amely azonban az 1945 utáni modernizációs folyamatba csak igen megkésve kapcsolódott be. A környék nagyobb ütemű iparosítása - a vidéki ipartelepítés nagy programjának keretében - a 70-es évek elején vette kezdetét, s a folyamat részeként hirdették meg az "1000 értelmiségit Salgótarjának" jelszóval fémjelzett modernizációs tervet. Ebben az értelemben maga Salgótarján is két világ. A hagyományos acélipari munkásság és a frissen betelepült, fiatal, elsőgenerációs fizikai és szellemi "honfoglalók" élnek itt egy térben, szegregálódott, a városkép éles konturjait kirajzoló zárt lakótelepeiken.^{x/} A környék, a

x/ A városon belüli lakóhelyi szegregációról lásd bővebben Dávid János salgótarjáni munkás-kutatásának anyagait.

"vidék" a frissen beáramló, az új ipari munkát mostanában szokó paraszti munkásvilág, amelyben - különösen az asszonyok számára - a futószalag, a gyári betanított és segédmunka elsősorban a háztáji gazdaság kiegészítője. Szemben a hasonló munkát végző fővárosi asszonyok munkás-optikájával, a Salgótarján környéki nők számára életük fókusza a paraszti kisgazdaság, adaptációs terhek centruma pedig a feszített normákra épülő, erőltetetten fejlesztett, extenzív korszakát élő ipari termelés.

A két terep különbségei élesen szembetűnnek az iskolai végzettség szerinti összetétel adatai láttán is. A 8 osztálynál alacsonyabb iskolázottságúak a fővárosban döntő hányadban az öregek - 59%-uk 60 év feletti. A salgótarjáni ideggondozó felvevőkörzetében az alacsony iskolázottságúaknak kevesebb mint fele /48%-a/ tartozik ebbe a korcsoportba. A IX. kerületben ma már gyakorlatilag alig akad, aki ne járná ki az általános iskolát: a 8 osztályt el nem végzettek között a 40 év alattiak aránya 5,8%. Salgótarjánban és vidékén - különösen magas arányú cigánylakossága folytán - nem rendkívüli jelenség ez. Az általános iskolát el nem végzettek közül minden tizedik 40 évesnél fiatalabb.

Még kontrasztosabbak - és a salgótarjáni modernizáció megkésetttségére utalnak - a felsőfoku végzettség adatai. Míg a IX. kerületben a diplomásoknak 17, addig a salgótarjáni körzetben mindössze 5%-a 60 évesnél idősebb. S a másik póluson: míg a fővárosi kerület diplomásainak 43%-a, addig a salgótarjáninak kétharmada nem töltötte még be a negyvenet. A statisztikai mutatók persze nem képesek arra, hogy igazi megjelenítő erővel érzékeltessék, ami e különbségekből fakad. Durván azt mondhatnánk, hogy társadalmi értelemben legalább akkora a távolság két terepünk értelmiségi foglalkozású lakosai között, mint amekkora - mondjuk - egy pesti munkás és egy tanár-ember között. A két terep - két világ. Mások a viszonyítások, más az értékrend, mások az aspirációk és mások az egyén számára elviselhetetlen, feldolgozhatatlan terhek.

Ennek a figyelembe vétele nélkül aligha értelmezhetőek ugyanis azok a - néhol meghökkentő - különbségek, amelyeket a két ideggondozóba kerülők iskolai végzettségének szintje szerint tapasztaltunk. /Lásd 17. tábla/

A IX. kerületben a fiatalok között a 8 osztályt be nem fejezett nők és férfiak a korosztály átlagát négy-ötször meghaladó eséllyel kerülnek az ideggondozóba. Főként oligofrénekről és súlyos skizofrénekről van szó, akik korán elkezdődött /vagy veszesületett/ betegségeik folytán sem iskoláikat befejezni, sem később szakképzettséget szerezni nem tudtak.

Salgótarjánban és környékén - mint láttuk - az általános iskola be nem fejezése az egészségesek között sem példa nélküli. A 30 év alatti ideggondozói betegek csoportjában ezért arányuk a pestinél jóval kevésbé kiugró: bekerülési esélyük kevesebb, mint kétszerese a korosztály átlagának.

A két ideggondozó közötti társadalmi különbségek legalább ilyen markánsak az iskolázottság másik pólusán, a felsőfoku diplomával rendelkező, életük negyedik-ötödik évtizedében járók között. Budapesten - látjuk - gyakorlatilag hiányoznak az ideggondozó beteg-társadalmából, különösen a férfiak közül. Salgótarjánban bekerülésük esélye nem marad alatta korosztályuk átlagának - sőt, a 40 éven felüli nők között többszörösen meg is haladja azt.

A jelentős eltérések részben a két társadalom, részben a két gondozó különbségével magyarázhatóak. Ami az utóbbit illeti - már sokszor emlegetett funkció-különbségekről van szó.

A pesti felső rétegek - ha tehetik, és sokszor tehetik - távol maradnak az egészségügyi hierarchia alsó régióiban helyet foglaló ideggondozótól, ahová járni - esetleg egész karrierjüket megpecsételő stigma, szégyellt, nem vállalt dolog. De a megkerülésnek más módjai is adódnak. Tapasztaltuk, hogy vannak olyan értelmiségi betegek, akik ugyan az ideggondozó pszichiáteriéhez járnak, ám "magánbetegként". Kartonjukat az orvos íróasztalfiókjá, és nem a kartonozó tárolja, így kezelésük "privát ügy", bármilyen revízió szempontjából semmissé tehető tény.

17. tábla

Bekerülési esélyek 1000 megfelelő koru, nemű és iskolai végzettségű lakosra számítva néhány korcsoportban^{x/} a két ideggondozóban

Legmagasabb iskolai végzettség	IX. kerületi ideggondozó						Salgótarjáni ideggondozó					
	Férfiak			Nők			Férfiak			Nők		
	29 éves és fia- talabb	30- 39 éves	40- 49 éves	29 éves és fia- talabb	30- 39 éves	40- 49 éves	29 éves és fia- talabb	30- 39 éves	40- 49 éves	29 éves és fia- talabb	30- 39 éves	40- 49 éves
8 osztálynál kevesebb	55,9	43,5	19,5	81,3	63,7	40,2	20,6	35,9	24,8	21,1	50,8	34,9
8 osztály	15,8	36,6	19,0	21,2	46,9	39,4	9,3	26,3	46,4	14,6	45,6	74,9
Szakmunkás- képző xx/	12,7	26,1	-	14,3	44,5	-	11,1	43,2	-	18,3	139,4	-
Érettségi	11,0	17,1	14,1	10,5	22,4	34,1	10,2	13,7	33,9	4,5	39,8	74,8
Felsőfoku diploma	7,8	7,6	13,8	9,0	10,9	25,9	3,2	15,8	43,0	10,0	48,6	168,6
Együtt:	15,1	27,2	19,3	17,4	36,3	40,6	10,9	28,2	39,0	12,8	51,0	61,6

x/ A IX. kerületben az iskolai végzettségre vonatkozó adatok között elég nagy volt az ismeretlenek aránya /a betegek 17%-áról megállapíthatatlan volt az iskolázottság szintje/, az ismeretlenek azonban az 50 éven felüliek korcsoportjaiban koncentráálódtak. Ezért valószínű, hogy a torzítás főleg az alacsony iskolázottságúak arányát tünteti fel a valóságosnál kisebbnek. Mindenesetre korrektebb eljárásnak tartottuk, hogy eltekintsünk az iskolai végzettség szerinti összetétel elemzésétől, ugyanakkor a népességre vonatkoztatott bekerülési esélyeket csak azokra a korcsoportokra hasonlítsuk össze, amelyekben az "ismeretlenek" okozta torzító hatással nem kell számot vetnünk.

xx/ Az 1980-as Népszámlálás - népesség-adataink forrása - szakmunkásképzőben szerzett iskolai végzettségként csak az 1961 utáni végzettségeket tartja nyilván, így a 40 éven felüliek között ez a végzettség-típus "eltűnik". Az iskolai végzettség szintjeinek összehasonlításához saját adatfelvételünk adatait ezért kénytelenek voltunk "Népszámlálás- konformmá" tenni. A 40 éven felüli, szakképzettséget szerettek ebben az összehasonlításban így a 8 osztályt végzettek között szerepelnek. Minthogy felvételünkben külön is megkérdeztük, hogy a beteg rendelkezik-e szakmával, vagy sem, a későbbiekben visszatérünk még a kérdésre.

Adataik tehát - értelemszerűen - kutatásunk mintavételi tere-
numán is kivülmaradtak. A negyvenes diplomás nők között lesz
csak valamivel magasabb a bekerülés esélye - főként neurózisuk
miatt.

Salgótarjában még a jobb helyzetűeknek sem igen áll mód-
jukban orvosi segítségért máshová fordulni, mint az ideggondozó-
hoz. Ráadásul a városban az ideggondozó hire /nyilván részben
éppen amiatt, mert "jobb emberek" is járnak oda, részben orvo-
sainak a betegek irányában empatikus, kifelé militáns viselke-
dése folytán/ lényegesen kevésbé rossz, s tevékenységében, annak
megítélésében nagy súlyt kap a széles értelemben felfogott véde-
lem, amit nehéz helyzetbe jutott betegeinek nyújt.

De nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy ez az új
értelmiség valószínűleg lényegesen kevésbé gyökeret eresztett,
rokonoktól, szülőktől, gyerekkori jóbarátoktól és mai segítőtár-
saktól távol élő, igen-igen mobil réteg.^{x/}

x/ A pszichiátriai megbetegedéseknek a társadalmi mobilitással
való összefüggése a pszichiátriai szociológia legtöbbet vi-
tatott kérdései közé tartozik. Hollingshead és Redlich sokat
hivatkozott híres New Haven-i kutatásában vetődött fel elő-
ször a pszichiátriai betegségek réteg-különbségeinek a tár-
sadalmi mobilitással való összefüggése. Ők egy igen mobil
társadalmat vizsgáltak, s arra a megállapításra jutottak,
hogy ebben a közegben a mozdulni nem tudóknak van nagyobb
esélye a megbetegedésre. A vizsgálatuk óta eltelt három év-
tizedben sokan és sokféle oldalról kísérelték meg feltárni,
hogy milyen körülmények között váltanak ki nagyobb valószínű-
séggel betegséget a mozgással, illetve mikor a mozdulatlan-
sággal járó pszichés megterhelések. Az irodalmi vitákból úgy
tűnik - s magunk is azt az álláspontot osztjuk -, hogy a mo-
bilitás önmagában nem betegít. Az, hogy a mobil emberek na-
gyobb valószínűséggel betegednek-e meg nem-mobil társaiknál,
erősen függ a környezettől, amely a mobilitást "értelmezi",
valamint attól, hogy mennyi a mozgások mögötti szabad vá-
lasztás, illetve kényszer. Mobil közösségekben így éppen a
mozdulni nem-tudás válthat ki megbetegedést; s ha a társadal-
mi mozgások az egyének törekvéseit, aspirációit követik,
amelyben az emberek "szabad akaratukból" változtatnak köze-
get, munkát, lakóhelyet, akkor a mobilitás éppenséggel ered-
ményeik igazolása, önerősítő, biztonságot adó társadalmi fo-
lyamat lehet. Ha kiváltója a megélhetés kényszere, a gazda-
sági és/vagy a politikai nyomás, akkor a mobilitás valóban a
biztonságérzet elvesztésével, gyökértelenséggel, az identi-
tászavarok fokozódásával járhat.

S ha az életükben krízis lép fel, ha konfliktusaik támadnak munkahelyi főnökeikkel, vagy megromlik a házasságuk, akkor ezek a krízisek a megbetegedés lavinaszerű folyamatait indíthatják el. A konfliktusba került embert e vidéken konfliktusai mindenhová elkísérik. Nincs szóbajöhető más munkahely, ahová ne jutna el előbb a hír, hogy ki is az, aki máshonnan hozzájuk menekülne. És nem marad a magánélet titka egy-egy súlyosabb családi veszekedés vagy a gyerekekkel kirobbant konfliktus sem. A támasz- és védelem nélkülieknek így sokszor az ideggondozó a szó szoros értelmében az egyetlen menedék. Elköltözni, más vidékre menni még talán lehetne - de köt a lakás, amiért éppen idejöttek, köt a pénz hiánya, és köt, hogy máshol épp ilyen hontalanok lennének. Választás tehát valóban nincs.

A bekerülő pesti értelmiségiek, diplomások egészen mások. Közöttük viszonylag nagy arányban vannak "igazi" pszichiátriai betegek, skizofrének és depressziósok. S hogy az ideggondozóban - azaz nem kórházi elmeosztályokon - vannak, dolgoznak, járóbetegekként normális családi életüket élik, az éppen védettségük jele.

A két társadalom különbségére, a megállapodottság és a gyökér nélküliség kontrasztjaira utalnak a szakmunkásképzőt végzeteknek a két körzetben élesen különböző bekerülési esélyei is. A IX. kerületben mindkét nem esetében körülbelül a korosztályi átlagnak megfelelő, Salgótarjában azt másfélszeresen, illetve két és félszeresen meghaladó valószínűséggel lesznek 30 éves koruk felett az ideggondozó betegek. E jelenség mögött a magyarázat a fentiekhez hasonló lehet. Mások a szakmák, és más az életut itt és ott. A diplomások mellett valószínűleg a szakmunkásnők a vidék modernizálásától leginkább érintett, ugyanakkor a legkevesebb támasszal rendelkező rétegek.

Más oldalról mutatja az élethelyzet-váltásokkal járó gyakori gyökértelenség és veszélyeztetettség mértékét a fizikai szakképzettséggel rendelkezőknek a salgótarjáni ideggondozóban kiugróan magas aránya. Fizikai szakképzettsége persze nemcsak a munkásoknak van. Amit fentebb az "új" szellemi rétegről irtunk, azt jól jelzi, hogy míg a salgótarjáni gondozó manapság már

szellemi foglalkozást űző betegeinek 26,8%-a szerzett élete egyik vagy másik pontján szakmunkásbizonyítványt, addig a - tegyük hozzá: bekerülésük szerint "kontraszelektáltabb" - IX. kerületi fehérgallérosok az iskoláztatást tekintve, egyenesebb utat jártak. Közöttük a valamikori szakmunkások aránya a salgótarjáninak éppen a fele - 13%.

A szellemi munkák egy részénél - az adminisztratív, ügyviteli munkakörökben - a pályaváltások iránya és időbelisége persze nem egyértelmű. Voltak, s ma talán még inkább vannak oda-vissza mozgások. Hiszen akár a kereseti lehetőségeket, akár a végzett munka presztizsét, akár az általa biztosított társadalmi státuszt tekintjük, egyre kevésbé dönthető el - különösen a nők számára -, hogy mi "jobb": munkásnőnek vagy adminisztrátornak lenni. A döntések - ennek megfelelően - változóak, változékonyak és inkább szituatívak, mintsem az aspirációkat tükrözők. A vezetővé, értelmiségivé válás azonban egyértelmű mobilitási utat jelöl. A tendenciák ugyanakkor e szűkebben vett szellemi-professzionális területeken is a fentiekhez hasonlóak. Mind az értelmiségi vagy vezető férfiak, mind női pályatársaik között a fizikai munka világának elhagyásával "nagyot ugró", "új" értelmiségi betegek aránya Salgótarjában figyelemre méltóan magasabb, mint a pesti ideggondozóban - azt közel két és félszeresen haladja meg. /Hogy pontos számokat is idézzünk: az értelmiségi, illetve vezető beosztású férfiak közül az eredetileg fizikai szakképzettséggel rendelkező, majd főiskolán, egyetemen "rátanuló" betegek aránya a salgótarjáni ideggondozóban 6,5, míg a IX. kerületiben 2,4 százalék. A tendenciák a nők között hasonlóak. A megfelelő arányok: 4,3, illetve 1,8 százalék./

A későbbi "rátanulás" egyéni és társadalmi történeti folyamatát árnyaltabban és kissé más oldalról érzékelteti, ha a fizikai szakképzettséggel rendelkezők, illetve a legmagasabb iskolai végzettségként szakmunkásképzőt végzetek arányát korcsoportonként hasonlítjuk össze kutatásunk két színterén:

18. tábla

A legmagasabb iskolai végzettségként szakmunkásképzővel rendelkezők, illetve a betegek közül valaha fizikai szakképzettségre szert tettek százalékos aránya korcsoportonként, nemenként a két ideggondozóban /%/

Jelenlegi életkor	Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző	Van fizikai szakképzettsége	Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző	Van fizikai szakképzettsége	Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző	Van fizikai szakképzettsége	Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző	Van fizikai szakképzettsége
	IX. kerületi ideggondozó férfi betegek		Salgótarjáni ideggondozó férfi betegek		IX. kerületi ideggondozó nő-betegek		Salgótarjáni ideggondozó nő-betegek	
- 29	23,8	33,5	39,5	47,7	9,8	16,5	21,2	29,3
30 - 39	21,9	38,4	40,3	54,2	9,7	17,3	17,6	25,6
40 - 49	18,6	38,1	36,3	55,4	5,3	13,5	8,2	18,3
50 - 59	..	32,7	24,2	49,0	..	8,2	7,4	13,3
60 - X	..	31,4	9,5	35,7	..	11,0	1,4	2,8
Együtt:	26,2	35,0	32,8	51,1	6,0	13,1	11,5	19,3

Láthatjuk, az eltérések korcsoportonként és nemenként mindkét ideggondozóban tetemesek: 5-20 százalékosak. A tény maga - úgy véljük - figyelmet érdemlő. Talán nem tévedünk, ha az adatokból a sokszor kényszer szülte ún. társadalmi felemelkedés súlyos veszélyforrásaira, a gyakran egyértelmű pozitívumként értelmezett előrejutásnak a beteggé válásban testet öltő árára következtetünk. Ez mindkét terepünkön tapasztalható jelenség. Legfeljebb a mérték különböző: Salgótarjában - részben a város társadalmának munkásdominanciája folytán - magasabb. Hogy az eltérő arányok mögött azonban nem csak a két körzet társadalmának eltérő összetételéről van szó, hanem arról is, hogy a salgótarjáni munkásság /még azonos besorolási kritériumok esetén is/ más, újabb és gyökeretlenebb, így tehát veszélyeztetettebb, azt közvetetten jelzik a betegek és a lakosság adatainak körzetenkénti összehasonlításai.^{x/} Mint a 19. tábla mutatja, a tendenciák a két körzetben éppen ellentétesek. Míg a fővárosban a szakmunkás végzettséggel rendelkezők aránya a kinti világban rendre magasabb az ideggondozóbelinél, addig Salgótarjában az utóbbiak arányai haladják meg minden korcsoportban az előbbieket.

Az pedig, hogy az "összesen" sorban a különbség jóval kisebb, egyértelműen az öregek "távollétének" köszönhető - míg a 60 éven felüli városi lakosok között arányuk 13%, addig aktív életük befejeztével már nem jutnak el az ideggondozóba; arányuk az intézményekben ebben a korcsoportban 4%-ra zuhan.

x/ A népszámlálási adatok ebben a vonatkozásban nem teszik lehetővé a nemenkénti összehasonlításokat. Ráadásul a kötetek községsoros táblái nem közlik a szakképzettséggel rendelkezők arányait. Ezért viszonyításul Salgótarján város adatait használtuk. Ez a "torzítás" azonban csak erősíti állításunkat. Hiszen a város felnőtt lakosságában - a települési koncentráció közismert jelensége folytán - a szakképzettek aránya magasabb, mint a környező községekben, s így magasabb, mint "a körzet átlagában".

19. tábla

A legmagasabb iskolai végzettségként szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők aránya a két körzetben és a két ideggondozóban /%/

	Legmagasabb iskolai végzettsége: szakmunkásképző /vagy annak megfelelő korábbi/		Legmagasabb iskolai végzettsége: szakmunkásképző /vagy annak megfelelő korábbi/	
	A IX. kerület 15 éven felüli népessége	A IX. kerületi ideggondozó betegek	Salgótarján város 15 éven felüli népessége	Salgótarjáni ideggondozó betegek
15 - 29 éves	19,9	16,8	21,1	30,3
30 - 39 éves	20,0	14,9	19,2	25,6
40 - 59 éves	18,1	6,8	14,2	17,2
Összes 15 éven felüli	19,1	10,0	16,9	19,9

Foglalkozási csoportok

A két ideggondozó beteg-társadalmának réteg-hovatartozás szerinti összetétele - s ez talán meglepő - nem mutat igazán markáns különbségeket. Sőt, az adatok első pillantásra ellentmondani látszanak az eddig leirtaknak. Hiszen a vezetők, értelmiségiek, az adminisztratív munkát végzők arányai a pesti ideggondozóban mind a férfiak, mind a nők között magasabbak a salgótarjániaknál, míg a betanított- és segéd munkásoké összességükben alacsonyabbak. /Lásd a 20. táblát/ Igaz-e tehát, amit a pesti ideggondozó kapcsán annak társadalmilag szelektivebb jellegéről irtunk?

E kérdésre reálisan csak úgy válaszolhatunk, ha a két ideggondozót nem egymással, hanem saját felvevőkörzetük társadalmának strukturájával vetjük egybe. A "kinti" és a "benti" világok összehasonlítása egyuttal újabb oldalról és élesebben világítja meg, amit fentebb a kétféle társadalmi környezet markáns különbségeiről irtunk.

A társadalmi összetétel jellemzésére egyedül a népszámlálás adatai állnak rendelkezésre. Köztudott azonban, hogy ezek az adatok a társadalmi finom-szerkezet leírására alkalmatlanok. Így legfeljebb a "nagy" rétegek vonatkozásában van módunk az egybevetésre, s az inaktívakra vonatkozó összehasonlító adatok hiányában, azt is csak az aktív keresők körére tehetjük meg.^{x/}

x/ Még így is bizonyos előfeltételezésekkel kellett élnünk. Minthogy a szellemiek közül az értelmiségiek, a fizikai munkások közül pedig a szak-, betanított- és segéd munkások nemenkénti különválasztására csak az össz-budapesti, illetve össz-megyei adatok adnak módot, ezekkel a belső arányokkal számoltunk körzeteinkre vonatkozóan is. Az ellenőrző számítások szerint ez a "csusztatás" a IX. kerületben a szakmunkások arányát a fizikaiak körén belül valamelyest a valóságosnál nagyobbban, a salgótarjáni körzetben annál kisebbnek mutatja. Az eltérések mértéke azonban nem akkora, hogy mondandónk lényegét érintené.

2o. tábla

Az aktív keresők^{x/} megoszlása foglalkozási csoportonként, nemenként a két körzetben és a két ideggondozóban

Státusz-csoport	A IX. kerület aktív keresői	A IX. kerületi ideggondozóban kezelt aktív keresők	A salgótarjáni ideggondozó körzetének aktív keresői	A salgótarjáni ideggondozóban kezelt aktív keresők
<u>Férfiak</u>				
Vezetőállásuak, értelmi- ségiek	21,0	8,6	9,5	6,5
Egyéb szellemiek	14,4	16,9	10,4	11,0
Szellemiek együtt:	34,4	25,5	19,9	17,5
Szakt munkások	42,2	36,0	43,9	45,3
Betanított ^{tt} és segéd- munkások ^{xx/}	23,4	38,5	36,2	37,2
Fizikaiak együtt:	65,6	74,5	80,1	82,5
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Nők</u>				
Vezetőállásuak, értelmi- ségiek	16,5	8,0	8,0	6,4
Egyéb szellemiek	45,0	37,2	25,3	20,3
Szellemiek együtt:	61,5	45,2	33,3	26,7
Szakt munkások	9,9	8,8	8,4	16,4
Betanított ^{tt} és segéd- munkások ^{xx/}	28,6	46,0	58,3	56,9
Fizikaiak együtt:	38,5	54,8	66,7	73,3
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0

x/ A bekerülésükkor aktív keresőkre számolva.

xx/ Tekintve, hogy a népszámlálási nomenklaturában a betanított- és segéd munkások elkülönítése lényegesen eltér a kutatásunkban használttól /a népszámlálás a géppel végzett segéd munkákat a betanított munkák között tartja számon/, az összehasonlításban a szakképzetelenek e két csoportját kénytelenek voltunk összevonni.

Mint a 20. táblából látjuk, a két ideggondozó beteg-társadalmának hasonlósága még az elnagyolt adatok fényénél is látszólagos egybeesés csupán. A salgótarjáni ugyanis többé-kevésbé hiven képezi le a környező világ strukturáját, míg a IX. kerületben a felső rétegek lényeges alulreprezentáltságával, illetve a képzetlen munkások tulreprezentáltságával jön létre az ideggondozói beteg-társadalom markáns munkás-arculata. A IX. kerület férfi-keresői közül minden ötödik, az ideggondozó betegek közül minden tizenkettedik végez értelmiségi munkát vagy dolgozik vezető beosztásban. Salgótarjában a "kinti" és a "benti" arányok lényegesen közelebb esnek egymáshoz - a lakosság férfi-keresőinek közel egytizede, az ideggondozó betegeknek hat és fél százaléka tartozik az említett rétegbe.

A társadalmi hierarchia másik pólusán sem kisebbek az eltérések. Pesten a betanított- és segédmunkás férfiaknak a betegek közötti aránya 1,6-szorosan haladja meg a népességbeli arányukat, míg Salgótarjában a két arány gyakorlatilag azonos.

A tendenciák a nők között pontosan ugyanilyenek. A IX. kerületi adatok azt jelzik, hogy a szellemi munkát végzők, különösen az értelmiségiek - ha csak tehetik - elkerülik az ideggondozót, a szakképzetlen női munkások pedig az intézmény társadalmi arculatának - tulreprezentáltságuk folytán - meghatározó rétegei lesznek. Salgótarjában a nők között a szakképzetlenek tulsulya a környék társadalmának hü tükörképe: a kereső nők között 58, az ideggondozóban kezelték között 57 százalék az arányuk. Ez utóbbi szintéren még egy, említésre méltó sajátosságot érdemes kiemelnünk: a szakmunkásnők az egyetlen réteg, amely népességbeli súlyához képest éppen kétszeres arányban képviselteti magát a betegek között. E tény a korábban már említett, kiugró veszélyeztetettségükre utal, s - mint majd alább részletesebben is látjuk - az ipartelepítéssel "megteremtett" női munkahelyek, megváltozott élethelyzetek különösen neurotizáló hatására kell, hogy irányítsa figyelmünket.

A két ideggondozó betegeknek társadalmi összetételét alakító eltérő mechanizmusok egy sajátosságos következménye, hogy míg Salgótarjában a betegségeknek meghatározott társadalmi arcula-

tuk van, a IX. kerületben az egy-egy betegségfajtában szenvedők között lényegesen kisebb összetételbeli különbségeket találunk. Jól látszik ez a 21. táblából, ahol az összetételében előfeltevéseink szerint leginkább különváló két beteg-csoportot, a skizofréniában, illetve a neurózisban szenvedőket hasonlítottuk össze. A tendenciák a két ideggondozóban annyiban azonosak, hogy a neurotikus betegek között arányukat tekintve kevesebben vannak a foglalkozási hierarchia alsó pólusát képviselő segéd munkások^{x/} - a két beteg-csoport közötti eltérések mértéke azonban Salgótarjánban lényegesen erőteljesebb. S nemcsak erőteljesebb, hanem "konzekvensebb" is: a szellemi foglalkozásuak, illetve a szakmunkások aránya mind a férfiak, mind a nők között a neurotikus betegek körében szignifikánsan magasabb, mint a skizofrének között, a betanított munkásoké lényegében megegyezik, míg a segéd munkások teszik ki a férfi-skizofrének egyharmadát, a skizofrén nőbetegeknek több, mint kétötödét. Ez utóbbi csoport aránya a neurotikus férfiak között ugyanakkor 11%, és a neurotikus nők között is mindössze 25%.^{xx/}

x/ Míg a 21. táblában a Népszámlálással való összevetés kedvéért összevontuk a betanított- és segéd munkások arányát, az ideggondozói beteg-társadalom belső szerkezetének leírásakor - részletesebb adatsorunkból kiindulva - elkülönítve beszélünk e két csoportról.

xx//Lábjegyzet a következő oldalon/

xx/ A pszichiátriai szociológia első nagyhatású kutatása /Holingshead és Redlich sokat idézett műve/, New Haven pszichiátriai kezelés alatt álló betegeknek társadalmi összetételét vizsgálva, hasonló eredményekre jutott. Megállapították, hogy míg a felsőbb társadalmi rétegek jellegzetes betegsége a neurózis, addig az alsóbb rétegekben a skizofrénia fordul elő nagyobb sullyal. Arra a következtetésre jutottak tehát, hogy a pszichiátriai megbetegedések rétegspecifikusak. Az uttörő jellegű munkát több tucat hasonló célzatu kutatás követte, melyek többsége ugyancsak összefüggést talált a társadalmi helyzet és a pszichiátriai kórforma között. Az okokat keresve azonban szükségesnek mutatkozott az incidencia /a betegség első jelentkezése/ és a prevalencia /a betegség összes előfordulása/ fogalmának bevezetése. A különböző kutatások megállapították, hogy az első izben orvoshoz fordulók társadalmi összetétele nem mutat kórformák szerint olyan eltéréseket, mint a betegek teljes köre. Ebből arra a következtetésre jutottak, hogy nem maguk a kórformák betegségspecifikusak, hanem az akut betegséggel kezelték gyógyulási esélyei: egy követéses vizsgálat során egy skizofrén értelmiségi sokkal kisebb valószínűséggel található meg évekkal betegsége jelentkezése után is a skizofrének között, mint egy skizofrén segédmunkás. Néhány vizsgálat a skizofrének körében egyértelmű lefelé mobilitást mutatott ki; a betegség súlyosbodása gyakran megnehezíti vagy lehetetlenné teszi kvalifikáltabb munkakörök ellátását a pszichotikus számára. A segédmunkások körében ez a tény is növelheti a skizofrénia gyakoriságát. A neurózist illetően pedig megállapítható, hogy nem maga a betegség, hanem annak jelentkezési formája rétegspecifikus. A felsőbb rétegekben gyakrabban lehet találkozni verbálisan megfogalmazott szorongásos tünetekkel, önértékelési válsággal stb., az alsóbb rétegekben a szomatikus panaszok a jellemzőbbek, amelyekkel a beteg - ha orvoshoz fordul egyáltalán - nem pszichiátert, hanem inkább belgyógyászt keres fel. Ez a tény pedig csökkentti az alsóbb rétegbeli neurotikusok arányát a pszichiátriai kezelés alatt álló betegek között. /Lásd erről többek között Myers és Bean, valamint Bastide tanulmányait "A deviáns viselkedés szociológiája" című kötetben; Budapest, Gondolat, 1974./

Mindez azt a meggyőződésünket erősíti, hogy intézményi beteg-adatok elemzése nemcsak a morbiditás mérésére pontatlan eszköz, hanem a kórformák és réteghelyzet összefüggésének feltárására is. Csak arra alkalmas - és adatainkat mi is így elemezzük -, hogy adott intézmény társadalmi arculata és az azzal szorosan összefüggő funkciók megfogalmazhatók legyenek.

