

ZÁRT KÖZÖSSÉGBŐL A HELYI KÖZÖSSÉGBE?

A PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK EGY ALFÖLDI KISVÁROSBAN¹

Absztrakt

Tanulmányunkban egy kisvárosban vizsgáltuk a közösségek integráló szerepét a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak körében. Célunk az integráló és dezintegráló mechanizmusok, illetve az ezt segítő és gátló tényezők beazonosítása és a közösségfejlesztés lehetséges szerepének feltárása egy hátrányos helyzetű csoport esetében. Párhuzamosan vizsgáljuk a helyi közösség formális és informális szintereit, a pszichiátriai betegek diagnosztizált személyek számára nyújtott szolgáltatásokat és a kettő közötti kapcsolatokat. Tanulmányunk egy hónapos terepmunkán alapul.

Abstract

In our study we examined the integrating role of communities between people diagnosed with psychiatric illnesses in a small Hungarian town. Our aim is to identify the integrating and disintegrating mechanisms and the supporting and obstructive factors. On one hand we examined the formal and informal places of the town, on the other hand we analysed the services for people diagnosed with psychiatric illnesses and the relations between them. Our study based on a one month fieldwork.

E tanulmány a helyi közösségek integráló szerepét vizsgálja a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak példáját bemutató egy alföldi kisvárosban. Célunk, hogy egy speciális társadalmi csoport helyi integrációjának elemzésén keresztül járjunk körül a lokális közösségeket jellemző integráló és dezintegráló mechanizmusokat, feltárjuk az ezt segítő illetve gátló tényezőket. A tanulmányunk egy hónapos terepmunkán alapul. Kutatásunk újítása annak kettős fókusz: egyszerre vizsgáljuk a helyi közösség formális és informális szintereit, valamint a pszichiátriai betegek diagnosztizált személyek számára nyújtott szolgáltatásokat és a kettő közötti kapcsolatokat. Ez lehetőséget biztosít egy tágabb perspektíva kialakítására, ami túllép a szociális és

egészségügyi szféra dominánsan egyéni esetkezelésen alapuló működésén és a közösségfejlesztés potenciális szerepét vizsgálja egy konkrét célcsoport integrációjában. Ahogy Gerő és Kovách (2015) fogalmaz tanulmányukban, azt vizsgáljuk, hogy „*az intézményesült rendszerek és az informális kapcsolat-hálózatok kölcsönösen egymást alakító folyamata milyen integráló mechanizmusokon keresztül történik*” (Gerő – Kovách 2015:21).

A kutatás helyszínét jelentő alföldi kisváros az ország keleti régióját jellemző adottságokkal rendelkezik. A közel 30.000 fős város területileg nagy kiterjedésű tanyás település, melynek gazdaságában még ma is jelentős szerepet játszik a mezőgazdaság. A régió sajátosságainak megfelelően öregedő, fogyó népességű településről van szó, ahol a természetes fogyás és az elvándorlás mértéke is viszonylag magas. A munkanélküliségi ráta 11% körüli a 2011-es adatok szerint, az inaktívak (kb. 30%) és az eltartottak aránya (kb. 23%) a teljes népességen belül magasnak mondható, de a megyei átlagnak megfelelő képet mutat. A település alapvetően városias, kisvárosias karakterű, amit a szinte teljesen felújított főtér központi funkciója és városias szolgáltatásai (vendéglátó, bevásárló és szórakozási lehetőségek) jól reprezentálnak.

Kutatásunkban a város kiválasztásakor fontos szempont volt, hogy a településen a jelenlegi magyar pszichiátriai ellátórendszer minden eleme megtalálható (pszichiátriai kórházi osztály, pszichiátriai gondozó, szociális otthon, nappali és közösségi ellátás). A tanulmány alapját jelentő kutatásban vizsgáltuk egyrészt a helyi civil szervezeteket és közösségi tereket (pl. művelődési ház, közösségi tér, sport központ stb.), a város közéletének meghatározó szereplőit (pl. polgármestert, illetve interjúalanyaink javaslatai alapján az általuk fontosnak tartott szereplőket). Másrészt a tanulmány fókuszában álló témának megfelelően helyi mélyfúrás jellegű/antropológiai mélységű vizsgálatot végeztünk a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak

¹ A tanulmány az *Integrációs és dezintegrációs folyamatok a magyar társadalomban* (104634 számú) és az *Örültek helye a 21. századi magyar társadalomban* (112079 számú) című OTKA pályázatok keretében készült.

záltak helyzetéről, integrációjának körülményeiről és lehetőségeiről.²

Pszichiátriai betegek diagnosztizáltaknak azokat az embereket tekintettük, akiknek van pszichiátriai diagnózisa és valamilyen formában, hosszabb-rövidebb ideig megjelentek vagy most is jelen vannak a pszichiátriai ellátórendszerben. Az interjúalanyok kiválasztása a szakértői mintavétel és a hálóba-mintavétel kombinációjával történt.

Vajon hogyan jelennek meg a közösségben a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak? A számukra létrehozott szolgáltatások, intézmények hol vannak és hogyan vesznek részt a helyi közösségben? Mennyire segíti elő vagy gátolja a pszichiátriai ellátórendszer az érintettek közösségi részvételét? Milyen kapcsolat van az ellátórendszeren belül a különböző szolgáltatások között, illetve a szolgáltatások és a helyi közösség között?

Közösségek integrációs szerepe

Kutatásunkban olyan közösség definíciót használtunk, amiben kiemelt szerepe van a lokalitás és a közösség közötti kapcsolatoknak (pl. Vercseg 1993; Gorman 2002), ezek szerint a közösségek egy adott helyen és időben alakulhatnak ki és maradhatnak fenn. Az egyik legfontosabb integrációs mechanizmus itt a részvétel, azaz hogy az egyének meg

2 Interjúalanyainkat minden esetben mint kutató kerestük meg, s elmondtuk nekik, hogy kutatást végzünk a helyi közösségekről és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi részvételéről. A napi eseményekről úgynevezett napi naplót vezettünk, ami egyrészt természetesen tartalmazta azoknak a helyeknek a leírását, ahol megfordultunk, azokat az embereket, akikkel beszélgettünk, azokat az eseményeket, amiket megéltünk, másrészt azokat a szubjektív benyomásokat, érzeteket, érzéseket, amiket az adott helyek, emberek, interakciók, helyzetek keltettek bennünk. Így egy igen sokrétű, sok szempontú képet kaptunk a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakról, a helyükről a helyi társadalomban és a különböző örület-olvasatokról, ami megítélésünk szerint jelentősen befolyásolhatja ezeknek az embereknek a tényleges (mostani és jövőbeni) helyét a közösségben. Fókuszcsoportos beszélgetések készültek a pszichiátriai betegek otthonában, egy szakközépiskolában és a pszichiátriai betegek számára fenntartott nappali klubban, érintettekkel, dolgozókkal és középiskolás fiatalokkal. Készültek strukturált interjúk pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal, dolgozókkal, a városi közösség meghatározó szereplőivel és a város lakóival. Narratív életútinterjúk érintettekkel, dolgozókkal és egy hozzátartozóval készültek.

tudnak-e jelenni, ha igen hogyan, és részt tudnak-e venni a közösség tevékenységeiben. Wilken (2015) a társadalmi részvétel három egymással kölcsönösen összefüggő típusát különíti el. A funkcionális integrációt, a szociális integrációt és az inklúziót. A funkcionális integráció által az egyének funkcionális szerepet (pl. munkavállalás, szervezeti tagság) nyernek a közösségben. A szociális integrációval az egyén egy közösségi kapcsolati háló részévé válik. Az inklúzióval pedig az egyén a közösség egyenlő tagjává válik és a „másságát” elfogadva képes a közösség, a személy számára a részvétel lehetőségét biztosítani (Wilken et al 2015).

A közösség pozitív képzetét hangsúlyozó elemzések nem, vagy csak ritkán foglalkoznak azzal, milyen esetleges diszfunkcionális, negatív hatásai, elemei lehetnek a közösségnek (kizárás, homogenizáció, bezáródás stb.). A lokalitáshoz is, mint általában a közösséghez egyfajta pozitív képzet, reprezentáció párosul, amely különösen erőteljesen jelenik meg a lokalitás és ruralitás összekapcsolódásában (Csurgó 2013). A vizsgált kistélepülés a ruralitás számos jegyét hordozza magában és a helyiek percepciójában is alapvetően vidékies településként definiálódik.

A szociológia történetében és jelenében egyaránt a közösség fogalmának döntően normatív tartalma van. A közösség fogalmához a klasszikus szociológiai irodalomban (Tönnies 1983; Weber 1987; Wirth 1973) olyan pozitív fogalmak társultak, mint a közelség, a harmónia, az állandóság, amely napjainkban a vidék sajátosságaként (is) jelenik meg – szemben a várossal, ami a magyarországi kontextusban döntően Budapestet jelenti (Kovács 2007; Csurgó 2013, 2014). A szociológia hagyományainak megfelelően bizalom és szolidaritás, valamint a kölcsönös segítség normái az általunk alkalmazott és vizsgált közösség és integráció fogalmaknak is központi elemei (Szabari 2015). Vizsgálatunkban támaszkodunk Cohen (1985) a közösség szimbolikus konstrukció-elméletére, amely szerint a közösség kialakulásának négy alapfeltétele van (1) a tér (a lokalitás, a geográfiai identitás), (2) a csoporttá válás azonos érdekei, (3) a tagok közötti társadalmi interakciók és (4) a társadalmi cselekvés. Vizsgálatunkban döntően az első és harmadik elemmel, azaz a térrel és a társadalmi interakciókkal foglalkozunk.

Elemzésünkben a negatív eseményeknek, a térbeli és közösségi szegregációs folyamatoknak is (Putnam 2000) kiemelt figyelmet szenteltünk.

