

---

---

# A cselekvőképességet korlátozó gondnokság, mint stigmatizáló jogintézmény

Félix Péter\*

---

A tanulmány a jogintézményekhez fűződő általános társadalmi attitűdöt és ehhez kapcsolódóan a stigmák működését vizsgálja. A kutatás alapját az a hipotézis adta, hogy a gondnokság alatt állókat a társadalom jogi helyzetük miatt stigmatizálja és ez a jelenség elválasztható a mentális betegségekhez, valamint a fogyatékosághoz kapcsolódóan már ismert stigmáktól. Vonatkozó hazai és nemzetközi kutatás hiányában, valamint a felvett interjúk alapján nem beszélhetünk valós stigmáról, azok inkább az egyén fogyatékoságából, egészségi állapotából fakadnak.

**Kulcsszavak:** stigma, mentális betegség, fogyatékoság, attitűd, gondnokság

## Guardianship, as a stigmatizing legal instrument

The study investigates in the topic of attitudes of the general population for legal instruments, connecting the mechanism of the stigmas. The base of the research was the assumption that people under guardianship are stigmatized by the legal instrument and it can be separated from the stigmas related to mental illness and disability. In the lack of national and international studies, and based on the interviews, there is no relation found between guardianship and stigma. People under guardianship mainly suffer from stigmatization related to their disability or illness.

**Keywords:** stigma, mental illness, disability, attitude, guardianship

<https://doi.org/10.32980/MJSz.2022.3.2095>

## Bevezetés

Gyámügyi szakügyintézőként munkám jelentős hányadát teszik ki a gondnokság alá helyezési ügyek, így gyakorlatilag a vonatkozó jogszabályok által a gyámhatóságok számára előírt valamennyi feladatkör ellátása. Így az adott személy személyi-, szociális- és vagyoni körülményeinek feltárásán, majd a hatóság, mint felperes bíróság előtti képviselétén keresztül a jogerős ítéletet követően, a kirendelt gondnok ellenőrzése révén folyamatos kapcsolatban állok az érintett személlyel, annak gondnokával esetlegesen családi körével. Amikor első alkalommal – rendszerint kórházi körülmények között – találkozom az ügyféllel és elmondom érkezőm okát, akkor gyakran heves tiltakozásban törnek ki, hogy ők már pedig

---

\* Gyámügyi osztályvezető, BFKH XI. Kerületi Hivatala.

nem szeretnék gondnokság alá kerülni. Ha ilyenkor megkérdem, hogy tudja-e mit jelent a gondnokság alá helyezés, milyen változást hoz majd az ő életében, akkor leggyakrabban olyan félelmüknek adnak hangot, hogy „zárt osztályra kerülnek”. Már ebben a mondattöredékben megjelenik az az előítélet, hogy olyan emberek kerülnek gondnokság alá, akiket csak a világtól elzárva, nyugtatók és antidepresszánsok tömkelegével lehet kezelni. De tovább megyek, gondnokolt ügyfelektől és családjuktól időnként hallani olyat, hogy egy adott szituációban csak azért érte őket hátrány, mivel ők, vagy hozzátartozójuk gondnokság alatt áll. Tanulmányomban arra keresem a választ, hogy mik azok az stigmák, címkék, melyek a gondnokság alatt álló személyekhez kötődnek, ők maguk hogyan élik meg ezeket és vajon valóban a gondnokság, mint jogintézmény generálja-e a stigmát és nem „csak” a veleszületett és/vagy szerzett betegségekhez kapcsolódó sztereotípiával van-e dolgunk.

Kutatásom során vizsgálni kívánom, hogy az eddig vázolt probléma, mely szerint a gondnokság alatt álló személyeket a gondnokságnak, mint jogintézménynek köszönhetően érte hátrány, mennyire áll ok-okozati viszonyban. Feltevésem, hogy a jogintézmény és az elszenvedett hátrány között nincs vagy lényegesen kisebb az összefüggés, mint azt gondolnánk, és mint azt az érintettek megélik. Véleményem szerint sokkal inkább van szerepe a fogyatékosághoz, a mássághoz kapcsolódó előítéleteknek, mint a gondnokság tényéhez.

Ugyanakkor már a tanulmány elején fontosnak tartom leszögezni, hogy a téma vizsgálata során több akadályba is ütköztem. Nem találtam arra vonatkozóan bizonyítékot, hogy vizsgálták volna valaha a gondnokság intézményét ebből az aspektusból, ezért a kutatás során a mentális fogyatékosággal és/vagy mentális betegséggel küzdőkkel szembeni attitűdöt tudtam bemutatni több vizsgálat alapján. Bár nem szükségszerű, hogy aki mentális fogyatékosággal, vagy pszichiátriai betegséggel él, az gondnokság alatt is kell, hogy álljon, de látni fogjuk, hogy a gondnokság alatt állók többségét ez a két csoport teszi ki. További problémát jelentett, hogy a rendelkezésre álló kutatások többsége angolszász országokból származik, ahol lényegesen tágabban értelmezik egyes fogalmakat, ezért találkozhatunk olyan kutatásokkal, ahol e két csoportot egyként kezelik, míg máskor egyértelmű a distinkció. Dolgozatomban olyan kutatásokat válogattam össze, melyek mind a pszichiátriai betegséggel élőkkel szembeni attitűdöt mutatják. Ez persze nem jelenti azt, hogy ne lenne legalább annyi kutatás a fogyatékosággal élők vonatkozásában, választásom azért esett az előbbi csoportra, mert a tanulmányok olvasása során azt tapasztaltam, hogy a pszichiátriai betegséggel élők esetében mégis inkább, kidolgozottabb a módszertan.

## 1. Elméleti alapok

**1.1. Kategória-sztereotípiá-stigma.** Mit is jelent a stigma kifejezés? Hogyan alakul ki? Milyen fajtáit különböztethetjük meg? Ezen kérdések megválaszolására főként Erving Goffman 1963-ban megjelent, *Stigma és szociális identitás* című írását veszem alapul, mellyel a kanadai-amerikai szociológus bevezette a pszichológiába a

stigma fogalmát.

Ahhoz, hogy definiálhassuk a stigmát, először a *kategóriát* és a *sztereotípiát*, mint a pszichológiában használatos fogalmakat kell leírnunk. A kategóriaképzés a kognitív elméműködés megismerést elősegítő automatizmusa, melynek során egy konkrét (nem feltétlenül pszichológiai értelemben vett) tárgy megismerését követően, ha újból ilyen tárggyal találkozunk, már egyből világos számunkra rendeltetése, jellemzői, anélkül, hogy erről egy újabb megismerési folyamatban meg kéne győződnünk. Több szerző is azon a véleményen van, hogy a kategorizálás az emberi faj túlélését, valamint a többi főemlős közüli kiemelkedését hozta magával.<sup>1, 2</sup> Ugyanilyen kategóriákat alkotunk az emberekről is és az egyes kategóriákhoz kapcsoljuk az adott kategória tagjaira jellemző jellemvonásokat.<sup>3</sup> Éppen ezért amikor egy ismeretlennel találkozunk, egyből meg tudjuk határozni, hogy melyik általunk már felállított kategóriába soroljuk, így van egy elvárásunk arra vonatkozóan, hogy milyen személyi sajátosságokkal, jellemvonásokkal rendelkezik. Miközben az ismeretlen személy minél többet tartózkodik a közelünkben, annál több bizonyítékot szerezhetünk arra nézve, hogy az adott személy valóban megfelel-e annak a kategóriának, melyben korábban már elhelyeztük.<sup>4</sup> A folyamat lehetséges kimenetele, hogy igazolást nyer a kategória, a kérdéses személy valóban romlott, veszélyes vagy gyenge. De nem csak másokat, hanem magunkat is besoroljuk valamelyik kategóriába. Azokkal, akiket a magunk kategóriájába tartozónak tartunk, hajlamosabbak vagyunk szívélyesebben bánni, mint más kategóriákba tartozó személyekkel.<sup>5</sup> Önmagában már a különböző kategóriák létezése is magával hozza a közöttük létrejövő előítéleteket és megkülönböztetést, a „mi” és az „ők” kettősségét. Adorno ezt a működést a *„hibás és rugalmatlan általánosításon alapuló antipátiaként”* definiálja.<sup>6</sup>