21. tábla

Az aktív kereső skizofrén, illetve neurotikus betegek megoszlása foglalkozási csoportok szerint, nemeként a két ideggondozóban, valamint az aktív kereső népesség foglalkozás szerinti megoszlása a körzetben

Bekerüléskor aktív keresők foglalkozása	Férfiak			Nők		
	Skizofrénia	Neurózis	A felvevő körzet aktív népessége	Skizofrénia	Neurózis	A felvevő körzet aktív népessége
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>						
Vezető állású, értelmiségi	4,3	7,8	21,0	9,1	7,7	16,5
Egyéb szellemi	25,2	16,7	14,4	34,3	42,4	45,0
Szaktmunkás	36,5	38,2	42,2	12,6	8,4	9,9
Betanított- és segédmunkás	34,0	37,3	23,4	44,0	41,5	28,6
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
A bekerülés valószínűsége ^{x/} a vezető állású és értelmi-ségekknél	0,2	0,4	1,0	0,6	0,5	1,0
A bekerülés valószínűsége ^{x/} a betanított és segédmunkásoknál	1,5	1,6	1,0	0,5	1,5	1,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>						
Vezető állású, értelmiségi	4,8	7,1	9,5	4,1	7,4	8,0
Egyéb szellemi	7,6	14,9	10,4	19,4	22,1	25,3
Szaktmunkás	42,8	53,9	43,9	10,2	18,9	8,4
Betanított- és segédmunkás	44,8	24,1	36,2	66,3	51,6	58,3
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
A bekerülés valószínűsége ^{x/} a vezető állású és értelmi-ségekknél	0,5	0,7	1,0	0,5	0,9	1,0
A bekerülés valószínűsége ^{x/} a betanított és segédmunkásoknál	1,2	0,7	1,0	1,1	0,9	1,0

x/ A bekerülés valószínűségének kiszámításához az adott csoportnak az ideggondozói betegek közötti arányát a csoport népességbeli arányához viszonyítottuk. Minél közelebb van tehát az érték az 1-hez, annál kisebb mértékű a betegség, ill. a kezelésbe vétel társadalmi szelekciója. A 0 és 1 közötti értékek - értelemszerűen - alulreprezentált csoportra utalnak, az 1 feletti az adott csoport felülreprezentáltságának mértékét jelzik.

Mint többször utaltunk már rá, a skizofréniát a szakirodalom többé-kevésbé tisztán organikus eredetű pszichiátriai betegségként írja le, azaz olyanként, amelyben a betegséget kiváltó okok között a társadalmi környezetnek, a szociális beágyazottságnak csekély a szerepe. A neurózissal a helyzet éppen fordított. Az irodalmi elemzések reaktív betegségként jellemzik, amelynek kialakulásában a társadalmi környezet feszültségteremtő jelenségei, illetve az egyén teherbíróképességének megrokknása játsszák a fő szerepet.^{x/}

Ezért valójában nem magától értetődő, hogy a kétfajta beteg-csoport társadalmi összetételében az eltérések összességükben meglehetősen kis méretűek: a két betegségfajta társadalmi profilja lényegesen jobban hasonlít egymáshoz, mint amennyire mindkettő eltér a meritőbázis, a kinti társadalom összetételétől. Igaz, hogy - mint láttuk - a neurotikusok között mindkét gondozóban és mindkét nembéli betegek körében valamelyest magasabb a kvalifikált szellemiek aránya, mint a skizofrének között; igaz az is, hogy a betanított- és segéd munkásoké éppen fordítottan alakul: felülreprezentáltságuk a skizofrének között erősebb. De ezeknél lényegesebb tendenciának bizonyul az egész ideggondozói betegtársadalom különbözőzése az egészségesek világától, ami - mint láttuk fentebb - különösen a IX. kerületi ideggondozó esetében jelentős.

x/ Itt megismételnénk, amit korábban megfogalmaztunk már a betegségek kialakulásának ok-okozati összefüggései kapcsán: laikusokként nincs módunk állást foglalni ezekben az orvosi-szakmai kérdésekben. Benyomásunk - amelyet az áttekintett irodalom helyenként szembeötlő ellentmondásossága igencsak megerősített -, hogy a betegségek keletkezéstörténetében a személyiség-tényezők, a genetikus alapok és a környezeti kiváltóokok szétválaszthatatlan szövevényéről van szó. Az okok közötti - pontosan persze nem mérhető, de jól érzékelhető - súlyarányok azonban valóban különböznek: a skizofrénia esetében hangsúlyosabbnak tűnnek a veleszületett egyéni adottságok, a neurózis kialakulásában pedig a környezeti kiváltó-okok.

E helyzetkép minden bizonnyal bonyolult folyamatok eredőjeként jön létre. Egyfelől maguk a betegségek "szelektálnak". A skizofrénia sok esetben korán, a kamaszkor végén kezdődő, gyakran korai halállal végződő betegség, amely - a betegség jellegzetességei folytán - ritkán engedi áldozatát a társadalmi hierarchia magasabb régióiba. A korán megbetegedettek többnyire egyszerű betanított- vagy segédmunkákat látnak csak el - erre predesztinálja őket befejezetlen /a betegség közbejötté folytán megszakadt/ iskolai pályafutásuk is. A neurózis tipikus jelentkezési életciklusa a fiatal-középkor, amikor a /potenciális/ beteg már lezárt iskolai életutat maga mögött tudva, kialakult munkakörrel és társadalmi státusszal rendelkezik. A betegségek eltérő karaktere társadalmi összetételük eltéréseihez vezet: a skizofrének között az egészségesekhez képest tulreprezentáltak a képzetlen munkák; a neurotikusok - láttuk - többé-kevésbé az egészségesek társadalmának összetételét jelenítik meg.

A betegség végrehajtotta "előszelekció" folyamatait tetézik az intézményi szelekció hatásai. A skizofrének az ideggondozók tartós betegek - a neurotikusok a - viszonylag - "for-gandók". Az előbbi esetben az intézményi szelekció kisebb /még Budapesten is igaz, hogy előbb-utóbb a legjobb társadalmi helyzetű skizofrének többsége is az ideggondozók gondozottja lesz/, az utóbbiban nagyobb: a szerencsések /és jobb pozícióban lévők/ - ha tehetik - elkerülik a gondozót. A kép, amit rögzítünk, szétválaszthatatlanul egyesíti ezeket a folyamatokat. Legfeljebb annyit állapíthatunk meg - s ezt már sokadszor tesszük -, hogy az intézményi szelekció mértéke a két gondozóban eltérő. Ez esetben az eltérés számszerűsítésére is módunk volt: ezt fejezi ki a 21. tábla utolsó két sora. Mint látjuk, a vezető állásúak, értelmiségiek - szenvedjenek akár pszichotikus, akár neurotikus megbetegedésben - jelentősen alulreprezentáltak, a betanított- és segédmunkások /mindenekelőtt a neurotikusok között/ népességbeli arányukhoz viszonyítva figyelemre méltóan felülreprezentáltak az ideggondozói beteg társadalomban. Az alul- illetve felülreprezentáltság mértéke azonban a két ideggondozóban nem azonos. Mindezt megfogalmazhatjuk úgy is, hogy elsősorban azért van így, mert e beteg emberekből nagyobb eséllyel lesznek a

munka világának perifériáján mozgó betanított- és segéd munkások, mint felelős pozícióba kerülő vezetők vagy értelmiségiek. S ehhez - az ideggondozói beteg társadalom összetételét elsődlegesen alakító - kiválasztódáshoz, kemény társadalmi determinációhoz képest másodlagos hatása, hogy az intézményt a jobb helyzetű megbetegedettek igyekeznek elkerülni. E másodlagos hatás persze nem jelentéktelen. Ennek köszönhető, hogy a IX. kerületben jóval távolabb vannak egymástól a bekerülés vezetőkre, értelmiségiekre, illetve a képzetlen munkásokra jellemző valószínűségei, mint Salgótarjában, ahol azok a neurózis esetében a két réteg között rendre megegyeznek. E különbségek az intézményes segítségnyújtás már sokat emlegetett ethoszára és játékerére irányítják a figyelmet. Ugyanakkor alá kell húznunk azt az - alapvetőbbnek bizonyuló - meghatározottságot, amely miatt a beteg társadalom egésze rosszabb helyzetűnek mutatkozik az egészségesek társadalmánál, annak peremeire, alsó szégmenseibe szorul, s onnan - akár gondozásba veszik, akár nem - szemlátomást aligha mozdulhat ki.

Mélyebb bepillantást enged a két ideggondozó betegek világába, ha a társadalmi szerkezetet a foglalkozási csoportok elnagyolt, összefoglaló kategóriáinál finomabb bontásban vesszük szemügyre. A kartonokból kigyűjtött foglalkozási adatok révén viszonylag finom munkaköri leírások állnak rendelkezésünkre, s ezek alapján pontosabban jellemezhetjük, hogy mit is takarnak a - mint majd látjuk, társadalmi tartalmukban vizsgálatunk két színterén jelentősen különböző - "betanított munkás" vagy "egyéb szellemi" stb. csoportok. Ehhez az elemzéshez azonban már kilépünk az aktív keresők köréből. A végülis kialakított 28 munkakör-csoport magában foglalja a háztartásbelieket is; az inaktívak pedig utolsó foglalkozásuk alapján kerültek egyik vagy másik csoportba.

A betegek között legnagyobb létszámban képviselt öt csoport néhány jellemzőjét a 22. tábla foglalja össze:

22. tábla

A betegek között a legnagyobb létszámban előforduló öt munkakör-csoport néhány jellemzője a két ideggondozóban

Munkakör-csoport	Összes beteg közül							
	a bete- gek száma	a NŐ bete- gek	a 40 évnél fiata- labbak	a 40-50 év kö- zöttiek	a neuro- tikusok	a leszáza- lékoltak	a fizikai szakkép- zettség- gel ren- delkezők	a legalább érettségi- vel ren- delkezők
s z á z a l é k o s aránya								
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>								
Utépitő segéd- munkások, száll- litók, rakodók, alkalmi munká- sok, illetve segédmunká- sok - kmn	139	42,4	51,8	25,2	41,0	16,5	11,5	2,2
Adminiszt- rátorok, bér- elszámolók, gyors- és gépirók, lyukasztók	133	92,5	49,6	24,8	63,9	15,0	11,3	29,3
Háztartásbeliek	130	72,3	50,0	12,3	19,2	12,3	6,2	14,6
Takarítók	110	94,5	30,9	24,5	41,8	17,3	4,5	2,7
Műszaki raj- zoló, gép- könyvelők, egyszerű számíteli munkát végzők	92	80,4	42,4	26,1	57,6	21,7	7,6	65,2
<u>Összes beteg</u>	1648	64,1	40,7	20,7	45,0	13,3	20,9	24,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>								
Utépitő segéd- munkások, száll- litók, rakodók, alkalmi munká- sok, illetve segédmunká- sok - kmn	460	43,0	41,3	31,7	27,4	47,8	4,3	1,3
Háztartásbeliek	368	90,2	26,6	29,9	23,9	9,8	4,9	4,9
Betanitott munkások - kmn	216	75,9	45,4	34,3	58,3	35,2	5,6	0,0
Tradicionalis nagyipari fog- lalkozások /esztergályos, marós, forgá- csoló, lakatos, szerszámkészítők, hegesztők, stb./	194	20,6	54,6	28,9	42,3	38,1	82,5	5,2
Takarítók	164	100,0	26,8	41,5	51,2	22,0	2,4	1,2
<u>Összes beteg</u>	3142	60,4	37,6	33,2	42,5	29,7	31,9	17,1

Irtuk már korábban: az ideggondozó beteg-társadalma nem a társadalom legönbizalomtelibb, legjobb helyzetű csoportjaiból verbuválódik. A 22. tábla plasztikusan jeleníti meg ezt a képet. S az előbbi mondathoz hozzátehetjük: noha homogenitásról semmilyen értelemben nem beszélhetünk, az elesettség mégiscsak koncentrálódik: a munkakörileg jól körülírható öt legnépesebb beteg-csoport mindkét ideggondozóban a betegeknek több, mint kétötödét öleli fel.

A IX. kerületben "igazi" női foglalkozási csoportok és élethelyzetek adják az intézmény meghatározó arculatát, amelyek azonban legalább kétféle alaptípust képviselnek. Az egyik markáns csoport a tipikus női szellemi pályáké: fiatal, érettségizett nők, akik járják a maguk szabályos utját. Irodába kerülnek, tisztességgel ledolgozzák a nyolc órát, csupa hasonló élethelyzetű nő között. Végzik a kiszolgáló, monoton szellemi munkát, ütik az írógépet vagy az asztali számológépet, főzik a kávé, írják a felesleges rendszabályokat, s közben izgatják magukat azon, hogy mi van a gyerekekkel a tanítási idő után; rohannak értük megpakolt bevásárló szatyrokkal; férjeik közben tulóráznak, gmk-znak, fusiznak, hogy kifizessék a lakást, hogy az ötről a hatra jussanak. Ez így ment mindig, amióta elkerültek otthonról, s így megy ma is - mignem valahol harmincas éveik közepén egyszercsak megfáradnak és megkérdőjeleződik számukra a verkli értelme. A gyerekek már lassan a maguk életét élik, elvégezték az általános iskolát, nehéz kamaszok, akik lázadnak szüleik ellen. A férjeikkel nemigen van már mit beszélni. Anyagiakban megvan, ami elérhető, de hajtani kell tovább, nem lehet megállni - és nemcsak az anyagi kényszer miatt. Mert ha megállnának, jön a kérdés - és akkor most mit kezdünk az életünkkel? Férjeik rendes emberek, de megromlott a házasság, s elválni nem lehet, mert nem szabad a normák szerint, s nem lehet, mert nincs lehetőség, és nincs energia az újrakezdésre. A felörlődés dokumentumai a magas neurózis-arányok. A megkérdőjeleződött, kapaszkodó és cél nélküli életké. Nem a nyomor, nem a jól látható alávettség, hanem a lassan és észrevétlenül perspektívatlaná vált, frusztrált női sorsok, tipikus életutak elmagányosodott kilátástalansága az, ami szembeszökő. S az igazi csapda az, hogy meg

sem mondható: mindez hol romlott el, hogyan lehetett volna másképp csinálni? Hiszen jobban élnek, mint szüleik éltek, rendesek és rendezettek az otthonaik - igazi bajok az emberi kapcsolatokkal vannak. Azzal, hogy míg mindezt megteremtették, maguk maradtak hét végére a gyerekeikkel, hogy férjeik kereshessenek, építhessék a hétvégi házat, ahová legfeljebb azért érdemes kimenni, hogy a kertben megtermett gyümölcsöt leszedjék, dolgozzanak, mert ezt így szokás. Nincs mód az életforma-váltásra, és nincs miért panaszkodni, mert nincs kinek panaszkodni. Csak éppen mindez kibírhatatlan. És megfordíthatatlan.

Az adminisztrátorok neurózisa igazi civilizációs betegség, s még csak nem is magyar sajátosság. Mélyebb társadalmi beágyazottsága valószínűleg a női szerepek és tradicionális értékek világszerte végbemenő átalakulási folyamatához köthető. A modern nő - dolgozó nő. De a századforduló szocialista elgondolásai illúzióknak bizonyultak: a munkavállalás nem hoz magával automatikusan teljes emberi felszabadulást. A társadalmi munkamegosztás átrendezhető, az autonómia és a függetlenség szociológiai és pszichológiai folyamataival már bonyolultabb a helyzet. S az el nem nyert belső függetlenség tömeges meg-nem-felelés érzet, tömeges frusztráció forrása. Ugyanakkor a fehérgalléros munkák - még ha monotonak is - sokféle felszabadulást és potenciális örömforrást is hoztak a nőknek. Különösen egy olyan világban, ahol nagyanyáik, sőt, anyáik még kemény körülmények között dolgoztak, megtört fizikai állapotban és megkérgesedett tenyérrel érték meg - ha megérték - a ma legszebbnek tekintett érett asszonyi kort. Az adminisztrátor-neurózis tehát csak a társadalom egyik feléről szól. A másiktól, azokról, akik az életükben elég ellensúlyt és önmegújító örömforrást találnak - nem. A betegség - mint tudjuk - szubjektív dolog. Szubjektív annyiban, amennyiben azonos társadalmi és családi helyzetben, azonos objektív paraméterekkel leírható életében az egyik ember egészséges marad, a másik megbetegszik. S itt a személyiség meghatározó szerepéhez érkeztünk.

Az itt elmondottak ceteris paribus igazak más foglalkozási csoportokra, más rétegekre is. Mégis, az objektív létkörülményeknek van befolyásoló szerepük a megbetegedésben. Egymáshoz

viszonyitva, több és a szervezetet-idegeket felőrölő nagyobb igénybevételnek vannak kitéve az alsóbb, mint a felsőbb társadalmi csoportok tagjai. Ugyanakkor egyik csoportról sem mondható el, hogy közülük mindenki egészséges, vagy - a másik póluson - mindenki beteg lenne. Az un. objektív körülmények kihívást jelentenek, a kihívásra adott válaszok azonban személyfüggők.

Ebben az értelmezési keretben mondhatjuk csak azt, hogy a betegek közötti második legnépesebb csoport, a takarítónők megbetegedéseiben az elemi életküzdelmek által felélt energiák sorslenyomatai érhetőek tetten.

Életutjuk tipikus drámaisága a sodródás. Az albérletek, a szükségglakások, a súlyosan beteg gyerekek, a férjek alkoholizmusa, a kiszolgáltatottság, a megnyomoritottság roppantja össze őket: a gyári, kórházi, vágóhídi takarítónőket, a kőművesek mellett segédkező, összefagyott kezű munkásnőket. A közmegítélés gyakran "lumpen"-eknek nevezi őket és családjaikat. Perifériára szorult emberek, akiknek feje felett Damokles kardjaként ott a hivatalos szociálpolitika: a kilakoltatás, a gyámügyi intézkedés, a sorsukba beleszóló alkoholgondozó. Kinlódnak és vergődnek - ők is magukra hagyva, a megbélyegzettség terhét is cipelve.

Erről a csoportról - pontosabban közülük sokakról - nem csak felvételünkből tudhatunk. Szinte egyidejűleg jelent meg két kitűnő munka a IX. kerület egyik legproblematisabb szegénytelepéről, a "Dzsumbujról"^{x/}. A Dzsumbujnak az 1980-as évek elején 720-730 felnőtt lakója volt, s közülük 190-195 az ideggondozó ápolója. Ambrus Péter tanulmányából tudjuk: a dzsumbuj-béli nők főleg vágóhídi, illetve hivatali takarítónők, Gádoros Julia elemzéséből pedig kiderül, hogy közülük az

x/ Ambrus Péter: Alkohol az életmódban. /Egy szegénytelep élete/; Művelődéskutató Intézet, Bp. 1985., illetve

Gádoros Julia: A pszichiátriai ambuláns ellátás néhány szociális vonatkozása; in: Szociálpolitikai Értesítő 1984/4-5; /Szegénység-Depriváció-Szociálpolitika; szerk.: Gábor László és Kende László/; MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest, 1985.

ideggondozóba kerülők /a Dzsumbujból mintegy 125 nőbeteg/ fiatal, 40 év alatti asszonyok és lányok, akiknél a kezelésre elsősorban súlyos neurózisuk miatt került sor /a klasszikus elmebetegségek ideggondozói előfordulása valamivel alacsonyabb, mint a IX. kerület más, jobban szituált körzeteiben, a neurózisé pedig sokszorosan magasabb./^{x/}

A Dzsumbuj-béli férfiak közül mintegy 70-en vannak az ideggondozóban, és ez a terület szolgáltatja az alkoholgondozó forgalmának jelentős /a népességbeli arányt többszörösen meghaladó/ részét.^{xx/}

Igy a IX. kerület e karakterisztikus beteg-csoportjaira, a takarítónőkre és súlyosan alkoholizáló, javarészt 50 éves koruk előtt megrokknó, neurózisban is szenvedő férjeikre, a nehéz testi munkát végző és idegeikben-fizikumukban egyaránt túlhasználódott, korán öregedő rakodómunkásokra, alkalmi munkásokra kell gondolnunk Ambrus Péternek a szegénytelepi életformát oly plasztikusan megjelenítő kis könyve nyomán. Sodródás, a kikapaszkodás meg-megcsillanó reménye, szoros, de a középosztályi társadalmi megítélés szerint mégis rendezetlennek tűnő családi kapcsolatok, az életet nap mint nap egzisztenciális alapjaiban megkérdőjelező bizonytalanságok, felfokozott - mert az állandó idegi terhelés miatt szinte levezethetetlen - indulatok, küszködés és öröklődés - ezek a városi szegény-életforma legtipikusabb

x/ "Az ideggondozói morbiditás különbségei...elsősorban a 'neurózis-személyiségzavar' betegcsoportnál jelentkeznek. Az adatok alapján durva megközelítéssel azt mondhatjuk..., hogy a Dzsumbujban lakó negyven év alatti nőnek az 'esélye' arra, hogy ideggondozói kezelésbe kerüljön, már hét-, illetve kilencszeresen meghaladja a másik két területen /tudniillik a belvárosi és a lakótelepi részen - a szerzők/ lakó azonos koru nők esélyét." /Ld. Gádoros Julia: id.mű/

xx/ Minthogy a kerület alkoholgondozójáról nem készült kutatás, e jelenség számszerűsítésére nincs módunk. Csak az intézmény dolgozóinak közléseire támaszkodhatunk - akik terepüket egyébként nagyjában-egészében ismerik, de akiknek szemüvegét a "problemátikus betegek" okozta különleges gondok torzítják. Annyi azonban állitható, hogy a Dzsumbujban mind a férfi-, mind a női pszichiátriai betegségek sűrűsödnek.

vonásai. S egyszer átszakad a gát - a halmozódó feszültség már nem viselhető. "Kiut" az öngyilkossági kísérlet, az ivás, a súlyos szomatikus panaszok - ez a kiut pedig előbb-utóbb az ideg- és alkoholgondozókba vezet. Az intézmény időről időre védelmet jelenthet - adhat gyógyszert és terápiát -, de meg nem oldja a közös WC-használat napi idegőrlő feszültségeit, nem teremt lakást, nem teremt jobb anyagi létfeltételeket. Marad tehát a sodródás, a betegség - súlyosabb és kevésbé súlyos amplitudókkal -, mint a helyzetre adható egyetlen adekvát válasz.

Igaz, az ideggondozó takarítónő-betegei nem mind Dzsumbuj-beliek, igaz, hogy az utépitő segéd munkások, a szállítók, a rakodómunkások sem csak a telepről jönnek - a gondozó közvetlen szomszédságában ott egy munkásszálló, s a páciensek közül, ha sokan nem is, de szép számban kerülnek be onnan is, a kerület más átmeneti szállásairól is. Mégis: közös vonásuk a kapaszkodók hiánya, a perifériára kerülés reménytelensége, a fel ugyan nem adott, de épen mégsem viselhető élet kilátástalansága.

A szállító- és rakodómunkások többsége férfi, de kétötödük nő, akiknek helyzete, sorsa nem sokban különbözik a férfiakétól. Nehéz, igen nehéz fizikai munkát végeznek. Sokszor hidegben, a szabad ég alatt, mázsás súlyokat cipelnek - akárcsak a férfiak, s közben megoldatlan és megoldhatatlan lakásproblémáik, a gyerekeiket fenyegető állami gondozásbavétel, az anyagi kilátástalanság fokozza "nőiesen" könnyűnek igazán nem mondható életük nyomasztó voltát.

Végül szót kell ejtenünk a háziasszonyokról. Mig az eddigiekben leírt csoportok mindegyikében az ideggondozói átlaggal azonos, vagy inkább azt szignifikánsan meghaladó a neurotikus betegek aránya, közöttük nem egészen 20%. Azokról a - fele részben fiatal, 20-40 éves - asszonyokról van szó, akik valószínűleg sohasem vállalhattak és sohasem vállalhatnak majd munkát másutt, mint családjaik és háztartásuk négy fala között: veleszületett vagy időközben fellépett elmebetegségük miatt a "kinti" világhoz való alkalmazkodás megoldhatatlan feladat számukra. Nem kevés /közülük minden hetedik/ még eljutott ugyan az érettségiig, /ők azok, akiknél valószínűleg a skizofrénia vagy epilepsziájuk

a veszélyeztetett kamaszkorban vagy fiatal felnőtt éveikben manifesztálódott/, de ma többnyire súlyosan beteg emberek.

A salgótarjáni betegek társadalma, pontosabban az ideggondozó szociális arculatát meghatározó öt legnépesebb beteg-csoport sokban hasonlít a IX. kerületire, sokban azonban különbözik is attól. Miként a két környező világ, a pesti munkáskerület és a hagyományait őrző, ám az iparfejlesztés és a várospolitika három évtizedes - változó tartalmu - akciósorozatában átformált, szétszabdalt salgótarjáni világ is csak madártávlatból "ugyanaz".

A hasonlóságok közül a legmarkánsabb, hogy a pesti ideggondozó három legnépesebb csoportját a /többségében férfi/ néhez fizikai segédmunkákat végzőket, az alkalmi munkásokat, a rakodókat, továbbá a háztartásbelieket és a takarítónőket Salgótarjában is ott találjuk a legkarakterisztikusabb csoportok között - bár e csoportok belső összetétele /mint arra alább még visszatérünk/ már különbözik a hasonló foglalkozásu budapestiekétől.

A különbségek közül - s ebben a főváros és a vidék távol-sága fejeződik ki - a legfontosabb, hogy a salgótarjáni betegek legnépesebb csoportjai között "még" nincsenek ott az adminisztrátor- és bérszámfejtők, mintegy "helyettük" viszont ott vannak a fiatal, bejáró, elsőgenerációs, a mezőgazdaságot az ipari munkával nemrégiben felváltó betanított munkásnők. A társadalmi folyamatok két iránya: a női munkavállalás elmúlt évtizedekbeli fő pályáinak hü leképződése - az ideggondozóban. A női mobilitás látszik itt - a fonákjáról. Az a női mobilitás, amelynek a munkavállalásért, a hirtelen életformaváltásért, a megfelelő adaptációhoz szükséges tér, idő és feltételek hiányért fizetett ára, hogy ezek a fiatal munkásnők 40 éves koruk előtt súlyosan betegek lesznek /az ideggondozóban ápoltak közel fele harmincas éveiben jár/, csoportjukban kiugróan magas a neurotikusok száma /a gondozói átlagot 16%-kal mulja felül a közöttük közel 60%-os arány/. A kiut a leszázalékolás, a munkaképtelenség /pontosabban: az adott és adottságként létező munkák végzésére való képtelenség/. A beteg betanított munkásnőknek több, mint egyharmada már rokkantnyugdíjas.

A két világ különbségei persze más vonatkozásokban is ki-
 ütköznek. Itt röviden még két további csoportról kell szólnunk:
 az ideggondozóban kezelt háztartásbeliekről, illetve a vidéki
 ipartelepítés tipikus csoportjairól, a - javarészt férfi -
 nagyipari munkásokról.

A salgótarjáni ideggondozóban kezelt háztartásbeliek a
 pestieknél erőteljesebben "hozzák" a háziasszonyokról a köztu-
 datban élő képet. Először is: nők. Mig a IX. kerületben ápolt
 felnőtt eltartottaknak csak háromnegyede, addig a salgótarjá-
 niaknak kilenctizede háziasszony, azaz igazi háztartásbeli.
 Idősebbek is pesti sorstársaiknál: mig a IX. kerületben közülük
 csak minden 8.-9., addig a salgótarjáni ideggondozóban minden
 harmadik-negyedik tul van már a negyedik X-en. S noha a leszá-
 zalékolás - mint láttuk - Salgótarjában gyakoribb jelenség,
 mint Pesten, a háztartásbeliek az egyetlen csoport, ahol az
 arányok fordítottak: a ma háztartásbeliek közül a IX. kerület-
 ben 12,3%, Salgótarjában csak 9,8 százalék végzett egykor ke-
 reső munkát. E vidéki háztartásbeliek között kevesebb a klasz-
 szikus pszichiátriai beteg, és több a neurotikus. Magyarán, nem
 a különvált beteg-világ, hanem a vidéken szokványosabb, hagyo-
 mányos női karrier reprezentánsai ők: asszonyok, akik többsé-
 gükben tulságosan idősek voltak már ahhoz, hogy az ipartelepi-
 tés "kicsalogassa" őket háztartásukból, ugyanakkor a megválto-
 zott világ adaptációs terhelései őket sem kimélték. A családi
 és a megélhetési gondok az ő idegeiket is próbára tették. A
 jelenség nem sporadikus. Tömeges voltát jelzi, hogy a háztartás-
 beliek adják az ideggondozó második legnépesebb beteg-csoport-
 ját. Mig arányuk a körzet népességében 6,7 százalék, addig a
 368 felnőtt eltartott az ideggondozóban 1982 folyamán megfor-
 dult betegeknek 11,7 százaléka. S ha emlékezetünkbe idézzük,
 hogy az ideggondozóban a "vidékiek", a falusiak, különösen az
 idősebb korosztályok alulreprezentáltak, ugyanakkor a háztar-
 tásbeli státusz az ő körükben relative gyakoribb, akkor az
 ideggondozóbéli adatokat aligha interpretálhatjuk másképpen,
 mint úgy, hogy a változások közepette a változatlan is meg-
 terhelő. A kimozduló világban szerepzavarok, önértékelési vál-
 ságok és anyagi, családi konfliktusok forrása az otthonmaradás

- a környezet egyensúlya megbomlásának egyik tömeges szimptomája. Figyelembe kell ugyanakkor vennünk azt is, hogy az életkor előrehaladtával bizonyos pszichiátriai megbetegedések esélye nő, s ezért a Salgótarjában kezelt háziasszonyok között - pesti társaikhoz hasonlóan - sokan vannak, akik kevésbé a "szokásjog", mint inkább a munkahelyi elhelyezkedésük elé gátat emelő betegségük miatt eltartottak. A háztartásbeliek e két csoportjának adatait táblánk - természetesen - összevontan tartalmazza.

De egyensúlyzavarokat jelez a tradicionális nagyipari munkásság viszonylag tömeges ideggondozóbéli megjelenése is. Az öt legnépesebb munkaköri csoport közül ők a legfiatalabbak, a legképzettebbek és - leszázalékolási arányaikat tekintve - a legbetegebbek. Az ideggondozóban kezelt nagyipari gyári munkások /esztergályosok, forgácsolók, marósok, hegesztők stb./ négyötöde férfi. Több mint fele részben nem töltötték még be a negyvenedik évüket, s tömegesen munkaképtelenek már: a leszázalékoltak aránya közöttük 38 százalékos /emlékeztetőül: a viszonylag magas ideggondozói átlag is "csak" 29,7%!/. Öt közül négy szakképzettséggel rendelkező munkásember, s nem ritka az érettségi sem közöttük. Adataink megerősíteni látszanak, amit fentebb a szakmunkások kiugró veszélyeztetettségéről irtunk. Bizonyos értelemben ők éppugy az erőltetett és kényszerpályás vidéki ipartelepítés áldozatai, mint a betanított munkásnők. E nagyipari munkaposztokat manapság főleg ingázó, fél-paraszti munkásrétegek töltik meg, akiknek a gyárvilághoz való adaptációra az iparosítással járó gyors átrendeződés nem nyújtott módot. Dávid János salgótarjáni munkás-kutatásából tudjuk, hogy ebben a munkás-rétegben kiugróan magas /az átlagos 32%-kal szemben 45 százalékos! / az ingázó arány, s hogy e - történelmi és életkori értelemben egyaránt - fiatal munkásréteg javarészt tsz-parasztok, illetve az egykori ipari világ perifériáján lévő betanított- és segédmunkások fiaiból rekrutálódik; földrajzi és társadalmi elsőgenerációsok tömeges hadáról van szó. A sorsukat alakító átrendeződés életforma- és értékválságokkal jár, nem ad módot a stabilizálódásra, s manapság a munkanélküliség veszélye fokozza állandó létbizonytalanságukat. Kifeje-

dik mindez abban, hogy a hagyományos férfi-szakmák mai képviselői alig maradnak el neurózis-arányukkal a hasonló koru nők mögött: öt közül kettőnél ez a betegség volt ideggondozói kezelésbe vételük diagnózisa.

Amit eddig leirtunk: az ideggondozók társadalmának pillanatfelvétele - keresztmetszeti kép. Az emberek betegségtörténete csakugy, mint foglalkozási életpályájuk alakulása azonban hosszú éveket ivel át, már bekerülésük előtt is, s - mint láttuk - e történet években mérhető szakaszai zajlanak le kezelésbe vételük után is. Ezért a fenti képet a pályautak időbeli nyomonkövetésével kell kiegészítenünk.