A jelenkori társadalmakban jellemzően az intézmények³ határozzák meg a közösségi lét mindennapjait, kereteit, oly módon szervezve a társadalmi életet, hogy a társadalom tagjai a közösség számára szükséges funkciókat ellássák. A különböző csoportok, közösségek integrációja, részvétele, lehetőségeik alapvetően függenek attól, hogy milyen intézmények léteznek a társadalomban és az adott lokalitásban, és ezek hogyan működnek, mennyire inkluzívak (Sen 2003). A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak vizsgálata esetében tehát elengedhetetlen a pszichiátriai ellátórendszer működésének leírása.

A magyarországi és a helyi pszichiátriai ellátórendszer

A pszichiátriai ellátórendszer egészségügyi és szociális ellátásokból áll. Magyarországon jellemzően az egészségügyi rész az, ami mind a mai napig dominálja a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ellátását, a rendszerben megjelenők legfőbb jellemzője a pszichiátriai betegségük, ez határozza meg a helyüket, hogy milyen ellátásokat vehetnek igénybe, illetve hogyan viszonyulnak hozzájuk a rendszerben és a rendszeren kívül, a társadalomban, a helyi közösségekben. Az ellátórendszer hierarchikus szerveződés, melynek csúcsán az orvos, a pszichiáter áll, ő az, aki elsődlegesen dönt a betegek sorsáról (Harangozó et al. 2001; Légmán 2011).

Az önmagukat pszichiátriai betegnek valló személyek 21,16%-a (9 794 fő) élt 2011-ben intézeti típusú háztartásban és 17,57%-uk élt egyedülállóként, tehát többségük magánháztartásban, azon belül is család háztartásban élt (2011 Népszámlálás). Bár az önmagukat pszichiátriai betegnek vallók többsége otthon él, a közösségi életben való részvételüket nem támogatják hatékonyan az őket célzó szolgáltatások.

Az általunk vizsgált kisvárosban, az egészségügyi szférában pszichiátriai kórházi osztály és pszichiátriai gondozó, a szociális szférában szociális otthon és közösségi és nappali pszichiátriai ellátás működik a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára. Az ellátórendszer jellemzően merev és hierarchikus, alsóbb szinteken például alig van olyan kérdés, ahol

önálló döntéseket lehet hozni.⁴ Az ellátórendszer intézményeit az alábbi szempontok alapján mutatjuk be:

- funkció, működésmód, szemlélet
- térbeli elhelyezkedés, térhasználat
- intézmények közötti kapcsolat.

A kórházak pszichiátriai zárt osztályaira törvény szerint az ön- és közveszélyes emberek kerülnek. Az osztályokon intenzív gyógyszeres kezelést kapnak az egyének, hogy veszélyeztető állapotuk megszűnjön. A zárt és a nyitott osztályokon is speciális, szigorú szabályok érvényesülnek, amik meghatározzák a bekerülő egyének mindennapjait. Az emberek többsége betegletútja során többször is visszatér hosszabb-rövidebb időre az osztályokra (forgóajtós modell, ld. pl. Harangozó – Tringer – Gordos – Kristóf – Werring – Slezák – Lőrincz – Varga – Bulyáki 2001:577).

Jellemzően az általunk vizsgált kisváros pszichiátriai osztálya egészségügyi szemléletben működik, de megjelennek szociális elemek is, van, hogy szociális okból (lakhatás) marad az ellátásban valaki annak ellenére, hogy ez egészségügyileg már nem lenne indokolt.

„Jelen állapotában meglenne otthon is, de mióta bekerült, meghalt az édesapja, van egy alkoholista testvére, meg volt egy alkoholista élettársa, aki szerintem csak arra használta, hogy a pénzt elszedje tőle. Nincs hova mennie. Tehát a betegeink azért egy harminc százaléka szerintem nincs hova menniük” (pszichiátriai osztály, dolgozó).

A pszichiátriai osztály megyei szinten és gyakorlatilag zárt osztályként működik, nincs nyitott része, kizárólag a dolgozók azok, akik szabadon mozoghatnak, a bekerülők csak az osztály területén tartózkodhatnak a zárt ajtók mögött egy kis területen, anélkül, hogy tudnák, mikor kerülhetnek ki onnan. Átlagosan huszonnyolc napot töltenek bent.

A kórházból hazabocsátott betegek ellátását a pszichiátriai gondozók biztosítják. A gondozók manapság jellemzően túlterheltek, így szinte kizárólag gyógyszeres kezelést biztosítanak a náluk megjelenők számára. Van néhány olyan gondozó, ahol bizonyos esetekben kijárnak a betegek otthonaiba is az orvosok, ápolók, pszichológusok, illetve hosszabb időt töltenek egy-egy beteggel. Ez azonban

4 A kutatás első fázisában például a terepmunka szervezésekor helyi szinten kerestük meg a szervezetek, intézmények vezetőit, de minden esetben felsőbb vezetőkhöz irányítottak minket, mondván, hogy ők nem dönthetnek arról, engedélyezik-e a kutatást az adott intézményben.

3 Társadalmi intézmény: egy adott társadalom tagjainak többsége által végzett társadalmi tevékenységek alapvető módjai, mintázatai (Andorka 2006).

elsősorban az egyéni megközelítéseken múlik, nem rendszerszintű. A kisváros gondozójának fő funkciója is a betegek diagnosztizáltak gyógyszeres kezelése. Az intézmény túlterhelt, a várója mindig tele van, s míg a várakozási idő jellemzően egy-másfél óra, a gondozóban ténylegesen eltöltött idő 5, maximum 10 perc. *„A pszichológushoz meg nem lehet időpontot szerezni”* (pszichiátriai gondozóban várakozó). A gyógyszerközpontú ellátás miatt például a családsegítőből csak legvégső esetben továbbítanak a gondozóba érintetteket.

„A pszichiátriai betegek otthona olyan gondozást nyújtó tartós bentlakásos szociális intézmény, amelybe az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézetit kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes”. (1997./ CLIV. Tv. az egészségügyről 188.)

Az általunk vizsgált intézmény megyei szinten lakóhelyet és teljes ellátást biztosít az itt lakók számára, teljes mértékben felügyeli és szervezi az összes ide kerülő életét. Ez ugyanakkor azzal jár, hogy mindenkire sok esetben azonos szabályok vonatkoznak, az intézmény nem képes az egyedi eltéréseket figyelembe venni. Az otthonban az összes lakó rendelkezik pszichiátriai diagnózissal, ugyanakkor sokan elsősorban szociális helyzetük miatt élnek az otthonban (nincsen lakóhelyük, nincsenek hozzátartozóik, vagy a hozzátartozóik nem támogatják őket). *„Magam maradtam, rokonaim nincsenek. Kizavartak a lakásból, hajléktalan szálló, onnan ide. 5 éve vagyok itt”* (szociális otthon, lakó). Az otthonban a lakók nem élhetnek önálló, független, „normális” felnőtt életet, nem dolgozhatnak (szociális foglalkoztatás van csak, munkarehabilitáció, munkaterápia, ahol pl. zoknit kötnek vagy diót törnek, vagy eseti megbízások a dolgozóktól), korlátozva van a szabadságuk, nem alapíthatnak családot, nem élhetnek „normális” párkapcsolatban, szigorú, a kinti világtól eltérő szabályok szerint kell élniük, aminek kialakításában nem vehetnek részt.

A közösségi és nappali ellátási formáknak törvényben deklarált célja, hogy a pszichiátriai- és szenvedélybetegek számára lakókörnyezetükben nyújtsanak gondozást. Így nagymértékben támaszkodnak a helyi erőforrásokra, nemcsak a beteget, hanem a családot, a beteg közvetlen környezetét, mint egészét segítik. Jelenleg a közösségi, nappali ellátási formákban működő szervezetekben csak a törvény által meghatározott diagnózisokkal rendelkezőkkel foglalkozhatnak. Az ellátás kutatási

terepünkön a városi fenntartású gondozási központ részeként működik, ahol étkezést biztosítanak a szociálisan rászorulóknak számára, a pszichiátriai ellátás mellett itt működik fogyatékosokkal élők és idősek nappali ellátása is. A kisváros közösségi és nappali pszichiátriai ellátása a többi ellátástól külön, a város periferiájában működik, családi házas környéken. Ez jelentős mértékben meghatározza azt, hogy kik veszik igénybe a szolgáltatást: elsősorban azok az érintettek, akik a környéken laknak, illetve a tanyavilágban élők, akik számára fenntartanak egy külön kisbuszt sofőrrel, aki minden hétköznap hozza-viszi őket. A nappali ellátás keretei között biztosítanak ételmezt, tisztálkodási és mosási lehetőséget, közösséget és valamiféle elfoglaltságot az ide járók számára hétköznap napközben.

Működik egy civil szervezet is a városban, mely kifejezetten „mentális sérültekkel” foglalkozik, tagjai között találhatóak maguk az érintettek is. A honlapja szerint alapvetően az önszervezésre és öntevékenységre épül a szervezet működése, s tevékenységei között felsorolja „a társadalomba való reintegráció elősegítését” is. Azonban a szervezet elnökével (aki egykoron a nappali közösségi ellátásban önkénteskedő szociális munkás volt) készült interjúból kiderült, hogy a szervezetet a közösségi és nappali ellátás keretei között hozták létre szakmai vezetők azzal a céllal, hogy lehetőségük legyen pályázatokon részt venni, tevékenységeik megvalósítása érdekében (pl. Fogyatékkal Élők napjának szervezése, kirándulások szervezése az érintettek számára stb.). Ez a civil szervezet a pszichiátriai nappali és közösségi ellátás részeként működik, vagyis csak az (ellátásban megjelenő) érintettek irányul a tevékenységük, szakemberek irányításával. Ez az országos tendenciával összhangban áll. Nem alulról, elsősorban az érintettek által kitalált és megvalósított szerveződés, önértékelvényesítés eredményeként születik meg a civil szervezet, hanem a szakemberek által felülről szerveződve és irányítva jön létre.