A *sztereotípiá*<sup>7</sup> kifejezést a modern pszichológiában elsőként alkalmazó Lippman úgy jellemzi, mint egy leegyszerűsített, sematikus kép, amely néhány jellegzetesnek tartott tulajdonság tekintetében egy-egy csoportot egységes, hasonló alakzatnak tüntetnek föl.<sup>8</sup> Allport sztereotípiafogalmában elkülöníti a sztereotípiát a kategóriától és meghatározza annak feladatát, amikor így ír: *„a sztereotípiá kategóriával társult túlzáson alapuló nézet. Feladata a kategóriával kapcsolatos viselkedés igazolása (racionalizálása)”*.<sup>9</sup> Oláh Attila szerint a sztereotípiá a másokról alkotott benyomás, melynek során nem a személy egyedi tulajdonságait, hanem az adott kategóriához csatolt jellemvonásokat veszi figyelembe a megismerő.<sup>10</sup> Fontos hangsúlyozni, hogy

<sup>1</sup> Bindorferr Gy.: Sztereotipizáció az internetikus kapcsolatokban, In Bakó B., Papp R., Szarka L. (szerk.): Mindennapi előítéletek. Társadalmi távolságok és etnikai sztereotípiák. Budapest: Balassi Kiadó, 2006. 10. o.

<sup>2</sup> Pléh Cs.: Kategorizáció, sztereotípiá, előítélet. In *Iskolakultúra* 2017/1-12. 12. o.

<sup>3</sup> Oláh A.: Pszichológiai alapismeretek. Budapest: Bölcsész Konzorcium, 2006. 544. o.

<sup>4</sup> Goffman, E.: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Budapest: Gondolat Könyvkiadó, 1981. 181. o.

<sup>5</sup> Perlin, M.: The hidden prejudice: mental disability on trial. Washington DC: American Psychological Association, 2000. 24. o.

<sup>6</sup> Perlin: *i.m.*, 25. o.

<sup>7</sup> Görög eredetű szó, a *stereos* (szilárd) és a *typos* (forma) szavak összetételéből keletkezett.

<sup>8</sup> Bindorferr: *i.m.*, 11. o.

<sup>9</sup> Bindorferr: *i.m.*, 12.o.,

<sup>10</sup> Oláh: *i.m.*, 553. o.

amíg a kategória tényítéleteken alapul, addig a sztereotípa a tényítéleteken túl értékítéletet is tartalmaz.<sup>11</sup> A hétköznapokban leginkább etnikai értelemben szoktunk sztereotípiákat emlegetni (pl.: a németek precízek, az olaszok nagyhangúak, a skótok fukarok), pedig az is sztereotípa, ha azt mondjuk, hogy az idős emberek bölcsek, a férfiak erősek, a nők kedvesek. Láthatjuk, hogy pszichológiai értelemben a sztereotípiák nem feltétlenül jelentenek negatív jellemvonásokat. A sztereotípa úgy működik, mint egy önbeteljesítő jóslat: amint kialakul, az egyénről, másokról, a társas kapcsolatokról kialakított képünket alapjaiban változtatja meg, hogy észlelésünket a sztereotípiának megfelelően torzítjuk, és minden az ellenkezőjét alátámasztó bizonyítékot figyelmen kívül hagyunk vagy jelentőségét lekicsinyítjük.<sup>12</sup>

A *stigma*<sup>13</sup> definíciójánál a legtöbb szerző Goffmanra hivatkozik, aki a stigmát egy sajátos viszonyként írta le, amely a jellemvonás és a sztereotípa között áll fenn.<sup>14</sup> A stigma olyan kifejezést jelent, melyet olyan jellemvonás megjelölésére használunk, amely alapvetően diszkreditáló jellegű. Egy-egy jellemvonás, amely stigmatizálni tudja hordozóját, más személyek esetében éppen a normalitást jelenti, ezért önmagában sem diszkreditálható, sem tiszteletet parancsoló nem lehet.<sup>15</sup> Fontos leszögezni, hogy Goffman a „*normális*” szó alatt azokat a személyeket érti, akik nem rendelkeznek stigmával, ezért a tanulmányban én is ebben az értelemben kívánom használni.

**1.2. A stigmák csoportosítása.** Goffman a stigmákat irányultsága szerint és fajtája szerint is megkülönbözteti. A stigma iránya szempontjából lehet diszkreditált és a diszkreditálható. Diszkreditált stigmának nevezi azt az esetet, amikor az adott személy feltételezi, hogy a körülötte lévők ismerik a másságát, vagy úgy gondolja, hogy arra fény derülhet. Ezzel szemben a diszkreditálható stigma esetében az egyén úgy véli, hogy környezete a másságát nem ismeri és nem is ismerheti meg.<sup>16</sup> Ha fajták szerint szeretnénk csoportosítani a stigmákat, akkor három alapvető csoportot különböztethetünk meg:

1. Testi fogyatékoságok, különféle fizikai torzulások.
2. Az egyéni jellem szégyenfoltjai: akaratgyengeség, zsarnokoskodás, természetellenes szenvedélyek, ingatag vagy túlságosan szigorú meggyőződés, melyekre az egyén számunkra már ismert előtörténetéből

<sup>11</sup> Bindorferr: *i.m.*, 11.o.,

<sup>12</sup> Perlin: *i.m.*, 8. o.

<sup>13</sup> Szintén görög eredetű szó, *szigma* és *szigmatosz* formában használták. Eredeti jelentésében olyan testi jelekre utal, melyeket azért véstek vagy égettek viselője bőrébe, hogy a jel viselőjének erkölcsi státusával kapcsolatban áruljanak el valami szokatlant és kedvezőtlen dolgot, így például azt, hogy az illető személy rabszolga, bűnöző vagy esküszegő. Később a kereszténység térnyerésével két újabb jelentést is kapott: egyrészt jelölte az égi kegyelem testi jeleit, második jelentésében a testi rendellenességek külső jeleire utal. Mai jelentésében inkább szégyent jelent. Lásd: Goffman: *i.m.*, 179. o.

<sup>14</sup> Goffman: *i.m.*, 183. o.