Felvetődik a kérdés, hogy mennyire stabilak az elért státuszok; vannak-e kirajzolódó - lefelé csuszó - skizofrén-karriererek, neurózis-karriererek? Ez utóbbi kérdés különösen izgatott bennünket. Hiszen joggal tettük fel: miután a betegség maga is, az ideggondozói kezelésbe vétellel intézményesült és nyomatékossított volta pedig aláhuzottan stigmatizál, e helyzet valószínűleg lassu lecsuszáshoz kell, hogy vezessen. Betegeink pályautján pedig mindez a lefelé tendáló foglalkozás-váltások koncentrációjában ölt majd testet. Bármily plauzibilisak voltak is ezek az előfeltevések, a valóságos kép bonyolultabb, ez utóbbi kérdéssor vonatkozásában pedig egyenesen meglepőnek bizonyult.

A kimozdulás irányát és mértékét persze nem követhettük nyomon az egész beteg-társadalomban, csak az ideggondozóban ápoltak körében. Nem válaszolható ezért meg a kérdés: vajon azok a neurotikusok, akiket - mondjuk - a körzeti orvosok kezelnek, mobilabbak-e, mint ideggondozóbéli betegtársaik. Nem tudjuk azt sem, hogy a státusz-váltás ideggondozóbéli legtipikusabb utja - a leszázalékolás - mennyire általános a másutt ápolott betegek körében. Adataink egy hipotézist azonban mindenképpen cáfolnak. Nem bizonyult igaznak az a feltevésünk, hogy az ápolásba vételt, a betegség immáron elkerülhetetlen stigmájának "odaítélését" a lecsuszás lavinaszerű folyamatai követik.

A legtipikusabb, a leggyakoribb a beteg helyzetének változatlansága. Láttuk korábban: egyértelműen így van ez családi helyzetüket illetően. Mint a 23. tábla igazolja, foglalkozási pályájukat tekintve is a mozgások alacsony aránya a legfeltűnőbb jellegzetesség.

A IX. kerületi ideggondozó férfi-betegei közel kétharmadának, a nőbetegek több mint felének volt ugyanaz a foglalkozása a kutatás évében, mint bekerülésekor. A megfelelő salgótarjáni arányok pedig 38,4, illetve 52,5 százalékosnak adódtak. A budapesti ideggondozó férfi-betegei 6,4 százalékanak, a nők közül 5,7 százaléknak lett más a foglalkozása a kezelés időtartama alatt. A salgótarjáni adatok hasonlóan alacsonyak. A megfelelő arányok: 9,8, illetve 8,7 százalékosak voltak. S ha pillantásunkat a pályamódosítókra vetjük, akkor az derül ki, hogy - a nyugdíjba vonulás leggyakoribb státusváltásán túl - legalább annyi a társadalmi értelemben felfelé, mint a lefelé mozgás, a legtipikusabb pedig a "horizontális": az olyan munkakör- és/vagy munkahelyváltás, amely társadalmi helyzetváltozással nem jár.

A változtatások tartalmát, okait, a mögöttük meghuzódó motívumokat nem ismerjük. Az ideggondozók orvosainak és gondozónőinek beszámolóiból, esetelemzéseiből azonban arra következtetünk, hogy ritkán van szó tudatos, szándékolt és "megépített" pályamódosításokról, amelyeknek középpontjában valamiféle mobilitási érték állana. A változtatásokra egy-egy adott munkahelyi konfliktus másként már nem biztosítható megoldásaként vagy a - valamivel - könnyebb munka reményében kerül sor. Mint látjuk majd a későbbiekben, különösen a szociálisabb irányultságú salgótarjáni ideggondozó bizonyult eléggé tájékozottnak betegeinek a munkával vagy a munkahellyel kapcsolatos problémái felől. Orvosi-terápiikus lehetőségeit gyakorta tudatosan fel is használja arra, hogy a beteg érdekében "munkaközvetítsen": gyógyulása és helyzetjavítása reményében munkakör- és munkahelyváltoztatásokat kezdeményezzen. Mint ahogy eszköztárában ott van a "felmentés" is - a rokkantság. Ha e tényeket figyelembe vesszük, akkor a változatlanság első látásra meglepő arányai már nem is annyira meglepőek. Csak a mobilitás /felemelkedés és lecsuszás/ ehelyütt kevésbé adekvát szempontrendszeréből a védelemnyújtás

értelmezési keretébe kell átemelnünk adataink valódi jelentését. S ha így gondolkodunk felőlük, akkor azt is mondhatjuk, hogy az ideggondozók - a rendelkezésükre álló korlátozott eszköztár mozgósításával - több-kevesebb sikerrel védik meg betegeiket a társadalmi lecsuszás, leszakadás veszélyével szemben. E kontextusban a változatlanúság ténye mégis kap némi "mobilitási" jelentést: a beteg egyébként talán elkerülhetetlen lefelé sodródása, státusz-vesztése eredményes feltartóztatásának szerény jelét láthatjuk benne.

E megjegyzésekkel az ideggondozói társadalom bemutatásának végére értünk. Összegezés helyett talán azt a konkluziót érdemes kiemelni, ami számunkra is kutatásunk egyik legfontosabb tanulsága volt: az ideggondozók belső világa a valóságban jóval kevésbé különbözik az egészségesek "kinti" társadalmától, mint ahogyan az - az előítéletekkel és ellentmondásos vélekedésekkel átítatott - köztudatban, vagy akár az intézmény saját önképében él. Inkább valami olyasmi állja meg a helyét, hogy az ideggondozó valóban az elesettek intézménye; elesettek, segítségre szoruló pedig a társadalom minden rétegében akadnak. A kinti világ betegítő hatásaival szemben az ideggondozó - úgy tűnik - meglehetősen hatékony védelmeket is kínál. Éppen azért teheti ezt, hogy az egészségügyi rendszer alján, annak perifériájára szorulva már "megengedheti magának", hogy a szűkebben értelmezett orvosi feladatokon túl /pontosabban: azok részeként/, a betegek szociális védelmét is felvállalja. A kiszorítottságnak és a - relatív - liberalizmusnak ez a szétválaszthatatlanul egybeötvozódó jelenléte különösen Salgótarjánban szembeötlő, ahol az intézmény védelmi funkciója - önértékén túl - a társadalmi szelekció hathatós ellenszerének is bizonyult.

Stigmatizáció és védelem - e fogalompár egész tanulmányunk két alapdimenzióját adja. Hogyan hagyják ott lenyomatukat a betegek bekerülés utáni sorsán - erről lesz szó a továbbiakban.

Betegek és beteg-utak

Láttuk az eddigiekben, kik azok, akiknek utja végül is az ideggondozóba vezet. Láttuk, hogy még a szüksézu kórlap-adatokból is markáns csoportok, makráns betegségek és markáns élethelyzetek rajzolódnak ki. Ugyanakkor többféle megközelítésből is kiderült, hogy az ideggondozók társadalma nem rendeződik egyértelmű hierarchiába, s nem mondható, hogy az intézmény kizárólag a le- és kiszakadók egészségügyi ellátási formája volna. A magyarázatokhoz - legyen szó akár az első látásra "egyszerűnek" tűnő demográfiai összetételről, akár /mondjuk/ a leszázalékolás összetett jelenségköréről - újra meg újra vissza kellett térnünk a két ideggondozó funkcióiban mutatkozó hasonlóságokhoz és különbségekhez, valamint a stigmatizáció, a szelekció, a szegregáció és a védelem problémáihoz.

Adósak vagyunk azonban még annak közvetlen bemutatásával, hogy "hogyan is megy végbe mindez" a mindennapi tevékenységek folyamatában. Hogyan születik meg orvosi döntésekből a társadalmi kirekesztés és a védelem, hogyan zajlanak e folyamatok az egészségügyi ellátás /mert hiszen annak intézményeiben vagyunk/ napi működésében? A betegeknek az egészségügyben bejárt pályáiról, a számukra nyíló vagy szűkülő választás lehetőségeiről, az orvosi döntés szabadságáról és kényszerpályáiról lesz tehát szó az alábbiakban - úgy, ahogyan az az ideggondozó felől nézve látszik.

A betegeket és pályájukat a bekerülésükről követhetjük nyomon. Nem volt mód arra, hogy többet tudjunk meg a betegséggel kapcsolatos "előéletükről", mint amit a kartonok rögzítenek, amelyeken - az intézmény szempontjából logikusan - a beteg attól kezdve beteg, hogy az ideggondozó betege. Nem tudjuk tehát, hogy idekerülése előtt hányszor hányódott már - mondjuk - neurózisával körzeti orvos, ideg-szakrendelés, belgyógyászati kivizsgálás és - időnkénti szünetekkel tarkítva - a feladás, a belenyugvás pályáin, illetve a kilábalást előre nemigen mozditó csapdáiban. Nem tudjuk, milyen régen tart már a megfelelő intézmény és orvos megtalálásának kálváriája, hogy hány jó és rossz tanácsot, hasznos gyógyszert vagy rendreutasító felszólítást kapott már a

beteg ember, mire idejutott. Nem tudjuk ezt még azokról a "klasszikusabb" esetekről sem, ahol a diagnózis - már ismertén - skizofrénia volt: ez állt a kórházi zárójelentésen, amellyel a beteg először állított be a gondozóba. Igaz: készül - hol kisebb, hol nagyobb alaposággal - anamnézis a betegségről és a beteg utjáról. Az anamnézis azonban - az időhiány szorításában, de az orvosi-gyógyítói kulturában megszokottá vált rutin szerint is - csak azt tartalmazza, amit az adott orvos a saját gyógyító tevékenységének szakszerű és hatékony ellátása szempontjából fontosnak itél. A betegnek a betegséggel kapcsolatos küzelmei, bizonytalanságai és - szakmai értelemben vett - uttvesztései csak annyiban érdekesek, amennyiben a gyógyításra szoruló betegség és panasz szempontjából informativak. Ez pedig más szempontrendszer, mint a szociológusé, aki a beteg egész élethelyzetére, valamint - ezesetben - az egészségügyi hálózat válaszreakcióira lenne kíváncsi. Hogy ehhez biztos támpontokat kap-e az anamnézisekből, az attól függ, hogy a beteg utja az egészségügyben mennyire "szabályos"; éppen azokról tudunk tehát keveset, akiké szabálytalan - a sodródókról, a folytonosan továbbküldözgetettekről, azokról, akik nem egyenesen, hanem csak végül jutnak el az ideggondozóba.

Az anamnézisekben kitüntetett szerep jut a kórháznak. Több ok miatt. Egyrészt, mert - kimondva vagy kimondatlanul - a korábbi kórházi ápolás ténye a betegség feltételezhető súlyosságáról már önmagában is mond valamit az új, betegével most ismerkedő orvos számára. Másrészt: mert a kórház ad zárójelentést, és ez informativabb, mint elkérni a kartont a beteget esetleg régóta ismerő körzeti orvostól, beszélni a beteg családjában esetleg már többször előfordult nevelési tanácsadó-béli családgondozóval, tájékozódni bizonytalan, nem-orvosi vagy fél-orvosi tapasztalatok felől.

A kórházi zárójelentéseken kívül még egy irott, biztos pont van: a beutaló, amivel a beteg érkezett. Rögzítésre kerül tehát, hogy ki küldte őt az intézménybe, s így legalább a közvetlen előzményről tudhatunk. A beteg-ut így itt kezdődik számunkra. Folytatása pedig az a pálya, amit a beteg már az ideggondozó ápoltságként bejár. Lássuk először a kezdőpontot:

24. tábla

Hogyan került a beteg az ideggondozóba?

/%-os megoszlás/

	IX. kerületi ideggondozó	Salgótarjáni ideggondozó
Körzeti orvos kezdeményezésére	73	62
Üzemorvos kezdeményezésére	2	7
Neurológiai szakrendelés utalta be	5	3
Más szakrendelés utalta be	2	2
Pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás /kórház, klinika/ kezdeményezésére	8	11
Nem-pszichiátriai kórházi kezdeményezésre	2	2
Önként jelentkezett	3	4
Hatóság küldte	2	1
Egyéb, ill. ismeretlen	3	8
Együtt:	100	100

A közvetlen előzményekben - mint látjuk - nincs lényegi különbség a két ideggondozóba vezető utak között. Az errefelé terelő legfőbb egészségügyi ágens a körzeti orvos. A két gondozó funkcióiban és a környezetük egészségügyi intézményei között elfoglalt helyükben fennálló különbségek azonban a bekerülés egyéb módjaiban már tettenérhetőek. Az ideggondozó sem Budapesten, sem Salgótarjában nem választott intézmény ugyan, mégis: az "utcáról" bekerülő betegek arányában jelentős az eltérés. Míg Salgótarjában a betegek 4%-a önként, további 6-7%-a^{x/} a családja kérésére, esetleg fenyegetésére jelentkezett itt,

x/ A salgótarjáni ideggondozóban az "egyéb és ismeretlen"-ként összefoglalt bekerülési módok tulnyomó többsége azt takarja, hogy a beteget családja vagy ismerősei hozták be.

addig a megfelelő arány a IX. kerületben mindössze 3%. A védőhálónak tehát "hire megy", és a környezetben érzékelhető visszhangja van. Ugyanakkor a 10-11%-os önkéntességi arány is alacsony. Ez, valamint a körzeti orvosok által ideirányítottak nagy hányada arra utal, hogy az egészségügyi hálózaton belül az idegrendszert nem tartozik a választott intézmények közé. Több az előítélet, erősebbek a stigmák, nagyobb a hatósági, vagy e mezeiben megjelenő kvázi-egészségügyi nyomás annál, semhogy a "szabad" társadalom felől nézve, idekerülni kívánatos lenne. Más kérdés - és ezt a már bentlévők felől, azok helyzetét elemezve érzékelhettük -, hogy mindezenközben az intézmény komoly védelmet, valamelyes kivezető utakat, reménytelen élethelyzetek némi megoldását nyújtja. Azoknak, akik - betegségük vagy/és élethelyzetük kényszerei folytán - a gátat, a fizikailag talán kevésbé, társadalmi értelemben annál magasabbra huzott falat átlépték.

A körzeti orvosi beutaló a jelenlegi egészségügyi szabályozásban /a progresszív betegellátás jegyében/ a szakellátás felkeresésének legszabályosabb útja. Annyira szabályos, hogy a gyakorlati életben - a szemészeti, a belgyógyászati vagy a nőgyógyászati ambulanciákon - valószínűleg távolról sem ilyen precíz az egybeesés a rendeletekben megfogalmazott adminisztratív kívánság és a ténylegesen lezajló valóságos folyamatok között. De mást is jelez az alapellátás beutalóinak 2/3-3/4-es részesedése a bekerülés módjai között. Azt a tényt, hogy a pszichiátriai betegek /főleg a neurotikusok, depressziósok/ jelentős része orvosi segítséget kezdődő panaszaira fejfájására, alvászavaraira, időnkénti effektív munkaképtelenségére stb./ a körzeti orvosoknál keres, akik viszont - az őket nyomó, szigorú követelményeket támasztó szabályozás terhe alatt, meg mert szemléletükbe, kulturájukba sem épült be a pszichiátriai típusú megközelítés - betegeiket nem megtartani, hanem a szakemberhez továbbadni igyekeznek. Megpróbálnak tehát e számukra ma tömegméretekben mindenképpen megoldhatatlan feladattól megszabadulni. Valószínű továbbá, hogy a körzeti orvos beutalási javaslata egy hosszabb orvos-keresési periódus utolsó láncszeme. A panaszokkal küzdő beteg cirkulárisan visszatér az alapellátásba, mert többszöri - eredmény nélküli - belgyógyászati, esetleg

neurológiai kivizsgáláson átesett már, mire orvosa azt a döntést hozta: forduljon pszichiáterhez.

Ez az átfogó kép azonban árnyaltabbá válik, ha a betegeknek az ideggondozóba vezető utjait megbetegedésük jellege szerint tanulmányozzuk. Számításba kell továbbá vennünk, hogy minden bizonnyal mások /s talán több választási szabadságot engednek meg/ a városiak, mint a falusiak orvoshoz jutási lehetőségei. S az is differenciákat okozhat, hogy - mint ismeretes - a nők "könnyebben" mennek orvoshoz, közöttük a panasz betegség-jelzéseként való értelmezése elfogadottabb, kevesebb /ön/értékelési zavart okoz, mint a férfiaknak; így változatosabb utakon s - állapotukhoz viszonyítva - korábban juthatnak el a pszichiáterhez is, mint férfi betegtársaik. A beteg-utak nemenkénti, illetve a betegség jellege szerinti azonosságait és különbségeit tárja elénk a 25. tábla. A 26. tábla pedig az orvoshozjutás módjaiban - értelemszerűen csak a salgótarjáni ideggondozó esetében vizsgálható - város-vidék összehasonlítást mutatja be.

Az orvoshoz jutás nemenkénti különbségei - várakozásunkkal ellentétben - nem különösebben jelentősek. Mindenképpen kevésbé szembeötlőek, mint a különféle betegségek jellegzetesen eltérő előzménytörténetei, illetve azok a hangsúlyos arányeltolódások, amelyek a két ideggondozó között mutatkoznak.

A férfiak ideggondozói kezelését kezdeményező aktorok között valamivel nagyobb a kórházak, és valamivel kisebb a körzeti orvosok szerepe, miközben önkéntes jelentkezésük arányai mindkét helyszínrünkön meghaladják a nőkéét.

E tények látszólag ellentmondanak annak, amit a két nem orvoshoz fordulási kulturájáról az eddigiekben tapasztaltunk. Az ellentmondás azonban valójában látszólagos. Arról lehet ugyanis szó, hogy a férfiak súlyosabb állapotban, betegségük-panaszuk későbbi fázisában jelzik bajaikat, mint az asszonyok, s ilyenkor a kórházi beutalás sokszor már elkerülhetetlen. De meg számukra is inkább elfogadható a betegségtudat, ha azt a kórházi kezelés, semmint a körzeti orvos által felírt pirulák és elmondott életvezetési jótanácsok szentesítik. Ami pedig az ön-

25. tábla

Az ideggondozóba való bekerülés módja néhány - nagy gyakorisággal előforduló - betegségcsoportban
 esetében, nemenként, a két ideggondozóban [%]

	IX. kerületi ideggondozó					Salgótarjáni ideggondozó				
	Skizo- frénia	Dep- resz- szió	Alko- holiz- mus	Neuró- zis	Összes beteg	Skizo- frénia	Dep- resz- szió	Alko- holiz- mus	Neuró- zis	Összes beteg
Férfiak										
Alapellátás javaslatára	51,7	63,3	78,8	86,5	73,8	44,4	63,1	72,9	78,3	64,1
Szakrendelés javaslatára	11,6	10,0	-	8,3	8,1	4,8	7,1	1,2	7,0	5,3
Pszichiátriai kórházi kezelés után	25,2	3,3	3,0	0,9	9,0	21,7	10,7	17,6	5,7	12,7
Önként jelentkezett vagy a család kez- deményezte a kezelést	6,8	10,0	6,1	1,7	4,1	25,9	14,3	5,9	5,7	14,1
Hatósági javas- latra /kötele- zésre/	2,0	-	9,1	0,4	2,0	3,2	1,2	1,2	0,6	1,9
Egyéb és ismeretlen módon került kezelésbe	2,7	13,4	3,0	2,2	3,0	-	3,6	1,2	2,5	1,9
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nők										
Alapellátás javaslatára	52,9	74,6	85,7 ^x	85,3	75,4	53,4	66,7	69,2 ^x	79,1	71,8
Szakrendelés javaslatára	11,0	7,0	- ^x	5,5	6,9	5,0	7,9	- ^x	4,9	5,5
Pszichiátriai kórházi kezelés után	21,4	14,1	- ^x	1,4	7,4	21,7	11,5	7,7 ^x	4,5	9,0
Önként jelentkezett vagy a család kez- deményezte a kezelést	3,3	-	7,1 ^x	4,3	3,8	16,1	13,3	15,4 ^x	8,6	11,1
Hatósági javas- latra /kötele- zésre/	4,8	-	7,2 ^x	0,6	2,6	1,9	0,6	- ^x	-	0,6
Egyéb és ismeretlen módon került kezelésbe	6,6	4,3	- ^x	2,9	3,9	1,9	-	7,7 ^x	2,9	2,0
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

x = A kis elemszám miatt nem megbízható adatok.

kéntes jelentkezést illeti: itt arról a - már többször említett - jelenségről lehet szó, hogy a férfi-munkák és elvárt férfi-magatartások világában a megbetegedés, a zavart viselkedés feltűnőbb, a gyengeség, a panaszok élesebb konfliktusba kerülnek a környezet tűrőképességével, azzal, amit "normálisnak" fogad el, mint a nőktől megszokott és elvárt életvitelben. Ugyanez áll a munkavégzés képességére, a férfiak, illetve nők rutinszerűen ellátandó napi teendőire is. Ezért a környezet, a család, a szomszédok, a munkahely előbb érez késztetést arra, hogy a beteget szakorvoshoz vigye. S itt még egy - az előzőekkel szorosan összefüggő - mozzanatot emlitenünk kell. Az ápolás, a gondoskodás, az ilyesfajta "ügyintézés" tipikusan asszonyi teendő. A megbetegedett férfi élettársa számára kulturálisan kézenfekvőbb tehát a kezdeményezés, a kopogtatás beteg férje miatt "a doktor ur" ajtaján, mint fordított felállásban a férfiak számára. Mindezt összegeződik a férfiaknak a nők önkéntességi arányait meghaladó kerülőutmentes bekerülésében.

A beteg asszonyok utja rutinszerűen a körzeti orvoshoz vezet először. S az orvosok is kevesebbet teketóriáznak labor-vizsgálatokkal, kórházi kivizsgálásokkal, mielőtt nő-betegeiket a pszichiáterhez küldik. Így jön létre az a kép, hogy a nők ideggondozóba vezető utjai szabályosabbak, kevesebb előzetes egészségügyi állomás felkereséséről tanuskodnak, mint a férfiakéi.

Betegség és betegség között azonban jelentős különbségek adódnak a tipikus bekerülési pályák tekintetében. Pontosabb a fogalmazás, ha azt mondjuk: a skizofrén betegek utja lényegesen különbözik a többiekétől. Az ideggondozóba vezető utjukon közülük minden negyedik-ötödik megjárta már valamelyik kórház pszichiátriai osztályát. Ezekben az esetekben a kórházi javaslat a félig-meddig gyógyult /legalábbis akutan veszélyeztetett állapotából kikerült/ beteg utógondozását kéri az ideggondozótól. Ennyiben az ideggondozó-hálózat létrehozatala mellett felsorakoztatott érvek valóra váltásáról van szó: a kórházi ápolást már nem igénylő, de gyógyultnak még nem tekinthető pszichotikusok utógondozásáról. Ha e funkció felől nézzük az arányt, akkor azt inkább alacsonynak kell találnunk. Hiszen jelentése annyi, hogy a skizofrén betegek közül még ma is minden negyedik-ötödik

beteg első útja a fekvő-, és nem a járóbetegeellátásba vezet. Az eredeti szándék - a pszichotikusoknak a járóbeteg-rendelések keretében történő preventív ellátása - tehát csak részlegesen realizálódott. Ezért a "kiváltó" rendszer helyett a valóságban az történt, hogy az ideggondozó csak a viszonylag jó állapotban lévő, és már felderített pszichotikusokat tudja kezelni. Ez is eredmény azonban. Egyrészt, mert általa biztonsággal megrövidíthető a kórházi ápolás időtartama, másrészt, mert e rendszer a korábbi helyzethez képest valószínűleg mérsékelte a mindenkori betegek izolációját, hospitalizációját, és meggátolta, hogy a skizofrénia fellépte azonos legyen a társadalmi tagság teljes elvesztésével, a közösségből, a normális világból való kihullással.

A skizofrénekre más betegekhez képest sokkal jellemzőbb, hogy önkéntesen jelentkeznek. Különösen a férfiak bekerülési módjai között szerepel ez az út nagy - az átlagot mindkét ideggondozóban több, mint másfélszeresen meghaladó - sullyal. Sőt, a salgótarjáni skizofrén férfi-betegek közül több jött egyenesen az utcáról, mint a kórházakból! Nem találunk más magyarázatot e tényre, mint a fentebb általánosságban már említett kulturális összefüggést. Azt tehát, hogy a "furcsán" viselkedő férfi-betegről a környezetnek az jut eszébe, hogy jobb lesz felkeresni a pszichiátert. A viszonylag magas arány azt a - nehezen mérhető - jelenséget is jelzi, hogy lassacskán megszűnőben, vagy legalábbis mérséklődőben van a pszichiátria félelemmel teli, azt valami egzotikus szörnyiségnek megjelenítő köztudati képe, s - különösen ott, ahol védőszerepének híre megy - az emberek, a családok a hathatós segítség egyik formájaként veszik igénybe. E lassu változások jelentőségét azonban nem szabad eltuloznunk. A salgótarjáni kiugróan magas "spontán odafordulási" arány valószínűleg az intézmény és orvosai közismert, országos hírű menedéknyújtó szerepének szól. Az általános képet a - jóval szerényebb, noha jelentéktelennek semmiképpen nem nevezhető - pesti arányszám minden bizonnyal tükrözi.

A többi betegség-fajtáról röviden: a depresszió az előzetesen végigjárt utak szempontjából is a már többször érzékelt, köztes helyet foglalja el a "klasszikus" pszichózisok, illetve

a személyiség- és magatartászavarok között. A diagnosztizálás bizonytalanságaira utalhat, hogy a közvetlen előzmények mögött viszonylag magas a rendelőintézeti és - különösen Salgótarjában - a kórházi kivizsgálások, kezelések aránya. Az alkohol-betegek is, a neurotikusok is leggyakrabban a körzeti orvosok kezdeményezésére keresik fel a gondozót; az előbbieket sokszor kórházi, az utóbbiak inkább eredménytelennek bizonyuló szakrendelői kezelések, kivizsgálások után.

Ami a városi és a vidéki betegek tipikus bekerülési pályáit illeti, néhány figyelemre méltó jellegzetességre érdemes kitérnünk. Az előzetes kórházi kezelések és szakrendelői beutalások konzekvens vidéki többlete két dolgot jelezhet egyszerre. Az egyik, hogy a megfelelő speciális rendelőtől távol dolgozó körzeti orvosok - szükségképpen - bizonytalanabbak döntéseikben. Diagnózisuk persze valószínűleg épp olyan arányban jók vagy elhibázottak, mint városi kollégáiké, de saját lelkiismeretük normái szerint is, a környezet megítélése szerint is kevésbé engedhetik meg maguknak a tévedés jogát. Önvédelemből és a biztos diagnózis megszerzése érdekében ezért inkább küldik betegeiket általános rendelőintézeti vizsgálatokra, mint "egyenesen" a pszichiáterhez.

A kórházi kezelések magas aránya ezen felül a betegség súlyosságának is fokmérője lehet.

Bár szerepet játszhat az is, amit fentebb a férfiak és nők betegség-tudata kapcsán már említettünk: a falusi ember számára a betegség akkor igazán betegség, ha kórházban kezelik. Nem is engedheti meg magának a fél vagy egész napjait elvevő "orvoshoz mászkálást" "csak úgy" - egészen addig, míg erre a kórházi zárójelentéssel nyomatékosított felszólítása nincsen.

A falusiak súlyosabb állapotára és a kulturális különbségekre együtt látszik utalni az az érdekes különbség, ami a 26. táblában a pszichotikusok és neurotikusok, illetve alkoholisták között az önkéntes jelentkezés arányaiban mutatkozik: míg a közvetlenül az ideggondozónál jelentkező skizofrén és depressziós betegek arányaiban gyakorlatilag nincsen falu-város különbség, addig az alkoholisták, illetve neurotikus betegek a

városban közel háromszor olyan eséllyel "mennek be egyenest az utcáról" a gondozóba /illetve viszik őket családtagjaik oda/, mint a hasonló panaszoktól szenvedő falusi betegtársaik.

A városiak persze meg is tehetik ezt: az ideggondozó ott van, közel a város központjához, mindenfelől "utba esik". A falusiaknak számításba kell venniük a ritka buszjáratokat, a vonatok menetrendjét is. No, nem mintha a városi embernek és családjának nem kellene komoly erőt összpontosítania, hogy e döntésre elszánja magát. De ha a döntés megszületett, a megközelíthetőség akadályát már legalább nem kell leküzdenie. A kulturális okokon túl az arányeltérésekben ez az egyszerű fizikai körülmény minden bizonnyal komoly szerepet játszik.

"Kisodródók" és "bentmaradók", "ujak" és "régiek"

Ebben az alfejezetben a betegek további pályáját követjük nyomon. Átlépték a "demarkációs vonalat", amelyet mind társadalmi, mind orvosi értelemben - láttuk - nehéz átlépni. Kérdés: mi történik ezután? Maradnak-e, s ha maradnak, mi lesz a sorsuk. Védelmet, gyógyulást kapnak-e, s utjuk visszavezet-e az egészségesek világába, vagy kisodródnak, vergődnek, immáron véglegesnek tekinthető beteg-státuszuk őket megkülönböztető és elkülönítő bélyegével - egyik orvosi intézményből ki, a másikba be.

A két ideggondozó - eddig már sok metszetben látott - különbségei e kérdések vonatkozásában válnak igazán élesekké és perdöntőekké. A hozzájuk kerülő betegek sorsa mindenben más lesz - látjuk alább.

A különbségek pedig elgondolkodtatnak: nem magyarázzuk-e túl gyakran és túl könnyen az egészségügyi ellátás színvonalromlását, futószalagszerűségét, ahumánus bánásmódját a rossz fizikai és anyagi feltételekkel? Láttuk: a IX. kerületi ideggondozó feltétel-mutatói jobbak, betegei mégis kiszolgáltatottabbak, kevesebb védelmet kapnak. Láttuk: az orvosellátottság kedvezőbb, az intézmény szelleme mégis "hatóságibb" és elhárítóbb. Mindez nem kíván a szegénység dicsérete lenni. Annyit jelez csupán: legyenek bármilyenek a feltételek, a mozgástér szü-

kösségét vagy tágítását kizárólag általuk nem magyarázhatjuk. A választásnak - amely persze kevesebb kényszerrel terhes, ha legalább anyagi és tárgyi megalapozottsága biztonságos - van tere, és a választás irányának vannak következményei. Ezt példázzák a betegek sorsának éles különbségei kutatásunk két színterén.

Különbségek mutatkoznak mindenekelőtt - hogy egy parafrázist használjunk - az ideggondozók "betegmegtartó képességében". A IX. kerületben a pszichiátriai járóbeteg-ellátást - s egyben a hazai rendelőintézeti hálózat egészét - általánosan jellemző forgóajtó-rendszer lenyomataival találkoztunk. Ugyanakkor a továbbküldés, a háritás a pestinél jóval tulterheltebb salgótarjáni gondozó tevékenységét egyáltalában nem jellemezte.

Jól látszik ez abból, hogy azóta, hogy kartonjaikat az első alkalommal kiállították, hányszor fordultak meg a betegek az egyik, illetve a másik intézményben. Az "átmenő forgalom" a IX. kerületben meglehetősen nagynak bizonyult: a betegek 18 százaléka egyszer jelent meg csupán, s azután /az ideggondozó szempontjából/ nyoma veszett. Igazán tartósan csak a skizofrének, a depressziós betegek és a pszichopátiában szenvedők - a "klasszikus" pszichiátriai esetek - maradnak tehát a gondozó állományában.^{x/}

A tovább-keresgélők vagy hosszabb-rövidebb ideig kallódók, sodródók arányai azonban a többi körforma esetében igen magasak. A IX. kerületben mindössze egyszer látták a demens betegek 16, az epileptikus és egyéb organikus betegségben szenvedők 19, a neurotikusok 24, az alkoholos pszichózisban szenvedőknek pedig 21 százalékát. Öt "nem-klasszikus" betegükből egyről tehát semmit sem tudnak a továbbiakban a kerület orvosai - legfeljebb egyet: kevéssé valószínű, hogy e betegek sorsa másutt jobban alakul majd. Ha az ideggondozó nem látja el őket, akkor - laikusok és szakemberek számára egyaránt tudható - más intézmények

x/ A mindössze egyszer megjelentek arányai közülük rendre: 1,1; 5,0 illetve 7,1 százalék.

még kevésbé. Persze állapotuk rosszabbodásával valahová eljutnak majd. E kallódó és biztosan rosszabbodó betegség-karrier azonban kevésbé kecsegtet a hatékony gyógyítás reményével, prevenciónak, idejében történő beavatkozásnak pedig semmiképpen sem tekinthető.

