

El a kezekkel a Lipóttól, de!

VISSZHANG - LI. évfolyam 17. szám, 2007. április 27.

Az OPNI megszüntetésével én sem értek egyet. Sok igazság lehet Kozák Gyula cikkében (*Tiszta örület, ÉS*, 2007/16.), a kérdést talán a legátfogóbban elemző publicisztikában. Sejteti velünk: rögtönzött döntések, elhamarkodott állásfoglalások, rejtőzködő beruházójelöltek kaotikus gyürkőzése, kamarillatörekvések és a nagy pártok politikai önzése látszanak jellemezni a történéseket (amelyekben, úgy tűnhet, a betegek számítanak a legkevésbé).

E konfliktusban azonban nem veszedelmet, hanem lehetőséget látok. A hatalmas és jótékony változás esélyét. Tudniillik a kapkodással, átgondolatlansággal, a profitra törés kapzsiságával és a fiskális szemlélet korlátoltságával nyilvánvalóan vészhelyzet állott ugyan elő, alkalom nyílt, hogy radikálisan más, tényleg modern pszichiátria jöjjön létre Magyarországon is. 1) Ne határozzuk-e meg újra a pszichiátria és a társadalom egészségének viszonyát? Ez egy komplex és kölcsönhatásos folyamat lenne, egyik oldalról a pszichiátria megkeresné a maga funkcióit a társadalom regenerálásában (magyarán: mire és mely értékek mentén gyógyít), másik oldalról a társadalom szembenézne - egy "menedzselt", kétségtelenül hosszú, mentálhigiénés folyamatban - a pszichiátriai betegekkel (ideértve a szenvedélyfüggőket is) kapcsolatos előítéleteivel, félelmeivel és felelősségével.

2) Nem indokolt-e felülvizsgálni, hogy milyen szervezési alapmodellre telepítjük a pszichiátria intézményeit? Megtartjuk-e az OPNI-t mint óriási, országos gyógyítóközpontot? A kérdésformulát használom, mert bízom abban, hogy az Egészségügyi Minisztérium, érzékelve a társadalom erős érzelmi kötődését a Lipóthoz, felfüggeszti a bezárást, és az alternatívák újramérlegelésébe beengedi a civil szférát. Tehát ha az eddigi jellege megőrzése mellett döntünk, emeljük új kórházépületet (az eredeti terület megtartott részén). Amennyiben az intézetet nemzeti módszertani-tudományos centrumként (egy-két lokális bemutató-osztállyal) működtetjük a jövőben, az eljárás szintén követhető. Mindkét változat a mostanitól lényegesen különböző területi szakellátással ötvöződjön. Korszerű kórházi pszichiátriai osztályok, helyben könnyen megközelíthető járóbeteg-rendelések (pszichoterápiás és tanácsadó profillal elsősorban), továbbá közösségalapú önellátó bentlakásos és úgynevezett nappali szanatórium jellegű gondozási egységek, kisintézmények (szakmai irányítással).

3) Átformálandó a gyógyító-kezelő személyzet, de különösen a pszichiáterek-pszichológusok szemléleti (és tettekben kifejeződő!) viszonyulása a páciensekhez. Hiszen annak dacára, hogy e téren rengeteg útbá igazító irodalom és nem kevés őszinte igyekezet halmozódott fel, a végeredmény bizony siralmas. Még mindig gyakori az idegenkedés a beteg önsegítő mozgásaitól, a gyógyító-ápoló és a kezelt személy közti egyenrangúság és nem egyenjogúság dialektikájának elutasítása, a terapeuta önesendőségének eltagadása és így tovább.

4) A szociálpszichiátriai megközelítés, valamint a kliensi kreativitásra épülő, pedagógiai-andragógiai irányultságú, a direktivitást és a nondirektivitást szervesen kombináló - az empátia és az intervenció összeegyeztetésétől nem húzódozó - személyiségfejlesztő módszerek, technikák előnyben részesítése. A biológiai pszichiátria - a pszichoterápiák rovására történt - túlterjeszkedésének felszámolása.

5) Demokratizálni szükséges a pszichiátriai szakmát belülről és kifelé egyaránt. Vagyis elfogadhatatlan, hogy a lobbitevékenység a szakma elitjének feudális privilégiumait, sőt egyes személyek basarendszerét szentesítse (amely taszító elegye a piaci öncélúságba fajult képzési hálóknak meg a biztosító által támogatott és az illegális privát rendelés egymásba csúszásának).

6) A betegek önszervező szervezeteivel - támaszkodva az amerikai hagyományokra (anonim szerveződések, s nem csupán azoknál, akiket a klasszikus addikciók tepertek le) és a nyugat-európai tapasztalatokra - ténylegesen szövetkezzen az orvosi terápia, funkcionális szerepet biztosítva részükre a kezelés teljes spektrumában.

Egy ilyen korszerű pszichiátriában ugyanis az sem fordulhat elő, hogy a betegek javára alkotó és a korábbi beteg-tapasztalataiból (is) építkező bármelyik munkatárs hozzám hasonlóan járjon. Szerényen és röviden. A mentálpedagógia klinikai alkalmazását (e szubdiszciplína kezdeményezésébe 1992-ben vágtam bele) összegzően és szabványosítóan kifejtő dolgozatomat elkészülte, 2003 óta az összes szakmai orgánus bojkottálja. Néhai Veér András, az előző OPNI-főigazgató erről - annak idején, már leváltását követően, a jeles intézet falain kívülről - így fogalmazott: "a szakma kitépte "az eddig és ne tovább!" táblát". A tudós Buda Béla doktor ugyanezt a jelenséget nyíltan állást foglalva regisztrálta: "Az ellenérzések sok helyen abból származnak, hogy ő nem pszichiáter, nem pszichológus. Ez azonban nem lehet diszkrimináció alapja" (Addictologia Hungarica, 1999/5. Network). A praxis folytatását pedig - az ÁNTSZ és az Egészségügyi Minisztérium engedélye dacára - maga a jelenlegi intézeti vezetés gáncsolta el. Akkor nem féltették a pszichiátriai, illetve a pszichoterápiás ellátás színvonalát?

Szerencsémre találkoztam - a Lipóton (tehát ugyanott, ahonnan utóbb más fejesek kiűztek) - olyan orvosokkal, akik tudták, hogy a bajban ott van az üdvösség, a kegyelem, s hogy az elbukó emberből - egy kis ügyességgel, praktikával, no meg némi együttérzéssel - mindig kipiszkálható az alkotás, az újrakezdés lehetősége, a talpra állás akarása.

Soha nem tudhatjuk, melyikünk érzi úgy, hogy nehéz a föld sója. Hogy a harang éppen kiért szól.

Fekete György

rokkantnyugdíjazott mentálpedagógus, 1993-tól 2006-ig a Lipót munkatársa, 1971 és 1990 között pedig egyik betege