„Az egyesület az is működik tulajdonképpen nagyon sok ellátottunk a tagja neki én önkéntes segítőként veszek részt az egyesület munkájában, tehát én segítek rendezvényeket szervezni, kirándulásokat szervezni, karácsonyi rendezvényt, meg pályázatot írok. Ez szintén jött egy ötlet, hogy pályázati úton hogyan lehetne lehetőségeket biztosítani ezeknek az embereknek. Volt benne ellátott is, de külső segítségként mi ott voltunk” (közösségi és nappali ellátás, dolgozó).

Az intézmények térbeli elhelyezkedései nagyrészt meghatározzák az egymás közötti kapcsolatokat is. A kisváros pszichiátriai osztálya és a psi-

chiátriai gondozó a város központjában található közkórház részei. A közkórház kvázi „város a városban” jelleggel működik. A részét képezi többek között egy élelmiszerbolt, nővérszállás, fodrászat, hatalmas park, saját folyószakasz hidakkal. Az osztály és a gondozó között formális kapcsolat van. A gondozotti kör többé-kevésbé átfedi egymást, a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak többsége a két intézmény között ingázik. A pszichiátria egy utcában van a pszichiátriai szociális otthonnal és szorosan együttműködik a két intézmény. Az egyik osztályos orvos az otthon pszichiátere és rendszeresen kerülnek be onnan az osztályra a „problémás” lakók. Ez a három intézmény térben és szemléletmódban egymással összhangban működik. A helyi közösséggel intézményes szinten nincs kapcsolatuk és nem is törekszenek rá.

A nappali és közösségi pszichiátriai ellátás a város periferiáján található, a másik három intézménytől távol. Az intézménynek a pszichiátriai profilú szervezetekkel a kapcsolata formális, szorosabb összeköttetésben a szociális gondozó központtal állnak, ami intézményes szinten lehetőséget biztosít az ide járók számára más hátrányos helyzetű csoportokkal való rendszeres interakcióra. Vannak közös programok, rendezvények az összes ellátott (fogyatékos, idős, pszichiátriai beteg) számára (pl. fogyatékosággal élők napja a megyeházán), jóllehet a térbeli elkülönülés megnehezíti a szolgáltatások közötti átjárást. Bár ezek a rendezvények elősegítik a különböző hátrányos helyzetű csoportok közötti integrációt, ugyanakkor a helyi közösségekben való integrációt nem feltétlenül támogatják, hiszen a másságukat (pl. Fogyatékosággal Élők Napja), illetve az egyének ellátott/beteg identitását erősítik. A rendezvények résztvevői többnyire maguk az ellátottak és a családtagjaik. A nappali és közösségi ellátás együttműködik a szociális otthonnal, mivel az otthonba kerülés akár éveket is eltarthat, ezért az úgynevezett „előgondozásba” a nappali és közösségi szolgáltatás is bekapcsolódik.

„Amíg nem kap bentlakásos elhelyezésre lehetőséget, addig minálunk, a mi intézményünkben a nappali ellátás keretében lehetőséget kap, hogy megszokja azokat a házirendeiket, szabályokat, vagy azokat az alkalmazkodásokat, beilleszkedéseket, ami ott is kell majd a bentlakásos intézményben” (Gondozási központ, dolgozó).

Ez a gyakorlat azonban ellentmond a nappali és közösségi ellátások alapvető célkitűzéseinek, mivel a helyi közösségi integráció helyett egy intézményes közegbe való integrációt támogat.

Összességében megállapíthatjuk, hogy többé-kevésbé a szociális integráció ezekben az intézményekben megvalósul, ugyanakkor sok esetben már a törvényi előírások (azaz, hogy kik vehetik igénybe ezeket a szolgáltatásokat) is az intézmények zárt működésmódját segítik. Vajon egy ilyen speciálisan a pszichiátriai betegek számára kiépített, komplex intézményrendszerrel működtetett kisvárosban hogyan jelennek meg a helyi közösségekben a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, mennyire segítik ezek a szolgáltatások a helyi közösségekbe való integrációt?

Közösségek a lokális térben

A kisvárost nagyon aktív közösségi élet jellemzi. Az elérhető adatok szerint közel 80 civil szervezet, klub és szakkör működik aktívan a városban, döntően szabadidős és kulturális tevékenységek köré szerveződve. Nagyon sok kulturális és szabadidős program van, több intézmény, valamint a klubok és szervezetek is aktív szervezőként jelennek meg. Jellemző sajátosság, hogy bár jelentős a bejegyzett civil szervezetek száma is, a városban nagyon aktív a klubélet, amely döntően a rendszerváltás előtt létrehozott és megőrkölt szakkörök továbbélését jelenti. Ezek a szakkörök baráti közösségekké alakulva a rendszerváltást követően a támogatási környezet megváltozása ellenére is fennmaradtak.

A kisvárosi nyilvánosság terei

A közösségek hagyományos definíciója szerint a térbeliségnek, lokalitásnak központi szerepe van a közösségek kialakulásában. A közösség fizikai térre épülő nyilvánvalóan szűk és korlátozott megközelítése ellenére azt gondoljuk, hogy mégis fontos meghatározni, a kisvárosban melyek a közösségszerveződés és nyilvánosság szempontjából fontos terek. Melyek azok a helyek a lokális térben, amelyek egy-egy társadalmi csoport – jelen esetben a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak – láthatóvá tételének, ezen keresztül társadalmi részvételének és integrációjának fontos helyszínei lehetnek?

A kisvárosi tér egyik fontos sajátossága, hogy ötvözi a város és vidék sajátosságait. Így például a szomszédságok nagyon fontos lokális közösségi térként jelennek meg, a szomszédsági viszonyok a helyi közösségszerveződés egyik alapelemét jelentik. Az aktív szomszédsági kapcsolatok annak ellenére jellemzőek a kisvárosra, hogy vannak külső vonásai-

ban, lakóépületeiben városias és vidékies lakórészek egyaránt.

A szociális otthon lakóinak nincsenek erős szomszédsági kapcsolatai, a köszönésen túl többnyire nincsenek interakciók. A szomszédok többsége jellemzően még soha nem volt az intézetben és náluk sem voltak még az intézet lakói. A közvetlen szomszédokkal val némileg szorosabb kapcsolat, van, akit név szerint ismernek a szomszédok és rendszeresen beszélgetnek is velük. A környéken lakókat nem zavarja az otthon működése, a lakók megjelenése az utcákon (a lakók egy része rendszeresen kijár az intézetből), már „megszokták” őket.

Az intézmény *„Jó helyen van, engem nem zavar. „Mindig köszönnek, hogy „Jó reggelt szomszéd!” „Van köztük (ápoltak) 1-2 jó ismerős, 2 férfi”. „Ismerni nem ismerjük őket. Nem beszélgetnek. Ők se állnak velünk szóba”. „A lakóknak dehogy adok én nekik szerszámot”* (lakossági interjúk, az otthon szomszédságában). *„Hát, azokkal köszönőviszony, éljük a mindennapjainkat”* (szociális otthon lakó).

A pszichiátria és a gondozó elhelyezkedéséből és működésmódjából eredően eleve nem jöhetnek létre szomszédsági viszonyok. A nappali és közösségi ellátás körül lévő lakókörnyezettel szorosabb kapcsolat nincs, de mint egészségügyi intézményt számon tartják a helyet, és ha valami váratlan egészségügyi probléma történik a környéken, akkor sokszor ide jönnek a szomszédok (pl. valaki rosszul lesz utcán). Ugyanakkor az itteni konyháról ebédért bejárnak a környéken lakó szociálisan rászorulóknak is (jellemzően ételszállítóval elviszik az ebédet, csak rövid időt töltve ott), ami lehetőséget biztosíthat az ellátottak és a környéken lakó szociálisan hátrányos helyzetűek közötti interakciókra, találkozásokra, de nem beszélhetünk tényleges szociális integrációról, pláne nem inklúzióról.

„Hát, bemennek az ebédért, igen, de hát nap-pal ugye nem tudjuk ellátni azért, csak hogyha van pszichiátriai kórképe. De mindenképpen kontaktus” (Gondozási Központ, dolgozó).

Egy másik hagyományos – vidékiesnek tekintett – közösségszerveződési mechanizmusként azonosíthatjuk a szomszédságon túl mutató lokalitásokat, amelyek részben jelentik a szűkebb lakónegyedet, de magát a tágabb kisvárosi lokalitást is. Ez egyrészt a „mindenki ismer mindenkít” percepciójában, másrészt a „helyben lakás és helyből származás” lokális identitásépítő és -erősítő érzetéből táplálkozik.

A városrészek, lakónegyedek között azonban jelentős eltérések vannak, amely lakóik társadalmi részvételét is befolyásolják. A központ közelségé-

nek nagy jelentősége van a társadalmi részvétel és státusz szempontjából egyaránt. A társadalmi státuszát tekintve eltérő városrészek is jelen vannak a szegregálódó városrészekről a magas státuszú lakónegyedekig, amelyek a tágabb lokalitáson belüli eltérő társadalmi részvételt és kirekesztődést eredményeznek és jelzik. A pszichiátriai intézmények elhelyezkedésének köszönhetően azok a lakók, akik a pszichiátriai otthonból rendszeresen kijárhatnak, jelen vannak a város közkedvelt privilegizált részein is, s bár csak meghatározott időszámban járhatnak ki, ebben az időben hasonlóan használják a köztereket, mint a város többi lakója. A nappali és közösségi ellátásba járók jellemzően sokkal kevésbé jelennek meg a mindennapokban ezeken a helyeken, tehát ők eleve perifériás helyzetben vannak, bár elérhető közelségben van számukra legalább ez a szolgáltatás.