Egészen más a helyzet a salgótarjáni ideggondozóban. Igaz, itt senki sem nyugtathatja magát a bőséges választék - felmentést nyújtó - illuziójával. A betegeknek nincs módjuk "párhuzamos" orvosi szolgáltatások közötti válogatásokra, az orvosoknak pedig - hasonlóan - nincs módjuk a továbbküldésre. Mert közel s távol nincs hová. 60-80 kilométeres körzetben az ideggondozó, illetve a hozzá kapcsolódó alkoholgondozó és krízisintervenciós osztály az egyetlen intézmény, ahol pszichiáter szakorvosok foglalkoznak a beteggel: a megyében pszichiátriai kórházi osztály is csak a határszélen, Balassagyarmaton van.

E helyzeti különbségen túl azonban más tényezők is szerepet játszanak abban, hogy az első találkozás után továbbálló beteg fehér holló Salgótarjában: egyszer mindössze 1 százalékukat látták, a többség évente legalább két-három alkalommal megjelenik. Az orvosi ellátásban itt ugyanis az intézmény védő-funkciója kerül előtérbe. S ettől a szokásosnál zártabb és perszónálisabb az orvos-beteg viszony, a beteg - látjuk később részletesebben is - életének nem-orvosi vonatkozásaiban is sok segítséget kap. Így pedig a gyógyítás is más - kevésbé futószalagszerű. Szétválaszthatatlanul összefonódik benne mindaz, amit a betegség maga hív ki: a fiziológiain kívül a szociális helyzetváltoztatásra igényelt és adandó válasz. A betegek csaknem teljeskörű megtartásában - úgy hisszük - a szűkös intézményi választék mellett e "felvállaló" orvosi magatartásnak legalábbis egyenrangú, ha nem elsőrendű szerep jut.

Ugyanaz a különbség rajzolódik ki a két ideggondozó eltérő gondozásbavételi "politikájában" is - a "saját fennhatóság" alatt tartott, szemmel kísért betegek arányainak eltérésében.

Tudjuk, a gondozásba vétel azt jelenti, hogy az intézmény lényegében garanciát vállal betegéért: a szabályoknak megfelelően évente legalább egyszeri felülvizsgálatra behívja, vagy /ha a beteg többszöri hívásra sem jelentkezik/ otthonában keresi fel.

A gondozásba vétellel nyomatékosított garanciavállalásban a két ideggondozó között 50 százalékot meghaladó aránykülönbség mutatkozott. A IX. kerületben az egy év alatt ott megfordultaknak 41 százalékát, Salgótarjában gyakorlatilag mindenkit - 96 százalékukat - saját gondozottjuknak tekintenek.

Az orientáció különbségei a pszichiátriai szempontból hátrányos helyzetű neurózis megítélésében még szembeesőbbek. A IX. kerületi ideggondozó legfeljebb a pszichotikusok sorsának orvosi kézbentartását tekinti dolgának; a neurotikusok közül mindössze 13 százalék kartonján szerepel a figyelemfelhívó "G"-betű. A salgótarjáni ideggondozóban a pszichotikus betegek kivétel nélkül valamennyien gondozottak, de a neurotikus betegek 91 százaléka is az.

Mindezek után kevésbé lepődhetünk meg azon, hogy a két ideggondozó között markáns különbségek mutatkoztak az új, frissen bekerült, illetve hosszabb ideje ápolás alatt álló betegek arányaiban is. Az ideggondozók kapacitása telített. Így, ha nagy a betegek "forgási sebessége" /amit fentebb az egyszer megjelentek arányaival érzékeltettünk/, abból szinte egyenesen következik, hogy viszonylag sok az új beteg. Ahol pedig a betegek bentmaradnak, ott az ujak aránya értelemszerűen alacsonyabb lesz. Igaz, elvileg elképzelhető lenne más kimenetel is: a bentlévők alaposabb, behatóbb gyógyítása, az intézménynek az orvosi munka minőségének emelésével való védekezése a forgóajtó-rendszer ellen. A mai magyar egészségügyben azonban ez a védekezési stratégia csak elvi lehetőség: ha a napi, a havi forgalom mutatói "tul" alacsonyra zuhannának, az irányítás válassza egy-egy "szükségtelennek" minősített orvosi, gondozónői státusz megszüntetése. Tapasztalatból tudja ezt mindenki, aki az egészségügyben, vagy az infrastrukturális ellátás más, hasonlóan mennyiség-orientált intézményében dolgozik. Így az elemi egzisztenciális érdekelttség tartja fenn a ki- és belépők

magas arányait, az alacsony percátlagokat, a zsufoltságot, s hívja elő a gyógyítómunka sokszor embertelen rutinszerűségét.

A szabályozás mellett persze nem feledkezhetünk meg az intézményre háruló óriási nyomásról sem. Láttuk: miközben a betegforgalom nagy és nőttön nő, az intézmény-hálózat az ellátásra szorulóknak csak töredékét képes fogadni. A külső nyomás terhe alatt pedig egy lehetetlen szakmai dilemma elé kerül: inkább lásson el kevés beteget, ám gyógyításukat végezze a lehető legmagasabb színvonalon /vállalva a kívülrekedtek teljes ellátatlanságának tudatát és felelősségét/, vagy nyissa szélesre kapuit, s a legalább minimális /noha szakmailag nem megnyugtató/ ellátás reményében igyekezzen válaszolni a tömegesen jelentkező kihívásra. A dilemma ma alig-alig feloldható, s a nyomában járó elégtelenség-tudat, felelősségelhárítás az egész hazai egészségügy egyik szembeötlő vonása. Egyetlen intézmény nem is lehet képes a megoldására. Ahhoz az egész ellátórendszer reformjára, tömegellátás és színvonalas gyógyítás viszonyának újragondolására, a beteg-áramlás új pályáinak kialakítására, s - mindenekelőtt - az egészség értékének társadalmi és szociális rehabilitálására volna szükség.

A két ideggondozónak a társadalmi kihívásokra adott különböző válasza azonban elgondolkodtató. Talán mégis van játéktér, talán mégis van mód a színvonal védelmére, a betegforgó ál-ellátásról tanuskodó mutatóinak mérséklésére, s ezáltal a bekevert betegek jó lelkiismerettel vállalható gyógyítására.

A IX. kerületi gondozó e problémát a betegségek - és a betegek - közötti éles különbségtétellel igyekszik áthidalni. Miközben magatartása elhárító a neurotikusokkal szemben, megtartó a pszichotikusok vonatkozásában. A különbségtétel következménye, hogy a régi betegek között az ujakhoz képest több, mint ötszörös arányban találunk skizofréneket, miközben az évek során a régen kezelt neurotikus betegek aránya megfogyatkozik:

míg a kutatás évében bekerült férfiaknak közel fele, a nőknek pedig kétharmada szenvedett e betegségtől, arányuk a régebbi kezelés alatt állók között már csak egyharmados.^{x/}

A salgótarjáni ideggondozó régen, illetve ujonnan kezelésbe vett betegeinek diagnózis szerinti összetétele lényegesen jobban hasonlít egymáshoz. A skizofrén betegek arányai a régi betegek között csak két, illetve háromszorosan haladják meg az ujak közötti részesedésük mutatóit, s a neurotikusok közül is csak minden harmadik-negyedik az új beteg /miközben a IX. kerületben minden második az/. A betegségek közül egyedül az alkoholizmus az, amelyet szemlátomást a salgótarjáni gondozó sem vállal fel. Különösen a férfi-alkoholistáktól szabadul: ez tűnik ki abból, hogy miközben közülük kerül ki minden negyedik új férfi-beteg, addig arányuk a tartósan ideggondozói kezelés alatt állók között már csak 11 százalékos.

A két ideggondozó régi és új betegeinek betegségek szerinti összetételét foglalja egybe a 27. tábla.

A betegforgó mértékének különbségeit pedig egyetlen adatpár is plasztikusan érzékelteti: miközben a mindenkori új betegek, s velük az "átmenő forgalom" aránya a IX. kerületben 38,2 százalékos /a férfiak és nők közel azonos, 39,4, illetve 38,2 százalékos mutatóival/, addig a salgótarjáni ideggondozóban a megfelelő érték az előbbinek éppen a fele: 19,2 százalék. /A férfi-nő eltérések itt is csekélyek. A férfi-betegek között az ujak aránya 16,5, a nők között pedig 20,9 százalék/.

x/ Elvileg felmerülhetne, hogy a neurotikus betegek arányában mutatkozó csökkenés magyarázata nem a lemorzsolódás, hanem gyógyulásuk. Hogy - sajnos - nem erről van szó, azt a bentmaradóknak a két ideggondozó közötti aránykülönbségei igazolják. Miközben semmilyen jel nem utal arra, hogy a salgótarjáni intézményben kezelt neurotikusok neurózisa minőségileg másfajta orvosi ellátást igényelne, mint pesti sorstársaiké, őket az ideggondozó - akárcsak a pszichotikusokat - éveken át kezeli, míg a pesti "elengedi". Nem a betegségek diktálta szükségletek, hanem a válaszul nyújtott ellátások különbségeiről van tehát alapvetően szó.

27. tábla

Az új és a régi betegek diagnózis szerinti összetétele a két ideggondozóban

Diagnózis	IX. kerületi ideggondozó				Salgótarjáni ideggondozó			
	Férfiak		Nők		Férfiak		Nők	
	Uj bete- gek	Régi betegek	Uj bete- gek	Régi betegek	Uj bete- gek	Régi betegek	Uj bete- gek	Régi betegek
Skizofrénia	6,4	36,9	5,1	28,7	10,7	34,3	8,1	19,3
Depresszió	3,9	5,9	4,0	8,3	9,7	14,3	6,6	20,2
Organikus kórképek	12,0	8,4	6,8	9,7	3,9	8,9	2,0	6,7
Dementia	3,4	2,2	5,6	5,6	-	1,2	1,0	1,1
Akoholizmust+ akoholos pszichózis	6,9	4,7	1,8	1,1	26,2	11,2	2,5	1,1
Neurózis	47,6	33,2	65,9	37,8	37,9	22,7	76,3	47,9
Sine /nincs pszichiátriai betegsége/	11,6	0,6	8,6	2,4	5,8	2,3	2,5	2,0
Pszichopátia	8,2	8,1	2,3	6,4	5,8	5,2	1,0	1,7
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A száraz szám adatok is érzékeltetik: akár a betegek biztonságérzete, akár az orvosok jó szakmai közérzete felől nézzük, a salgótarjáni ideggondozó a viszonylagos stabilitás, a IX. kerületi az átmenetiség intézménye. E különbségeknek a gyógyítómunkára is visszaháruló következményei vannak azután. Az ugyanis már szűkebben vett szakmai kérdés, hogy az orvos mit és milyen mélyen tud betege általános állapotáról. Világos, hogy az explorációhoz idő kell, s ezért az ismeretek mélysége az orvos-beteg találkozások tartósságának és gyakoriságának függvénye. Az orvos már az első találkozáskor, az anamnézis felállításakor megkérdezi betegét egyéb betegségei felől. Ez az orvosi munkában rutinfeladatnak számít, értelmét pedig az adja, hogy egyes szomatikus tünetek jelentkezése a pszichiáter-szakorvos figyelmét eddig talán rejtve maradt összefüggésekre irányíthatja. Igaz, hogy ő csak a pszichiátriai tüneteként "felel", de a beteg ember egy és oszthatatlan: pszichiátriai szempontból vett gyógyulása szorosan összefügg általános állapotával, egyéb - tudott, vagy időközben felszínre került - betegségeivel.

Csak hogy az egyszeri anamnézis-készítés során mindez nem feltétlenül derül ki. Egyrészt, mert a beteg éppen legakutabb panaszára koncentrál, és egyéb betegségeinek megemlítéséről - átmenetileg - megfeleldkezhet. Másrészt a betegségek között nem egy van, ami "hol van, hol nincs" - s ettől még krónikus betegség. Az epe csak időnként görcsöl, a fekélyes gyomor csak időnként fáj, az asztma sem kinozza az embert örökké, és allergiás panaszairól a beteg néha még azt is gondolhatja: ahogy jöttek, úgy el is mulnak - mert azok olykor évekig nem jelentkeznek. Így a beteg teljes kórrajzának feltérképezésére nagyobb az esély, ha az orvos páciensének sorsát tartósan nyomon követi.

Nem meglepő tehát, hogy a regisztrált nem-pszichiátriai betegségek aránya Salgótarjában 16 százalékponttal magasabbnak bizonyult, mint a IX. kerületben, s ez - részben legalábbis - a régi és új betegek arány-eltéréseinek tudható be. Mindkét ideggondozóban azt tapasztaltuk ugyanis, hogy a megemlített egyéb betegségek aránya a régebben ápolás alatt álló betegek körében szignifikánsan magasabb volt. /A IX. kerület új betegeinek 28, a régieknek 35 százalékaról jegyezték fel az orvosok.

valamilyen más, diagnosztizált betegséget. Salgótarjában az arányok mindkét csoportban magasabbak - ennek okaira még visszatérünk -, de a tendencia ugyanez: az újak között 37, a "régiek" között 52 százalékos volt a betegség-emlités./

A különbségeket /kiváltképp, ha behatóbban vizsgáljuk azokat, amint hogy arra a 28. és 29. tábla alapján módunk nyílik/ nem írhatjuk persze kizárólag az új, illetve a tartós orvos-beteg kapcsolatok nyújtotta eltérő megismerési lehetőségek számlájára. Legalább két további tényezőről említést kell tennünk. Annak pedig, hogy az egyéb betegségekkel ennyire behatóan foglalkozunk, az az oka, hogy - mint a betegek további utján látjuk majd - viszonylag magas arányaik komoly szerepet játszanak a kórházbautalások gyakoriságában éppugy, mint a táppénzbevételek és a leszázalékolások nagy számában.

Akár életkor-csoportonként, akár a betegek pszichiátriai diagnózisa szerint vizsgáljuk, a salgótarjáni egyéb betegség-emlitések aránya jóval meghaladja a IX. kerületit. A különbségek pedig markánsabbak, mint az új és a régi betegek szerinti összevetésben voltak. E tények azt látszanak jelezni, hogy a salgótarjáni ideggondozóban kezelt betegek a pestieknél betegebbek.

Az életkorral a betegség-emlitések aránya Pesten is, Salgótarjában is, férfiak között is, nők között is töretlenül és drasztikusan emelkedik. A fiatalok és az idősek közötti különbségek azonban Salgótarjában élesebbek /a 60 éven felüli férfiak között Salgótarjában 54,1 százalékponttal több a más betegségben is szenvedő, mint a 29 éven aluliak között. Az idős és a fiatal nők közötti aránykülönbség csaknem ugyanilyen nagy - 44,3 százalék. Az életkori "lejtő" a IX. kerületben mérsékeltebb: a férfiaknál az egyéb betegségek említésének életkori különbségei 36, a nőknél 19,3 százalékpontnyiak/.

28. tábla

A nem-pszichiátriai betegségekről történő említések aránya korcsoportonként, nemenként a két ideggondozóban /%/

Életkor	Férfiak				Nők			
	Egyéb betegségekről nincs említés	Egy nem pszichiátriai betegség-ről van említés	Többféle nem pszichiátriai betegség-ről van említés	Együtt	Egyéb betegségekről nincs említés	Egy nem pszichiátriai betegség-ről van említés	Többféle nem pszichiátriai betegség-ről van említés	Együtt
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>								
- 29	86,0	11,0	3,0	100,0	86,0	12,2	1,8	100,0
30 - 39	71,3	21,9	6,8	100,0	78,6	17,9	3,5	100,0
40 - 49	68,0	22,7	9,3	100,0	67,2	20,9	11,9	100,0
50 - 59	56,1	19,4	24,5	100,0	55,1	21,7	23,2	100,0
60 - X	50,0	14,0	36,0	100,0	53,7	26,0	20,3	100,0
Együtt:	69,2	17,4	13,4	100,0	66,7	20,3	13,0	100,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>								
- 29	77,9	16,3	5,8	100,0	81,8	13,1	5,1	100,0
30 - 39	57,6	21,5	20,9	100,0	62,6	22,9	14,5	100,0
40 - 49	44,0	20,7	35,3	100,0	48,8	25,0	26,2	100,0
50 - 59	33,8	21,7	44,5	100,0	38,8	22,3	38,9	100,0
60 - X	23,8	16,7	59,5	100,0	37,5	13,9	48,6	100,0
Együtt:	47,9	20,3	31,8	100,0	53,2	21,8	25,0	100,0

29. tábla

A nem-pszichiátriai betegségekről történő említések aránya
a pszichiátriai diagnózis jellege szerint a két ideg-
gondozóban

A pszichiátriai diagnózis jellege	Nem-pszichiátriai betegség/ek/ről is történik említés /az említések %-os aránya/	
	IX. kerületi ideggondozó	Salgótarjáni ideggondozó
Skizofrénia	26,3	37,4
Depresszió	47,5	52,2
Organikus kórképek /+ epilepszia/	31,5	55,8
Dementia	49,3	81,3
Alkoholizmus, "alkoholos pszichózis"	42,6	70,4
Neurózis	30,5	49,4
Pszichopátia	39,4	39,6
Pszichiátriai értelemben nem beteg	27,6	47,4
Átlag:	32,4	48,9

Különösen a polimorbiditás arány-eltérései szembeszökőek: az idős férfiaknak Salgótarjánban 3/5-e, a nőknek fele szenved - pszichiátriai betegségén túl - több más bajtól is.^{x/} A IX. kerületben a megfelelő arányok mérsékeltébbek: a férfiaknál 36, a nőknél 20 százalékosak. E különbségek olyan nagyok és trendjeik olyan konzekvensek, hogy nemigen magyarázhatóak másként, mint a pesti és a vidéki betegek egészségi állapotának - elgondolkodtató és mellbevágó - különbségeiként. Halmazódó, nem az ideggondozóban és nem most kezdődő folyamatokról van itt szó. A rosszabb vidéki orvos-ellátottság mellett, meg azért is, mert - mint már említettük - a falusi-kisvárosi ember kulturájában

kevésbé van benne, hogy a bajra már a kezdet kezdetén felfigyeljen - az általános egészségi állapotok hü tükörképe csapódik le az ideggondozóban. Mire a betegek orvoshoz kerülnek, akut bajokat kell már gyógyítani. A prevenció hiányának és lehetetlenülésének ez is oka. Az ideggondozóra háruló - eddigi fejtegetéseink során kevésbé említett - következmény pedig, hogy aligha vonhatja ki magát az alól, hogy - még ha betegeinek egy részét más bajaikkal más orvosok kezelik is - a megromlott állapotok valamennyi következményét, a beteg embert, s ne csak a betegséget vállalja fel. Így kell tennie a - más bajoktól is szenvedő - neurotikusokkal éppugy, mint a szintén többszörösen beteg pszichotikusokkal.

x/ A többfajta betegségre utaló említések nemenkénti és életkori arányai egyébként összhangban vannak más forrásokból származó kutatási eredményekkel és a mindennapi tapasztalatokkal is: mivel a nők többnyire könnyebben, illetve panaszai, betegségük korábbi fázisában szánják rá magukat arra, hogy orvoshoz forduljanak, e - relative - preventív magatartásuk eredménye, hogy minden életkori szakaszban kevesebb közöttük a súlyosan, többszörösen beteg. Az ideggondozói említések tehát ebben a vonatkozásban is hiven követik a tényleges helyzetet, újabb oldalról erősítve meg amit az adatokból látunk: hogy a vidéki betegek egészségi állapota a pestiekénél általánosan jóval rosszabb.

A másik tényező, amelyre az eltérő betegség- említési arányok kapcsán röviden emlékeztetnünk kell az az, hogy a salgótarjáni betegek valamivel idősebbek /s már csak ezért is betegek/ a IX. kerületben kezelt sorstársaiknál. A skizofrén, a depressziós, az alkoholista vagy neurotikus salgótarjáni betegeknek a hasonló bajoktól szenvedő budapestiekét másfél-kétszeresen meghaladó arányban említett nem-pszichiátriai természetű betegségei mögött e tény is számításba kell vennünk.

Figyelnünk kell minderre, amikor az alábbiakban a betegek további sorsát nyomon követjük. Ami előttünk áll: bonyolult képlet. Orvosi és gyógyítói hivatásukat eltérően értelmező intézmények, amelyek ezt az eltérést - részben - "meg is engedhetik" maguknak. Könnyebb elhárítani, illetve csak a szűkebben értelmezett szakmai szempontokra koncentrálni ott, ahol a betegek is - általános állapotukat tekintve - kevésbé betegek. S óhatatlanul fel kell vállalni a betegséggel társuló más bajokat, illetve a beteg élethelyzetét ott, ahol a veszélyeztetettség nagyobb, ahol ugyanakkor a /potenciális/ szakmai segítőtársak hálózata jóval "lyukacsosabb". Nemcsak eltérő ethoszról, hanem a körülmények eltérően feszítő erejéről is szó van tehát.

Mindehhez társul, hogy az ideggondozói betegforgalom felét kitévő neurózis az orvosi segítség igénybevételében is eltér a pszichózisoktól. Magából a betegség kimeneteléből is következik az ellátás időbeli kiegyenlítetlensége és forgóajtó-szindrómája. A még krónikussá nem vált neurózis egyik gyakori tünete, hogy a beteg hirtelen úgy érzi: segítség nélkül "megfullad". Ilyenkor gyorsan elszalad az orvoshoz, de az akut segítségkérés, és nem a rendszeres terápia miatt. Az akut krízisen tuljutván, jobb állapotában sokszor évekig úgy érzi, ura saját helyzetének és idegállapotának, s önereje diadalának is tekinti, hogy nem kell mankóért, orvosi segítségért folyamodnia. Az ellátás oldaláról a betegség e jellegzetességének következménye, hogy minél több a betegek között a neurotikus, annál nagyobb a "természetadta" egyszeri megjelenések, majd hosszú időre való /vagy részleges/ eltűnések aránya. Ezért van - a fentebb leírtak mellett -, hogy a mindenkori "uj betegek" aránya a neurotikusok között szignifikánsan magasabb, s nemcsak az ellátási szempontból "forgóajtó-

rendszerű" IX. kerületben, hanem - mint láttuk - a szociálisabb beállítottságu, és betegei utánkövetését is felvállaló salgótarjáni ideggondozóban is.

A betegek utja - a bekerülés után

A bekerült betegek zöme ugyanakkor - láttuk - marad az ideggondozóban. További kezelésük, gyógyításuk hatékonysága nagy mértékben függ attól, hogy "benti" sorsuk hogyan alakul: mennyire formálisak, illetve mennyire intenzívek találkozásai az orvossal, s mi történik a találkozások során.

Az eddig elmondottak tükrében már valószínűleg nem csodálkozunk azon, hogy a két intézmény az orvos-beteg kapcsolat intenzitásában, a megjelenések gyakoriságában is figyelemreméltó különbségeket mutat. A kutatás évében a kezelés alatt álló férfi- és nőbetegeknek Salgótarjában mindössze 8 százaléka, a IX. kerületben 30 százaléka fordult meg csupán egyetlen alkalommal a gondozóban.

Az előbbi helyen 1-3 havonta a betegek 53 százalékát, egy hónapban többször is 9 százalékukat látják. A IX. kerületben a rendszeresen, legalább 3 havi gyakorisággal megjelenő betegek aránya jóval alacsonyabb - 37 százalék -, míg a sűrűn visszatérőké gyakorlatilag azonos: 11 százalék.

A megjelenések gyakoriságát persze mindenekelőtt a betegségek természete, gyógyításuk terápiás szükségletei diktálják. A rendszeres megjelenések nagy aránykülönbségeit azonban nem magyarázhatjuk e ténnyel, hiszen a betegség-szerkezet - mint emlékszünk rá - a két ideggondozóban igen hasonló.

Várakozásunkkal ellentétben, a nemek között sem mutatkozik különbség az orvos-felkeresések gyakoriságában: a pesti nőbetegek pesti férfi-társaikhoz hasonlóan viselkednek, és megjelenéseik sűrűségében különböznek a vidéki asszonyoktól, akik pedig e magatartásukban a környékbeli férfi betegekkel mutatnak hasonlóságot.

Ezért az orvos-beteg kapcsolatok intenzitás-különbségeit nemigen magyarázhatjuk mással, mint a két ideggondozó törekvéseiben mutatkozó - és szinte minden jelenségen lenyomatot hagyó - felfogásbeli eltérésekkel. Ujra csak azt hangoztatjuk: a betegeit viszonylag sűrűn visszarendelő salgótarjáni ideggondozó nem nyugtathatja magát azzal, hogy más orvosok máshol pácienseinek gondját viselik. S az orvosok e magatartása - szemlátomást - visszahat a betegek viselkedésére: kevés a lemorzsolódás, a hosszú időn át szem előtt tévesztett páciens. Valahogy a környék köztudatában is kialakult: ide járni lehet /mert a már oly sok kálváriát megjárt ember - még a pszichiátriai szempontból nem beteg, az ideggondozóba csak kivizsgálásra küldött ember is! - több figyelmet kap, mint másutt/, s ide járni kell, mert az orvosok a betegnek utánanyulnak.

Az átfogóbb, nemcsak az adott betegséggel, hanem magával a beteggel való intenzívebb munka kihat azután arra is, hogy az ideggondozók kezdeményezésére milyen pályákat járnak be a páciensek más egészségügyi intézményekben: a kórházakban és a rendelőintézetekben. A betegségek természete itt megint közbeszól. A tipikus intézményi utak bemutatására ezért ismét a két polárisan különböző betegséget, a skizofréniát és a neurózist választottuk.

A skizofrénia betegség-lefolyása - az irodalmi leírások szerint - gyakran ciklikus. A beteg hosszabb időszakon át jól van, több-kevesebb orvosi felügyelet és mindennapi kimélet mellett végzi munkáját, mozog a világban, éli családi és más emberi kapcsolatait - s ilyenkor elegendőnek bizonyul a gyógyszer, az időnkénti ellenőrzés. Azután egyszer csak minden felborul: a beteg tudathasadásos tünetek, féktelen /önmaga és a környezet ellen fordított/ agresszív indulatok lesznek urrá, viselkedése zavarttá és "nem-evilágivá" válik. Ilyenkor elkerülhetetlennek látszik a környezetből való kiemelése, s intenzívebb terápiás eljárások alkalmazása. A hazai elmegyógyászatban - tudjuk - a tipikus válasz e helyzetekre még ma is a zártosztály, a kényszerzubbony, az elektrosokk. Nem kívánunk állást foglalni "helyességük" vagy "elkerülhetetlenségük" felől - csak regisztrálhatjuk /s ez önmagában is örvendetes fejlemény/, hogy az utóbbi

évtizedekben nálunk is megkérdőjeleződtek ezek az egykor kizárólagosan alkalmazott gyógymódok, megindultak a kísérletek arra, hogy az akut állapotba került pszichotikus beteget is nyílt osztályokon, kevésbé ember-lealacsonyító és kevesebb végleges roncsolást okozó gyógymódokkal kezeljék.

Az alternatív utkeresések sorában helyezkedik el az a köztes ellátási forma, amelyet a salgótarjáni ideggondozó orvosai Krisisintervenciós Osztály néven hoztak létre - és nem csak az akut állapotban lévő pszichotikusok, hanem más krizishelyzetek levezetésének válasza képpen. Az ötlet tulajdonképpen nagyon kézenfekvő és nagyon egyszerű volt - ami lett belőle: nyugodtan nevezhető uttörő jelentőségűnek.

Az ideggondozóval egy épületben - sőt, a térelhelyezkedésben csak a beavatottak tudatában különváltan - működött a 15 ágyas alkoholelvonó, amelyet egykor /mint az ideggondozót magát is/ a régi kórház konyhájából alakítottak ki. Az alkoholelvonó 15 ágya igen gyorsan forgott, hiszen a behozott - vidéki és városi - alkoholistákat néhány óra alatt kijózanították itt. Ráadásul ritkán volt bent egyszerre 4-5 embernél több. Külön beruházás nélkül meg lehetett tehát oldani, hogy az ágyak egy részén nappal is, sőt, ha kell, több napon át is fekhessenek betegek - nem, vagy nem csak alkoholisták, de olyanok, akiknek átmenetileg fokozott orvosi beavatkozásra, családjaiknak pedig a beteg kitöréseivel szembeni védelemre van szüksége. Ráadásul a megoldás mellett szólt, hogy pszichiátriai osztály - mint említettük - csak a megye másik végében, Balassagyarmaton van, ahová eljutni - még mentővel sem egyszerű és gyors dolog. Nem is szólva arról, hogy a helyben létrehozott Krisisintervenciós Osztály lehetővé tette, hogy a súlyos állapotban lévő beteget legalább az ne terhelje, hogy új orvosokhoz, új személyekhez kell alkalmazkodnia, hiszen itt ugyanazok látják el, akik máskor. Ezzel a ráadással a bentfekvés idejét a szükséges minimumra lehetett korlátozni - nem kellett előlről kezdett laborvizsgálatok és EKG-k, s nem kellett attól sem tartani, hogy mi lesz a beteggel, ha kikerül. A krisisintervenció nem zártosztály: a beteg bent fekszik ugyan, de nem emelik teljesen ki normál környe-

zetéből: naponta akár többször is látogathatja a család, s - amint lehet - a bentfekvőből félig-bent, félig-otthon élő beteg lesz. Rehabilitációjának utja - amit csak egy ilyen krízis-intervenciós osztályon lehet megvalósítani, és ami a mai kórházi hálózatban elképzelhetetlen -, hogy napközben kijár dolgozni, s csak éjszakáit tölti itt, vagy - ha a szükség éppen úgy kívánja meg - nappali szanatóriumként veszi igénybe az intézményt: napközben itt van, s estére hazamegy a családjához.

Ez a krízisintervenciós részleg tehát a hazai terápiában is új utakat nyitott: betegek társadalmi kapcsolatrendszerének folyamatos megtartása mellett megvalósította a fokozatos visszavezetést, a megingott életképesség gyors visszaállítását, s emellett feloldotta a pszichiátriai betegségek tekintetében sokszor oly nehezen feloldható dilemmát: mi is az orvos dolga inkább - a beteg vagy a környezet "védelme"?^{x/} A védelmet egyszerre és ugyanazon a módon adta a betegnek és családjának, ráérezve sorsuk közös tragédiájára, és e tragédia megoldásának /vagy mérséklésének/ közös útját választva. Ebben az értelemben a salgótarjáni Krízisintervenciós Osztály a közösségi humánszolgáltatások modellnek is tekinthető intézménye volt.^{xx/}

x/ Ezt a dilemmát és implikációt fejezi ki a "közveszélyesség" még ma is általánosan használt fogalma.

xx/ Talán feltűnik Olvasóinknak, hogy e részben mindvégig mult időt használunk. A salgótarjáni Krízisintervenciós Osztály ugyanis létrehozója, Dr.Samu István főorvos nyugdíjazásával 1984-ben megszűnt.