<sup>15</sup> Goffman erre példaként hozza a könyvtárba járást: amíg egy, a társadalom perifériáján elhelyezkedő bűnelkövető messziről elkerüli a könyveket, nehogy valaki meglássa, és megbélyegezze amiatt, hogy olvas, addig egy középosztálybeli fiatalnak teljesen hétköznapi tevékenység felkeresni a könyvtárat. Lásd: Goffman: *i.m.*, 182. o.

<sup>16</sup> Goffman: *i.m.*, 183. o.

következtethetünk: pszichés rendellenesség, börtönviselt, gyógyszerfüggő, alkoholizmus, homoszexualitás, túlzott politikai szélsőségeség.

3. Faji, nemzeti és vallási hovatartozás törzsi stigmái, mely a családi származás vonalain terjed és az egész családot beszennyezik.<sup>17</sup>

Más szerzők a *közösségi stigma (public stigma)* és az *önstigmatizálás (self-stigma)* dichotómiáját alkalmazzák. A *közösségi stigma* kifejezés alatt összefoglalóan azokat a folyamatokat értjük, melyek a stigmához kapcsolódóan a társadalomban játszódnak le. Ilyen folyamat, hogy a stigmával rendelkezők csoportjai a társadalom perifériájára szorulnak és leértékelődnek pusztán azért, mert eltérnek a többségi társadalomtól. Ezen csoportok tagjait a diszkrimináció számos formája éri, így lakhatásuk megoldása, oktatásban történő részvételük, munkába állásuk, illetve kapcsolataikban is lépten nyomon akadályokba ütközhetnek.<sup>18</sup> Az *önstigmatizálás*, melyet hívnak *internalizált stigmának* is, azt a jelenséget írja le, amikor az egyén a külvilág attitűdjét elkezdi önmagával szemben alkalmazni, az beépül az önmagáról alkotott képbe, így önbecsülése és önértékelése csökken. Ez a fajta internalizáció eljuthat egy olyan szintre, amikor az egyén működésére egyre inkább a feladás lesz jellemző, nem keres állást, igyekszik kerülni a kapcsolatot másokkal.<sup>19</sup> További felosztást jelent a *személyes stigma (personal stigma)* és az *észlelt stigma (perceived stigma)* kettőse. Amíg előbbi esetben az egyén saját gondolatait jelenti a stigmatizált személlyel szemben, addig utóbbi az egyén meggyőződését jelenti, hogy mások hogyan tekintenek a stigmatizált személyekre.<sup>20</sup>

**1.3. A stigma működése a mindennapokban.** A stigma működése szempontjából fontos, hogy az egyén rendelkezzen egy olyan jellemvonással, amely ráirányítja a szemlélő figyelmét és inkább hátat fordítson az egyénnek ahelyett, hogy egyéb tulajdonságait megismerné. Ha az illető stigmát visel, az olyan nemkívánatos eltérőség jele, amely a mások által várttól különbözőnek mutatja őt. Stigma-elméleteket készítünk: megmagyarázzuk, hogy miért alacsonyabb rendű a stigmát viselő személy és miért nem kívánatos a jelenléte.<sup>21</sup> Azokat, akik az adott elvárásoktól nem térnek el, azokat normálisnak tekintjük, azok pedig, akiket a társadalom megbélyegez, idővel pontosan megtanulják, hogy ők miben mások a normálisoktól. Ez lehetségessé teszi a stigmatizáltak számára, hogy alaposan és éberrel figyeljenek arra, amit mások bennük fogyatékoságnak látnak. Ez végül oda vezet, hogy az egyének kiegyeznek azzal, hogy valóban eltérnek a normálistól, így szégyenérzet alakul ki bennük, szeretnének megszabadulni szégyellnivaló jellemvonásaiktól. A normális emberek közvetlen jelenléte könnyen felerősíti bennük az önmagukkal szemben támasztott követelmények és az én közötti szakadékot, így

<sup>17</sup> Goffman: *i.m.*, 183. o.

<sup>18</sup> Ali, A., Hassiotis, A., King, M. B.: Self-reported stigma and its association with socio-demographic factors and physical disability in people with intellectual disabilities: results from a cross-sectional study in England. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2016/3. 465 o.

<sup>19</sup> Ali: *i.m.*, 466. o.

<sup>20</sup> Coppens, E., Audenhove, C., Schreeder, G., Arensman, E., Coffey, C. et al: Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. In *Journal of Affective Disorders* 2013/ vol. 150. 321. o.

<sup>21</sup> Goffman: *i.m.*, 184. o.

előtörhet az önutálat.<sup>22</sup> Ez az alacsonyabb rendűség érzése azt jelenti, hogy az egyén tudatában folyamatosan jelen van egyfajta bizonytalanság, ami egy generalizált szorongást képez.<sup>23</sup>

Mi történik akkor, amikor egy stigmatizált és egy normális személy találkozik? Mi játszódik le bennük ilyenkor? Ezekben az esetekben, melyeket „vegyes kontaktusoknak” hívunk, mindkét fél konfrontálódik a stigma okaival és hatásaival. A stigmával rendelkező ilyenkor bizonytalannak érzi magát: vajon hogyan fogadják, mit gondolnak róla a normális emberek?<sup>24</sup> A stigmatizált személy gyakran úgy érzi, „múson” van, figyelnie kell minden rezzenésére, minden szavára. A stigmatizált lét magával hordoz egyfajta önkontrollt, így például a pszichiátriai kórházi kezelésben részesülő a mindennapi élete során fél felemelni a hangját, mert attól fél, hogy érzelmeinek nyílt kimutatása megerősíti a vele szemben meglévő stigmát. Az alacsony értelmi képességű, ha elakad valamiben, nem mer segítséget kérni, mert elakadását szellemi fogyatékoságának tudják majd be, ugyanakkor egy normális ember esetében egy ugyanilyen elakadás nem jelentene rá nézve veszélyt.<sup>25</sup> További kényelmetlenséget okozhat a vegyes kontaktusok során, amikor az idegenek nem látnak kivétlenül abban, hogy olyan kérdésekkel faggatják, amely a stigmatizált személy számára sértő, vagy olyan segítséget ajánlanak fel, amelyet az illető nem kíván, vagy nincs rá szüksége.

A stigmatizált személynek minden oka megvan arra, hogy úgy érezze: a normális emberekkel történtő interakció veszélyeket rejthet számára. Ugyanígy a normális emberek is veszélyesnek élhetnek meg egy-egy ilyen találkozást. Egyfelől a normális ember érezheti azt, hogy ha együttérzését fejezi ki, azzal túllép egy határon, ugyanakkor, ha megpróbálja figyelmen kívül hagyni a másik személy fogyatékoságát, akkor túlzott követelményeket támaszt vele szemben. Hányszor fordult már elő velünk, hogy nem tudtuk mivel teszünk jót? Ha felajánljuk segítségünket vagy inkább csendben ignoráljuk a fogyatékosággal élő, demonstrálva, hogy *„ő is ugyanolyan normális, mint mi, nincs szüksége segítségre”*.