Emellett és ezt erősítően vannak konkrét terek a kisvárosban, amelyek a nyilvánosság tereiként azonosíthatóak. Ezek közül a legalapvetőbb nyilvánossági térként jelenik meg a piac, amely rendszeres találkozási pont a városlakók, a lokális közösség számára. Ide nem csak vásárolni, de találkozni is járnak a helyiek. Mivel ez messzebb esik az otthontól is, ezért ide jellemzően nem járnak az általunk megkerdezett pszichiátriai betegek diagnosztizáltak. Másik ilyen fontos nyilvánossági tér a főtér, amely általában is és részterekben is a társadalmi részvétel helyeként azonosítható. A főtér központi elhelyezkedése a spontán találkozások miatt is fontos. Emellett laza közösségszerveződés is megfigyelhető itt, például idős férfiak változó összetételű csoportja rendszeresen beszélget a padokon ülve. A főtéren lévő vendéglátóhelyek szintén a nyilvánosság tereiként azonosíthatóak. A cukrászda például minden korcsoport és társadalmi csoport számára fontos találkozási hely. Jó példa erre, hogy az idősothton önálló mozgásra már képtelen lakóit helyi önkéntes diákok rendszeresen viszik el a főtéri cukrászdába, ahol egyrészt találkozhatnak régi ismerőseikkel, másrészt csak egyszerűen kiszakadnak az idősothton zártságából, izolált világából, és újra bekapcsolódnak a kisváros nyilvánosságába. Más vendéglátó és szórakozó helyek pedig egy-egy korosztály vagy érdeklődési kör (sport bisztró, bowling klub) számára kínálnak spontán és direkt találkozási lehetőséget.

A szociális otthonban lakók szintén számukra fontos helyszíneként említették a város főterét és a cukrászdát. *„Ettünk fagyit múltkor is a cukrászdában”* (szociális otthon lakó).

Azonban tagadhatatlanul (az intézethez helyileg közel eső) kocsma a legnépszerűbb városban talál-

ható közösségi találkozóhelyek az otthonban lakók többsége (elsődlegesen a férfiak) számára, ahova heti rendszerességgel járnak, és ahol rendszeresen találkoznak és interakcióba lépnek a város lakóival. A közös tevékenység, ivás, játék és beszélgetés lehetőséget biztosít arra, hogy szorosabb kapcsolódások, akár barátságok is kialakuljanak az otthon és a városlakók közt.

„Elbeszélgetünk, biliárdozunk, elfogadtak, amilyen vagyok, ezért szeretek oda menni, nem szokott probléma lenni” (szociális otthon lakó). „Sok haverom van mind a két kocsmában, sok haverom van, és azok nem néznek le bennünket, azok ugyanúgy beszélgetnek velünk, mint bárkivel” (szociális otthon lakó). „Eltöltjük az időt így hétvégén” (szociális otthon lakó). „A kocsmá tájékozódási pont, intézettől pár háznyira van, a férfiak ide járnak” (szociális otthon dolgozó).

Az interjúrészeket rávilágítanak arra, hogy a kocsmá olyan hely lehet, ahol nem számít, hogy ki honnan jött, egyenlő félként, inkluzívan jelenhetnek meg itt az otthonból jövők úgy, mint a város más lakói.

Emellett mind a központban, mind pedig az egyes lakónegyedekben elhelyezkedő boltok egyfajta nyilvánossági térként jelennek meg. Az állandó vásárlókör tagjaként az érintettek az egész kisváros vagy az egyes lakónegyed közösségi tagjának érzik/érezhetik magukat. Az üzletekben egyéb szolgáltató egységekben (fodrász, stb.) nem csak vásárolnak az emberek, de ezek is fontos helyszínei a spontán beszélgetéseknek, találkozásoknak, azaz a lokális társadalmi részvételnek.

„Láttam, hogy jár a zöldségeshez, leáll beszélgetni” (lakossági interjú, szociális otthon szomszéd).

A közösen használt szolgáltatások társadalmi részvételi funkcióját jól mutatja, hogy az egyik megkérdezett például arról számolt be: a közösen használt boltból ismer pszichiátriai betegeknek diagnosztizált személyeket. Az derült ki kutatásunkból, hogy az otthon és a nappali és közösségi ellátást használók számára rendkívüli fontossággal bírnak a városban található boltok, ez az elsődleges célpontjuk a városban.

„Fontosak a boltok, ahova szoktam menni nézeledni meg vásárolni” (nappali ellátásba járó).

„Hát, mert barátságos az eladó, mind a kettő, és jót lehet vele beszélgetni, ha van véletlen valami olyan, hogy nincs pénzem, akkor azt félrerakják a következő hét péntekig, úgyhogy már ott ismernek, törzsvendég vagyok” (szociális otthon lakó).

Az otthon lakói számára ezek a boltok egyrészt másokkal, a város lakóival való interakciók, a közösségi részvétel szinte egyetlen terepei, másrészt sok esetben a legfőbb örömforrás és kikapcsolódás, harmadrészt elengedhetetlen számukra az intézeti – gyakran elégtelen – ellátás kiegészítése érdekében (pl. egy hónapra csak két tekerics wc-papírt kapnak).

„Én csak azt tudom, milyen örömeim vannak. Én is eljárom a turkálóba, szoktam nézegetni ruhákat, ami tetszik, megveszem, most legutóbb is megvettem egy nagyon szép nadrágot” (szociális otthon lakó).

Mindemellett feltételezhetjük, hogy a bolti vásárlás talán az egyetlen olyan terep számukra, ahol önállóan, felnőtt szerepben jelenhetnek meg, s szabadon dönthetnek valamiről, a vásárlói szerep egyfajta funkcionális integrációként is felfogható.

„Szoktunk köszönni, akkor megkérdezem, hogy milyen tusfürdő van, mi kell, és akkor megengedik, és akkor megveszem, és ismerem már őket” (szociális otthon lakó). „Így a szociális otthonon belül élem az életem. Vásárolok, de utána bent vagyok” (szociális otthon lakó).

Vannak olyan lakók, akik nem tudják, akarják vagy hagyhatják el az intézetet. Ők a dolgozók által hozatott egyencsomagokat kapnak a boltból (kis üdítő, keksz, gyümölcs). A szakemberek egy része szerint nem mindenki alkalmas a közösségi részvételre, például a vásárlói szerepre sem, ami megerősítheti a lakossági félelmeket is, és az igényt, hogy szükség van zárt, de legalábbis szegregált intézményekre.

„És akkor mondtam neki, hogy rendben van, akkor ennyit vásárolt, akkor nem kell több mindent megfogni, mert más is jön, és nem szeretik, hogyha egymás után, de ha akar valamit, nagyon szívesen megveszem, de ha nem, akkor meg legyen szíves, és menjen ki. És kiment, és az eladónő teljesen el volt hűlve, hogy maga ezt így ki merte küldeni?” (pszichiátriai osztály, dolgozó).

Vajon tényleg annyira másként viselkednek ezek az emberek, képtelenek a hétköznapiakban, a közösségben élni?

„Boltban összefogdosnak bizonyos árukat. De egyébként bárki hozzáérhet, megfoghatja. Egyébként a gyümölcsöt, amit veszek, azt én is szeretem, igen” (Gondozási Központ, dolgozó).

A szociális otthon lakóinak többsége – csoportosan, a dolgozók kíséretében vagy egyedül – kimehet a városba.

„Vagy sütitni ki szoktunk menni a központba, van ott egy sütiző, akkor oda kivisszük a lakókat meg

kávézni” (szociális otthon, dolgozó). *„Voltunk moziban, mikor volt ingyen mozi, akkor elvitt minket a nővérke. Lehetett menni és akkor elmentünk. Szoktunk kimenni kirándulni, fagyizni, süteményt, kávét így csoportosan és nagyon jó elfoglaltság. Van, aki külön is kimehet barátjával, barátnőjével. 10-12-15-en mennek ki csoportosan”* (szociális otthon, lakó).

A csoportos kijárási esetben azonban kevésbé alakulhat ki interakció másokkal, a helyi lakosokkal, mint ha egyenként, önállóan mennek.

„Rengeteget mennek. Párba is. Vagy boltba, vagy kocsmába” (lakossági interjú, szociális otthon szomszéd). *„Mesélik, hogy van, aki kijön, vagy csoportosan sétáltatják őket”* (lakossági interjú, szociális otthon szomszéd). *„Olyan sokan nem mászkálnak ki. Boltba szoktak a sarokra. Idősebb négy-öt ember. Kijönnek, el sétálgatnak”* (lakossági interjú, szociális otthon szomszéd). *„Ketten járnak ide, kicsit zavartak, de nagyon udvariasak”* (otthon közelében lévő étkező eladója).

A kisvárosi nyilvánosság tereinek fő sajátossága, hogy megjelennek a városias szolgáltatások és térfunkciók, azaz vannak elérhető és szervezett nyilvános terek. Ugyanakkor a társadalmi kapcsolatokra inkább a vidékies formák és kapcsolatok sűrűsége jellemző, ami azt is jelenti, hogy megjelenni a térben sokszor önmagában elég a társadalmi részvételhez. Mindez pedig fontos potenciált jelent a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi integrációjában is.

A közösség-szervezés intézményi háttere

A közösség-szervezés és építés központi intézményei a Művelődési Központ és a Városi Sportcsarnok. Emellett fontos közösség-szervező funkciót tölt be még az uszoda, egy újonnan kialakított Közösségi hely, a Könyvtár, a Zeneiskola, valamint a helyi egyházak. A közösségi élet irányítóiként, szervezőiként, intézményi háttereként ezeket az intézményeket azonosítottuk.