Egy ember, egy közösség felszámolható. Ez történt a főorvossal és feleségével /akiket akarattal ellenére 60., illetve 55. születésnapjuk alkalmából nyugdíjba küldtek/ és munkatársaival /akik a nap nap utáni helyi nyomás terhe alatt kénytelenek voltak végül is új munkahelyet keresni/. A kísérlet szelleme és tanulságai azonban nem törölhetőek el a föld színéről. Mások, másutt, mások ujrakezdek - vagy pontosabban: folytatják. A jelenlegi hazai egészségügy hallgatólagos normáival, defenzivitásával, elhárító magatartásával, sokszor hatósági fellépésével és munkaerőcentrikus működésével szembeszálló orvos persze mindig "fekete bárány" lesz, aki nemcsak azért irritál, mert "más", hanem azért is, mert egész tevékenységével az orvosi munka alapkérdéseit feszegeti, kérdezi, kérdezteti újra. Nehéz vállalkozás ez.

/folytatás a következő lap alján/

Tanulságai ezért távolabbra mutatnak, s átgondolásuknak helye van ott, ahol ma oly sok szó esik mind a szociálpolitika, mind - vele szoros összefüggésben - a hazai egészségügy hovatovább már halaszthatatlan reformjáról.

Irtuk fentebb, hogy a Krízisintervenciós Osztályt az élet, a helyi szükségletek és a lelemény teremtette meg. A létrehozatala körüli időkben a szélsőséges állapotok, a megoldhatatlan családi és élethelyzetbe került pszichotikusok, illetve alkoholisták akut ellátását tekintette elsődleges feladatának. Az idők során azonban funkciói - természetsszerűleg - bővültek, hiszen átmeneti vagy tartós krízishelyzetek másfajta betegségben szenvedők, sőt, a pszichiátriai szempontból nem beteg emberek életében is adódnak.^{x/} Így a gyakorlatban ez az intézmény lett - többek között - a neurotikusok rövidebb ideig tartó fekvőbetegintézeti ellátásának is színtere. Első látásra paradox helyzetnek tűnik ez. Hiszen a neurozisz lefolyásában nem ismeretesek a pszichózisra jellemző súlyos, akut állapotok. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a neurotikus betegnek ne lenne időnként szüksége altatásra, teljes kikapcsolásra, vagy ne kerülhetne olyan konfliktusokba kinti, otthoni életében, amelyekre a leghatékonyabb konfliktusmegoldó válasz a környezetből való átmeneti kiemelése lehet. A hagyományos kórházi ellátás e benn-tartó-kiemelő terápiára ritkán alkalmas. A kórház zárt intéz-

Hinni kell benne, s megelégedni azzal, hogy a mellre tűzhető kitüntetések helyett az orvos "csak" az emberek támogatását tudhatja maga mögött. Alapvető értékválasztás kérdése tehát, hogy a simulékony beilleszkedés vagy a szolidarisztikus elvű szolgálat orvosának szegődik-e valaki. Hinnie pedig csak abban lehet, hogy mintát teremt, s a minta-teremtés egy kiveszőben lévő kulturát éltet és éleszt ujja.

- x/ A funkciómódosulás folyamata jól látszik a Krízisintervenciós Osztályon kezelt páciensek diagnózis szerinti összetételének változásából. A kezdetekben, 1976-77-ben az osztályra felvettek 41,6 százalékát adták a súlyos állapotba került pszichotikusok, az alkoholisták 29,2, a neurotikusok 13,6, s ugyanakkor a pszichiátriai háttér nélküli krízisesetek 13,8 százalékos részesedése mellett. Az osztály működésének utolsó két évében 1982-83-ban az összetétel a következőképpen módosult: a nem-pszichiátriai krízis-esetek aránya megduplázódott /26,5%/, az alkoholbetegeké és a neurotikusoké enyhén /26,2%-ra, illetve 10,0%-ra/, a pszichotikusoké erőteljesebben csökkent /36,6%/.

mény, ahová bevonulni - a külvilági szálak elvágását jelenti. Nagyüzem, amelynek működését a saját normái, s kevésbé a betegek differenciált szükségletei diktálják. A kórházak ma a specializált, betegségcentrikus gyógyászat intézményei. Nem személyzetük jószándékán mulik, hogy a tőlük elvárt normák szerinti tevékenységüket annál olajozottabban és annál hatékonyabban végzik, minél jobban kirekesztik magukból a külvilágot. Ezért valószínűleg a hagyományos kórházi ellátás a környezetével adaptációs konfliktusba került neurotikuson keveset segít. Kipihenheti magát, felerősithetik annak reményében, hogy utána jobban helyt tud állni a visszailleszkedés nehéz feladatának megoldásában - de e feladat mindenképpen előtte áll még, vár még rá, s a kórházi kezelés utánra marad.

A közösségi intézményként funkcionáló krízisintervenciós szolgáltatással más a helyzet. A fő különbség éppen az utóbbi vonásban van. Az intézmény maga tekinti feladatának a környezetével konfliktusba került ember konfliktusmegoldásának és adaptációjának előmozdítását. Ez a dolga, s nem az erre való felkészítés.

Eddigi leírásunkból már nyilvánvaló, hogy a salgótarjáni ideggondozó szociális orientációját döntően meghatározza a krízisintervenciós részleg léte. Ez teszi lehetővé, hogy az intézményben tényleges és szerves integráció jöjjön létre a járó- és fekvőbetegellátás között, ahol az integrációt valóságossá és élővé a mindenkori szükségletekhez igazodó kombinációs lehetőségek, nem pedig erőltetett szervezési elvek kényszere avatja. S ez teszi - áttételesen - azt is lehetővé, hogy még akkor is tudomást lehessen venni a betegek kríziseiről, ha történetesen a szó szoros értelmében vett krízis-intervencióra végül nem kerül sor. A lehetőség azonban megteremti, hogy elhárítás és szemet hunyás helyett időnkénti krízishelyzetekkel, mint az ideggondozóban megforduló betegek 61 !/ százaléka kórtörténetének egy vagy más pontján előálló eseménnyel, számot lehessen vetni. E következmények azok, amelyekért a salgótarjáni vállalkozást fentebb uttörő jelentőségűnek és modell-értékűnek neveztük.

A krízis-helyzetek megoldásának az orvosi terápia részeként való tudatos felvállalása azt is jelenti azután, hogy a salgótarjáni ideggondozó a beteg ember általános egészségi állapotát veszi számításba, amikor kórházi beutalásról vagy szakrendelői kivizsgálásának kezdeményezéséről dönt. Ezért van - mint a 30. táblából jól látszik -, hogy Salgótarjában a pesti adatokhoz viszonyítva lényegesen nagyobbak a beutalások aránykülönbségei aszerint, hogy feljegyezték-e az ideggondozóban a páciens más, nem-pszichiátriai természetű betegségét is, vagy ilyenről nincs tudomásuk.

A IX. kerületi beutalások nagyrészt a szűken vett pszichiátriai pályákon futnak. Ezért - látjuk - csupán néhány százalékpontos eltérések adódnak a beutalások arányaiban aszerint, hogy tud-e az ideggondozó orvosa másfajta betegségről is, vagy sem. Összességében pedig a salgótarjániánál lényegesen magasabb azoknak a betegeknek az aránya, akiknél nem érezte magát indítatva a pszichiáter arra, hogy kórházi vagy rendelőintézeti kivizsgálást és kezelést kezdeményezzen. Hozzá kell tennünk, hogy ennek ellenére a skizofrén betegek 3/4-e időről időre itt is kórházba kerül. Ebben azonban a pszichotikusok fentebb már említett cirkuláris mozgáspályáinak lenyomatát kell látnunk. Mint-hogy a salgótarjánihoz hasonló, félig járó-, félig fekvőbeteg-ellátási forma Budapesten nincs, az ideggondozó pedig nem tudja ellátni a súlyos állapotba került beteg ilyenkor intenzívebb terápiáját, egyetlen megoldásként a hagyományos elmeógyógyintézet marad.

A betegek alkalmankénti kiemelésének persze nem a kórházba utalás az egyetlen utja. A rosszabb állapotba került, kiméletre szoruló ember időnként táppénzre is mehet, vagy - ha állapota tartósan nem javul - munkaképességének megrokkánását a leszázalékolás véglegesíti.

A táppénzhelyzet mindenkori alakulása meg-megújuló viták tárgya. Nem először írjuk le tanulmányunkban: látszólag egészségügyi intézkedésről van szó, amelyet az orvos - mint a beteg állapotának egyedül szakavatott megítélője - foganatosíthat.

30. tábla

Az ideggondozó beutalásai a skizofrén, illetve a neurotikus betegek esetében aszerint, hogy van-e az orvosnak tudomása más, nem pszichiátriai természetű betegségről is /%/

Beutalások	Skizofrén betegek		Neurotikus betegek		Összes beteg	
	Van emli- tés más, nem pszichiát- riai be- tegségről	Nincs emli- tés más nem pszichiát- riai be- tegségről	Van emli- tés más, nem pszichiát- riai be- tegségről	Nincs emli- tés más nem pszichiát- riai be- tegségről	Van emli- tés más, nem pszichiát- riai be- tegségről	Nincs emli- tés más nem pszichiát- riai be- tegségről
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>						
Fekvőbeteginté- zeti beutalás ^{x/}	76,6	77,9	22,1	15,9	40,8	37,3
Szakrendelői beutalás	-	0,4	2,7	0,8	1,7	0,6
Fekvőbeteginté- zeti beutalás is, szak- rendelői is van	3,2	0,8	3,1	1,0	2,8	1,1
Nem utalták be más egészség- ügyi intéz- ménybe	20,2	20,9	72,1	82,3	54,7	61,0
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>						
Fekvőbeteginté- zeti beutalás ^{x/}	64,1	66,7	35,2	27,5	43,1	44,0
Szakrendelői beutalás	-	1,4	12,1	6,5	8,6	4,9
Fekvőbeteginté- zeti beutalás is, szak- rendelői is van	24,4	18,3	13,6	5,0	19,5	12,3
Nem utalták be más egészség- ügyi intéz- ménybe	11,5	13,6	39,1	60,9	26,2	38,9
Együtt:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

^{x/} Salgótarjában beutalás a krízisintervenciós osztályra, illetve hagyományos elmeosztályra - együtt. A IX. kerületben: csak hagyományos elmeógyógyintézeti beutalások.

Logikus gondolat, hogy a beteg ember még akár dolgozhat is, de ne kelljen nap, mint nap bejárnia a munkahelyére, ha állapota javulását attól lehet remélni, hogy napjainak beosztásában, ideje eltöltésében, tevékenységei megválasztásában átméltileg viszonylagos szabadságot kap. Ettől feszültségei csökkenhetnek, kiszolgáltatottsága mérséklődhet - s mindez már önmagában is gyógyító hatású lehet. A szigorú táppénzszabályok alkotói azonban nem az egyén szükségletei, hanem a népgazdaság mindenkori munkaerőhelyzete felől gondolkodnak, amikor megszorító táppénz-intézkedéseikkel a lazának ítélt munkafegyelmet kívánják javítani.

Az orvosok többszörre - a meggyanúsított betegek kivételével - a körzeti orvosokon csattan. Hónapról hónapra árgus szemek figyelik táppénzstatisztikájukat, hiszen a köztudat /és a hivatalos köztudat is/ őket tekinti "felelősnek". Ha a táppénzszázalékok kiugranak, a válasz a le- és megszorító intézkedések szaporítása: gyakoribb felülvizsgálat, prémiummegvonás, rendreutastás. A körzeti orvos tehát abban érdekelt, hogy igazodjon: igazodjon ahhoz, amit főnökei és felettesei várnak, s igyekeznek "szabadulni" azoktól a betegektől, akik táppénzstatisztikáját rontják.

A gyanakvás és a háritás e mechanizmusa termelte ki azt a "munkamegosztást", amely a pszichiátriai betegek táppénzbevételeiben az alapellátás és az ideggondozók között létrejött.

Az országos táppénzforgalom döntő hányadát a körzeti orvosok bonyolítják. Ők tartják táppénzen a kórházi betegeket is, a különböző szakrendelések pedig - táppénzbevételei joguk általában nem lévén - szintén hozzájuk irányítják a betegeiket, akiket időlegesen keresőképtelennek találtak.

Vannak azonban "kivételezett" helyzetű speciális rendelések - s az ideggondozók közéjük tartoznak. Olyannyira, hogy például Budapesten pszichiátriai beteget elvileg nem is tarthat más táppénzen, csak az ideggondozók. Szigor az egyik alrendszerben, viszonylagos liberalizmus a másikban - így teremtett egyensúlyt az élet a betegek valós szükségletei és a munkaerő- és -képességcentrikus rendszabályok között. Igaz, mindez orszá-

gosan valószínűleg a küldözgetések további szaporodásához, az amugy is felduzzadt betegforgalom fiktív növeléséhez vezetett. Ám egy feszültségteli probléma mégis megoldódott - a körzeti orvos felmentést kapott, mert egy feloldhatatlan dilemmát lehet végül is megkerülni. A beteg pedig - ha a néhány napi kivonulás lehetőségéért nem vállalja, hogy az ideggondozó stigmatizált betege legyen - hát magára vessen.

Akárhogy vélekedjünk is a táppénzhelyzet e "rendezése" felel, annyi bizonyos: a táppénzbevétel viszonylag rugalmas kezelése az ideggondozók szociális tevékenységének egyik legfontosabb terepe. S hogy élnek is vele, azt mutatják a táppénzes morbiditásról szóló országos statisztikák. 1982-ben a keresőképtelenséget okozó leggyakoribb diagnózisformák közül az "elmezavarok" a táppénzbevételi esetszámot illetően a harmadik,^{x/} a táppénz időtartamát tekintve /19 nap átlagos hosszal/ az első helyen álltak.

Ennek ellenére az ideggondozók sem csak a beteg egészségi állapotát tartják szem előtt, amikor arról döntenek: átmenetileg keresőképtelenné nyilvánítsák-e őt vagy sem. Erre indirekt módon utalnak a két ideggondozóban gyűjtött adataink, amelyekből kiderül: sem életkor, sem nemek, sem - mindenekelőtt - a betegség fajtája szerint nincsenek jól kirajzolódó különbségek a betegek táppénzre menetelében.

Figyelemreméltó és szisztematikus különbségek vannak viszont a két ideggondozó között. Azt várnánk, hogy a megfáradással, a szervezet és az idegek kopásával - s ezért az életkorral - emelkedik a táppénzt igénybevevők aránya. Ehelyett mindkét intézményben a 60 éven felüli aktív keresők azok, akik a legkevésbé mennek táppénzre. Azt várnánk, hogy a nők - már csak a relative kisebb keresetkiesés miatt is - könnyebben engedik meg maguknak, hogy időről időre betegállományba vonulja-

x/ A táppénzbevétel gyakoriságában a pszichiátriai betegségeket csak a léguti megbetegedések és a vírusos járványok okozta fertőzések előzték meg. /Forrás: Egészségügyi Évkönyv, 1982; Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1983./

nak /s ezt hallgatólagosan "bekalkulálják" a női munkahelyek is/. Ehelyett Salgótarjánban a helyzet - ha enyhe mértékben is - fordított, a IX. kerületben pedig legfeljebb a középkorúakra, a 40 és 60 közöttiekre igaz. S hasonlóan: logikus volna azt gondolnunk, hogy a pszichotikus betegek állapota gyakrabban igényli az átmeneti felmentés táppénz nyújtotta formáját, mint a neurotikusoké - az adatok azonban erre a feltevésre is rációfolnak.

Ugy tűnik inkább, hogy a táppénzre menetel és a táppénzbe vétel összetett szociális megfontolásokon alapul - ezért irtuk fentebb, hogy az az ideggondozók szociális tevékenységének talán legfontosabb terrénuma. A beteg oldaláról a döntést - állapotán kívül - rövidebb és hosszabb távon anyagi motívumok befolyásolják. De fontos szempontnak látszik az is, hogy a környezet, a munkahely a sokat betegeskedőt "megbizhatatlannak" tartja, kevésbé engedi a jó munkához /s ez megint anyagi konzekvenciákkal is jár/, sőt szélsőséges esetben könnyen meg is válik tőle. /A 80-as évek elbizonytalanodott munkahelyein, egyre növekvő és egyre manifesztább munkanélküliség mellett ez utóbbi szempont egyre fontosabbá válik, s az egyéni prioritás-listán elébe toladhat a mindenkori közérzet és teherbirőképesség diktálta szükségletnek. Árát - minden bizonnyal - az emberek romló, mert a végsőig tulhasznált egészségi állapotában fizeti meg a magyar társadalom./

A keresőképtelenné nyilvánítás döntését az orvos is több szempont figyelembevételével hozza meg. Egyrészt: az itt megforduló betegek többsége életének nem egy, hanem minden területén konfliktusos helyzetek sorozatát éli át. Ezért végső soron nehéz eldönteni, hogy nem terhelik-e meg az otthonlétet jobban a családi veszekedések, mint amennyire a betegállomány nyereségoldala megkönnyebbülést hoz - azt tehát, hogy legalább a nap nap utáni munkahelyi "zürökkel" átmenetileg nem kell törődni. E mérlegelés bizonyára csak a beteggel együtt végezhető el. De akkor is kérdéses maradhat, hogy a felfokozott, kiborult állapotban lévő beteg jól itéli-e meg, mi vár rá, ha otthonmarad. Másrészt még a liberálisabb ideggondozó orvosának sincsen szabad keze a táppénzbevételi döntésekben: ha tul sok betegét veszti betegállományba /s a mértéket mindig a felettesek diktál-

ják/, akkor jönnek a figyelmeztetések, a hálapénzzel való gyanúsítások, majd a fegyelmik és más retorziók. Mert hiszen nemcsak az egyes orvos táppénz-statisztikáit ellenőrzik. Ellenőrzik az integrált kórház rendelőintézeti egységét, a városét, a megyéét is. S aki "kilóg", arra nézve a retorziók a fentiekhez hasonlóak. Az indulatok, a bünbakkeresés effektusai pedig hamar rátalálnak a "ludasra" - a "tul-liberális" ideggondozóra. A harc a statisztikákban objektiválódott igazodás kényszere, illetve annak lazítása körül a pszichiáter táppénzbevételi döntéseit befolyásoló másik keretfeltétel, s legalább olyan kemény, mint a beteg javulása iránti terápiás felelőssége.

Mindezek után érthető, hogy táppénzbe vételi "liberalizmusában" kutatásunk két szintere éppen úgy különbözik egymástól, mint ahogyan azt eddig már oly sok más vonatkozásban is láttuk. Beszédesen jelzi ezt a 31. tábla, amelyből kiderül, hogy a táppénzbevételi százalékok azonos betegség esetén is markánsan eltérnek. Így például a keresőképtelenné nyilvánított dolgozó skizofrén férfiak arányaiban 20, a neurotikus nő-betegek esetében 17 százalékpontnyi különbség adódott.

A táppénzbe vételhez fűződő eltérő viszonyt legélesebben azonban azoknak a - kivizsgálásra az ideggondozóba küldött - betegeknek a helyzete mutatja, akiknél az orvosok pszichiátriai betegséget végülis nem találtak. Egyharmadukat ennek ellenére táppénzen tartotta a salgótarjáni ideggondozó, míg a IX. kerületi a férfiak közül senkit, és a nőknek is csak 7 százalékát.

A szociális funkció felvállalása, illetve felvállalásának különböző mértéke a lehangsúlyosabban a leszázalékolás kérdésében domborodik ki.

Emlékezzetünk rá: az ideggondozókat mindenekelőtt a középkori munkaviszonyban álló betegek keresik fel, illetve őket utalják ide. Az azonban, amit az intézmény nyujt számukra, már nem feltétlenül a munkaképesség minden áron való visszaállításának szól. Korábban irtuk már, hogy a betegek jelentős hányada a kezelés folyamán rokkantnyugdíjassá válik. E tényben az intézmény által biztosítható sajátos védelem egyik legpregnansabb megnyilvánulását látjuk.

31. tábla

Az aktiv kereső betegek táppénzbe vétele néhány betegségcsoportban, nemenként a két ideggondozóban
/Az adott évben táppénzbe vettek százalékos aránya/

Diagnózis	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	38,2	34,7	36,5	58,3	35,3	48,8
Depresszió	36,4	31,8	33,4	63,2	51,9	54,8
Alkoholizmus, ill. alkoholos pszichózis	22,2	33,3	25,0	25,0	16,7	23,4
Neurózis	37,0	34,4	35,2	45,9	51,8	50,5
Pszichiátriai szempontból nem beteg	-	6,9	4,3	35,7	25,0	30,0
A táppénzbe vettek aránya összesen:	33,3	31,9	32,5	41,3	47,6	45,4

Itt azonban meg kell állnunk egy pillanatra. Hiszen feltehető a kérdés, hogy miért védelem és tényleg védelem-e, ha a betegeket rokkanttá nyilvánítják, s ezzel például 30-40 éveseket "kivonnak a forgalomból". Valójában úgy kell fogalmaznunk, hogy az adott feltételek között nincs más mód a védelemre, és ez valóban az - minden hátrányával együtt. Az ideggondozók orvosai és gondozónői is sokat beszéltek erről: a kívánatos az volna, ha betegeiknek könnyebb munkát találnának, ha csökkent teherbíróképességükhöz mért munkahelyi környezetet, szervezetet és szabályokat - de mégiscsak munkát tudnának számukra biztosítani. Csakhogy ilyen rehabilitációs /vagy pontosabban fogalmazva: más normák szerint működő/ munkahelyek - sok szó esik erről manapság a sajtóban is - egyszerűen nincsenek. Nincsenek bedolgozási lehetőségek, alig-alig, és csak meghatározott munkakö-

rőkben lehet elhelyezkedni csökkentett munkaidőben - s mind-ezekért a "privilégiumokért" ádáz verseny folyik. Így pedig nem marad más hátra, mint e beteg embereket munkaképtelenné nyilvánítani. A védelem ugyanakkor állandó harcok közepette és érdekellentétek keresztüzében nyújtható. Kissé éles fogalmazásban azt mondhatnánk, hogy nagyobb arányban ezt is csak egy periférikus helyzetű és társadalmi előítéletektől övezett intézmény biztosíthatja.^{x/}

A konkrét leszázalékolási arányokat a 32. tábla páratlan sorszámu oszlopai mutatják. Az adatok jelzik, hogy a 30 és 60 év közötti IX. kerületi betegeknek 14-29 százaléka, a salgótarjáni ideggondozóban kezelt férfibetegek közül minden második-harmadik, a nők közül pedig minden ötödik-hatodik az ideggondozói ápolás folyamán válik rokkantnyugdíjassá.

Ezek a gyakoriságok különösen akkor sokat mondóak, ha figyelembe vesszük mindazt, amit a betegeknek az ideggondozói kartonokon regisztrált nem-pszichiátriai betegségeiről a betegek utak kapcsán leirtunk. Világos - és itt csak megismételjük -, hogy adataink nem a pszichiátriai kórformákkal társuló betegségek egzakt mértékét jelzik, hiszen az, hogy az orvos tud-e a betegségről, nem azonos azzal, hogy a betegség van-e vagy sem. Mégis, a tényleges megbetegedési arányok közelítő adataként, alsó becsléseként érdemes újra felidézni azt az adatot, amely szerint a IX. kerületi betegek 32%-ának, a salgótarjániak 49%-ának kartonjain szerepelt legalább egy további, nem-pszichiátriai természetű betegségről szóló információ.

x/ Valami hasonló folyamatról és ellentmondásról van szó, mint a szociálpolitika néhány más, specializált intézményénél, az ifjúságvédelem, az öregeknek életteret adó szociális otthonok vagy a kórházi krónikus osztályok esetében. E specializált intézményekre egyszerre igaz, hogy egy adott élethelyzetre választ adnak, védenek és bizonyos biztonságot nyújtanak - ezt azonban a perifériára szóródás és szegregáltságuk árán teszik: a "normál" világtól elkülönítve jár nekik és ápoltjaiknak, gondozottaiknak a védettség sajátos "privilégium-rendszere".

32. tábla

A bekerülésük óta leszázalékoltak, s közülük a pszichiátriai diagnózissal leszázalékoltak aránya a két ideggondozóban nemenként, korcsoportonként /%/

Kor- csoport	IX.kerületi ideggondozó				Salgótarjáni ideggondozó			
	Férfiak		Nők		Férfiak		Nők	
	Bekerü- lésük óta leszázá- lékoltak aránya	Ebből: pszichi- átriai diagnó- zissal százalé- kolták le	Bekerü- lésük óta leszázá- lékoltak aránya	Ebből: pszichi- átriai diagnó- zissal százalé- kolták le	Bekerü- lésük óta leszázá- lékoltak aránya	Ebből: pszichi- átriai diagnó- zissal százalé- kolták le	Bekerü- lésük óta leszázá- lékoltak aránya	Ebből: pszichi- átriai diagnó- zissal százalé- kolták le
/1/	/2/	/3/	/4/	/5/	/6/	/7/	/8/	
- 29	8,1	100,0	4,5	100,0	30,3	100,0	22,2	100,0
30 - 39	28,6	74,1	19,8	71,4	38,9	96,5	16,0	92,5
40 - 49	18,6	87,5	18,4	76,7	41,5	89,6	24,4	88,6
50 - 59	11,6	100,0	14,3	100,0	54,2	86,6	29,8	92,3
60 - X	7,3	100,0	7,3	100,0	35,7	92,9	6,9	60,0
Együtt:	13,9	82,1	13,0	82,6	42,1	91,4	21,6	90,9

Abban a középkoru aktív népességben, amelyben a leszázalékolási arányok "megugranak", a nem-pszichiátriai morbiditás nemenkénti arányai a következő képet mutatják:

33. tábla

A gazdaságilag aktív betegek közül a nem-pszichiátriai betegség/ek/ben is szenvedők százalékos aránya a két ideggondozóban, néhány korcsoportban, nemenként

Nemek	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	30-39	40-49	50-59	30-39	40-49	50-59
	é v e s e k			é v e s e k		
Férfiak	32	30	49	39	57	68
Nők	21	30	43	37	51	60

Ezek az arányok tehát azt jelentik, hogy a középkoru dolgozó emberek legalább harmadának-felének életében - más betegségei miatt - más orvos-szereplők is szerepet játszanak. A polimorbiditás 30-50 százalékos előfordulási arányának ismeretében válik különösen szembeszökővé, hogy ha sor kerül leszázalékolásukra, akkor az szinte kizárólag pszichiátriai betegségük miatt, azaz az elmeorvosok kezdeményezésére történik meg. Ez a leszázalékolási eseteknek több, mint négyötödére igaz a IX. kerületi ideggondozóban. A salgótarjáni kép még markánsabb: itt az arány 9/10 feletti nőknél, férfiaknál egyaránt. /Lásd újra a 29. táblát/ Más szavakkal tehát úgy fogalmazhatunk, hogy a kivonulás a munka világából, amit a leszázalékolás jelent, eléggé nagy mértékben a pszichiátriai betegségek, illetve - intézményi oldalról - az ideggondozók révén realizálódik. S ez valóban talán a legfőbb védelem, amit a mai keretek között legalább a hozzájuk kerülőknek biztosíthatnak. Az ellátatlanul sodródók, a segítségért egyik helyről a másikra vándorlók táborában azonban a bekerülőknél - emlékezhetünk - lényegesen népesebb.

Felvetődik azonban, hogy nem a pszichiátriai betegségek betegség-specifikus sajátosságai okozzák-e, hogy a leszázalékolás kezdeményezése ilyen elsőprő hányadban hárul az ideggondozókra? E kérdésre a diagnózisonkénti leszázalékolási arányokat bemutató 34. tábla ad választ, amelynek nyomán pontosíthatjuk és árnyalhatjuk a rokkanttá nyilvánításra vonatkozó döntéshozatalban keveredő "orvosi" és "szociális" megfontolások tartalmáról eddig leírtakat.

34. tábla

A bekerülésük óta leszázalékolt betegek aránya a két ideggondozóban diagnózis és nem szerint
/Bekerüléskor aktív keresők között/

Diagnózis	A bekerülésük óta leszázalékoltak aránya					
	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	37,9	44,4	41,5	73,0	68,6	71,2
Depresszió	21,1	26,3	24,6	62,1	38,0	47,6
Organikus körképek	25,9	17,1	21,0	63,2	26,7	47,1
Alkohol	9,7	11,1	10,0	32,9	-	28,9
Neurózis	6,7	6,3	6,4	28,0	13,9	17,4
Pszichopátia	9,1	26,1	17,8	20,7	25,0	22,0
Pszichiátriai értelemben nem beteg	-	9,4	6,4	17,6	17,6	17,6
Összesen:	16,3	16,7	16,6	47,7	25,8	35,1

Jól láthatjuk: mind a IX. kerületi, mind a salgótarjáni leszázalékolási arányokban erős különbségek mutatkoznak a betegségek természete szerint, miközben tovább finomodik a két ideggondozó eltérő funkció-hangsúlyairól eddig kialakult kép is.

Míg a IX. kerületben az aktív keresőként bekerült skizof-rén betegeknek több, mint kétötödét, de még a depressziósok közül is minden negyediket az idők folyamán leszázalékoltak, addig a neurotikusoknak mindössze 6, az itt kezelt alkoholbetegeknek pedig 10 százalékát. Ugyanakkor bármelyik betegséget nézzük is, a férfi és női leszázalékolási arányokban gyakorlatilag nincsenek különbségek.

Salgótarjában - s ez az eddigiek után nem meglepő - a rokkantosság arányai minden betegségcsoportban meghaladják a pestieket. Bár az egykor aktív pszichotikus betegek 48-71 százalékos rokkantossági rátájánál a neurotikusok, alkoholbetegek 17-29 százalékos mutatója lényegesen alacsonyabb, mégis azt kell mondanunk, hogy - funkció-felfogásának megfelelően - a salgótarjáni ideggondozó kevésbé éles demarkációs vonalat húz a betegségek között, mint a pesti. A leszázalékolás kezdeményezésében kevésbé a papírforma, mintsem a betegek és az őket körülvevő világ konfliktusai, illetve teherbíró és helyzetmegoldó képességük mérlegelése a perdöntő, azaz az intézmény meglehetősen nyíltsággal és bátorsággal vállalja fel döntéseinek szociális implikációit.

Ugyanakkor különbségtétel más vonatkozásban is mutatkozik; mégpedig az azonos betegségfajtában szenvedő férfiak és nők között.

A betegségek többségében - adatainkból úgy tűnik - a férfiak a nőknél nagyobb eséllyel lesznek előbb-utóbb rokkantnyugdíjasok. E különbség okai szintén összetettek; egy részükre alább kitérünk még. A rokkantosság bonyolult társadalmi játékszabályaiban - a nyújtható védelem és a mindenkori mikro- és makroszintű munkaerőpolitikai megfontolások, ösztönzések és szigorítások mellett - számításba vétetik többek között az is, hogy kinek hány munkakönyves éve telt már le. Hiszen az elérhető nyugdíj nagyrészt ezen múlik. Minthogy a megkésétt ipartelepítés miatt a Salgótarján környéki nők e vonatkozásban egyértelműen hátrányban /pontosabban: elmaradásban/ vannak, számukra inkább az a védelem, ha megtarthatják a munkaviszonyt, s betegségük egy-egy kritikusabb szakaszát az ideggondozó orvos hosszabb-rövidebb táppénzbevételekkel hidalja át.

A pesti és a vidéki leszázalékolás-arányok különbségeinek értelmezésekor számításba kell vennünk azt is, hogy a salgótarjáni betegek többsége igen rossz munkakörülmények és rossz feltételek között végez testet-lelket kizsigerelő munkákat. Mert a vidéki ipartelepítés a munkaviszony létesítésének lehetőségeként ilyen munkákat kínált számukra. Másfajta, jobb munkák választásának pedig nincs módja errefelé. Miközben e munkák tömegesen és súlyosan károsítják egészségüket, elementáris igény is, hogy szabadulhassanak belőlük. A leszázalékolás - sokszor magá a felszabadulás. Nem azt jelenti ugyanakkor, hogy aki felmentést kap a munkaviszonyból, az ne dolgozna tovább. A társadalmilag szervezett munkák mellett sokak számára adódik dolog a háztájikban és kiskertekben, sőt a szerencsésebbeknek még otthon végezhető, az életformába illeszthető alkalmankénti munka is adódik. A leszázalékolás tehát sokak számára abban az értelemben is védelem, hogy lehetőséget teremt kulturájukkal és egész életformájukkal adekvátabb munkák elvégzésére, miközben nem jár a csak a "dolgozóknak" kijutó társadalmi tagság elvesztésével.