A normális ember egy ilyen vegyes kontaktus során rendszerint zavarba jön. A mindennapos, gyakran használt szavakat tabuként kezeli, tekintetét valamilyen félreeső helyre irányítja, megpróbál könnyednek látszani, szükségtelenül szószátyár lesz, hogy a beszélgetőpartner ne érezze azt, hogy a közelsége megbénítja.<sup>26</sup>

A stigmához kapcsolódik egy olyan jelenség is, hogy a stigmatizált egyénről a stigma közeli hozzátartozóra, ismerősökre is áterjed.<sup>27</sup> Ez általában megmagyarázza, hogy miért igyekeznek az emberek elkerülni az efféle (vegyes) kapcsolatokat vagy véget vetni nekik, ha már léteznek. Goffman azokat a normális egyéneket, akik mégis fenntartják kapcsolatukat a stigmatizált személlyel,

<sup>22</sup> Goffman: *i.m.*, 188. o.

<sup>23</sup> Goffman, *i.m.*, 197. o.

<sup>24</sup> Goffman: *i.m.*, 198. o.

<sup>25</sup> Goffman: *i.m.*, 200. o.

<sup>26</sup> Goffman: *i.m.*, 204. o.

<sup>27</sup> Ennek hátterében az áll, hogy még a XX. században is elfogadott álláspont volt, hogy a mentális betegségek hátterében a hibás gyermeknevelés és gondoskodás áll. Lásd: Stier, A., Hinshaw, S. P.: Explicit and Implicit Stigma Against Individuals with Mental Illness. In *Australian Psychologist* 2007/2. 113. o.

„tiszteletbeli stigmával rendelkezőnek” nevezi el.<sup>28</sup>

**1.4. A stigma hatása a mentális betegséggel élőkre.** Az elmúlt évezredek során, kortól és hiedelemvilágtól függetlenül a mentális betegségek magyarázataként rendszerint valamilyen bűnt, gonoszságot, isteni büntetést, vagy legalábbis spirituális kapcsolatot feltételezett az ember. Azokat, akik ilyen betegségekkel küzdöttek, rendszerint jobbnak tartották elkerülni, általános vélekedés volt, hogy az ilyen emberek elveszítették személyiségüket, emberi mivoltukat.<sup>29</sup> Azt hihetnénk, hogy ezek az előítéletes, babonás korok elmúltak, de manapság is számos mítosz kapcsolódik a pszichés betegséggel küzdőkhöz. Általános vélekedés, hogy az ilyen emberek hajlamosabbak a deviáns viselkedésre, morálisan gyengébbek, gyengébb a szexuális kontrolljuk, érzelmileg instabilak, gyanakvóak, megbízhatatlanok, nem tudnak önállóan döntést hozni, és még hosszan sorolhatnánk.<sup>30</sup> A pszichés betegségek sajátossága, hogy más stigmatizáló jellemvonásokhoz képest nem feltétlenül az egyénnel született jellemvonások, hanem az egyén élete során bármikor kialakulhat. Éppen ez a kiszámíthatatlan jelleg teszi különösen rémisztővé a kívülállóknak ezeket a betegségeket.<sup>31</sup>

Számos kutatás kimutatta, hogy a mentális betegséggel élők nagy százaléka inkább nem keres megoldást betegségére, melynek háttérében gyakran a potenciális stigmatizációtól való félelem áll. Az elmúlt évtizedekben több fejlett országban is folytattak ismeretterjesztő és érzékenyítő kampányokat, ennek ellenére a mentális betegséggel élők megbélyegzése újból felerősödött.<sup>32</sup> Az érintettekben gyakran kialakul egyfajta önvédelmi mechanizmus, megpróbálnak rejtőzködni, ez azonban rengeteg erőfeszítést igényel, ami gyakran visszaüt. Egyrészt azért, hogy az egyén igyekszik családjá és barátai, kollégái előtt is titokban tartani betegségét, a betegség gondolata folyamatosan előtérben van, idővel beépülnek jellemébe azok a stigmák, amiktől annyira tart. Másrészt a mentális betegségek tünetei között gyakran találkozunk az önhibáztatással, depressziós hajlammal és az identitászavarral.<sup>33</sup>

A stigmatizáció mértéke több tényezőtől, így a mentális betegség súlyától és a konkrét betegségtől is függ. Minél hosszabb ideig áll valaki kezelés alatt, annál súlyosabb a stigma, amit el kell viselnie, ahogy az is bizonyított, hogy vannak jobban tolerált betegségek (pl.: depresszió) és vannak nagyon súlyos stigmát magukban hordozó mentális betegségek (pl.: skizofrénia).<sup>34</sup>

## 2. A mentális betegséggel élőkkel szembeni közösségi attitűd mérése

**2.1. A módszer kifejlesztése.** Az 1970-es évek Észak-Amerikájában megnőtt az igény a mentálhigiénés ellátás átszervezésére, egyre nagyobb igény jelentkezett az

<sup>28</sup> Goffman: *i.m.*, 224. o.

<sup>29</sup> Perlin: *i.m.*, 36. o.

<sup>30</sup> Perlin: *i.m.*, 44. o.

<sup>31</sup> Perlin: *i.m.*, 43. o.

<sup>32</sup> Stier et al.: *i.m.*, 108. o.

<sup>33</sup> Stier et al.: *i.m.*, 109. o.

<sup>34</sup> Stier et al.: *i.m.*, 112. o.

ellátás beépítésére az alapellátási szintre. Az ebbe az irányba mutató folyamatok rendszerint a média által feltűzelt lakosság ellenállásába ütköztek, megakadályozva újabb intézmények létesítését, a fennálló struktúra decentralizálását és a rászoruló helyben történő ellátását.<sup>35</sup> A korábbi kutatások már kimutatták, hogy egy belvárosi környezetben, ahol kisebb a társadalmi kohézió és a lakosság amúgy sem annyira helyhez kötött, nagyobb a befogadókészség az ilyen intézményekkel szemben. Ugyanakkor a kertvárosias városrészekben nagyobb az ellenállás egy ilyen intézménnyel szemben, ezáltal nehezebb is a betegek integrációja.<sup>36</sup>

A fent ismertetett probléma vizsgálatára alkotta meg Taylor és Dear a Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) elnevezésű mérési módszerét, mely arra volt hivatott, hogy egy adott közösség attitűdjét mérje egy esetleges mentálhigiénés intézmény közelben történő telepítése esetére. A módszer időtállóságát bizonyítja, hogy a megjelenése óta eltelt több, mint 40 évben számos országban alkalmazták és alkalmazzák a mai napig is, valamint a tény, hogy más skálák kifejlesztéséhez alapul használták.