A közösségi élet alapvetően két területen szerveződik meg a városban. Az egyik szervező erő a sport, a másik a kultúra és művelődés. A sport az egyik legfontosabb közösségépítő tevékenység a városban, szinte minden korosztályt érint sportolóként vagy szurkolóként. A húzó sportág a vízilabda, amelynek a város az egyik országosan is jelentős központja. A vízilabdát a városvezetés is kiemelten támogatja, a sportélet szervezése és az infrastrukturális beruházások terén egyaránt. A vízilabda a helyi közösség

egyik meghatározó karaktereként, egyfajta szimbólumként jelent meg a lakossági interjúkban és a közösség vezetőivel készített interjúkban egyaránt. A vízilabda-mérkőzések mindig sok embert mozgatnak meg a városban, a mérkőzések telt házzal zajlanak. A helyi uszoda azonban nem csupán a vízilabda kapcsán jelent fontos találkozási pontot a városban. Az interjúk tanulsága szerint nagyon sokan úsznak a helyiek közül, és a közös úszás nem csak az úszótanfolyamon résztvevő gyermekek, de a felnőtt korosztály számára is közösségépítő tevékenységként jelenik meg. Többen nem egyedül, hanem baráti társaságok tagjaként járnak úszni, illetve a rendszeres uszodába járásnak találkozási funkciója is van. A gyógyfürdő és a folyópart is fontos találkozási pontok lehetnek.

A fiatalabbak jellemzően versenyszerűen sportolnak, míg a 30-as/40-es korosztályra inkább már a hobbi-szintű sportok jellemzőek. A férfiak esetében az úszás mellett a foci örvend nagy népszerűségnek, míg a nők esetében szintén az úszás – amely döntően közös uszodába, fürdőbe járásként – jelenik meg, valamint a különböző egyéb mozgásformák (aerobik, jóga) jelentenek szabadidős és közösségi tevékenységet.

A Sportcsarnok fontos közösségi térként mutatkozik. Egyrészt találkozási pont a sportoló és sportot kedvelő lakosság számára. Másrészt fontos rendezvény-helyszín, ahol a helyi kisközösségek is többször megjelennek. Ezek jellemzően olyan rendezvények, ahol a kisközösségek bemutatkoznak a helyi lakosság előtt, megismertetik tevékenységüket, célkitűzéseiket (pl. Mozgáskorlátozottak Bálja, hagyományőrző klubok vetélkedői stb.). A sport fontos közösségi tevékenység, amely klubokba, egyesületekbe, sportoló közösségekbe, szurkolótáborokba vagy sportot kedvelő közönségbe szervezi a helyi lakosságot. A lokális közösség-szerveződés spontán és szervezett formáiban egyaránt fontos szerepe van a sportnak. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal való beszélgetések alapján megállapítható, hogy az ő jelenlegi életükben szinte semmilyen formában nem jelenik meg a sport, sem aktívan, sem passzívan, szurkolóként sem vesznek részt ezeken az eseményeken. Nézőként említette egy otthonlakó, hogy ő szokta követni a focimeccseket a tévében, és egy nappali ellátásba járó régebben lovagolt. Ennek oka lehet egyrészt a beteg-szerep, amivel nehezen összeegyeztethető az aktív sportolás, másrészt a szerényebb anyagi lehetőségeik, illetve hogy az otthonban lakók jellemzően a meccsek időpontjaiban nem mehetnek ki a városba. Valószínűleg a sport

már olyan luxust, szórakozást jelent, ami nem elérhető számukra, illetve a folyamatos gyógyszeresedés is akadályozhatja a rendszeres testmozgást. Így eleve kizáródnak a helyi közösség egyik alapkövének számító tevékenységből. A fürdőt (ami az otthon utcájában van) és a folyót azonban többen is említették közülük, mint a város jellegzetességét, ahova néha elmennek.

„Kijárok fürdőbe, kirándulni” (szociális otthon lakó). „Mindig a folyónál a töltésnél lovagoltam, meg ott vannak ilyen örállások és nekem az a kedvenc helyem” (nappali ellátott).

A másik közösség-szervező erő a városban a kultúra és művelődés. A kulturális élet fő szervezője a Művelődési Központ, amely öt telephelyen szervezi a helyi kulturális életet a városban. Ezek között két művelődési ház, egy konferencia-központ és kiállító-, valamint színházterem találhatóak.

A Művelődési Ház a helyi közösségi életben fő rendezvényszervezőként jelenik meg. A város nagy rendezvényeit (Város Nap, fesztiválok) ez az intézmény szervezi. Valamint jelentős szervezői tevékenységet lát el a kisebb kulturális események alakításában is. A nagy rendezvények alapvetően a közösség megerősítésében játszanak fontos szerepet. Fontos találkozási pontok a közösség tagjai számára, illetve a kisközösségek megerősítését szolgálják például a főzőversenyek, ahova a már létező klubok, baráti társaságok nevezhetnek be. Néhány alkalommal a Községi és Nappali Pszichiátriai Ellátás és a Szociális Otthon is megjelent egy-egy csapattal ezeken a rendezvényeken, de az elmúlt időszakban már nem vesznek részt, döntően a dolgozók kapacitásihiánya miatt, pedig az interjúk tanulsága szerint a helyi közösség-szervezők ezt fontos integráló tényezőként értékelték. Főként azért, mert így látványosá váltak a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek a helyi közösség számára.

„Lecsó fesztivál, igen voltam már, volt, amikor főztek az intézettől is ott, egyszer volt ilyen” (szociális otthon, lakó).

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltaknak, fogyatékossgal élőknek jellemzően saját rendezvényük van, ami többnyire egy évben egyszer kerül megrendezésre, a város lakóinak többsége nem tud róla, s bár a város központi helyén, a főtéren lévő megyeházán van az esemény, de mivel speciálisan róluk szól, jellemzően az érintettek maguk, szakemberek és hozzátartozók vesznek részt rajta.

A kisebb rendezvények azon túl, hogy a közösséget megerősítő funkciójuk szintén jelentős, közösségépítő funkcióit is ellátnak. Hisz ezek az esemé-

nyek (kiállítások, előadások) lehetőséget nyújtanak az ott megjelenők számára, hogy ismeretséget köszenek és ezen keresztül egy-egy kis közösség aktív tagjává váljanak. Ezek a nyitott, egyénileg is látogatható események a közösségi életbe való bekapcsolódás, a spontán közösség szerveződés lehetőségét biztosítják a helyi társadalom tagjai számára. Jellemző példa erre, hogy az egyik helyi pszichiátriai betegnek diagnosztizált fiatalember rendszeresen látogatja a város kulturális eseményeit (főként előadásokat, kulturális műsorokat), ott megismerkedett hasonló érdeklődési körű emberekkel és azóta a helyi szervezők és résztvevők rá is mint a kultúrákedvelők közösségének tagjára tekintenek.

„...van egy fiatalember, aki onnan jár ide, és ő szinte mindig itt van a rendezvényeken, előadásokon, már része a szilárd magnak” (községi szervezet vezető).

A Művelődési Központ harmadik fontos funkciója, tevékenysége, hogy helyet, fizikai találkozási teret biztosít a helyi kisközösségek számára. Számos klub, szakkör működik a városban, amelyek többsége a Művelődési Ház valamely telephelyét használja találkozási helyként. A klubok, szakkörök egy részét a művelődési ház támogatja, például az eszközbeszerzéseit, rendezvényeit finanszírozza. Más klubok esetében csak mint helyszín játszik szerepet, amit ingyen biztosít a kisközösségek számára. Ezenkívül vannak olyan szervezetek, amelyek termet bérelnek a Művelődési Központban, ahol szolgáltatás-jellegű tevékenységeiket tartják (pl. aerobik, jóga, tanfolyamok), ezek azonban szintén közösség-szervező funkciót is betöltenek, hiszen döntően állandó résztvevőkkel rendszeres és közösen végzett tevékenységet tesznek lehetővé.

A kulturális élet szervezésében a művelődés- és kultúrafogyasztás-alapú közösség-szervezésben fontos szerepet tölt még be a városban egy újonnan, a családsegítő központ részeként létesült Községi hely, amely főként a helyi fiatalokat és a kisgyermekes családokat célozza meg, számukra kínál szórakozási és szabadidős tevékenységeket, valamint találkozási helyet. A Községi hely a helyi pszichiátriai betegek diagnosztizált fiatalok és idősebbek számára is kedvelt közösségi színtér. Programjaira az otthonból és a nappali ellátásból egyénileg járnak ki az ellátottak a számukra érdekes rendezvényekre, eseményekre. Az egyéni utakon érkező érintettek az érdeklődésük mentén kapcsolódnak az adott közösséghez és nem a hátrányos helyzetük vagy a pszichiátriai betegségük mentén. A közösségi helyen mindkét formában megjelenhetnek.

„Tehát kettő eset, amikor van kifejezetten ilyen rendezvény, akkor ugye megszervezik nekik a dolgot, de mondjuk a pszichiátriai otthonból van egy olyan öt-hat fős társaság, akik meg minden hétvégén eljönnek pingpongozni, vagy csocsóznak, zenét hallgatnak. De eljönnek a gyerekműsorokra vagy programokra is, tehát van egy ilyen szűk mag, akinek van igénye, hogy így kimozduljon. Valakinek teljesen pozitív a viszonya ehhez az ötfős maghoz, tehát sokszor előfordult, hogy megkérték őket, hogy segítsenek ilyen-olyan, tehát szendvicset kell... ha csinálnak ilyen programot, akkor erre nem sok jelentkező van, őket meg, ők meg örülnek, ha jöhetnek, és akkor ők bevonhatók mindenbe, majdhogynem önkéntesként jönnek-mennek. Tehát inkább ilyen feltételeket teremtünk meg, vagy ad ez a helyi lehetőség” (Közösségi hely, dolgozó).

A Közösségi hely mellett még a Zeneiskola rendszeres bérletes hangversenyei és a Könyvtár művelődési jellegű előadás-sorozatai és kiállításai jelentenek fontos találkozási pontot a helyi kulturakedvelők számára, akik között pszichiátriai betegek diagnosztizáltak is megjelennek. Ezek az események és rendezvények a korábban már bemutatott hasonló – a Művelődési központ által szervezett – egyénileg is látogatható eseményekhez a társadalmi részvétel spontán lehetőségét biztosítják a helyi társadalom tagjai számára.