A főváros és vidék közötti, illetve a betegségek természet szerinti különbségek ellenére, a leszázalékolások kapcsán hangsúlyozandó legfontosabb ténynek azok általánosan magas arányát tartjuk. Azt tehát, hogy akár nőkről, akár férfiakra, akár pszichotikusokról, akár neurotikusokról van szó, a tartós felmentésnek és kivonulásnak a rokkanttá nyilvánítással felkínált lehetőségét szembeötlően nagy mértékben a pszichiátriai betegségek, illetve - intézményi metszetben - az ideggondozók nyújtják. Ez pedig a pszichiátriai ellátás legitimációs funkciójára kell, hogy irányítsa a figyelmünket.

A kiugróan magas salgótarjáni arányok mögött határozottan körvonalazódik ez a legitimációs funkció.

Ismert, hogy a 60-as évek vége, 70-es évek eleje a szénbányászat visszafejlesztésével Nógrád /és néhány más bányász megye/ számára sajátos helyzetet teremtett. A bányák bezárását

nagyarányu "rokkantosítási kampány" kísérte.^{x/} A megye orvosai-
val folytatott beszélgetéseinknek rendre visszatérő témája volt,
hogy a bányák bezárása miatti rokkantosítás egy folyamatot in-
ditott el, melynek hatásai máig megmutatkoznak. Akkoriban, a
70-es évek elején, egy belső körlevél adta az orvosok tudtára,
hogy ez esetben a szokásosnál "liberálisabban" kezelhetik a le-
százalékolás kérdését. Egy 35-40 év körüli bányásznak - mint az
elbeszélők felidéztek az egykori érvelést - már nagy valószínű-
séggel van valami komolyabb betegsége. Ha kéri, le lehet szá-
zalékolni. Így a "normálistól"-tól eltérően, már 40-50%-os mun-
kaképesség-csökkenést is munkaképtelenségnek vettek. Igen, eb-
ben a félelem a munkanélküliségtől és az esetleges politikai
konzekvenciáktól komoly szerepet játszott - a legbékésebb és
legbölcsebb eljárásnak valóban a leszázalékolás látszott. Csak-
hogy e "liberalizmusnak" nem várt hatásai lettek. Egyrészt, köz-
ismertté vált, hogy itt nem egzakt orvosi mértékről, hanem mun-
kaerőpolitikai és politikai szempontokról van szó. A nem-bányá-
szok is kezdték tehát joguknak érezni, ami a bányászoknak ki-
járt, és a leszázalékolásért valamiféle csendes harc indult
meg. Másrészt a bányász férfiak tömeges inaktívá válását asz-
szonyaik anyagi kényszer szülte tömeges munkavállalása kísérte.
E munkavállalás feltételei azonban - a munkakörülményeket, az
elhelyezkedési feltételeket tekintve - igen kedvezőtlenek vol-
tak, s a nagy adaptációs tehernek, a fokozatosság hiányának ké-
sőbb ára lett - a nők eléggé magas arányu megrokkánásában. Így
lett Nógrád a megyék között az első az évek óta az átlagosnál
szignifikánsan magasabb leszázalékolási arányával, s így lett,
hogy a rokkantosítás körül folyó csendes - olykor hangosabb -
harc immár mindkét nemet érinti.

A salgótarjáni ideggondozó betegek közötti magas leszáza-
lékolt-aránynak e történet egyik fontos magyarázó eleme. Egyut-
tal igazolja azt is, hogy az egészségügyi intézményeket általá-
nosan érintő folyamat mellett, a "háritás" korábban már emli-
tett jelenségei is érvényesülnek. Az ideggondozóra a leszázalé-
kolásokból tetemes rész jut: láttuk, betegeit szinte csak ő
rokkantosítja.

x/ Lásd erről Závada Pál: Ipartelepítés Nógrád megyében.
Kézirat, Budapest, 1985.

Számszerűsíteni ugyan nem tudjuk, mégis szólnunk kell arról, hogy ha egy gondolatkisértet erejéig a bányászat bezárásával kapcsolatban mondottakat kikapcsoljuk is, a salgótarjáni rokkanttá nyilvánítás százalékarányai valószínűleg akkor is magasabbak lennének a IX. kerületiekénél. Maguk az intézmények különböznek ugyanis abban, ahogyan az orvosi és szociálpolitikai védelmi funkcióik között súlyoznak. A betegutak minden elemzett jele arra utal, hogy a salgótarjáni gondozó a védelmi funkciót inkább tekinti sajátjáénak, mint a pesti. Ugy is fogalmazhatnánk, hogy a környezet kihívásaihoz való alkalmazkodásában hátramezsgye-szerepével ez a gondozó manifesztebben került szembe, mint a pesti, ugyanakkor a tovább-hárításra is kevesebb lehetősége volt. De igen fontos, hogy orvosainak szemlélete is e kihívások vállalását és felvállalását diktálta. S noha a leszázalékolási adatokban e tényezők súlyát nem tudjuk megmérni, közvetetten utalnak rá a már látott táppénzbevételi arányok, vagy az a tény, hogy betegeknek nem-orvosi problémáiról mit tudnak az egyik, és mit a másik gondozóban.

A betegséggel /pontosabban: a beteggel/ emberi sorsok és gondok kerülnek az ideggondozó orvosai és gondozónői elé. Hogy az életre vonatkozó nem-orvosi jellegű közléseket, információkat, jelzéseket tudomásul veszik-e, hárítják-e, és - ha regisztrálják is - mit kezdenek velük a gyakorlatban - erről lesz szó a továbbiakban.

Szociális érzékenység

/Tul a betegségen - az életről/

Tanulmányunk végére érve újra fel kell tennünk a kérdést, amellyel az ideggondozók helyzetének és napi tevékenységének elemzésébe fogtunk: mit kezd, mit kezdhet ez az intézmény azokkal a tömegesen jelentkező kisiklásokkal, amelyek - más utat és kifejezési formát nemigen találván maguknak - a pszichiátriai megbetegedésekben "csapódnak ki", kiáltanak segítségért, támaszért, enyhítő beavatkozásért.

Láttuk: az orvosi munkának egyetlen olyan mozzanata sincsen, amelytől elvonatkoztatható volna e betegségek társadalmi beágyazottsága, az tehát, hogy a mindenkori történések nemcsak a betegségre, hanem a beteg ember egész élethelyzetére vonatkoznak, s ezért az ideggondozók orvosi és szociális védelmi funkciója szétválaszthatatlanul egybefonódik. Működésük és eljárásaik alapvető hasonlósága mellett, a különbségeket éppen az teremti meg közöttük, hogy e kettős jelentéstartalommal mennyire számolnak, mennyire tekintik mindkettőt létük és munkájuk kiiktathatatlan /vagy inkább: felvállalendő/ elemének.

Igaz, bárhogyan vélekedjenek is az ideggondozók orvosai az intézmény tényleges funkciója felől, a társadalmi bajokon átfogóan segíteni sem így, sem úgy nem áll módjukban. Mert mit tehet az orvos, ha tudja: idős betegének nemigen van mit ennie, és nincs pénze tüzelőre, hogy lakását befűtse. Legyen bármilyen fogékony is e helyzetre, sem nyugdíjat emelni, sem a magányos öregember mellé szociális gondozót szerezni nincsen módja. A legtöbb, amit tehet, hogy kérvényt ír a tanácsnak rendkívüli segélyért, vagy - s talán ez a könnyebb - kórházba fekteti betegét addig is, míg megürül egy hely a szociális otthonban. Ha belegondolunk: csupa rossz döntés. Mert a beteg fél a kórháztól, az idegen orvosoktól, a lélektelen rutinoktól. Riadt, ha a szociális otthon sivárságára és arra gondol, hogy itt a végállomás - életének ajtaját rázárták. S megalázó számára, hogy ő - vagy helyette mások - pár száz forintos alamizsnáért könyörögjenek. De ezek az ideggondozó szociálpolitikai tevékenységének keretei. S ugyanigy: nem szerezhethet lakást az albérletről albérletre vándorló, reménytelenségét alkoholba fojtó munkásnak, az asztmás gyereke fulladásától lassan kikészülő anyának; nem teremthet világos és jól felszerelt munkahelyeket - legfeljebb talpalhat és közvetíthet, hogy a három műszak helyett dél-előttösnek osszák be betegét, s adhat "szakvéleményt" arról, hogy pszichopata páciense nem merő "devianciából" randalirozott az éjjel a vendéglőben. Nem csoda ezekután, ha az orvos inkább füldugót tesz a fülébe, és úgy dönt - igyekszik minderről nem tudomást venni. Igyekszik orvos lenni: a lehető legjobban felkészülni a modern terápiás eljárásokból, kipróbálni a világban

bevált új módszereket és csak a betegséggel foglalkozni. Mert talán ez a legtöbb és legjobb, amit csinálhat. S mindezért nem marasztalhatjuk el. Marad még így is tennivalója bőven - hiszen a hozzá kerülő emberek betegek. Gyógyítani, jobb állapotba hozni őket még akkor is kell, ha tudható: a gyökerek érintetlenül hagyása mellett minden segítség csak átmeneti lehet. De minden fejfájásmentes nap, minden reménytelibb óra - nyereség. S orvosi küldetésnek vagy - kevésbé patetikusan - szakmai feladatnak ez sem kevés.

Bár az orvosi és a szociális orientáció dilemmáját igencsak élére állítottuk itt, a napi munkában nemigen használhat füldegőt az orvos. Mert igaz, hogy tényleges helyzetmegoldó szociálpolitikai beavatkozásokra nincsen módja, de - akár akarja, akár nem - létének mégiscsak van szociális funkciója. Mégpedig az, hogy meghallgat. Abban a világban, amelyben az embereknek igen korlátozottak a kommunikációs tereik, amelyben gyanusnak és gyengének minősül, aki személyes problémáiról beszél, amelyben privilegizáltak érezheti magát mindenki, aki odaforduló emberi kapcsolatok közegében él, abban a világban, amelyben ritkaságszámba mennek a támogató közösségek, óriási jelentősége van a meghallgatni-tudásnak. S ez az ideggondozók legfontosabb szociális funkciója.

Mert több embernek van mivel "kipakolnia", mint akinek módja is nyilik rá. Egy-egy kérdőíves felvétel alkalmával gyakori élménye az például a kérdezőbiztosnak, hogy sokszor majdnem másodlagos, miről szól a kérdőív; ottlétének az információszerzés mellett legalább olyan fontos funkciója volt az a ritka élmény, amit kérdező-meghallgató attitűdjével beszélgetőpartnerének nyújtott - az élményt, hogy egyszer az életben az a fontos, ami vele történt, valaki arra kíváncsi, amit ő gondol; egyáltalán: megkérdezik.

Ha a kérdező, a meghallgató a soha nem látott, idegen kérdezőbiztos, akkor a megnyilatkozások - érthetően - visszafogottabbak. Ha az orvos, aki a meghallgatáson túl - a remények szerint - talán segíteni is tud, akkor - látjuk alább - gondokkal teli életek siralmasan tömeges képe tárul elének.

A két ideggondozóban felvett adatlapjaink utolsó fejezetében a betegek életéről a kartonokra feljegyzett információkat kíséreltük meg tipizálni. Abból indultunk ki, hogy bár családi, magánéleti problémái, anyagi gondjai, kisebb-nagyobb munkahelyi sérelmei és konfliktusai mindenkinek vannak, ha az orvos betegének egyik vagy másik problémáját rögzítésre méltónak tartja, az azért van, mert a probléma súlya a - tapasztalatilag tudott és érzékelt - "átlagosnál" nagyobb, nem-mindennapi mélységű, s mert vélhetőleg akár ok-okozati, akár következményes viszonyban van magával a betegséggel. /Ebben az értelemben tehát a probléma-rögzítés az orvosi terápia sikeréhez a szakember által elengedhetetlennek minősített orvosi-szakmai információ is./

Másrészt a beteg mindennapi életére vonatkozó tények rögzítését az ideggondozó szociális nyitottsága, problémaérzékenysége fontos indikátorának is tekintettük.

Az alábbi adatok persze nem "szó szerint" veendőek, hiszen az orvos-beteg kapcsolat új vagy régebbi voltán, a mindenkori zsufoltság időszorításán és - talán mindenekelőtt - a beteg verbalizálási készségén és képességén is mulik, hogy fény derül-e a nem-mindennapi nehézségekre, gondokra, hogy feltárul-e az orvos előtt egy emberi élet belső összefüggésrendszere. Anynyiban azonban fontos jelzések számunkra, hogy valamelyest érzékeltessék azokat a súlyos szociális feszültségeket, amelyek - egyéb válaszok és levezetési lehetőségek híján - az ideggondozóban az orvos elé tárt panaszok formájában fogalmazódnak meg. S ezért érzékeltetik azt is, hogy ma ez a funkció milyen fontos, milyen tömeges igényre felel, s mennyire része annak, amit /szűken vett orvosi munkája mellett/ az emberek életének megkönnyítéséért a dolgok kimondhatóságának biztosításával - egy egészségügyi intézménynek ma tennie lehet.

A 35. és a 36. tábla a beteg életének egy vagy más személyes problémájára vonatkozó feljegyzések arányát mutatja be a két ideggondozóban, a betegek életkora, illetve betegségük típusa szerint.

Valójában meglepő - és a köznapi sztereotípiákkal ellentétes -, hogy a feljegyzett panaszok arányában sem a betegek életkora, sem nemi hovatartozásuk nem teremt különbséget. A 35. táblából kirajzolódó egyetlen lényeges differencia a két intézmény között mutatkozik; az intézményeken belüli arányok azonban igen kevésbé szóródnak. Ugy fogalmazhatunk, hogy aki - egy vagy más uton - az ideggondozóba kerül, arra már nem vagy nem úgy érvényesek a tartás, a türelem, a hallgatás normái, mint a "kinti-ekre". Férfiasságának vagy fiatalosságának - ha egyszer "bent" van már - nem mércéje, hogy úgy tegyen: minden rendben van. Másfelől: a panaszkodás mértékét az intézmény szabja meg. A "felvállaló" típusu salgótarjáni gondozóban ezért a betegek háromnegyedéről, míg a "háritó" IX. kerületiben kétötödükről tartják nyilván életük átlagon felüliesen súlyosnak minősülő problémáit.

Az orientáció /és a két intézmény atmoszférájának/ különbségei talán még markánsabban látszanak a 36., a probléma-említések arányát a betegségek típusa szerint bemutató táblából. Az alkoholbetegek és a pszichopatakonfliktusteli életének rögzített nyomai mindkét gondozóban magasabb arányt képviselnek a többi betegségénél. Ez érthető is: hiszen e betegek többnyire úgy és azért kerülnek be, mert éppen éles, türehetetlen konfliktusaik zajlanak: randaliroznak, fenyegetőznek, az eszméletlenségig részegek stb., és ezért a család, a szomszédok vagy a rendőrök idehozzák őket. Ideggondozóbeli betegkarrierjük tehát magával a problémával kezdődik. Arról tudomást nem venni - nemigen lehet. Rajtuk kívül azonban a IX. kerületi intézmény igazában csak az általa nagyobb arányban gondozott skizofrén betegeknek életéről tud, illetve - a sokszor csak egyszeri segítségért, a meghallgatásért hozzájuk forduló - neurotikusok verbalizált életgondjait tartja nyilván.

Salgótarjában más a helyzet. Gyakorlatilag a betegség természete szerint sincsenek aránykülönbségek; a rögzített információk számosságukban /s mint majd látjuk alább: tartalmi gazdagságukban is/ jóval felette állnak a pesti ideggondozóbelieknek. A két ideggondozó feljegyzéseinek aránykülönbsége a legnagyobb a depresszió esetében /a salgótarjáni 70 százalékos

35. tábla

Személyes problémák említésének aránya a két ideg-
gondozóban életkor szerint /%/

Életkor	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Összes	Férfi	Nő	Összes
- 29	32,3	52,4	42,4	73,3	81,8	77,8
30 - 39	44,5	53,6	49,7	75,0	76,3	75,9
40 - 49	38,1	51,2	47,5	72,0	76,2	74,7
50 - 59	39,8	47,8	45,2	65,6	74,5	70,4
60 - X	31,4	35,4	34,3	57,1	65,3	62,3
Összesen	37,4	47,5	43,9	70,3	75,7	73,5

36. tábla

Személyes problémák említésének aránya a két ideg-
gondozóban diagnózis szerint /%/

Diagnózis	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Összes	Férfi	Nő	Összes
Skizofrénia	41,5	53,8	48,7	73,0	74,5	73,7
Depresszió	13,3	25,4	21,8	63,1	73,3	69,9
Organikus	37,9	36,3	36,9	58,0	74,1	66,3
Dementia	18,7	33,9	30,7	66,7	50,0	56,2
Alkohol	51,5	57,1	53,2	80,0	92,3	81,6
Neurózis	36,5	51,1	46,6	70,7	76,9	75,4
Pszichopátia	50,0	62,7	56,6	75,8	86,7	79,2
Pszichiátriai értelemben nem beteg	17,9	33,3	27,6	50,0	70,0	60,5
Összesen	37,4	47,5	43,9	70,3	75,7	73,5

említési gyakorisággal szemben a IX. kerületi mindössze 22 százalékos/. Ez a feltűnő különbség csak alátámasztja a diagnosztikáról korábban mondottakat: depresszióként a IX. kerületben lényegében csak a pszichotikus depressziókat tartják számon, míg a salgótarjáni ideggondozóban a neurotikus eredetűeket is.

Rátérve most már a kartonokon rögzített problémák tartalmi bemutatására, a továbbiakban mellőznünk kell a két intézmény összehasonlítását. Az orientáció és a funkció-értelmezés különbségei - mint láttuk - már a feljegyzések pusztán számában is szembeötlőek. A tartalmi kifejtés, az adott egyéni életut legfőbb összefüggéseinek rögzítése azonban csak a salgótarjáni kartonokról volt leolvasható. A IX. kerületi ideggondozóban a probléma-említések lakonikusan rövidek, sokszor esetlegesek és legfeljebb emlékeztető jellegűek voltak. Így kevésbé látszottak alkalmasnak arra, hogy ezekből a forrásokból tudjuk meg: milyen életproblémákról beszélnek az ideggondozó páciensei orvosoknak. Az, hogy a kartonokon lényegében csak az orvosi munkához vagy a gondozó által foganatosítandó intézkedésekhez elengedhetetlenül szükséges információk szerepelnek, nem jelenti azt, hogy a betegek ne beszélnének másról vagy többről is. Annyit azonban jelez, hogy a "beszélgetés" ráadás az orvosi munkán felül, hogy az intézmény kevésbé tekinti munkája részének, mint a tisztán orvosi természetű beavatkozást, hogy minden járvulékos. A salgótarjáni ideggondozóban a meghonosított részletes jegyzetelés funkcionális: mint többször elmondtuk már, az orvosi beállítódás /és az intézményben meghonosított orvosi kultúra/, valamint annak világos megértése, hogy a szociális-orvosi funkciók itt másra nem háríthatóak át, a jól-szervezett munka, a rutinos működés előfeltételévé és eszközévé tette az életszerű probléma-rögzítéseket.

A kartonokon említett problémák persze mindig egyéni, de ugyanakkor tipusosak. Azaz: jellegzetesen elkülönülnek a munkára, a munkahelyi konfliktusokra vonatkozó történések és a mindennapi megélhetés nehézségét, küzdelmességét ecsetelő beszámolók vagy a házastársak fájó, kínzó veszekedéseit és a beteg ezzel kapcsolatos kétségbeesett indulatkitöréseit összegező feljegyzések. A konkrét egyedi történetet a maga árnyaltsá-

gában és mélységében - minthogy nem az érintetteket közvetlenül megszólaltató interjúzás, hanem az intézmény dokumentációjának feldolgozása volt a módszerünk - persze nem tárhattuk fel. A problémák életszférák és szituációk szerint jól elkülönülő típusai azonban így is szembeötlőek voltak.

A 37. tábla összefoglalóan tárja elénk, milyen problémacsokrokról milyen gyakorisággal volt szó a különböző koru és nemű betegek lapjain.

A megoszlások pontos mértéke másodlagos. Semmiképpen nem értelmezhetjük fontossági sorrendként, hogy relative kevesebb szó esik az anyagi gondokról, mint a munkával és a munkahelylyel kapcsolatosokról. A családi élet konfliktusairól szóló feljegyzések elsőprően magas aránya sem a betegek életgondjainak tényleges prioritás-skáláját, hanem a beteg és az intézmény kapcsolatának valóságos funkcióját jelzi számunkra. Ez az a hely, ahol a magánélet válságairól többé-kevésbé intim körülmények és emberi-szakmai garanciák mellett beszélni lehet. Beszélni lehet mégpedig azért, mert a meghallgatás - ha átmenetileg is, de - megkönnyebbülést hozhat a kinzó, magányos, önmarcangoló gyötrődésekre, ígérhet tanácsot, de legalább is szolidáris megértést és ezáltal nyújtott feloldozást. És közben mégsem kell úgy érezni, hogy az ember kiszolgáltatatta a férjét, a gyereket, az édesanyját vagy az apósát. Olyasmi ez, mint a gyóntatófal tuloldalán ülő pap, akinek kezében van a mágia: a meghallgatás és a feloldozás mágiája. A szekularizált és racionalizált világban azonban kevés a pap és kevésbé része már a mindennapi szokásoknak, hogy "van idő a gyónásra". Eltűntek a vallás és az egyház intézményei, s ha ma ujjáéledőben vannak is, régi funkciójuk tömegesen visszahozhatatlan. De eltűnt a polgári házak beszélgető háziorvosa vagy kellemes és művelt házitánítója is. Az iskolák pedagógusai pedig örülnek, ha /meg/élnek: tulhajszolt, tuladminisztrált, kiszolgáltatott életükbe alig-alig fér bele, hogy még a mások bajával is törődjenek. Eltűntek tehát az intézményes formák, de megmaradt, sőt, talán nőtt is a szükséglet irántuk. Az intim családi kapcsolatok, a bölcs öregek világa szintén szétzilálódott, a sokszorosán nyolcórás munka mellett se férjnek, se feleségnek nincsen ideje sem,

37. tábla

Különböző problématispusok említésének százalékos aránya^{x/} korcsoportonként és nemenként
a salgótarjáni ideggondozóban

A beteg életkora	A munkával, a munkahellyel kapcsolatos problémák említésének aránya	A családdal kapcsolatos problémák említésének aránya	Anyagi természetű problémák említésének aránya	Nincs említés problémáról	Többféle típusu probléma említésének aránya
<u>Férfiak</u>					
- 29	43,1	64,1	19,7	26,7	42,0
30 - 39	35,4	65,3	27,1	24,3	41,7
40 - 49	37,3	62,2	15,1	26,4	36,3
50 - 59	21,7	56,8	19,2	34,4	27,5
60 - X	7,2	52,4	11,9	40,5	11,9
Együtt:	31,6	61,0	19,1	28,9	34,3
<u>Nők</u>					
- 29	37,4	72,7	22,2	18,2	41,4
30 - 39	30,6	72,1	20,6	23,7	37,8
40 - 49	32,0	68,6	16,8	23,5	36,0
50 - 59	22,9	71,3	14,3	25,0	30,3
60 - X	5,6	61,1	13,9	33,3	13,9
Együtt:	28,3	69,9	17,7	24,0	34,2

x/ Minthogy egy emberről többféle problémát is feljegyezhettek az orvosok, a százalékos arányok összege meghalad/hat/ja a 100 százalékot.

energiája sem a támogató hallgatásra. És közben mindenki elmagányosodik és egyre jobban igényelné valakinek a szolidáris odafordulását. Ez tehát az a funkció - s mondhatnánk a legfontosabb funkció -, amely iránti szükségletet legitim módon ma az orvosok, közülük is elsősorban a pszichiáterek, s rajtuk kívül talán a pszichológusok elégitenek ki. S ezért van, hogy a meghallgatás igénye a külvilági legfőbb tabu, a családi élet vonatkozásában a legintenzívebb. Hiszen a főnököt, a folyton elromló gépet, a mind feljebb csavart normákat és az értelmetlen bürokratizmust szidni bárkinek lehet, sőt, néha illik is. A mind magasabbra szökő árak mellett anyagi nehézségekről beszélni: utcán és villamoson, közértben és munkahelyen, ismerősnek és idegennek egyaránt lehet. A lakáshelyzet, a zsufoltság, a kispénzűség - a sajtóban is, az életben is nap nap után taglalt témák. De - mint irtuk már korábban - a magánélet tabu. Aki a családját "feladja" - magát adja fel. És ez a tabu szakad át, ha az ember már pszichiáterhez került.

Érdemes itt újra felidéznünk, amit a neurózisról korábban írottak kapcsán már elemeztünk. A 38. tábla az országos reprezentatív felvétel problémaemlitéseit, a 39. a salgótarjáni ideggondozó neurotikus betegeinek kartonjairól származó feljegyzések típusait mutatja be életkori és nemek szerinti bontásban.

Emlékszünk rá: a KSH kérdőívén az emberek arra válaszoltak, hogy a felsorolt nyolc életterületen mutatkoznak-e súlyosnak megélt gondjaik. A nyolc kérdéskör végül is négy típusba rendeződött: a munkával, a családi élettel, az anyagiakkal és az egészséggel kapcsolatos problémák súlyos vagy kevésbé súlyos átélése rajzolódott ki belőlük. A négy területből három olyan, amelyre - ha más megközelítésben is - az ideggondozói kartonok feljegyzései is "rimeltek". A kétféle forrásból származó problémaemlitéseket tehát módunkban áll összevetni. S itt megint nem a pontos arányok, hanem a tendenciák a figyelemreméltóak.

Az idegen kérdezőnek az ember a köznapi és megbeszélhető bajokról nyilatkozik elsősorban. A családról - látjuk a 38. táblából - nemigen. Pontosabban: éles demarkációs vonal húzódik itt az egészségesek és a betegek között. Aki "jól van", annak

38. tábla

Anyagi gondokat, munkahelyi, családi problémákat említők
aránya a panaszmentes és a neurotikus népességben
életkor és nem szerint /%/

Életkor	Anyagi gondja van		Családi gondja van		Munkával kapcsolatos gondja van	
	Panaszmentes	Neurotikus	Panaszmentes	Neurotikus	Panaszmentes	Neurotikus
<u>Férfiak</u>						
- 29	34,1	54,4	12,7	31,9	38,6	57,1
30 - 39	48,2	59,2	28,5	39,8	47,0	69,7
40 - 49	43,6	48,4	29,7	35,2	51,7	69,4
50 - 59	34,2	41,8	8,0	18,6	35,8	62,7
60 - X	28,1	38,8	5,1	6,3	17,9	45,5
Összesen	37,8	45,9	18,2	23,8	41,2	41,2
<u>Nők</u>						
- 29	31,9	58,9	35,8	63,5	41,3	70,4
30 - 39	45,7	61,9	46,7	59,3	38,2	66,7
40 - 49	39,6	51,1	24,8	40,1	39,7	60,4
50 - 59	26,2	49,3	8,7	24,4	21,9	61,5
60 - X	30,3	45,2	5,7	12,0	7,9	49,7
Összesen	34,8	50,9	30,5	37,5	36,6	62,1

39. tábla

Anyagi gondokat, munkahelyi, családi problémát említők aránya a salgótarjáni ideggondozóban kezelt neurotikusok között életkor és nem szerint /%/

Életkor	Anyagi gondja van	Családi gondja van	Munkával kapcsolatos gondja van
<u>Férfiak</u>			
- 29	11,8	55,6	56,2
30 - 39	17,1	63,2	34,1
40 - 49	11,3	59,2	37,7
50 - 59	10,0	55,3	29,7
60 - X	16,7	16,7	-
Összesen	12,7	57,1	36,0
<u>Nők</u>			
- 29	16,7	74,0	38,5
30 - 39	20,4	73,5	32,7
40 - 49	18,1	70,3	37,4
50 - 59	6,7	65,8	30,8
60 - X	18,2	63,6	-
Összesen	17,0	70,9	34,7

is van baja - épp elég - az életben. De ha beteg: státusza megváltozik. Nemcsak, hogy nehezebben éli meg talán az azonos helyzeteket is, hanem szabad is beszélnie erről. Legyen szó akár a munkáról, akár a megélhetésről, e "státusz-különbségek" léteznek és hatnak, fiataloknál és öregeknél, férfiakkal és nőknél egyaránt. De igazán éleseké a családi konfliktusok kapcsán válnak. A neurotikus panaszoktól szenvedők - talán, mert minden meghallgatás segítség számukra, talán, mert a maguk "meg-nem-felelésére" felmentő magyarázatot ad, hogy mások-

kal, férjükkel, gyerekükkel is baj van - valamelyest beszélnek az idegennek. Aki "tartja magát", az azonban gyakorlatilag nem. De a fentebb leírt funkció-szükséglet igazában a két tábla, a 38. és 39. egymással való összehasonlításában válik szembeszökővé. Míg az "idegennek" még a betegek is legfőképp "külvilági" gondjaikról beszélnek, addig az orvosnak főleg az intimszféráról. S míg a társadalmi normák a férfiak "megengedett bajai" között a megélhetést és a munkát tartják számon, ugyanakkor a nőknek inkább "szabad" a családjuk miatt is aggódnuk, panaszkodniuk, addig a benti életben ezek a társadalmilag kötött hallgatólagos engedélyek és tilalmak átrendeződnek - és a nemi, életkori különbségek eltűnnek.

A többi betegség vonatkozásában nincs módunk a fentiekhez hasonló összehasonlításra. Salgótarjáni adatainkra támaszkodva megnéztük azonban azt, hogy a panaszok tartalma mennyire függ össze a betegek különböző élethelyzetével. Azaz, más-e a családdal kapcsolatos panaszok aránya az egyének különböző családi helyzete, vagy a munkájukkal kapcsolatosaké, végzett munkájuk természete szerint. Továbbá, okoz-e különbséget közöttük betegségük eltérő jellege. E vizsgálódásaink eredménye hasonló ahhoz, amit a panasz-emlések arányai kapcsán már elmondtunk. Ahogyan sem a nemi hovatartozás, sem az életkor, sem a társadalomban elfoglalt hely, sem a betegség jellege szerint nem találtunk különbségeket a panaszkodás arányában, ugyanugy nem mutatkoztak eltérések tartalmi típusaikban sem. Egyedül élők és házások, férfiak és nők, értelmiségiek és segédmunkások, skizofrének és neurotikus betegek egyaránt mindenekelőtt magánéleti problémáikról beszéltek, s az átlagosan 60-65 százalékos körüli arány mellett az említési gyakoriságok szóródásának mértéke - bármilyen metszetben néztük is - tíz százalékon belül maradt. Ugyanigy: státusztól, betegségtől és élethelyzettől függetlenül 15-30 százalékos az anyagi természetű, és 25-45 százalékos a munkával, a munkahellyel kapcsolatos probléma-emlések aránya, megintcsak igen-igen kis szórásokkal. E megdöbbentő hasonlóságok más oldalról támasztják alá a korábban már elmondottakat. Azt, hogy a meghallgatás és támogatás iránti szükséglet olyan átütő erejű, hogy abban az intéz-

ményben, amely a kihívásra válaszol, az egyébkénti helyzet-különbségek eltörpülnek és másodlagosakká válnak.