A szerzők a CAMI megalkotásához két, korábban már jól bevált módszert vettek alapul. Módszerük egyik alapját az Opinions about Mental Illness (OMI) skála adta, melyet 1962-ben Cohen és Struening azért alkotta meg, hogy a kórházi személyzet mentális betegekkel szembeni attitűdjét mérje. Az OMI egy 100 állításon alapuló teszt volt, mely állításokat 5 alskálába sorolták. Az első csoport a *tekintélyelvűség (authoritarianism)* nevet kapta, mely azt a szemléletmódot tükrözte, hogy a mentális betegek alacsonyabb rendűek, ezért kényszer is alkalmazható velük szemben. A második csoport a *jóakarát (benevolence)* kategóriája, melyben olyan állítások kaptak helyet, melyek a paternalista, humanista és vallásos értékekhez fűződnek. A harmadik alskála állításai a *mentálhigiénés ideológiát (mental hygiene ideology)* képviseli, mely szerint a mentális betegségek ugyanolyan betegségek, mint bármely más. A negyedik alskála a *szociális korlátozás (social restrictiveness)* állításait tartalmazza, mely állítások azt a nézetet képviselik, hogy a mentális betegséggel küzdők veszélyt jelentenek a társadalomra. Az ötödik, és egyben utolsó csoportba pedig a *személyek közötti etiológia (interpersonal etiology)* nevet kapta, mely hiedelmek szerint a mentális betegségek a társas kapcsolatokban átélt problémákból erednek.<sup>37</sup> A CAMI másik alapját a Baker és Schulberg által 1967-ben kidolgozott Community Mental Health Ideology (CMHI) skála adta, melyet azért készítettek, hogy a vizsgált személyeknek a névadó elképzelés iránti szimpátiáját/antipátiáját mérjék. A *közösségi mentális egészség elmélete (community mental health ideology)* a mentális egészség és a megelőzés fontosságát hirdette, zászlójára tűzve a mentálhigiénés ellátás minőségi megújítását.

A CAMI megalkotásakor Taylorék célja az volt, hogy olyan mérőeszközt készítsenek, amivel előre jelezni és elemezni lehet egy közösség ellenállását a mentálhigiénés intézményekkel szemben, úgy, hogy közben képet kapjanak arról, hogy milyen az „elfogadóbb” és milyen az „elutasítóbb” közösség. Attitűdskálájuk

<sup>35</sup> Taylor, S. M., Dear M. J.: Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. In *Schizophrenia Bulletin* 1981/7. 225. o.

<sup>36</sup> Taylor: *i.m.*, 226. o.

<sup>37</sup> Taylor: *i.m.*, 226. o.



összesen 40 állítást tartalmaz, melyet 4 db 10-10 állításból álló alskálára bontottak tovább. A kérdések megszerkesztésekor Taylorék ügyeltek arra, hogy a tízes csoportokban öt állítás mindig pozitív, támogató szemléletű legyen, további öt pedig inkább az ellenszenvet jelképezze.<sup>38</sup> Habár a fentiekben kifejtésre került, hogy Taylor és Dear két másik módszert alapul véve dolgozták ki sajátjukat, a 40 állításból csak hét olyan volt, amit az OMI-ból és CMHI-ből emeltek át. A válaszadók egy ötfokú Likert-skálán fejezhetik ki, hogy a felsorolt állításokkal teljesen egyetértettek vagy egyáltalán nem értettek egyet.<sup>39</sup>

Az első alskála az OMI-hoz hasonlóan a *tekintélyelvűség* nevet kapta és a mentális betegséggel élők hospitalizációjára vonatkozóan tartalmaz állításokat, például:

- Mindaddig, amíg valaki zavartnak tűnik, kórházi kezelésre szorul.
- Van valami a mentális betegséggel élő emberekben, amiért könnyű felismerni őket más emberek között.
- A mentális betegséggel küzdőket olyan szoros megfigyelés alatt kellene tartani, mint a neveletlen gyerekeket.
- A mentális betegséggel élők nem tehetnek a betegségükről.

A második, *jóakarát* elnevezésű alskála a társadalmi felelősség, a segíteni akarás témakörében olyan állításokat tartalmaz, mint:

- Az államnak több pénzt kellene fordítania a mentális betegek kezelésére.
- A mentális betegek már túlságosan régóta képezik gúnyolódás tárgyát.
- A legjobb elkerülni azokat, akik mentális betegséggel élnek.
- Az elmeegógyintézetek inkább hasonlítanak börtönre, mint olyan intézményre, ahol meggyógyítani szeretnék a betegeket.

A harmadik, *szociális korlátozás* nevet viselő alskála a mentális betegségek veszélyességét, a betegekkel szembeni távolságtartással összefüggésben tartalmaz olyan állításokat, mint például:

- A mentálisan betegek veszélyt jelentenek saját magukra és a körülöttük élőkre.
- Egy nő bolond lenne hozzámenni egy férfihoz, akinek korábban mentális betegsége volt, még akkor is, ha látszólag teljesen meggyógyult.
- A mentálisan betegek kiszámíthatatlanok és nem lenne szabad bármit is rájuk bízni.
- Számos olyan embernek, aki soha nem kapott megfelelő kezelést, súlyosabb pszichés problémái vannak, mint azoknak, akiket kezeltek.

A *közösségi mentális egészség elméletére* vonatkozó állítások a terápiás kezelés hasznosságát, a mentálhigiénés intézmények hatását a lakókörnyezetre, valamint a mentális betegségek által a lakókra jelentett veszélyeket járják körbe.

- Sok mentális betegséggel élő számára a legjobb terápia az, ha a közösség tagja lehet.

---

<sup>38</sup> Taylor: *i.m.*, 228. o.

<sup>39</sup> Likert-skálát rendszerint az érzésekre, attitűdökre vonatkozó mérésekben használják, és a válaszadónak azt kell megítélnie egy skála segítségével, hogy milyen mértékben ért egyet az adott állítással. Lásd: Oláh: *i.m.*, 64. o.

- Egy mentálhigiénés intézmény lakókörnyezetbe történő telepítése az ingatlanok értékcsökkenésével jár.
- Rémisztő arra gondolni, hogy mentális betegséggel élők laknak a környezetemben.
- Az elmeegógyintézetek kevésbé hasznosak a társadalom számára.<sup>40</sup>

Taylorék feltevése az volt, hogy a mentális betegekkel szembeni attitűd függ a társadalmi-gazdasági státusztól, az egyén életciklusától, hiedelemvilágától és a számára fontos értékektől. Mérésükhöz 1978-ban 1.090 háztartásban töltötték ki kérdőívet Toronto városában, melyből 706 háztartás közelében nem volt mentálhigiénés intézmény, míg 384 háztartás vonzáskörzetében viszont igen.<sup>41</sup> Az adatok feldolgozását követően az alábbi megállapításokat tették a kutatók:

Korábbi kutatásokkal megegyező módon, az idősebbek kevésbé minősültek toleránsnak, inkább voltak tekintélyelvűek és szigorúbbak, mint toleránsak. A nemek közötti összehasonlításban három alskálán is a nők együttérzőbbek voltak a férfiaknál, a szociális korlátozás alskáláján nem volt szignifikáns eltérés. Ha a válaszadókat családi állapot szerint vizsgálták, a házasok és özvegyek alkottak egy csoportot, míg a másik csoportot az egyedülállók, elváltak alkották. Az előbbi csoport mind a négy alskála esetében kevésbé együttérző attitűdöt mutatott. A kiskorú gyermeket nevelőkről általánosságban elmondható, hogy tekintélyelvűbbek, szociálisan korlátozóbbak, kevésbé érvényesül esetükben a jóakarát és a közösségi mentális egészség elmélete. Az eredmények érdekessége, hogy azon válaszadók, akiknek a gyermekei már felnőttek voltak, együttérzőbbek voltak, mint a kisgyerekesek, vélhetően azért, mivel nem kellett attól tartaniuk, hogy mi történik, ha a gyermekük találkozik egy beteggel. A kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy az attitűd nagyban függ az egyén életciklusától.<sup>42</sup> Szintén jelentős eltérés mutatkozott abban, hogy ki az, aki ingatlantulajdonos és ki az, aki csak bérlő a válaszadók között. Nem meglepő módon a tulajdonosok kevésbé voltak együttérzőek, mint a bérlők, vélhetően az ingatlanba fektetett erőforrások mennyisége miatt. A válaszadók vallási irányultságát vizsgálva látható, hogy szoros összefüggés van a vallásosság és a nézetek között. Azok, akik rendszeres templomba járóknak vallották magukat, tekintélyelvűbbek és szigorúbban korlátoznák a betegeket, továbbá kevésbé voltak együttérzők, inkább voltak konzervatívabbak.<sup>43</sup> Megint csak nem meglepő módon, azok, akik maguk is álltak már pszichiátriai kezelés alatt, vagy valamely családtagjuk vagy barátjuk állt kezelés alatt, mind a négy alskálán jelentősen együttérzőbbek voltak az átlagnál.<sup>44</sup>