Végezetül a helyi közösség szervezésében fontos szerepet töltenek be a helyi egyházi gyülekezetek. A vallásos aktivitás alapvetően alacsonynak tekinthető a városban, ugyanakkor a vallásgyakorlók száma az elmúlt évtizedekben fokozatos, lassú növekedést mutat. Két gyülekezet a református és a katolikus játszik fontos közösségszervező szerepet a városban. A templombajárás önmagában fontos társadalmi részvételi lehetőség az egyének számára. Az istentiszteleteket és miséket bár nem nagy számban, de a szociális otthon lakói és a közösségi és nappali ellátásba járók is látogatják. Emellett a közösségszerveződés, közösségépítés szempontjából jelentősek még az egyházi gyülekezetek által szervezett közösségi események, amelyek között az imaóráktól a bibliakörön át a családi napig és kirándulásig nagyon sokféle eseményt találunk. Az Otthon egyik lakója rendszeresen jár engedéllyel az egyik gyülekezet akár több napos kirándulásaira is, számára a legfontosabb közösség ez, bár emellett más szakkörre is jár.

„Ő vallásos, én azt gondolom, hogy ő ebben a közösségben megtalálta magát, tehát hogy ezekkel az emberekkel megy kirándulni, és hogy ott is mindenki, elfogadták” (Pszichiátriai osztály, dolgozó). „Az

egyik elmondta, hogy egyházi szervezésben megy majd a Csíksomlyói búcsúba. Ő eljár sakkozni a műv házba is, meg tájékozott a város ügyei felől” (lakossági interjú szociális otthon szomszédja).

Úgy tűnik, hogy aki egyénileg motivált, nyitott, az képes akár a szociális otthon lakójaként is részt venni a helyi közösségben, jó szomszédi viszonyt ápolni a környéken lakókkal, szociálisan integrálódni. Ez azonban egyedi eset az otthonban.

Közösségszerveződési formák

A közösségszervezésnek és szerveződésnek három fő csatornáját különböztethetjük meg a városban, (1) a közös érdeklődés alapján szerveződő, (2) a sorsközösség alapú és (3) a közös tevékenységen alapuló szerveződések. Míg a közös érdeklődés alapján szerveződő közösségek informálisak, addig a közös tevékenységen alapulóak már formális szervezetek, a sorsközösségen alapulóak lehetnek formálisak és informálisak is. Az első és legfontosabb közösségszervező csatorna a „közös érdeklődés”, amely a közösségek kialakulásának alapját jelenti. Ez a fajta csatorna nyitott a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára is. Ugyanakkor csak egyéni akarat és szándék alapján, a betegszerep, az intézményes működésmódok – az, hogy a pszichiátriai szolgáltatásoknak alig van kapcsolatuk a helyi közösségszerveződés intézményeivel (elsősorban csak a speciális célcsoportjuk számára speciális rendezvények szervezése kapcsán), ahogy azt a fenti példákban láttuk –, mind-mind akadályozzák ezt a fajta közösségi részvételt.⁵ A másik közösségszervező csatornaként a közös élethelyzetet, problémát, azaz a „sorsközösséget” azonosítottuk, amely közösségbe szervezheti az érintetteket, illetve amely helyi kis-közösségek alapja lehet. A sorsközösség jellemzően sok esetben inkább egyfajta kényszerközösséggé váltsul meg a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak körében, ahol nem a saját döntésük alapján, hanem külső, intézményes kényszerek eredményeként (pl. pszichiátriai osztályra sok esetben konkrét fizikai kényszer eredményeként kerülnek be, vagy

5 Egy alkalommal a vonaton – útban a kutatási terepünkre – összeakadtunk egy helyi festővel, aki festést tanít és kiállításokat is szervez a helyi közösségben, mellesleg megjárta a pszichiátriát is. Ő azonban elsősorban nem betegként határozza meg magát, hanem saját megfogalmazásában „művészlelek, csodabogár, kívülálló”, s jelenleg semmilyen pszichiátriai intézménnyel nincs kapcsolata.

szociális otthonban nem dönthetnek arról sem, kik legyenek a szobatársaik) kerülnek kapcsolatba hasonló sorsú emberekkel. Ez a fajta kényszerközösség a leginkább jellemző a magyar és az általunk vizsgált kisváros pszichiátriai ellátórendszerére is, mivel az ellátórendszer szolgáltatásait csak a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak vehetik igénybe. Ezekből a kényszerközösségekből azonban csak ritkán jönnek létre valódi sorsközösségek, ugyanakkor az adott pillanatban nagyon erős közösségi élményt nyújthatnak.

„Hát ennek az otthonnak vagyunk tagjai, egy közösséghez tartozunk” (szociális otthon lakója). „Itt vagyunk egymásnak, itt van ez a klub” (nappali el látott).

Végezetül egy-egy elérendő közös cél vagy közösen végzett tevékenység is megjelenik közösség szervező csatornaként, amikor a közösen végzett munkának biztosít keretet a közösségi forma.

A közös érdeklődés alapján létrejövő közösségeknek sokféle típusa van jelen a városban. Rengeteg klub, szakkör és civil szervezet működik. Ezek azok a közösségek, ahol egy sportági tevékenység (foci, vízilabda, tenisz, íjászat stb.) vagy közös hobbi-tevékenység (kézimunka, fotózás, néptánc, kertészkedés) jelenti a szerveződés alapját. Mint azt korábban is jeleztük, ezek közül több még a szocialista korszak szakkörszervezési időszakában jött létre és maradt fenn ma is. Az újonnan alakult közösségek számára pedig ezek jelentették a mintát, melyek jellemzően úgy jöttek létre, hogy egy-egy szakkör-vezető személy felkérés vagy saját indíttatás alapján összegyűjtötte és közösségbe szervezte a közös érdeklődési körbe tartozó személyeket. A közösséghez csatlakozásnak két formája van ebben az esetben, az egyik az ún. meghívásos forma, amikor a tagok közül valaki a saját ismeretségi köréből meghívja a részvételre/csatlakozásra a hasonló érdeklődésű ismerősét. A másik formát a direkt belépés jelenti, amikor az egyén az érdeklődési körének megfelelő közösséget egyénileg és direkt módon felkeresi és csatlakozik hozzá. A kutatás során megvizsgált közös érdeklődésre épülő kisközösségekbe mindkét módon történt „tagfelvétel” az interjúk tanulsága szerint. Fontos sajátossága ezeknek a közösségeknek, hogy nyitottak, tevékenységeiket egy-egy közintézmény keretén vagy terén belül végzik, amely megkönnyíti a csatlakozást is. A helyi közösség-szervező intézményeken keresztül a tevékenységük hirdelve, ismertetve, promótálva van. Találkozóikat heti rendszerességgel ugyanabban az időpontban tartják, amely egyfajta kiszámíthatóságot, rendsze-

rességet és stabilitást jelent mind a már meglévő tagok, mind a belépni kívánók számára. Itt a fő szervező erő valóban a közös érdeklődés, amelyhez számos esetben közös értékek és attitűdök is társulnak (pl. hagyományörző klub), míg máskor éppen a közös érdeklődés szervezi egybe az eltérő értékrenddel, attitűdökkel, világnézettel rendelkező embereket (sportklubok, fotóklubok, stb.). Ezekben a helyeken megjelenhetnének véletlenszerűen, spontán módon saját akaratból pszichiátriai betegek diagnosztizáltak is, de az ellátórendszer ebben nem segíti, bátorítja őket.

Ebből a formából többnyire hiányoznak pszichiátriai betegek diagnosztizáltak. Túlságosan zárt, mereven működő ehhez a számukra kialakított ellátórendszer, a közös tevékenység jellemzően az adott intézmény falain belül zajlik.

Több olyan kis közösség is jelen van a városban, ahol a sajátos élethelyzet szervezte egybe a közösség tagjait: mozgáskorlátozottak, nagyothallók, nagycsaládosok, fogyatékkal élők stb. Itt a fő cél a kapcsolatfelvétel a sorstársakkal, egymás segítése, közös programok szervezése és ezen keresztül az egyéni elszigeteltség, izoláció csökkentése. Sok esetben a közös érdekérvényesítés vagy az országos hálózatokba való bekapcsolódás is célként jelenik meg. A Művelődési Ház ad helyet számos, a sorsközösségre épülő kisközösség számára is. Ilyenfajta sorsközösség a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak körében nem működik a városban. A közös tevékenység köré szerveződő közösségek fő sajátossága, hogy már egy meglévő közösséget szervez formális keretek közé. Jellemzően ezek egyesületi, alapítványi formában működő civil szervezetek. A nyitottság tekintetében széles spektrumon mozognak, vannak olyan szervezetek, amelyek néhány tagból állnak és ők végzik a célzott tevékenységet és a tevékenységük jellege miatt nem tudnak és/vagy nem is akarnak több tagot toborozni (pl. terápiás munkát végző alapítvány). Jellemzően azonban a legtöbb szervezet nyitott az új tagság felé és a tagfelvétel rendszeres. Ezekbe a közösségekbe döntően a tevékenységhez való kapcsolódással lehet csatlakozni, amely meghívásos és spontán módon is megtörténhet (pl. hagyományörző egyesület). A legtöbb közösségre jellemző, hogy a programjaikat a tagok számára szervezik. Van azonban olyan szervezet is, amely minden programját meghirdeti a tágabb közönség előtt is és a tevékenységében anélkül is részt lehet venni, hogy tagjává válnának a szervezetnek (pl. múzeumbarátok egyesülete). Emellett a szervezetek többsége évi rendszerességgel – esetenként gyakrabban is

– szervez nyílt napot a városban, ahol bemutatkozik a lakosság előtt, illetve több szervezet használja bemutatkozási, tagtoborzási alkalomnak a város nagyrendezvényeit is. Összességében elmondható, hogy a vizsgált kisvárosban a legfőbb közösség-szervező erő, csatorna a közös érdeklődés, amely közösen végzett tevékenységet, rendszeres találkozást és a csoporttagok közötti barátságok kialakulását eredményezi. E szerveződésekben véletlenszerűen, egyéni vágy és szándék alapján megjelennek alkalmanként pszichiátriai betegek diagnosztizáltak (pl. gyógyító dobkör, filmklub, sakkszakkör stb.), de intézményes szinten ezek semmilyen formában nincsenek támogatva, sőt gyakran az intézményes működések, a számukra kialakított speciális komplex és meglehetősen zárt intézmény- és szabályrendszer ellehetetleníti az ezeken való részvételt, például merev napirend, kijárási rendje, kijárási tilalma, térbeli távolság stb.