Mindez persze nem azt jelenti, hogy a problémák súlya is azonos. Az eddigiekben az intézményi funkció felől közelítve beszéltünk a betegek és az ideggondozó kapcsolatáról. E megközelítésben valóban azt találtuk a legfontosabbnak, hogy az általánosan nyomasztó életgondokról és a meghallgatás iránti tömeges igényről szóljunk, és azt emeljük ki, hogy e tömeges igényre adott pozitív válasz az intézmény legfőbb funkciója. Ha azonban a bekerült betegek élethelyzete felől közelítünk, akkor már távolról sem beszélhetünk általánosságban vett családi problémákról, anyagi gondokról és munkahelyi konfliktusokról. A betegek nem kis részének életében ugyanis krízis-helyzetté éleződik mindaz, ami másoknál "csak" baj. A krízishelyzet pedig a meghallgatáson, a tanácsokon és a gyógyszeren kívül krízisintervenciós segítségért kiált. Az ideggondozók orvosai és gondozónői jól érzékelik azt, hogy e többletre, az aktív beavatkozó segítségre szükség volna. Hiszen minden hatodik betegnek volt már öngyilkossági kísérlete, minden negyedik betegük összezilálódott életviszonyai közepette az alkoholba menekül, s napi élmény az is, hogy egy-egy páciensük súlyos összeütközésbe kerül a törvénnyel - a börtönviseltek itt nem "mutatóban" jelennek meg. /A börtönviseltek aránya a pesti ideggondozó férfi-betegei között 4, a 29 év alattiak között azonban 7%-os volt. Salgótarjában a 3%-os férfi-átlag mellett a "kiugró" csoport a 30-39 éveseké: közülük 6 százalék ült már. A börtön alapvetően "férfi-intézmény"; a női devianciákra a "kinti" világ kevésbé reagál e szélsőséges válasszal. Az életük során elítéltek aránya ezért a kezelés alatt állók között is töredéke a férfiakénak - a IX. kerületben 0,9, Salgótarjában 0,3 százalék./ Perifériára sodródott és a periférián cirkáló embereknek nyújt tehát menedéket az ideggondozó akkor, amikor beteggé nyilvánítja őket és zárka helyett gyógyszert, az élet radikális feladása helyett az emberi kapcsolódás reményét kínálja számukra.

A krízis-helyzetek adekvát megoldása azonban a normál orvosi-egészségügyi rutinba és intézményi rendszerbe nem fér bele. A feszítő szükséglet ezért az ország egy-egy ideggondozójában életre hívott egy elkülönülő osztályt: a krízisintervenciós részlegeket. Kutatásunk egyik terepe, Salgótarján, a mintaadó intézmény volt. Az itt létrehozott /pontosabban: orvosai által kiharcolt/ és három évvel ezelőtt megszüntetett krízisintervenciós osztály arra tett kísérletet, hogy az intézmény alapvető funkciójaként felvállalja: a szélsőséggé váló élethelyzetekben eltekintsen az orvosi és a szociális beavatkozás határainak fontolgatásától, lépéseit és akcióit a krízisbe került ember szükségleteihez, és kevésbé a felügyeleti szervek szakmai normatíváihoz igazítsa. Kutatásunk külön tanulmányban foglalkozik azokkal az esettanulmányokkal, amelyeket a Krízis-osztályra került betegekről készítettünk. Ezek az esettanulmányok igyekeznek feltárni azt az életutat és azokat a gellereket, amelyek az embereket átlendítik a határon, ahonnan kezdve életük alakulása nem "nehéz", hanem "kritikus". Választ adnak arra is, hogy mik a lehetőségei és hol vannak a korlátai a segítő beavatkozásnak, valamint arra, hogy a külvilági feltételek változatlansága mellett miért volt törvényszerű, hogy a salgótarjáni vállalkozás hősi kísérlet, végül is a "hivatalok haragját" kivívó és hatalmi szóval a föld színéről eltüntetett kísérlet maradt csupán.

Itt annyit jelezni mindebből, hogy kiépült intézményi háttér híján az összekuszálódott krízishelyzetek is az ideggondozókban összpontosulnak. Tekintve, hogy az intézmények adekvát kezelésükre képtelenek, e krízishelyzetek szélsőségesekké válnak, s áldozataik bolygókként keringenek a normál világ munkahelyei, családi otthonai, az egészségügy betegellátó rendszerének különböző pontjai, illetve - helyzetük súlyosbodásával - a szélsőséges kilépés alternatívái között. S mindezt legfeljebb a társadalmi tehetetlenség vonhatja egy kalap alá. Márpedig azt teszi, amikor - a felelősséget az egyénre hárítva - társadalmi beilleszkedési zavarnak titulálja azt, hogy a kritikus helyzetbe került állampolgárok számára csak a kritikus helyzetbe került állampolgárok számára csak a kritikus kirekesztés a válasza.

A normaszegővel szemben ugyanis nyíltan autoriter módon lép fel, ítéletet, határozatot hoz felette, eljárást indít ellene, hatalmát hatóságként gyakorolja. Az ideggondozó funkciója pedig ebben a vonatkozásban az lesz, hogy a hatóság ítéletét, eljárását szentesítse, vagy - a betegség felmentésével - a normaszegést "átminősítse", ugyanakkor a normaszegő feletti kontrollt magára vállalja. A hatósági és gyógyító funkció keveredésének leggyakoribb esete az a szerep, amelyet az ideg- és alkoholgondozók az alkohol /talán pontosabb: az alkoholisták/ elleni küzdelemben betöltenek. Az egészségügyi hatóság, a tanácsok megkeresésére dönteniük kell: a határozattal hozzájuk írányított személy alkoholfogyasztásának mértéke és módja "ok"-e arra, hogy őt gyógykezelésre kötelezzék, fennhatóságuk alá vonják. Ha az orvosi vélemény pozitív, akkor az eljárás adott: az ellenkező, menekülni próbáló "beteget" végsősoron rendőri uton kell előállítani, s gyógyításának, alkoholelvonó kezelésének a törvény szigorával kell érvényt szerezni. A szentesítő orvosi döntés /a diagnózis/ - büntető-ítélet a beteg felett; az orvosi "felmentés" - felmentés a szankciók alól. Az orvos tehát "választhat": szakmai tudásának elismert és intézményesített hatalmával hogyan él, hatóságként-e vagy "kimenekítő" védnökként. De a hatalom így is, úgy is hatalom marad.

A két ideggondozó orvosai nem ritkán kerülnek e dilemmák elé. A kartonokból kiderült: a IX. kerület férfi-betegei^{x/} közül minden tizedik, a salgótarjániak közül minden nyolcadik ellen folyt már hatósági eljárás. A leggyakoribb ütközési felületet valóban az alkohol szolgáltatja. De a hatósági szerepkört hívják elő a gyámság alá helyezések, a munkahelyi fegyelmi eljárások szélsőséges esetei is, amikor az orvosi diagnózisnak kell szentesítenie egy ember önálló jogainak megcsorbitását, a főnökök és beosztottak közötti konfliktus "igazságát".

x/ A hatósági eljárások foganatosítása - adatainkból úgy tűnik - a férfiak környezeti konfliktusaiban lényegesen gyakoribb, mint a nőkében. A nő-betegek közül a IX. kerületben 6, a salgótarjáni ideggondozóban 4,5 százalék kartonján szerepelt az ellenük folytatott eljárás egy vagy más formájáról szóló említés.

Minthogy az orvosi döntésnek nemcsak gyógyítási, hanem jogi és egzisztenciális következményei is vannak, a legtöbb amit az orvos tehet, az, hogy szembenéz e tényekkel, és hatalmát a döntést hozó intézményekkel szemben is érvényesíteni próbálja. Így adódik, hogy míg a hatóság odafordulásában nem mutatkozik különbség kutatásunk két színtere között, a hatalom "érdekvédelmi" használatában, az ideggondozó által kezdeményezett megkeresésekben már annál inkább: a IX. kerületben ilyen lépésekről a kartonok 14, Salgótarjában 48 százalékának feljegyzései tanuskodtak. A megkeresések változatosak - a segélykérvényektől a munkahely kitalpalásán át a szociális otthoni elhelyezés "kicsikarásáig" terjed a sor. Nemcsak az arányokban mutatkozik különbség az "orvosi" és a "szociális" orientációjú ideggondozók érdekvédelmi, illetve érdek-közvetítő szerepvállalásában, hanem megkereséseik tartalma is eltérő. Míg a IX. kerületben a férfiak és nők, a fiatalok és az idősebbek érdekében való fellépések aránya nagyjából azonos /a megfelelő betegcsoportoknak 13-18 százalékát érinti, s e "sávból" csak a 30 év alatti fiatal nők, illetve a 60 év feletti férfiak "lógnak ki", akiknél a kartonoknak mindössze 6, illetve 5 százaléka tett említést védőintézkedésekről/, addig a salgótarjáni beavatkozásoknak markáns nemi karaktere van. Az ideggondozó orvosainak szerepfelfogásában a hatalom védelmi célú hasznosításának is azokra kell koncentrálnia, akiket az ítéletek, a kirekesztések inkább sújtanak. Így adódik, hogy a férfiak érdekében való fellépések minden korcsoportban 10-30 százalékkal gyakoribbak, mint a nőket érintők /a férfiak kartonjainak 58, a nőkének 41 százalékán szerepeltek az ideggondozó beavatkozásáról tanuskodó feljegyzések/, miközben egész munkájukat a IX. kerületnél határozottabb szociális elkötelezettség jellemzi. Mindez nem változtat azonban azon, hogy a védő-intézkedések is az orvos-beteg viszony alá-fölérendeltségi relációjában születnek, hatalmi mozzanatuk kiiktathatatlan. S kiiktathatatlan az orvos lelkiismereti konfliktusa, akinek "hatóságot" kell játszania ahhoz, hogy védelmet nyújthasson, orvosi köpenybe kell bujnia ahhoz, hogy szolidáris lehessen, el kell fogadnia a világ által felkinált rossz alternatívákat ahhoz, hogy közülük a legjobbat választhassa.

Márpedig e helyzet végiggondolása választásra vagy meghasonlásra késztet, amit a végig nem gondolás háritásával elodázni lehet ugyan, elkerülni azonban valószínűleg nem.

A választást Salgótarjánban megtették. A Krízisintervenciós Osztály életre hívása kilépési kísérlet volt a fenti dilemmák csapdájából. S nem véletlen, hogy létrehozatala harcba került, mint ahogy harcba kerül mindenütt, ahol hasonló résztelegeket kívánnának létesíteni a pszichiáterek.

Hiszen törekvéseik alap-premisszája mindenkor az, hogy az embereket a létező intézményekkel és azoknak való kiszolgáltatottságaikkal szemben kívánják védeni. A krízis-helyzetek ugyanis nem "maguktól" állnak elő, és általában reménytelen sodródások vannak hátterükben. De aki a harcot felvállalja, maga is krízishelyzetbe kerülhet. Hiszen páciensének védelmében sokszor nagyhatalmu igazgatókkal, az állami gondozásba vételt határozatba hozó gyámügyi előadókkal, más egészségügyi intézmények főorvosaival, iskolatitkárokkal és a rendőrséggel kell csatározásokat vívnia. S e harc választásra késztet. Bátorságot, elszántságot követel, s le kell mondani a "hivatalos" karrieréről, az előmenetelről, mindarról, ami többnyire azoknak jár, akik az adott alá-fölérendeltségeket természetesnek fogadják el, nem szállnak szembe, nem kérdőjeleznek meg, hanem - ha néha rossz lelkiismerettel is, de - kompromisszumokat kötnek. Minthogy e választások mélyén alapvető politikai dilemmák húzódnak, a kiszolgáltatottak képviselőjét felvállalni - komoly civil kurázsit igényel. Mégpedig a bukás veszélyével.

E dilemmák persze nemcsak az ideggondozókban merülnek fel. Pedagógus, körzeti orvos, ápolónő, védőnő, művezető és szakszervezeti bizalmi nap nap után szembesül velük. S ma, amikor hivatalosan elfogadottá vált a "családsegítés", megkerülni e kérdést nem lehet. A napjainkban gombamódra szaporodó családsegítő központok nem véletlenül kerülnek rendre az ideggondozókéhoz hasonló dilemmák elé. Harcuk éppen arról szól, amiről e fejezetben irtunk. Arról tehát, hogy a fennálló hatalmi rend elfogadásával, legfeljebb jószándéku paternalizmussal igyekezzenek-e segíteni a bajba jutottakon, vagy - velük együtt -

"kilépjenek", oldalukra állva juttassák kifejezésre azt, hogy a hatalom akkor is hatalom marad, ha jószándék övezi, az autokratikus kontroll alternatívája legfeljebb a demokratikus lehet. Ez a harc ma szemünk láttára folyik, sőt, élesebb, mint bármikor. A választások pedig - értelemszerűen - polarizálódnak. Mindez nem kevés áldozatot kíván. De talán kimondhatjuk: a kihívást elkerülni többé nem lehet. S ez már önmagában is eredmény. Hogy nyomában létrejönnek-e a társadalom önvédő intézményei, legitim dolog lesz-e a szentségnek tekintett társadalmi játékszabályok megkérdőjeleződése vagy csirájában fojtódik el az autonómia és az önvédelem minden kísérlete - a következő évek, évtizedek társadalmi harcainak talán legfontosabb kérdése ez.

IV. FÜGGELÉK

1. tábla

A panasz-említések számának megoszlása nemeként, a kérdezett életkora szerint^{x/}

A kérdezett életkora	A panasz-említések száma			Összesen	/Neurózis, súlyosabb/xx/
	0	1-2	3-6		
	/Panasz- mentes/		/Neurózis/		
<u>Férfi</u>					
29 év alatti	66,9	23,0	10,1	100,0	3,7
30 - 39 éves	51,8	32,8	15,4	100,0	4,8
40 - 49 éves	42,3	37,0	20,6	100,0	6,4
50 - 59 éves	32,9	40,1	26,9	100,0	13,0
60 - X éves	21,3	43,9	34,8	100,0	19,2
Együtt	45,1	34,2	20,7	100,0	9,1
<u>Nő</u>					
29 év alatti	45,3	36,1	18,6	100,0	5,7
30 - 39 éves	24,9	40,8	34,2	100,0	12,6
40 - 49 éves	15,1	40,4	44,5	100,0	20,7
50 - 59 éves	12,1	37,9	50,0	100,0	26,4
60 - X éves	8,5	34,7	56,8	100,0	36,2
Együtt	21,0	37,6	41,4	100,0	21,1
<u>Férfi, Nő együtt</u>					
29 év alatti	57,1	29,0	14,0	100,0	4,6
30 - 39 éves	37,9	36,9	25,1	100,0	8,8
40 - 49 éves	27,8	38,8	33,4	100,0	14,0
50 - 59 éves	21,6	38,9	39,5	100,0	20,4
60 - X éves	13,8	38,5	47,7	100,0	29,2
Együtt	32,5	36,0	31,5	100,0	15,4

x/ Az 1982-es országos reprezentatív KSH-felvétel "Egészség, gondok" kérdésblokkjában feltett panasz-kérdések alapján.

xx/ A 3-6 panaszt említők /neurotikusok/ közül azok, akiket panaszaik mindennapi életvitelükben is korlátoznak.

2. tábla

A panasz-ementések számának megoszlása nemenként, a kérdezett gazdasági aktivitása szerint^{x/}

A kérdezett gazdasági aktivitása	A panasz-ementések száma			Összesen	/Neurózis, xx/ súlyosabb/xx/
	0 /Panasz-mentes/	1-2	3-6 /Neurózis/		
	<u>Férfi</u>				
Aktiv kereső	50,3	33,4	16,3	100,0	5,1
Nyugdíjas	19,8	42,5	37,7	100,0	22,7
Gyes-en van	..	..	..	..	..
Tanuló	82,3	13,8	3,9	100,0	1,3
Háztartásbeli	58,3	21,4	20,4	100,0	9,7
Összesen					9,1
N	2489	1888	1140	5517	501
	<u>NŐ</u>				
Aktiv kereső	23,9	40,1	36,0	100,0	14,3
Nyugdíjas	9,0	35,7	55,3	100,0	35,3
Gyes-en van	33,7	44,3	22,0	100,0	7,4
Tanuló	61,9	24,9	13,2	100,0	3,4
Háztartásbeli	15,7	34,0	50,3	100,0	29,6
Összesen					21,1
N	1285	2299	2525	6109	1292
	<u>Férfi, NŐ együtt</u>				
Aktiv kereső	38,6	36,4	25,1	100,0	9,2
Nyugdíjas	13,9	38,8	47,2	100,0	29,5
Gyes-en van	34,2	44,0	21,8	100,0	7,3
Tanuló	72,9	18,9	8,2	100,0	2,3
Háztartásbeli	19,9	32,8	47,3	100,0	27,6
Összesen					15,4
N	3774	4187	3665	11626	1793

x/ Az 1982-es KSH felvétel alapján

xx/ A 3-6 panaszt említők /neurotikusok/ közül azok, akiket panaszuk mindennapi életvitelükben is korlátoznak

3. tábla

A panasz-említések számának megoszlása nemenként, a kérdezett legmagasabb iskolai végzettsége szerint^{x/}

A kérdezett legmagasabb iskolai végzettsége	A panasz-említések száma			Összesen	/Neurózis, súlyosabb ^{xx/}
	0	1-2	3-6		
	/Panasz-mentes/		/Neurózis/		
<u>Férfi</u>					
8 általánosnál kevesebb	28,6	40,9	30,5	100,0	17,2
8 általános	51,0	31,6	17,4	100,0	6,6
Szaktanásképző	61,7	26,2	12,1	100,0	3,4
Középiskola	49,7	33,4	16,9	100,0	5,9
Felsőfoku oklevél	40,7	36,9	22,4	100,0	8,3
Együtt	45,1	34,2	20,7	100,0	9,1
<u>Nő</u>					
8 általánosnál kevesebb	10,3	35,7	54,0	100,0	32,9
8 általános	24,9	37,6	37,5	100,0	17,3
Szaktanásképző	35,2	37,6	27,3	100,0	7,3
Középiskola	31,5	40,1	28,5	100,0	9,5
Felsőfoku oklevél	28,5	45,5	26,0	100,0	8,7
Együtt	21,0	37,6	41,4	100,0	21,1
<u>Férfi, Nő együtt</u>					
8 általánosnál kevesebb	17,4	37,7	44,9	100,0	26,8
8 általános	36,5	34,9	28,5	100,0	12,5
Szaktanásképző	53,9	29,5	16,6	100,0	4,5
Középiskola	39,9	37,0	23,1	100,0	7,9
Felsőfoku oklevél	37,1	39,5	23,5	100,0	8,4
Együtt	32,5	36,0	31,5	100,0	15,4

x/ Az 1982-es KSH felvétel alapján

xx/ A 3-6 panaszt említők /neurotikusok/ közül azok, akiket panaszuk mindennapi életvitelükben is korlátoznak.

4. tábla

A panasz- említések számának megoszlása nemenként, településtípusonként^{x/}

Településtípus	A panasz- említések száma			Összesen	/Neurózis, súlyosabb/ ^{xx/}	N
	0 /Panasz- mentes/	1-2	3-6 /Neurózis/			
<u>Férfi</u>						
Budapest	43,8	35,1	21,1	100,0	8,8	820
Megyeszékhely	45,2	33,0	21,8	100,0	7,6	788
Egyéb város	46,0	33,4	20,7	100,0	8,3	920
Község						
5000 feletti lakosságszámmal	51,3	31,3	17,5	100,0	9,2	790
2-5000 lakossal	43,6	35,1	21,3	100,0	10,2	1937
2000 alatti lakosságszámmal	38,5	40,8	20,6	100,0	8,8	262
Együtt	45,1	34,2	20,7	100,0	9,1	5517
<u>Nő</u>						
Budapest	22,7	38,9	38,4	100,0	20,5	969
Megyeszékhely	22,2	39,1	38,7	100,0	18,7	954
Egyéb város	21,3	37,1	41,5	100,0	18,4	1023
Község						
5000 feletti lakosságszámmal	26,6	35,8	37,6	100,0	19,9	875
2-5000 lakossal	17,2	37,8	45,0	100,0	24,4	2005
2000 alatti lakosságszámmal	19,9	34,3	45,8	100,0	22,4	286
Együtt	21,0	37,6	41,4	100,0	21,1	6112
<u>Férfi, Nő együtt</u>						
Budapest	32,4	37,2	30,5	100,0	15,1	1789
Megyeszékhely	32,6	36,3	31,1	100,0	13,7	1742
Egyéb város	33,0	35,4	31,7	100,0	13,6	1943
Község						
5000 feletti lakosságszámmal	38,3	33,6	28,0	100,0	14,8	1665
2-5000 lakossal	30,2	36,5	33,4	100,0	17,4	3942
2000 alatti lakosságszámmal	28,8	37,4	33,8	100,0	15,9	548
Együtt	32,5	36,0	31,5	100,0	15,4	11629

x/ Az 1982-es KSH-felvétel alapján

xx/ A 3-6 panaszt említők /neurotikusok/ közül azok, akiket panaszaiuk mindennapi életvitelükben is korlátoznak

5. tábla

A neurotikusok aránya a népességből településtípusonként, nemenként és korcsoportonként^{x/}

Településtípus	Férfi						Nő					
	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Össze- sen	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Össze- sen
	A 3 és több panaszt említők aránya %/ /Neurózis/											
Budapest	9,9	19,7	27,1	27,0	26,9	21,1	23,8	32,5	43,4	39,8	48,4	38,4
Megyeszékhely	15,2	15,7	21,1	32,1	31,3	21,8	17,8	35,2	47,5	46,2	48,7	38,7
Egyéb város	7,5	15,2	22,2	28,8	36,7	20,7	20,0	34,5	40,3	56,3	57,1	41,5
Község												
5000 feletti lakos- ságszámmal	6,8	13,6	14,2	23,7	33,8	17,5	13,6	25,9	41,9	48,1	57,2	37,6
2-5000 lakossal	11,6	15,5	18,5	25,1	38,3	21,3	19,8	37,8	46,4	52,7	62,7	45,0
2000 alatti lakos- ságszámmal	3,9	6,7	28,2	32,0	41,2	20,6	9,0	46,9	49,1	61,2	63,5	45,8
5000 alatti lakosság- számu községek együtt	10,7	14,2	19,6	25,9	38,6	21,2	18,4	38,8	46,7	53,6	62,8	45,1
Együtt	10,1	15,4	20,6	26,9	34,8	20,7	18,6	34,2	44,5	50,0	56,8	41,4

x/ Az 1982-es KSH felvétel alapján

6. tábla

A mindennapi életvitelükben korlátozott /súlyosabb/ neurotikusok aránya a népességből településtípusonként, nemenként és korcsoportonként^{x/}

Településtípus	Férfi						Nő					
	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Összesen	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Összesen
	A mindennapi életvitelükben is korlátozott 3 és több panaszt említők aránya %/ /Neurózis, súlyosabb/											
Budapest	5,0	5,6	9,0	13,8	11,7	8,8	9,2	15,0	19,2	25,0	30,1	20,5
Megyeszékhely	4,6	4,9	4,1	15,2	12,9	7,6	4,6	11,3	24,7	25,0	29,1	18,7
Egyéb város	2,8	4,3	5,9	10,5	20,3	8,3	5,3	8,2	14,9	24,2	37,3	18,4
Község												
5000 feletti lakosságszámmal	1,3	5,0	6,7	14,4	22,3	9,2	4,5	10,8	17,6	28,8	35,1	19,9
2-5000 lakossal	4,6	5,0	6,1	12,4	23,0	10,2	6,0	16,0	23,5	27,3	42,1	24,4
2000 alatti lakosságszámmal	1,3 ^{xx/}	2,2 ^{xx/}	10,3	14,0	19,6	8,8	1,5 ^{xx/}	15,6	22,6	32,7	35,3	22,4
5000 alatti lakosság-számú községek együtt	4,2	4,6	6,5	12,6	22,6	10,0	5,4	16,0	23,4	27,9	41,2	24,1
Együtt	3,7	4,8	6,4	13,0	19,2	9,1	5,7	12,7	20,7	26,5	36,2	21,1

x/ Az 1982-es KSH-felvétel alapján

xx/ A kis elemszám miatt nem megbízható adat

7. tábla

A mindennapi életvitelükben is korlátozott /súlyosabb/ neurotikusok aránya munkajelleget és korcsoport szerint, nemeként^{x/}

A kérdezett foglalkozásának munkajellege	Férfi						Nő					
	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Összesen	-29	30-39	40-49	50-59	60-X	Összesen
A mindennapi életvitelükben is korlátozott, 3 és több panaszt említőik aránya /%/ /Neurózis, súlyosabb/												
Aktív kereső												
Vezetőállású, értelmiségi	3,4	4,3	10,6	5,8	-	6,3	-	7,3	10,2	11,1	-	8,4
Szakalkalmazott	1,2	3,9	2,6	7,7	-	3,8	6,3	8,0	15,6	12,5	-	9,9
Ügyviteli dolgozó	..	..	..	..	..	13,0 ^{xx/}	5,5	9,4	12,0	22,5	50,0 ^{xx/}	10,6
Szakt munkás	2,6	4,6	5,2	8,6	27,6	5,1	5,8	14,3	16,5	29,4	42,9	14,3
Betanított munkás	2,0	3,8	3,2	7,8	33,3	4,7	5,6	14,2	20,4	23,6	42,9	16,5
Segéd munkás	1,1	4,8	7,7	8,6	11,1 ^{xx/}	5,5	11,8	9,2	23,2	27,2	26,7	21,8
Inaktív kereső												
Fizikai	..	33,3 ^{xx/}	24,2	31,5	21,2	22,9	8,7	30,2	67,6	28,1	37,3	33,6
Szellemi	-	50,0 ^{xx/}	-	39,1	11,2	15,0	4,3	19,2	50,0 ^{xx/}	30,7	24,7	21,8
Eltartott	2,3	-	-	-	8,3 ^{xx/}	3,4	4,6	18,4	24,6	30,8	39,4	23,8
Együtt	3,7	4,8	6,4	13,0	19,2	9,1	5,7	12,6	20,7	26,5	36,2	21,1

x/ Az 1982-es KSH-felvétel alapján

xx/ A kis elemszám miatt nem megbízható adat

8. tábla

A különböző életzférákban sok gondot említők százalékos aránya nemeként, korcsoportonként a panaszmentesek, illetve a 3 és több panaszt említők /neurotikusok/ között^{x/}

A kérdezett korcsoportja	Férfi		Nő		Férfi		Nő	
	panaszmentes	neurotikus	panaszmentes	neurotikus	panaszmentes	neurotikus	panaszmentes	neurotikus
	<u>Napi létfenntartás</u>				<u>Egyéb anyagiak</u>			
29 év alatti	5,6	17,1	6,5	24,8	33,0	49,4	30,2	54,5
30 - 39 éves	12,3	16,3	13,4	21,8	44,9	57,1	40,2	57,3
40 - 49 éves	14,1	16,8	7,5	20,4	39,2	46,8	38,4	47,9
50 - 59 éves	8,2	13,0	8,5	22,4	31,7	38,3	23,4	43,6
60 - X éves	11,5	17,4	15,9	25,5	21,7	32,6	22,0	34,5
Együtt	9,2	16,1	9,2	23,3	35,1	41,8	31,6	44,2
	<u>Munkahelyi problémák</u>				<u>Túl sok munka</u>			
29 év alatti	19,0	26,6	11,9	28,0	22,6	33,5	26,2	44,3
30 - 39 éves	32,6	51,7	20,9	32,1	24,1	40,1	21,3	45,8
40 - 49 éves	33,1	43,7	23,9	27,7	27,4	38,4	20,1	38,9
50 - 59 éves	21,6	28,4	7,8	10,2	16,6	28,4	9,9	23,3
60 - X éves	X	X	X	X	X	X	X	X
Együtt	22,6	24,4	13,6	14,8	21,5	25,7	20,2	26,6
	<u>Saját egészsége</u>				<u>Gyermeknevelés</u>			
29 év alatti	2,0	46,8	1,8	31,3	25,2	24,5	54,3	62,0
30 - 39 éves	2,6	40,1	3,9	51,6	28,8	36,9	44,9	51,1
40 - 49 éves	9,2	56,8	5,7	66,4	29,9	27,8	19,8	28,4
50 - 59 éves	12,2	81,2	15,6	77,6	7,0	12,1	X	X
60 - X éves	21,7	84,1	15,2	86,0	X	X	X	X
Együtt	6,4	68,1	5,6	70,3	22,0	18,1	34,4	24,3
	<u>Házasság</u>				<u>A munka, a gyermeknevelés és a háztartási munka összeegyeztetése</u>			
29 év alatti	2,9	8,2	4,5	16,7	11,6	18,5	15,6	54,8
30 - 39 éves	2,6	4,3	5,6	13,3	22,9	24,1	44,7	53,2
40 - 49 éves	3,5	10,1	7,8	14,0	21,0	17,0	23,1	29,8
50 - 59 éves	2,5	6,7	5,1	10,4	5,7	8,6	10,2	12,2
60 - X éves	2,1	3,0	6,3	7,2	7,1	7,4	-	1,7
Együtt	2,8	5,9	5,6	11,6	16,2	15,4	33,6	30,5

x/ Az 1982-es KSH-felvétel alapján

9. tábla

A két ideggondozóban kezelt betegek megoszlása iskolai végzettség és életkor szerint

A beteg legmagasabb iskolai végzettsége	IX. kerületi ideggondozó					Salgótarjáni ideggondozó				
	29 éves és fia- talabb	30-39 éves	40-49 éves	50-X éves	Együtt	29 éves és fia- talabb	30-39 éves	40-49 éves	50-X éves	Együtt
8 általánosnál kevesebb	11,6	7,3	15,3	17,0	13,5	13,0	11,5	19,2	42,0	23,8
8 osztály	37,8	39,1	36,7	32,0	35,6	41,1	40,9	42,0	30,0	38,1
Szaktanácsképző	16,8	14,9	9,1	4,4	10,0	30,3	25,6	18,6	12,4	19,9
Érettségi	23,8	22,0	20,8	13,2	18,7	13,0	15,7	12,3	6,7	11,7
Felsőfoku oklevél	4,0	4,7	8,2	4,7	5,3	2,7	5,9	7,1	4,3	5,5
Ismeretlen	6,1	12,0	10,0	28,7	16,9	0,5	0,2	0,8	2,2	1,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10. tábla

Legmagasabb iskolai végzettség szerinti bekerülési
esélyek 1000 megfelelő nemű és végzettségű lakosra
a IX. kerületi és a salgótarjáni ideggondozó
körzetében

Legmagasabb iskolai végzettség	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
8 osztálynál kevesebb	15,4	19,2	17,8	14,0	18,0	16,4
8 osztály	19,2	31,4	26,3	20,2	41,3	31,7
Szaktanácsképző	27,5	44,7	32,2	45,1	71,3	51,7
Érettségi	13,3	22,3	18,3	17,2	28,6	22,9
Felsőfoku végzettség	8,8	15,6	11,4	26,8	51,1	36,5
Együtt	16,7	25,1	21,3	22,4	31,2	26,3

11. tábla

A két ideggondozóban kezelt, különböző státus-csoportokhoz tartozó aktív kereső betegek megoszlása
diagnózis szerint, nemenként

	Aktív kereső						Aktív kereső					
	Vezető, értelmi- miségi	Egyéb lemi	Szak- munkás	Betani- tott munkás	Segéd- munkás	Együtt	Vezető, értelmi- miségi	Egyéb lemi	Szak- munkás	Betani- tott munkás	Segéd- munkás	Együtt
	IX. kerületi ideggondozó						Salgótarjáni ideggondozó					
	Férfi						Férfi					
Skizofrénia	12,8	37,7	25,6	17,3	26,6	25,3	21,2	19,6	27,0	25,4	39,8	28,5
Depresszió	23,1	1,3	0,6	4,9	3,2	4,0	12,1	16,1	9,1	16,9	15,3	12,6
Neurózis	41,0	44,2	47,6	49,4	38,3	44,8	30,3	37,5	33,0	26,8	12,7	27,8
Egyéb	23,1	16,8	26,2	28,4	31,9	25,9	36,4	26,8	30,9	30,9	32,2	31,1
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nő						Nő					
Skizofrénia	22,4	18,1	28,1	17,4	20,3	19,7	9,1	13,6	8,8	13,1	19,7	14,2
Depresszió	6,9	5,2	4,7	3,7	5,8	5,1	13,6	12,1	12,4	13,7	13,9	13,2
Neurózis	56,9	67,0	56,2	60,9	45,9	58,9	72,7	68,6	72,6	63,9	51,4	63,1
Egyéb	13,8	9,7	11,0	18,0	28,0	16,3	4,6	5,7	6,2	9,3	15,0	9,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