A CAMI jelentősége abban áll, hogy Taylor és Dear egy olyan univerzális eszközt hozott létre, amely (az alskálák adott nyelvre fordítását és kulturális közegbe történő átültetését követően) gyakorlatilag bármely társadalomban használva összehasonlítható eredményeket ad. Az általam feldolgozott kutatások között két

<sup>40</sup> Taylor: *i.m.*, 228. o.

<sup>41</sup> Taylor: *i.m.*, 227. o.

<sup>42</sup> Taylor: *i.m.*, 233. o.

<sup>43</sup> Taylor és Dear a felekezeti megoszlást is vizsgálva arra jutott, hogy a pünkösdié és a görög keletiek voltak a leginkább tekintélyelvűek, míg a baptisták és az údvhadereg követőire volt ez a legkevésbé jellemző. Lásd: Taylor: *i.m.*, 234. o.

<sup>44</sup> Taylor: *i.m.*, 234. o.

csoport körvonalazódott ki: a mérések egy része össztársadalmi szinten vizsgálta a jelenséget, míg a másik csoport az egészségügyi dolgozók között végzett mérések eredményeit mutatja be.

## 2.2. Más országokban elvégzett CAMI kutatások eredményei

**2.2.1. Nagy-Britannia, London.** A Londonban elvégzett kutatás apropóját a Tooting Bec Hospital bezárása adta.<sup>45</sup> A korabeli sajtóban nagy port kavart ügyben a Care in the Community program keretében a több, mint 90 éve üzemelő elmegyógyintézetet bezárták és helyette 13 házat nyitottak, melyben a betegek támogatott lakhatását valósították meg. 1993. áprilisában a londoni Herne Hill-en, majd júliusban pedig Streatham Hill-en nyitottak meg ilyen otthonokat, ezeket előzte meg egy CAMI kutatás. Az interjúalanyokat az említett két negyed lakóinak választási névjegyzékéből választották ki és az interjúkat házról házra járva egy három kutatóból (két pszichiáterből és egy pszichológusból) álló csapat vette fel.<sup>46</sup>

A kutatók 192 interjú anyagát dolgozták fel. A válaszadók 45%-a férfi, míg 55%-a nő volt, az átlagéletkor pedig 37 év. Wolff és csapata ugyanazt a 40 állítást alkalmazta, mint Taylor és Dear, az egyetlen különbség abban állt, hogy ők három kategóriába – *félelem és kirekesztés, szociális kontroll, valamint jóakarát* – osztották az állításokat.<sup>47</sup> A *félelem és kirekesztés* kategória állításai azon interjúalanyok esetében mutattak az átlaghoz képest jelentős eltérést, akik 18 éven aluli gyermeket neveltek, illetve akik társadalmilag alacsonyabb megítélésű munkát végeztek. A mérés során szociálisan kevésbé érzékenyek bizonyultak az idősebbek, az alacsonyabb társadalmi státuszúak, az afrikai, ázsiai és karibi etnikumból származóak és az alacsonyabb iskolázottsággal rendelkezők. A jóakarát kategóriát vizsgálva érzékenyebbek mutatkoztak a fiatalabbak, valamint a magasabb iskolai végzettségűek.<sup>48</sup>

Az eredményeket összegezve a kutatók azt találták, hogy szoros összefüggés van a mentális betegséggel kapcsolatos ismeretek és a betegekkel szembeni attitűd vonatkozásában. Minél kevesebb információval rendelkezik az egyén ezekről a betegségekről, annál inkább hajlamos félni a betegektől. Az interjú során számos válaszadó mondta el, hogy leginkább azért fél a mentális betegséggel élőtől, mert nem tudja hogyan reagálna, ha találkozna velük.<sup>49</sup> Alapvetően elmondható, hogy az alacsony társadalmi státusz, az iskolázatlanság, a kiskorú gyermek nevelése, valamint az etnikai kisebbséghez tartozás volt a leginkább negatív hatással a mentális betegséggel élők megítélésére.

**2.2.2. Jimma Town, Etiópia.** A CAMI megjelenését követő több, mint 20 évben elsősorban Európában és Észak-Amerikában használták a mérőeszközt, csak a 2000-es évek közepétől találkozunk annak afrikai, ázsiai alkalmazásával. Utóbbiak táborát erősíti a német és etióp kutatók által 2012-ben készített tanulmány, melynek során

<sup>45</sup> Wolff, G., Pathare, S., Craig T. K. J., Leff, J.: Community Attitudes to Mental Illness. In British Journal of Psychiatry 1996/ vol. 168, 183. o.

<sup>46</sup> Wolff et al.: *i.m.*, 183. o.

<sup>47</sup> Wolff et al.: *i.m.*, 185. o.

<sup>48</sup> Wolff et al.: *i.m.*, 187. o.

<sup>49</sup> Wolff et al.: *i.m.*, 189. o.

Jimma Town-t járva, véletlenszerűen választottak ki háztartásokat és töltötték ki a kérdőíveket.<sup>50</sup> Összesen 820 kérdőív került teljes egészében kitöltésre, melyből 444 női válaszadóktól származott. A válaszadók 85,7%-a nyilatkozott úgy, hogy már találkozott pszichiátriai betegséggel élő személlyel, ebből további 47% állította, hogy él a környezetében ilyen beteg. A válaszadók 33%-a mondta, hogy fenyegette, illetve támadta már meg őket mentális beteg. Egészen elenyésző, 6,2%-a a válaszadóknak válaszolt úgy, hogy ő maga is küzdött mentális betegséggel legalább egyszer az életében.<sup>51</sup>

A válaszadók jelentős többsége, 75% egyetértett azzal az állítással, hogy „A mentális betegséggel élőket célszerű lenne elzárni.”, 86% értett egyet azzal, hogy „A mentális betegséggel élőket a gyerekekhez hasonló szoros kontroll alatt kéne tartani.”. Szintén érdekesség, hogy a válaszadók kicsivel több mint fele (56%) elutasította azt az állítást, hogy bárki szenvedhet mentális betegségben. 84% gondolta úgy, hogy a mentálhigiénés ellátásokra fordított adó pénzkidobás.<sup>52</sup> Hasonlóan ellenséges volt a válaszadók ¾-e, amikor egyetértettek azzal az állítással, hogy „A legjobb elkerülni azokat, akiknek pszichés problémái vannak.”<sup>53</sup> A szociális korlátozás alkálán a válaszadók 93%-a nem szeretne olyan ember közelében élni, akinek pszichés betegsége van.