Közöségi típusok és szegregációs mechanizmus az intézményekben

A pszichiátriai intézmények, szolgáltatások mindegyike jellemzően mesterséges tereket és közösségeket teremt, nem használja a helyi közösség színtereit és a már meglévő integrációs lehetőségeket. A bentlakásos szolgáltatások, a pszichiátriai osztály és a szociális otthon a természetes közegükből kiemeli az egyéneket, míg az ambuláns és nappali szolgáltatás, tehát a gondozó és a közösségi ellátás igénybevevői a saját lakóközösségükben maradhatnak, így kevésbé szegregáltak működnek. Viszont mindegyik szolgáltatás zárt, a nappali és közösségi ellátás és a pszichiátriai betegek otthona csak pszichiátriai diagnózissal vehető igénybe, a helyi közösség tagjai jellemzően nem jelennek meg ezekben a szolgáltatásokban. A pszichiátriai osztály a legzártabb, mert az ott lévők egyáltalán nem jelenhetnek meg a helyi közösségben. Az érintettek egy részének a közösségben való részvételére lehetőséget teremt a szociális otthon és a nappali és közösségi ellátás azáltal, hogy különböző feladatokat ad a számukra, például a szociális otthonban portás a kapunál, kézbesítő (gyámhivatal, posta), a Nappali közösségi ellátásban karbantartó, sofőr.

„Csak munkakapcsolat a postás nővel, a kisasszonyokkal. A város lakókkal nincs kapcsolat. Tudja a közös dolgok hozzájuk össze az embereket. A gyámhivatalban ismernek. Jó napot, hogy tetszik lenni, ezen kívül más nem” (szociális otthon, lakó).

Ezek egy része lehetőséget teremt az érintetteknek, hogy kompetens felnőtt szerepben, a közösség különböző tereiben megjelenhessenek, funkcionálisan integrálódhatnak, de szociálisan nem.

A törvényi szabályozás, a szakma és sok esetben maguknak az érintetteknek is igénye a zárt, védett helyek, intézmények működtetése és fenntartása, amit csak és kizárólag azonos problémával rendelkezők használhatnak (pl. pszichiátriai otthon, autizmussal élők nappali klubja, vakok intézete, idősek klubja pszichiátriai nappali és közösségi ellátás stb.). Mind a hétköznapi emberek, helyi közösségek, mind a más szempontból hátrányos helyzetű csoportok ki vannak zárva ezekből a szolgáltatásokból.

„Pszichiátriai otthonba általában pszichiátriai problémával mennek, ők jól megértik egymást, mások nem érzik magukat jól ott, nem akarnak menni” (környéken lévő idősek otthona, dolgozó). *„Egy pszichiátriai beteget nagyon jól lehetne kezelni, ha nem lenne mellette fogyatékos vagy addikt beteg. Semmi bajunk nem lenne”* (szociális otthon, dolgozó). *„A fogyatékosokat meg a pszichiátriai betegeket teljesen külön is választanám, mert nagyon nem egy kategória, tehát a bánásmódban sem”* (szociális otthon, dolgozó).

Ezek jelentős akadályai lehetnek a valamilyen szempontból hátrányos helyzetű csoportok integrációjának a helyi közösségekben, így a „mi és az ők” közötti fal és az intézményes függőségek erősödhetnek. Ezt a szegregációt erősítő gyakorlatot csak a nappali és közösségi ellátásban nem követik teljes mértékben, bár maga az ellátás (a törvényi előírásoknak megfelelően) szegregáltakat valósul meg, ugyanakkor törekednek arra, hogy más hátrányos helyzetű csoportokkal közös programok is legyenek, illetve interakciók vannak helyi lakosokkal is (ld. étkezés).

A pszichiátriai kórházi osztály tökéletes példája a sorsközösségen alapuló kényszerközösségnek, hiszen itt a nap 24 órájában ugyanazokkal az emberekkel van összezárva az egyén. Tartós kapcsolatok ebből az összezártságból csak ritkán születnek. A helyi lakosok csak engedéllyel mehetnek be az intézetbe.

A szociális otthon lakóinak többsége a kinti közösségtől idegenkedik, fél – a benti közösség jelenti számukra a biztonságot, önállótlaná váltak, többé-kevésbé a személyzet látja el őket. Sokan a város lakói voltak bekerülésük előtt, de kapcsolataik a városlakókkal, sőt a családjukkal is meglazultak. Az otthon a lakók számára kényszerközösség, hiszen az ide kerülők nem dönthetnek arról, hogy kivel élje-

nek együtt, hogy ki legyen a segítőkjük, hogy milyen szobába kerüljenek, hogyan teljen egy napjuk stb. Magánszférájuk szinte egyáltalán nincs (jellemzően négy vagy több ágyas szobák vannak, a szobákban székek, asztalok nincsenek, egyedül lenni szinte egyáltalán nem lehet, de látogatót fogadni is nehéz, hiszen nincsen alkalmas tér, hely, szék stb.), s napjaik nagy részét az otthonban, társaikkal és a dolgozókkal együtt töltik. A lakók helyi közösségi részvétele ennek ellenére nagyon különböző lehet, és nagymértékben függhet attól, hogy a beköltözés előtt a városban lakott, dolgozott-e az egyén, vagy egy környező településről került be. Ha vannak régi ismerősök, szomszédok, ismeri a városi környezetet, az fontos kapcsolódási pontot jelenthet. Az otthon alapvetően kifele nyitott intézmény, vagyis a lakók többsége kijárhat a városba (jellemzően azonban a város lakói soha nem jártak még az intézetben), ugyanakkor sokan szinte egyáltalán vagy csak ritkán, csoportosan hagyják el az otthont.

„Hogy belül mi történik, azt nem tudjuk” (szociális otthon, szomszéd).

A kisváros gondozójába jellemzően heti, kétheti, havi rendszerességgel járnak az egyébként otthonukban lakó emberek. A gondozó váróterme egyfajta pillanatnyi sorsközösséget teremt az itt lévő emberek között, gyakoriak az interakciók, a közös panaszkodás, segítség- és információkérés/adás. Ez azonban csak egyfajta átmeneti, a várakozás idejére szóló közösségérzet, ami csak a gondozó területén működik, épp akkor hasonló helyzetben lévő emberek között, ami a gondozót elhagyva megszűnik.

„Szeret ide járni, ha van itt ismerőse azzal beszélget egyébként meg nosztalgizál, a múlt emlékeire gondol. Kb. egy órát kell várni, hiába van időpontja, s kb. 5 percet van csak bent általában, csak gyógyszerfelírás van, illetve meg szokták kérdezni, mi történt vele, van-e valami baj, ennyi” (napi napló, gondozó várójában beszélgetés).

„Nappali ellátásban az első mondat a hirdetőtáblán: bármilyen állampolgár bejöhet. Második mondat, csak pszichiátriai betegség diagnózissal vehetik igénybe a szolgáltatást” (napi napló, résztvevő megfigyelés, nappali és közösségi ellátásban).

Azok az emberek jelennek itt meg, akiknek már van (többnyire jelentős) intézeti múltjuk, kisebb-nagyobb mértékben hospitalizálódtak a pszichiátriai intézményekhez. Ez a szabály, amellyel a jogalkotó a szolgáltatás célcsoportját igyekszik lehatárolni, valójában szegregál, és egy mesterséges, homogén közösséget teremt. Mindez szembe

megy a közösségi ellátás szemléletmódjával, ami lehetőséget adna az egyéni és közösségi erőforrások együttes felhasználására. Azonban megfigyelhetőek egyéni informális integrációs utak ebben az ellátási formában is. Van, aki egyénileg, saját döntése alapján részt vesz helyi, városi rendezvényeken, közösségi tevékenységekben (pl. gyógyító dobkór a közösségi helyen), de ennek erősítése vagy általánossá tétele a szolgáltatásban gyakorlati szinten nem jelenik meg célként.

Összegzés

Az intézményes gátló hatások mellett a kisvárosi lokális közösség jellegzetességei alapvetően segíthetik a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak helyi integrációját. A kisvárosi lokalitás, amely ötvözi a közösség-szerveződés rurális és urbánus elemeit, nagyon sokféle módon és formában kínál vagy kínálhat lehetőséget sajátos társadalmi helyzetű csoportok és egyének integrációjára. A lokalitás rurális karakterei, mint a szomszédsági viszonyok aktivitása, a „mindenki ismer mindenkit” érzése ugyanúgy lehet a közösségi bevonódás alapja, mint a kisvárosi lokalitás urbánus karaktere és városias terei, meg a szervezett közösségi terek és események. Elemzésünk azt jelzi, hogy a kisvárosi nyilvánosság terei alkalmasak korábban láthatatlan és elzárt személyek/csoportok nyilvánosságba történő belépésére, amely az alapját jelentheti a lokális közösségbe való belépésnek és integrációnak is.