12. tábla

A két ideggondozóban különböző diagnózissal kezelt aktív kereső betegek megoszlása státusz-csoport szerint, nemenként

	Aktív kereső						Aktív kereső					
	Vezető, értelmi- miségi	Egyéb szel- lemi	Szak- munkás	Betani- tott munkás	Segéd- munkás	Össze- sen	Vezető, értelmi- miségi	Egyéb szel- lemi	Szak- munkás	Betani- tott munkás	Segéd- munkás	Össze- sen
	IX. kerületi ideggondozó						Salgótarjáni ideggondozó					
	Férfi						Férfi					
Skizofrénia	4,3	25,2	36,5	12,2	21,7	100,0	4,8	7,6	42,8	12,4	32,4	100,0
Depresszió	50,0	5,6	5,6	22,2	16,6	100,0	6,3	14,1	32,8	18,8	28,1	100,0
Neurózis	7,8	16,7	38,2	19,6	17,6	100,0	7,1	14,9	53,9	13,5	10,6	100,0
Egyéb	7,6	11,0	36,4	19,5	25,4	100,0	7,6	9,5	44,9	13,9	24,1	100,0
Együtt	8,6	16,9	36,0	17,8	20,7	100,0	6,5	11,0	45,3	14,0	23,2	100,0
	NŐ						NŐ					
Skizofrénia	9,1	34,3	12,6	19,6	24,5	100,0	4,1	19,4	10,2	24,5	41,8	100,0
Depresszió	10,8	37,8	8,1	16,2	27,0	100,0	6,6	18,7	15,4	27,5	31,9	100,0
Neurózis	7,7	42,4	8,4	23,0	18,5	100,0	7,4	22,1	18,9	27,0	24,7	100,0
Egyéb	6,8	22,0	5,9	24,6	40,7	100,0	3,1	12,3	10,8	26,2	47,7	100,0
Együtt	8,0	37,2	8,8	22,2	23,7	100,0	6,4	20,3	16,4	26,6	30,3	100,0

13. tábla

A két ideggondozó betegei közül azok aránya, akiknél
van említés más, nem-pszichiátriai betegségről,
diagnózisuk szerint, némenként

	Más betegsége is van	Más betegsége is van
	Férfi	Nő
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>		
Skizofrénia	18,4	31,9
Depresszió	43,3	49,3
Organikus kórképek	37,9	27,5
Dementia	50,0	49,2
Alkohol	45,5	35,7
Neurózis	33,0	29,4
Pszichopátia	29,2	49,0
Pszichiátriai szempont- ból nem beteg	21,4	31,3
Együtt	30,8	43,3
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>		
Skizofrénia	39,2	35,4
Depresszió	58,3	49,1
Organikus kórképek	58,0	53,7
Dementia	100,0	70,0
Alkohol	71,8	61,5
Neurózis	52,2	48,5
Pszichopátia	39,4	40,0
Pszichiátriai szempont- ból nem beteg	55,6	40,0
Együtt	52,1	46,8

14. tábla

A nem-pszichiátriai betegségben is szenvedők aránya korcsoportok szerint, nemenként a IX. kerületi ideggondozóban

	Egyéb betegségről				Egyéb betegségről			
	Nincs említés	Egy betegség	Többféle betegség	Összesen	Nincs említés	Egy betegség	Többféle betegség	Összesen
	Férfi				Nő			
29 éves és fiatalabb	86,0	11,0	3,0	100,0	86,0	12,2	1,8	100,0
30 - 39 éves	71,2	21,9	6,8	100,0	78,6	17,9	3,6	100,0
40 - 49 éves	68,0	22,7	9,3	100,0	67,2	20,9	11,9	100,0
50 - 59 éves	56,1	19,4	24,5	100,0	55,1	21,7	23,2	100,0
60 - X éves	50,0	14,0	36,0	100,0	53,7	26,0	20,3	100,0
Együtt	69,2	17,4	13,4	100,0	66,7	20,3	13,0	100,0

15. tábla

A nem-pszichiátriai betegségben is szenvedők aránya korcsoportok szerint, nemenként
a Salgótarjáni ideggondozóban

	Egyéb betegségről				Egyéb betegségről			
	Nincs említés	Egy betegség	Többféle betegség	Összesen	Nincs említés	Egy betegség	Többféle betegség	Összesen
	Férfi				Nő			
29 éves és fiatalabb	77,9	16,3	5,8	100,0	81,8	13,1	5,1	100,0
30 - 39 éves	57,6	21,5	20,9	100,0	62,6	22,9	14,5	100,0
40 - 49 éves	44,0	20,7	35,3	100,0	48,8	25,0	26,2	100,0
50 - 59 éves	33,8	21,7	44,5	100,0	38,8	22,3	38,9	100,0
60 - X éves	23,8	16,7	59,5	100,0	37,5	13,9	48,6	100,0
Együtt	47,9	20,3	31,8	100,0	53,2	21,8	25,0	100,0

17. tábla

1000 lakosra számított bekerülési esély a betegek lakóhelye szerint a Salgótarjáni ideggondozóban, diagnózis szerint, nemenként

Diagnózis	Salgótarján város			Községek		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	6,7	6,7	6,7	6,8	4,6	5,7
Depresszió	3,5	6,2	4,9	2,8	5,1	4,0
Organikus kórképek	1,5	2,4	2,0	1,9	1,5	1,7
Dementia, szenilis pszichózis	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3
Alkohol, alkoholos pszichózis	2,8	0,9	1,8	3,2	0,2	1,6
Neurózis	8,4	23,0	16,1	4,3	13,8	9,2
Pszichopátia	1,5	0,6	1,0	1,0	0,4	0,7
Pszichiátriai szempontból nem beteg	1,0	0,7	0,8	0,5	0,6	0,6
Összesen	25,7	40,5	33,5	20,7	26,7	23,8

18. tábla

1000 lakosra számított bekerülési esély a betegek lakóhelye szerint a Salgótarjáni ideggondozóban, gazdasági aktivitás szerint, nemenként

A beteg gazdasági aktivitása	Salgótarján város		Községek	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Aktiv kereső	32,5	61,6	25,3	41,5
Nyugdíjas	9,9	11,1	10,4	6,0
Gyes-en lévő	-	5,9	-	2,1
Tanuló	7,7	6,6	11,1	8,2
Háztartásbeli, eltartott	20,4	33,0	22,6	26,5
Összesen	25,7	40,5	20,8	26,6

19. tábla

Az aktív keresők között az új és régi betegek foglalkozás szerinti megoszlása a két ideggondozóban

A beteg gazdasági aktivitása	IX. kerületi ideggondozó						Salgótarjáni ideggondozó					
	Férfi			Nő			Férfi			Nő		
	Uj beteg	Régi beteg	Össze- sen	Uj beteg	Régi beteg	Össze- sen	Uj beteg	Régi beteg	Össze- sen	Uj beteg	Régi beteg	Össze- sen
Aktív kereső												
Vezetőállású, értelmiségi	8,0	8,9	8,6	9,2	7,2	8,0	4,4	6,9	6,5	6,7	6,2	6,4
Egyéb szellemi	12,6	19,5	16,9	39,6	36,2	37,4	13,4	10,5	11,0	20,7	20,2	20,3
Szaktmunkás	34,5	37,2	36,2	9,2	8,6	8,8	53,4	43,5	45,3	23,8	14,1	16,4
Betanított munkás	21,8	15,2	17,8	21,0	22,8	22,1	14,4	13,9	14,0	26,2	26,7	26,6
Segédmunkás	23,1	19,2	20,6	21,0	25,2	23,7	14,4	25,1	23,2	22,6	32,6	30,2
Aktív keresők együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	/174/	/282/	/456/	/271/	/456/	/727/	/90/	/418/	/508/	/164/	/524/	/688/

20. tábla

A felvétel évében először megjelent /uj/ betegek aránya a két ideggondozóban
foglalkozásuk szerint, nemenként

A beteg gazdasági aktivitása	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Uj betegek aránya /1981-ben megjelent/			Uj betegek aránya /1982-ben megjelent/		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Aktiv kereső						
Vezetőállásu, értelmiségi	35,9	43,1	40,2	12,1	25,0	19,5
Egyéb szellemi	28,6	39,3	37,0	21,4	24,3	23,5
Szakmunkás	36,4	39,0	37,1	20,9	34,5	25,4
Betanított munkás	46,9	35,4	39,3	18,3	23,5	22,0
Segédmunkás	42,6	33,1	36,5	11,0	17,8	15,3
Háztartásbeli	..	19,7	17,9	..	11,6	11,9
Gyes-en lévők + tanulók	27,3	35,3	30,8	..	-	..
Nyugdíjas						
Szellemi	41,7	32,6	34,5	-	-	-
Fizikai	37,0	34,7	35,4	7,1	6,7	7,0
Összesen	39,4	37,5	38,2	16,5	20,9	19,2

21. tábla

A felvétel évében először megjelent /új/ betegek aránya a két ideggondozóban
diagnózis szerint, nemenként

Diagnózis	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Új betegek aránya /1981-ben megjelent/			Új betegek aránya /1982-ben megjelent/		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Skizofrénia	10,2	9,5	9,8	5,8	9,9	7,7
Depresszió	33,3	22,5	24,8	11,9	7,9	9,2
Organikus kórképek	48,3	29,7	36,9	8,0	7,4	7,7
Dementia, senilis pszichózis	50,0	37,3	40,0	-	20,0	12,5
Alkohol, alkoholos pszichózis	48,5	50,0	48,9	31,8	38,5	32,7
Neurózis	48,3	51,1	50,2	24,8	29,6	28,4
Pszichopátia	39,6	17,7	28,3	18,2	13,3	16,7
Pszichiátriai szempontból nem beteg	96,4	70,8	80,3	33,3	25,0	28,9
Összesen	39,4	37,5	38,2	16,6	20,9	19,2

23. tábla

A betegek megoszlása aszerint, hogy milyen egészségügyi intézménybe utalták be őket, diagnózis és nem szerint a két ideggondozóban

Diagnózis	IX. kerületi ideggondozó					Salgótarjáni ideggondozó				
	Kórház- ba és szak- rende- lésre	Csak kórház- ba	Csak szakren- lésre	Nem utal- ták be	Össze- sen	Kórház- ba és szak- rende- lésre	Csak kórház- ba	Csak szakren- lésre	Nem utal- ták be	Össze- sen
<u>Férfi</u>										
Skizofrénia	1,4	76,2	0,7	21,8	100,0	16,9	69,8	0,5	12,7	100,0
Depresszió	-	43,3	3,3	53,4	100,0	32,1	48,8	6,0	13,1	100,0
Organikus kórképek	5,2	36,2	-	58,6	100,0	16,0	34,0	16,0	34,0	100,0
Dementia, szenilis pszichózis	-	37,5	-	62,5	100,0	50,0	33,3	16,7	-	100,0
Alkohol, alkoholos pszichózis	-	42,4	-	57,6	100,0	16,5	56,5	-	27,1	100,0
Neurózis	3,5	18,3	1,3	77,0	100,0	12,7	36,3	7,0	43,9	100,0
Pszichopátia	-	35,4	-	64,6	100,0	27,3	42,4	6,1	24,2	100,0
Pszichiátriai értelemben nem beteg	-	7,1	3,6	89,3	100,0	11,1	44,4	-	44,4	100,0
Összesen	2,2	38,4	1,0	58,4	100,0	18,5	51,3	4,5	25,7	100,0
<u>Nő</u>										
Skizofrénia	1,4	78,6	-	20,0	100,0	24,8	60,9	1,2	13,0	100,0
Depresszió	2,8	54,9	1,4	40,8	100,0	23,0	50,3	3,6	23,0	100,0
Organikus kórképek	2,2	42,9	-	54,9	100,0	16,7	33,3	20,4	29,6	100,0
Dementia, szenilis pszichózis	-	59,3	-	40,7	100,0	10,0	90,0	-	-	100,0
Alkohol, alkoholos pszichózis	-	42,9	-	57,1	100,0	-	69,2	7,7	23,1	100,0
Neurózis	0,8	17,6	1,4	80,2	100,0	8,2	29,7	10,0	52,1	100,0
Pszichopátia	2,0	51,0	2,0	45,1	100,0	13,3	46,7	26,7	13,3	100,0
Pszichiátriai értelemben nem beteg	2,1	14,6	2,1	81,2	100,0	10,0	45,0	10,0	35,0	100,0
Összesen	1,3	38,5	0,9	59,2	100,0	14,1	40,6	8,1	37,2	100,0
<u>Összesen</u>										
Skizofrénia	1,4	77,6	0,3	20,7	100,0	20,6	65,7	0,9	12,9	100,0
Depresszió	2,0	51,5	2,0	44,6	100,0	26,1	49,8	4,4	19,7	100,0
Organikus kórképek	3,4	40,3	-	56,4	100,0	16,3	33,7	18,3	31,7	100,0
Dementia, szenilis pszichózis	3,4	40,3	-	56,4	100,0	25,0	68,7	6,2	-	100,0
Alkohol, alkoholos pszichózis	-	42,6	-	57,4	100,0	14,3	58,2	1,0	26,5	100,0
Neurózis	1,6	17,8	1,3	79,2	100,0	9,3	31,3	9,3	50,1	100,0
Pszichopátia	1,3	11,8	2,6	84,2	100,0	22,9	43,7	12,5	20,8	100,0
Pszichiátriai értelemben nem beteg	1,0	43,4	1,0	54,5	100,0	10,5	44,7	5,3	39,5	100,0
Összesen	1,6	38,5	1,0	58,9	100,0	15,8	44,8	6,7	32,7	100,0

24. tábla

Az aktiv kereső betegek közül a táppénzre vettek aránya
diagnózis és nem szerint a két ideggondozóban /%/

Diagnózis	Férfi	Nő	Összesen
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>			
Skizofrénia	38,2	34,7	36,5
Depresszió	36,4	31,8	33,4
Organikus kórképek	34,3	23,3	27,4
Dementia, szenilis pszichózis	-	-	-
Alkohol, alkoholos pszichózis	22,2	33,3	25,0
Neurózis	37,0	34,4	35,2
Pszichopátia	28,9	29,0	29,0
Pszichiátriai értelemben nem beteg	-	6,9	4,3
Összesen	33,3	31,9	32,5
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>			
Skizofrénia	58,3	35,3	48,8
Depresszió	63,2	51,9	54,8
Organikus kórképek	6,3	26,1	17,9
Dementia, szenilis pszichózis	100,0	-	33,3
Alkohol, alkoholos pszichózis	25,0	16,7	23,4
Neurózis	45,9	51,8	50,5
Pszichopátia	29,6	33,3	30,6
Pszichiátriai értelemben nem beteg	35,7	25,0	30,0
Összesen	41,3	47,6	45,4

26. tábla

Van-e az ideggondozónak tudomása a beteg más nem-pszichiátriai jellegű betegségéről, kor és nem szerint a két ideggondozóban

/A "van említés más betegségről" - válaszok %-os aránya/

Korcsoport /év/	Férfi		Nő		Együtt	
	Uj ^{x/} beteg	Régi ^{xx/} beteg	Uj ^{x/} beteg	Régi ^{xx/} beteg	Uj ^{x/} beteg	Régi ^{xx/} beteg
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>						
- 29	17,1	11,4	5,2	26,9	10,4	18,1
30 - 39	32,3	26,1	19,8	22,5	25,4	24,0
40 - 49	42,5	26,5	21,7	38,5	27,6	35,1
50 - 59	48,1	42,2	41,1	46,2	43,6	45,0
60 - X	54,3	47,1	41,6	49,0	45,2	48,6
Összesen	33,9	28,8	24,2	38,7	27,8	35,2
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>						
- 29	12,4	24,3	19,2	17,8	16,6	21,0
30 - 39	30,3	45,9	23,7	43,0	25,7	44,1
40 - 49	62,8	54,4	39,4	54,2	47,6	54,3
50 - 59	41,2	69,3	60,0	61,4	52,4	65,0
60 - X	100,0	75,0	100,0	59,7	100,0	65,4
Összesen	41,8	54,1	34,9	49,9	37,2	51,6

x/ A beteg a felvétel évében került az ideggondozóba.

xx/ A beteg már a felvétel évét megelőzően is ideggondozói kezelés alatt állt.

3o. tábla

Problématípusok említésének megoszlása Salgótarjánban a beteg jelenlegi életkora szerint, nemenként

A beteg jelenlegi életkora	C s a k			Munka + család	Munka + anyagi	Család + anyagi	Mindhárom problémátípusról van említés	Nincs említés problémáról	Együtt
	Munka	Család	Anyagi						
<u>Férfi</u>									
29 éves és fiatalabb	8,1	23,3	-	1,2	7,0	10,5	10,5	26,7	100,0
30 - 39 éves	8,3	23,6	2,1	16,7	-	14,6	10,4	24,3	100,0
40 - 49 éves	9,3	26,4	1,6	22,8	0,5	8,3	4,7	26,4	100,0
50 - 59 éves	5,7	30,6	1,9	10,2	1,3	11,5	4,5	34,4	100,0
60 éves és idősebb	2,4	40,5	4,8	4,8	-	7,1	-	40,5	100,0
Összesen	7,6	27,3	1,8	17,0	0,6	10,3	6,4	28,9	100,0
<u>NŐ</u>									
29 éves és fiatalabb	6,1	31,3	3,0	22,2	-	10,1	9,1	18,2	100,0
30 - 39 éves	2,7	35,1	0,8	17,9	0,8	9,9	9,2	23,7	100,0
40 - 49 éves	6,4	33,2	0,9	20,1	0,6	10,4	4,9	23,5	100,0
50 - 59 éves	3,2	41,0	0,5	16,5	-	10,6	3,2	25,0	100,0
60 éves és idősebb	2,8	47,2	2,8	2,8	-	11,1	-	33,3	100,0
Összesen	4,4	36,1	1,2	17,7	0,4	10,3	5,8	24,0	100,0
<u>Férfi, nő együtt</u>									
29 éves és fiatalabb	7,0	27,6	1,6	22,7	0,5	8,6	9,7	22,2	100,0
30 - 39 éves	4,7	31,0	1,2	17,5	0,5	11,6	9,6	23,9	100,0
40 - 49 éves	7,5	30,7	1,2	21,1	0,6	9,6	4,8	24,6	100,0
50 - 59 éves	4,3	36,2	1,2	13,6	0,6	11,0	3,8	29,3	100,0
60 éves és idősebb	2,6	44,7	3,5	3,5	-	9,6	-	36,0	100,0
Összesen	5,7	32,7	1,4	17,4	0,5	10,3	6,0	26,0	100,0

31. tábla

Problématípusok említésének megoszlása Salgótarjában a beteg gazdasági aktivitása szerint, nemenként

A beteg gazdasági aktivitása	C s a k		Anyagi	Munka	Munka	Család	Mindhárom probléma-típusról van említés	Nincs említés problémáról	Össze-sen
	Munka	Család		+ család	+ anyagi	+ anyagi			
<u>Férfi</u>									
Aktiv kereső	11,5	23,4	0,7	24,1	0,7	7,3	4,5	27,6	100,0
Nyugdíjas	4,3	30,9	2,8	11,0	0,3	12,8	8,0	30,0	100,0
Együtt	7,6	27,3	1,8	17,0	0,6	10,3	6,4	28,9	100,0
<u>Nő</u>									
Aktiv kereső	5,8	31,2	1,3	23,2	0,6	7,6	7,6	22,7	100,0
Nyugdíjas	3,1	38,6	1,6	13,4	-	14,6	4,3	24,4	100,0
Háztartásbeli	1,3	49,4	-	5,8	0,6	12,3	1,9	28,6	100,0
Együtt	4,4	36,1	1,2	17,7	0,4	10,3	5,8	24,0	100,0

Problématípusok említésének megoszlása Salgótarjánban családi állapot szerint, nemenként

A beteg családi állapota	Munka	C s a k Család	Anyagi	Munka + család	Munka + anyagi	Család + anyagi	Mindhárom probléma- típusról van említés	Nincs említés problé- máról	Összesen
<u>Férfi</u>									
Nőtlen	7,6	20,8	2,8	17,4	1,4	14,6	6,9	28,5	100,0
Házias	7,3	30,4	1,4	17,4	0,5	8,0	5,9	29,2	100,0
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	6,3	15,6	3,1	15,6	-	25,0	9,4	25,0	100,0
Együtt	7,6	27,3	1,8	17,0	0,6	13,0	6,4	28,9	100,0
<u>NŐ</u>									
Hajadon	8,4	27,7	3,6	14,5	-	14,5	9,6	21,7	100,0
Házias	3,8	36,9	0,8	19,2	0,5	8,6	5,3	24,9	100,0
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	4,6	37,6	1,8	10,1	-	19,3	6,4	20,2	100,0
Együtt	4,4	36,1	1,2	17,7	0,4	10,3	5,8	24,0	100,0
<u>Férfi, nő együtt</u>									
Nőtlen, hajadon	7,9	23,3	3,1	16,3	0,9	14,5	7,9	26,0	100,0
Házias	5,1	34,5	1,0	18,5	0,5	8,4	5,5	26,5	100,0
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	5,0	32,6	2,1	11,3	-	20,6	7,1	21,3	100,0
Együtt	5,7	32,7	1,4	17,4	0,5	10,3	6,0	26,0	100,0

33. tábla

Problématípusok említésének megoszlása Salgótarjában a beteg foglalkozása szerint

A beteg gazdasági aktivitása	Munka	C s a k Család	Anyagi	Munka + család	Munka + anyagi	Család + anyagi	Mindhárom probléma- típusról van em- lités	Nincs említés problé- máról	Össze- sen
<u>Férfi, nő együtt</u>									
Aktiv kereső									
Vezetőállásu, értelmiségi	13,0	27,3	-	29,9	-	1,3	1,3	27,3	100,0
Egyéb szellemi	9,2	25,0	1,0	23,0	1,5	4,1	8,2	28,1	100,0
Szakmunkás	9,0	28,3	0,9	20,7	0,3	6,7	6,1	28,0	100,0
Betanított munkás	5,9	30,3	1,2	24,4	0,4	7,5	8,7	21,7	100,0
Segédmunkás	2,5	33,4	0,9	15,0	0,3	17,5	8,9	21,5	100,0
Nyugdíjas									
Fizikai	-	43,9	3,5	1,8	-	21,1	-	29,8	100,0
Szellemi	11,1	44,4	-	-	-	22,2	-	22,2	100,0
Háztartásbeli	0,7	48,3	2,6	3,3	1,3	13,9	2,0	27,8	100,0
Együtt	5,7	32,7	1,4	17,4	0,5	10,3	6,0	26,0	100,0

Problématípusok említésének megoszlása a skizofrén és neurotikus betegek között
Salgótarjában, nemenként

A beteg diagnózisa	C s a k			Munka + család	Munka + anyag	Család + anyag	Mindhárom probléma- típusról van em- lítés	Nincs említés problé- máról	Együtt
	Munka	Család	Anyagi						
<u>Férfi</u>									
Skizofrén	4,2	25,4	2,6	14,3	0,5	16,9	9,5	26,5	100,0
Neurotikus	13,4	30,6	1,3	15,3	-	4,5	7,0	28,0	100,0
Összes beteg	7,6	27,3	1,8	17,0	0,6	10,3	6,4	28,9	100,0
<u>Nő</u>									
Skizofrén	3,1	39,1	2,5	11,2	-	12,4	6,2	25,5	100,0
Neurotikus	5,1	34,2	0,8	20,7	0,4	9,8	6,1	22,9	100,0
Összes beteg	4,4	36,1	1,2	17,7	0,4	10,3	5,8	24,0	100,0
<u>Férfi, nő együtt</u>									
Skizofrén	3,7	31,7	2,6	12,9	0,3	14,9	8,0	26,0	100,0
Neurotikus	7,0	33,4	0,9	19,5	0,3	8,5	6,3	24,1	100,0
Összes beteg	5,7	32,7	1,4	17,4	0,5	10,3	6,0	26,0	100,0

35. tábla

Különböző problématispusok említésének százalékos aránya^{x/} a beteg családi állapota szerint
a salgótarjáni ideggondozóban, nemenként

A beteg családi állapota	A munkával, a munkahellyel kapcsolatos problémák említésének aránya	A családdal kapcsolatos problémák említésének aránya	Anyagi természetű problémák említésének aránya	Nincs említés problémáról	Többféle típusú probléma említésének aránya
<u>Férfiak</u>					
Nőtlen	33,3	59,7	25,7	28,5	40,3
Házias	31,1	61,7	15,8	29,2	31,8
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	31,3	65,6	37,5	25,0	50,0
<u>Nők</u>					
Hajadon	32,5	66,3	27,7	21,7	38,6
Házias	28,8	70,0	15,2	24,9	33,6
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	21,1	73,4	27,5	20,2	35,8
<u>Férfiak, nők együtt</u>					
Nőtlen, hajadon	33,0	62,0	26,4	26,0	39,6
Házias	29,6	66,9	15,4	26,5	32,9
Egyedül maradt /elvált vagy özvegy/	23,4	71,6	29,8	21,3	39,0

x/ Minthogy egy emberről többféle problémát is feljegyezhettek az orvosok, a százalékos arányok összege meghalad/hat/ja a száz százalékot.

Különböző problématispusok említésének százalékos aránya^{x/} a beteg foglalkozása szerint
a salgótarjáni ideggondozóban /férfiak és nők együtt/

A beteg foglalkozása	A munkával, a munkahellyel kapcsolatos problémák említésének aránya	A családdal kapcsolatos problémák említésének aránya	Anyagi természetű problémák említésének aránya	Nincs említés problémáról	Többféle típusú probléma említésének aránya
Aktív kereső					
Vezetőállású, értelmiségi	44,2	59,8	2,6	27,3	32,5
Egyéb szellemi	41,9	60,3	14,8	28,1	36,8
Szakmunkás	36,1	61,8	14,0	28,0	33,8
Betanított munkás	39,4	70,9	17,8	21,7	41,0
Segédmunkás	26,7	74,8	27,6	21,5	41,7
Aktív keresők együtt	38,7	65,3	15,5	24,8	38,0
Nyugdíjas					
Szellemi	11,1	66,6	22,2	22,2	22,2
Fizikai	1,8	66,8	24,6	29,8	22,9
Háztartásbeli	7,3	67,5	19,8	27,8	20,5
Együtt	29,6	66,4	18,2	26,0	34,2

x/ Mínt hogy egy emberről többféle problémát is feljegyezhettek az orvosok, a százalékos arányok összege meghalad/hat/ja a száz százalékot.

37. tábla

Különböző problématispusok említésének százalékos aránya^{x/} a skizofrén, illetve a neurotikus betegeknél a salgótarjáni ideggondozóban, nemenként

A beteg diagnózisa	A munkával, a munkahellyel kapcsolatos problémák említésének aránya	A családdal kapcsolatos problémák említésének aránya	Anyagi természetű problémák említésének aránya	Nincs említés problémáról	Többféle típusu probléma említésének aránya
<u>Férfiak</u>					
Skizofrén betegek	28,5	66,1	29,5	26,5	41,2
Neurotikus betegek	35,7	57,4	12,8	28,0	26,8
<u>Nők</u>					
Skizofrén betegek	20,5	68,9	21,1	25,5	29,8
Neurotikus betegek	32,3	70,8	17,1	22,9	37,0
<u>Férfiak, nők együtt</u>					
Skizofrén betegek	24,9	67,5	25,8	26,0	36,1
Neurotikus betegek	33,1	67,7	16,0	24,1	34,6

x/ Minthogy egy emberről többféle problémát is feljegyezhettek az orvosok, a százalékos arányok összege meghalad/hat/ja a 100 százalékot.

38. tábla

A két ideggondozóban kezelt betegek között a súlyos alkoholfogyasztók, illetve
 öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya diagnózis szerint,
 nemenként

A beteg diagnózisa	Alkoholizálók aránya / % /			Öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya / % /		
	Férfi	Nő	Férfi, nő együtt	Férfi	Nő	Férfi, nő együtt
<u>IX. kerületi ideggondozó</u>						
Skizofrénia	19,7	8,6	13,2	18,4	19,0	18,8
Depresszió	3,3	8,5	6,9	33,3	36,6	35,6
Organikus kórképek	17,2	9,9	12,8	6,9	13,2	10,7
Dementia, szenilis pszichózis	25,0	8,5	12,0	18,8	11,9	13,3
Alkohol, alkoholos pszichózis	90,9	92,9	91,5	18,2	14,3	17,0
Neurózis	14,8	3,7	7,2	14,3	17,0	16,2
Pszichopátia	35,4	21,6	28,3	29,2	41,2	35,4
Pszichiátriai szempontból nem beteg	10,7	2,1	5,3	3,6	8,3	6,6
Együtt:	21,7	7,8	12,7	16,6	18,9	18,1
<u>Salgótarjáni ideggondozó</u>						
Skizofrénia	55,0	5,6	32,3	14,8	24,2	19,1
Depresszió	39,3	4,2	16,1	21,4	13,9	16,5
Organikus kórképek	50,0	9,3	28,8	22,0	13,0	12,5
Dementia, szenilis pszichózis	83,3	10,0	37,5	-	30,0	18,8
Alkohol, alkoholos pszichózis	97,6	84,6	95,9	17,6	15,4	17,3
Neurózis	42,0	6,1	14,5	11,5	14,1	13,5
Pszichopátia	57,6	13,3	43,7	21,2	13,3	18,8
Pszichiátriai szempontból nem beteg	50,0	15,0	31,6	5,6	30,0	18,4
Együtt	55,3	7,3	26,3	15,0	16,2	15,7

39. tábla

A hatósági megkeresés említésének gyakorisága a két ideggondozóban életkor szerint /%/

Korcsoport /év/	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
- 29	13,4	6,1	9,8	57,0	42,4	49,2
30 - 39	16,4	14,3	15,2	60,4	38,9	46,6
40 - 49	14,4	16,8	16,1	54,9	41,5	46,4
50 - 59	18,4	15,0	16,1	56,7	47,3	51,6
60 - X	4,7	18,3	14,8	69,0	33,3	46,5
Összesen	13,9	14,7	14,4	57,9	41,4	47,9

40. tábla

A hatósági eljárás említésének gyakorisága a két ideggondozóban életkor szerint /%/

Korcsoport /év/	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
- 29	11,6	4,3	7,9	9,3	6,1	7,6
30 - 39	11,6	6,1	8,5	20,1	5,0	10,3
40 - 49	11,3	8,6	9,4	12,4	4,3	7,3
50 - 59	11,2	6,8	8,2	9,6	4,3	6,7
60 - X	2,3	5,7	4,8	2,4	2,8	2,6
Összesen	10,2	6,4	7,8	12,4	4,5	7,6

41. tábla

Börtönbüntetés gyakorisága a két ideggondozóban
életkor szerint /%/

Korcsoport /év/	IX. kerületi ideggondozó			Salgótarjáni ideggondozó		
	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
- 29	6,7	1,2	4,0	1,2	1,0	1,1
30 - 39	5,5	-	2,3	6,2	0,8	2,7
40 - 49	3,1	2,0	2,3	3,1	-	1,2
50 - 59	4,1	0,5	1,6	1,9	-	0,9
60 - X	-	0,4	0,3	4,8	-	1,8
Összesen	4,4	0,9	2,1	3,4	0,3	1,5

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