Az eredmények ismeretében elmondható, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők szociálisan korlátozóbbak, mint a kevésbé iskolázottak. Más kutatásokhoz hasonlóan a nők, elsősorban a háztartásbeliek ezúttal is együttérzőbbnek, szociálisan érzékenyebbnek bizonyultak, feltételezhetően anyai ösztöneiknek köszönhetően.<sup>54</sup> Azok a válaszadók, akinek a szomszédságában élt pszichiátriai betegséggel küzdő személy, toleránsabbak voltak, mint azok, akinek nem volt ilyen személy a környezetében.<sup>55</sup>

### 3. Magyar kutatások

**3.1. A mentális betegséggel élők elutasítottsága 2001 és 2015 között: történt-e változás?** A fenti címmel készült 15 évet összefogó trendanalízis a mentális betegséggel élőkhez fűződő attitűdről. Az ilyen projektek gyakorlati jelentősége, hogy kiindulási pontot adhatnak a prevenció és érzékenyítő programoknak.<sup>56</sup> Először is fontos leszögezni, hogy a Magyarország 1989-90-ben egy olyan rendszert váltott le, melyben hivatalosan nem léteztek szociális problémák, a pszichiátriai betegség egyéni probléma volt, a betegeket pedig

<sup>50</sup> Reta, Y., Public Stigma against People with Mental Illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. In *PLoS One*, Online publikálva: 2016. november 28., 3. o.

<sup>51</sup> Reta et al.: *i.m.*, 5. o.

<sup>52</sup> Reta et al.: *i.m.*, 6. o.

<sup>53</sup> Reta et al.: *i.m.*, 7. o.

<sup>54</sup> Reta et al.: *i.m.*, 11. o.

<sup>55</sup> Reta et al.: *i.m.*, 12. o.

<sup>56</sup> Buchman-Wildbaum, T., Paksi B., Sebestyén E., Kun B., Felvinczi K. et al.: Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change? In *Psychiatry Research* 2018/vol. 267. 4. o.

elmeegógyintézetekben zárták el a világot. A pszichiátriai ellátás a mai napig alulfinanszírozott, még az egészségügy más területeihez képest is, nem beszélve arról, hogy a megközelítés továbbra is elavult. Az a fajta közösségi pszichiátriai ellátás, ami nyugaton már az 1980-as évek végén kibontakozott, itthon még gyerekcipőben jár, az ellátást a legtöbb esetben továbbra is a kórházak nyújtják.<sup>57</sup>

A kutatás kitűzött célja az attitűdöt meghatározó tényezők vizsgálata volt, figyelembe véve azt, hogy korábbi kutatások rendszerint az időseket, az alacsony iskolázottságúakat és a hiányos ismeretekkel rendelkezőket jelölte meg, mint stigmatizációra leginkább hajlamosakat. A kutatók feltételezték, hogy az ország uniós csatlakozásával megerősödött a közös értékek iránti elköteleződés, ami hatással lehetett a mentális betegséggel élők megítélésére.<sup>58</sup> Ugyanakkor figyelembe véve az alulfinanszírozottságot, továbbá azt, hogy Magyarországon nincsenek átfogó stigma-ellenes stratégiák, túl nagy pozitív változás nem volt várható.<sup>59</sup>

A kutatók összesen négy alkalommal, 2001-ben, 2003-ban, 2007-ben és 2015-ben végeztek felméréseket, melynek során képzett kérdezőbiztosok keresték fel az interjúalanyokat és töltötték ki közösen a kérdőíveket. A négy vizsgálati időpont eredményeit elemezve pozitív irányú változás látható, ugyanakkor a kutatók kiemelték, hogy ez egészen minimális, továbbra is magas a pszichiátriai betegséggel élők elutasítottsága (a kezdeti 60% helyett 2015-ben 57%-ot mértek). Ez azt jelenti, hogy mentális betegség változatlanul a három leggyakoribb stigmatizáló faktor között van az alkohol- és a drogfogyasztással egyetemben.<sup>60</sup> A leginkább ellenséges attitűdöt a legfeljebb 8 általános végzettséggel rendelkezők mutatták, míg a legempathikusabbak azok voltak, akiknek családi, ismeretségi körében volt olyan személy, aki ilyen betegséggel küzdött. Más országokban elvégzett mérésekhez képest – ahol szoros összefüggés látszott az idős kor és az elutasítás között – a magyar eredményekből az tűnik ki, hogy az életkor nem befolyásolja a magyarok attitűdjét.<sup>61</sup> További érdekesség, hogy más társadalmakkal ellentétben, a magyar társadalomban a nők az előítéletesebbek és nem a férfiak.<sup>62</sup>

Összességében elmondható, hogy a magas elutasítottság okai között szerepelhet az átfogó országos stratégiák teljes hiánya, valamint a Rákosi és Kádár-rendszerben kialakult szemlélet továbbélése.<sup>63</sup> Utóbbit támasztják alá az egykori keleti blokk államaiban végzett más kutatások is, például a Csehországban készült, mely a magyarhoz hasonló eredménnyel szolgált.<sup>64</sup>

**3.2. A depresszióval küzdőkkel szembeni attitűd összehasonlítása négy európai országban.** Számos európai kutatás kimutatta, hogy sokan megpróbálnak maguk megküzdeni a mentális betegségükkel és inkább nem kérnek professzionális

<sup>57</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 5. o.

<sup>58</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 6. o.

<sup>59</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 7. o.

<sup>60</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 11. o.

<sup>61</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 12. o.

<sup>62</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 13. o.

<sup>63</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 16. o.

<sup>64</sup> Buchman-Wildbaum et al.: *i.m.*, 16. o.

segítségét.<sup>65</sup> Amíg a férfiak gyakran az alkoholt hívják segítségül, addig a nők inkább közvetlen környezetükhöz fordulnak segítségért. Általánosságban elmondható, hogy a társadalom nagyrésze elutasító a gyógyszeres kezeléssel szemben és életmódváltással, sporttal, stressz kezeléssel és relaxációval próbálja meg kezelni depresszióját.<sup>66</sup>

2008-ban indult egy több uniós tagállamot is érintő figyelemfelhívó kampány az Európai Bizottság finanszírozásában. Az öngyilkosság prevenciók projekt (Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe – OSPI-Europe) célkitűzése az volt, hogy a tagállami prevenciók politikáknak biztosítson egy közös alapot, mellyel hatékony prevenciók kampányokat tudnak indítani és véghez vinni.<sup>67</sup>

Ennek a projektnek a támogatására készült 2009-2010-ben egy kifejezetten a depresszióval élőkkel szembeni attitűdöt vizsgáló kutatás, mely Németország, Magyarország, Írország és Portugália társadalmát vizsgálta. Minden országban két adatgyűjtést végeztek, így Magyarországon Miskolcon (mint intervenciók régió) és Szegeden (mint kontrollrégió) vettek fel 500-500 interjúkat telefonon keresztül.<sup>68</sup> A szociodemográfiai adatokon túl kitöltöttek egy összesen 18 kérdésből álló Depression Stigma Scale (DSS) kérdőívet, mely kérdések részben a személyes stigmára, részben az észlelt stigmára irányultak. Ezt követően egy Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form (ATSPHH-SF) kérdőív került kitöltésre, mely amint a nevében is benne van, a professzionális segítségnyújtással szembeni attitűd mérésére alkalmas.<sup>69</sup>