Jelenleg a közös érdeklődési kör az, ami a kisvárosban a legfőbb közösség-szerveződési forma, integrációs mechanizmus. Itt csírájában már megjelennek pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, de nem szervezett, tudatos módon, hanem az egyéni szándékok mentén. A pszichiátriai ellátórendszeren belül működő mechanizmusok és a törvényi környezet ezzel ellentétben valamifajta zárt, védett, sors- és kényszerközösségen alapuló csoportozatok kialakulását preferálja, amik sok esetben akadályozzák az érintetteket a helyi közösségben való megjelenésekben, integrációban. Ezt a folyamatot erősítheti az a társadalomban és helyi szinten is gyakori elképzelés, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak veszélyesek, nem biztos, hogy képesek a közösségben való együttélésre (Légmán 2012). Ugyanakkor ördögi körként az, hogy az ellátórendszer elkülöníti őket az „egészségesek” közösségétől, tovább erősítheti veszélyességük képzetét a társadalomban, hiszen minden bizonnyal nem véletlenül

vannak elkülönítve.⁶ Így a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak többnyire kizáródnak a természetes, helyi közösségekből, hospitalizálódnak az intézményes közeghez, elmagányosodnak vagy egy újfajta, elsősorban sorstársakból és szakemberekből álló környezetbe kerülnek. Ezt segítheti az az intézményes elvárás is, hogy a bekerülők alakítsanak ki egy végleges pszichiátriai beteg-énképet, ami aztán könnyen személyiségük legfőbb jellemzőjévé, s önállótlanóságuk, közösségi részvételük akadályává válhat. Az intézményes ellátási módok, a pszichiátriai beteg-szerep kizárólagossága az egyén énképében az önállótlanóságot, egyfajta gyermeki pozíciót erősíthetnek és állandósíthatnak.

Kutatásunkból azt láttuk, hogy saját akaratból néhány pszichiátriai betegnek diagnosztizált képes volt a helyi közösség tagjává válni. Ehhez azonban bizonyos értelemben szembe kellett menniük az intézményes működésmódokkal, vagy legalábbis túllépni azokon. A jelenlegi ellátórendszer kiszolgálja, ápolja, gondozza a beteget, amivel jelentősen csökkenti az egyéni képességeket arra, hogy kilépjenek az ellátórendszerből, s megjelenhessenek a helyi közösségben. Intézményi szinten azonban hiányzik egy olyan megközelítésmód, ami a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak passzív szerepének megváltoztatását segíti és az önálló életvitelt támogatja. Mindez a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak helyi integrációját gyengíti, a valódi sorközösségek, önszervező, önértékelvényesítő fórumok létrejöttének gátja.

Eredményeink azt is jelzik, hogy a vizsgált településen kitüntetett jelentősége van a mindennapi közösségi életben a szomszédsági kapcsolatoknak. A pszichiátriai intézmények jelenleg semmilyen figyelmet nem fordítanak arra, hogy kapcsolatot alakítsanak ki a szomszédokkal. Holott sok esetben ez a helyi közösségbe történő integráció első lépése lehetne.

A nyilvánosság terein (piac, kocsmá, főtér), a helyi közösség tagjaként való megjelenés erősítése olyan közös szabályok alkotása – amik támogatják, hogy minél sűrűbben megjelenhessenek azokon a helyeken az érintettek, ahol spontán interakciók, találkozások alakulhatnak ki –, szintén egy olyan integrációs potenciál, amit az ellátórendszer nem támogat, és ezért csak egyénileg, az egyéni képességek és motivációk függvényében valósul meg kezdeményezésük, ami pedig túlságosan esetleges ahhoz, hogy a helyi társadalmi kohéziót jelentősen érintené.

6 Ezt több általunk készített lakossági interjúban is elmondták az emberek.

Jellemzően nincs kapcsolat a pszichiátriai ellátórendszer intézményei és a helyi közösség-szervező intézmények között. Nem ismerik egymás programjait és nem ösztönözik a részvételt. Például a művelődési ház által szervezett programok ismertetése a szociális otthonban és a nappali közösségi ellátásban nem valósul meg, pedig ez nem függ sem a kapacitástól, sem az erőforrástól, ennek döntően szemléletbeli okai vannak.

Fontos és az integráció ellen ható tényező a családi kapcsolatok gyengítése. Az intézményes ellátásba kerülés sok esetben a családi kapcsolatok gyengülését, illetve megszakadását, egyben a helyi közösségből való kiszakadást eredményezi. Ezzel szemben a nappali közösségi ellátásban jó gyakorlat, hogy a hozzátartozók rendszeresen megjelennek az ellátásban, gyakori az együttműködés.

A vizsgált kisvárosban csirájában ugyan, de vannak nyitott nem szegregált intézmények. Ezek olyan inkluzív, befogadó intézmények a helyi közösségben, amelyek nem különítik el a hátrányos helyzetű csoportokat egymástól és a város többi lakójától. Olyan intézmények, amik nem csak a kényszer- és sorközösségek mentén, hanem a közös érdeklődés, közös tevékenység alapján szerveződnek, ahol nem csak speciális rendezvények lehetnek, speciális célcsoportok számára. Erre példa a városban a Községi hely, ami közös érdeklődésen alapuló szerveződések fogad be, ahol bárki részt vehet.

Ezzel szemben a már meglévő pszichiátriai intézmények egyáltalán nem nyitottak, működésükben közösségi és szolgáltatói funkciók nem jelennek meg. Valamint a helyi közösség sem használja ki az intézményekben rejlő potenciált, például étkezési lehetőség (nemcsak étel elvitele, mint a nappali és közösségi ellátásban), rendezvényeknek, képzéseknek helyszín biztosítása. A helyi közösség nem használja ezeket a tereket, így ezek speciálisan használt, zárt terek maradnak, amelyek nem részei a helyi közösségnek, ami a bennük élők helyzetét és integráltságát is jelzi.

Felhasznált irodalom

- Bugarszki Zs. – Eszik O. – Kondor Zs. 2013 *Az intézményi férőhely kiváltás alakulása Magyarországon 2012–2013*. Budapest http://tat.kelte.hu/file/Intezet_kivaltas_2013.pdf (Letöltés: 2016-01-06)
- Cohen, A. P. 1985 *The Symbolic Construction of Community*. London, Routledge.
- Csurgó B. 2013 *Vidéken lakni és vidéken élni. A városból vidékre költözők hatása a vidék átalakulására: a város környéki vidék*. Budapest, MTA TK Szociológia Intézet – Argumentum.
- Csurgó B. 2014 A vidék nosztalgijája. Kulturális örökség, turizmus- és közösségszervezés három észak-alföldi kistérségben. *socio.hu*, 2:1-20. <http://dx.doi.org/10.18030/socio.hu.2014.2.1>
- European Expert Group on transition from institutional to community based care (2012) Common European Guidelines on the transition from institutional to community based services European, 9-25. On-line: <http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/Common-European-Guidelines-on-the-Transition-from-Institutional-to-Community-based-Care-English.pdf> (Letöltés: 2016-01-06)
- Gerő M. – Kovács I. 2015 Struktúrák, egyenlőtlenségek és hálózatok. *socio.hu*, 3:17-43. <http://dx.doi.org/10.18030/socio.hu.2015.3.17>
- Goffman, E. 1974 *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other*. Harmondsworth, Penguin Books Ltd.
- Gorman, M. 2002 „Közösség” Európában. *Parola*, 2 (On-line.) Elérhető: http://www.kka.hu/_Kozossegi_Adattar/PAROLAAR.NSF/cimsz/C6680463D75B03CBC1256C4D00395D74?OpenDocument (Letöltve: 2014-06-15)
- Harangozó J. – Tringer L. – Gordos E. – Kristóf R. – Werring R. – Slezák A. – Lórintz Zs. – Varga A. – Bulyáki T. 2001 Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat*, 8-9:573-586. http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/lam_lege_artis_medicin/paradigmavaltas_a_pszichiatriaban-3586/
- Wilken, J. P. – Hanga, K. szerk. 2015 *Történetek a felépülésről és társadalmi részvételről. Tapasztalatok és kihívások*. Tallinn, Institute of Social Work – Tallinn University – Estonia Research Centre for Social Innovation – University of Applied Sciences, Netherlands. On-line: https://dl.dropboxusercontent.com/u/6171123/aaa/Hungarian_Interactive.pdf (Letöltve: 2016-01-06); www.communityparticipation-hu.nl
- Kovács É. 2007 A közösségtanulmányoktól a lokalitás megismeréséig. In Kovács É. szerk. *Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet*. Budapest – Pécs: Néprajzi Múzeum – PTE BTK Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszék, 7-21.
- Légmán A. 2011 Állandóság vagy átalakulás? A pszichiátriai ellátórendszer és egyén viszonya. *Replika*, 1:169-187.
- Légmán A. 2012 Az örület és az örültek helye a társadalomban. *socio.hu*, 1:47-52.
- Orosz, É. 2001 *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest, Egészséges Magyarországiért Egyesület.
- Putnam, R. D. 2000 *Bowling Alone. The Collapse and revival of American community*. New York, Simon and Schuster. https://books.google.hu/books/about/Bowling_Alone.html?hl=hu&id=rd2ibodep7UC
- Sen, A. 2003 Társadalmi kirekesztés. Fogalom, alkalmazás és vizsgálat. *Esély*, 6:3-22.
- Szabari V. 2015 A normák mint integrációs mechanizmusok a mai magyar társadalomban. *socio.hu*, 3:2-16. <http://dx.doi.org/10.18030/socio.hu.2015.3.2>
- Tönnies, F. 1983 *Közösség és társadalom*. Budapest, Gondolat.
- Vercseg I. 1993 *Közösség. Eszme és valóság. Parola Füzetek*. (On-line.) Elérhető: http://www.kka.hu/_Kozossegi_Adattar/Azadatt.nsf/1c4dc4b986e230d1c1256a08003a235e/7a5b2b352c0caf4485256640006a09c3?OpenDocument (Letöltve: 2014-06-15)
- Weber, M. 1987 *Gazdaság és társadalom I*. Budapest, Gondolat.
- Wirth, L. 1973 *Az urbanizmus mint életmód*. In Szelényi Iván (szerk.) *Városshociológia*. Budapest, KJK, 41-63.