Viszonylag sokan, a válaszadók 48%-a értett egyet azzal az állítással, hogy a depressziós emberek kiszámíthatatlanok. 35 százalékuk gondolta úgy, hogy a depressziós ember „*ki tudna lépni ebből az állapotból, ha akarna*”. Szerencsére csak 17% értett egyet azzal, hogy a legszerencsésebb elkerülni a depressziós embereket.<sup>70</sup> Az interjúalanyok 82%-a válaszolt akként, hogy mentális betegség esetén professzionális segítséget kérnének. A kutatás egyik jelentőségét az adja, hogy lényegesen eltérő társadalmakat hasonlított össze. Ennek alapján a magyarok voltak a legutasítóbbak és az írek voltak a leginkább együttérzőek a depresszióban szenvedőkkel. Ez az eltérés számos kérdésben is kiütközött, így például a magyarok 46%-a gondolta úgy, hogy a depresszió a gyengeség jele, míg az írek közül csak 19% értett egyet ezzel az állítással.<sup>71</sup> A legnagyobb eltérést az az item mutatta, mely szerint „*Az embernek magának kell megoldani a problémáit, a pszichológussal csak akkor kell konzultálnia, ha már nincs más lehetőség*”. Jól jellemzi a magyarok attitűdjét, hogy a magyarok 80%-a értett egyet a fenti mondattal, míg az íreknek

---

<sup>65</sup> A témában lásd: ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J.: Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45,153–163. o.

<sup>66</sup> Coppens et al.: i.m., 321. o.

<sup>67</sup> OSPI-EUROPE (Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe) <https://cordis.europa.eu/project/id/223138/reporting> Utolsó letöltés időpontja: 2022. 03. 20.

<sup>68</sup> Coppens et al.: i.m., 322. o.

<sup>69</sup> Coppens et al.: i.m., 323. o.

<sup>70</sup> A képet árnyalja, hogy amint az már bemutatásra került, a depresszió általánosságban kisebb stigmát jelent, mint például a skizofrénia.

<sup>71</sup> Coppens et al.: i.m., 325. o.

ennek csak a fele, 36% tett így.<sup>72</sup>

A kampány során minden résztvevő tagállamban tartottak egy nyitó ünnepséget, számos tájékoztató napot, plakátokat helyeztek el a kijelölt településeken városzerte és szórólapokat osztottak, valamint együttműködést alakítottak ki a helyi újságokkal a kampány népszerűsítése érdekében. Ezen felül minden állam a maga választása szerint hívhatta fel a figyelmet a kampányra. Miskolcon például az iskolákban, háziorvosi rendelőkben, patikákban helyeztek el a szórólaptól, a Művészetek Háza filmvetítésein naponta kétszer egy rövidfilmet vetítettek le a mozifilm előtt, de számos rádióban és lapban nyilatkoztak a témában jártas szakemberek.<sup>73</sup>

A kampány lefutását követően újabb mérésre került sor, vizsgálva a kampány hatását. A mérési módszer az első körrel azonos volt egy kiegészítéssel, hogy mérték azt is, hogy hány emberhez jutott el a kampány.<sup>74</sup> Összességében elmondható, hogy Németországban és Portugáliában többen találkoztak a kampánnyal, mint Magyarországon és Írországban. Az első és a második mérés eredményeit összevetve a kutatók azt találták, hogy a válaszadók utóbb egyértelműen hasznosabbnak ítélték meg a professzionális segítséget, mint korábban. A legnagyobb változást Németországban mérték, míg a legkisebbet Magyarországon. Ugyanakkor a depresszióval küzdőkkel szembeni attitűd egyik országban sem javult szignifikánsan.<sup>75</sup> Magyarország esetében a kutatók ezt azzal magyarázták, hogy az intervenció időszakban zajlott az országgyűlési majd az önkormányzati képviselők választása, valamint a régiót érintő árvíz elterelte a figyelmet a kampányról. A magyarok között az első körben mért magas stigmatizációs hajlam és az előbb kifejtettek járulhattak hozzá ahhoz, hogy Magyarországon nem fejtett ki jelentős hatást a kampány.<sup>76</sup>

#### 4. Interjúk

Az előszóban feltüntetett kérdés – mely szerint képez-e stigmát a gondnokság jogintézménye – empirikus vizsgálatára interjút készítettem gondnokoltakkal és gondnokaikkal. Mivel elsőfokú gyámhatóságnál dolgozom, adta magát, hogy az interjúalanyokat a hatóság ügyfelei közül választom ki, ezért nulladik lépésként a munkáltató hozzájárulását kértem a hivatalból rendelkezésemre álló nevek és elérhetőségek felhasználásához. A hozzájárulás birtokában áttekintettem saját ügyfeleim listáját, valamint kollégáimtól is azt kértem, hogy ajánljanak olyan ügyfeleket, akikről úgy gondolják, hogy érdemben hozzá tudnának járulni a kutatásomhoz. Ezt követően telefonon külön-külön felvettem a kapcsolatot három gondnokolttal és gondnokaikkal, röviden tájékoztattam őket az interjú céljáról, az általam feltett kérdésekről, majd amennyiben támogatásukról biztosítottak,

<sup>72</sup> Coppens et al.: *i.m.*, 325. o.

<sup>73</sup> Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Audenhove, C., et al: Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. In *Journal of Affective Disorders* 2017/ vol. 217. 253. o.

<sup>74</sup> Kohls et al.: *i.m.*, 254. o.

<sup>75</sup> Kohls et al.: *i.m.*, 256. o.

<sup>76</sup> Kohls et al.: *i.m.*, 257. o.

időpontot és helyszínt egyeztettünk. Szerettem volna interjút készíteni olyan személlyel is, aki korábban gondnokság alatt állt, mostanra viszont a bíróság megszüntette gondnokság alá helyezését, ugyanakkor sajnálatos módon ő nem kívánt interjút adni.

Minden interjúalannal félig strukturált interjú készült, nyitott végű ténykérdésekkel és nyitott végű véleménykérdésekkel, a gondnokság alatt állóknak és gondnokának ugyanazokat a kérdéseket kellett megválaszolni. Egy esetben a gondokot és gondnokoltját otthonukban kerestem fel, míg a másik két esetben egy-egy bevásárlóközpont közösségi terében ültünk le felvenni az interjút. A találkozáskor élő szóban is tájékoztattam az interjúalanyokat a mintavétel céljáról, valamint egy adatkezelési nyilatkozatot is kitöltöttünk minden interjúalannal. Személyazonosságuk védelme érdekében interjúalanyaim nevét megváltoztattam.

A mérési metódus kiválasztásánál figyelemmel voltam arra, hogy egyrészt olyan interjúalanyokat kellett kiválasztanom és meginterjúvolnom, akik a kérdésekre adekvát válaszokkal tudnak szolgálni, másrészt valamennyire orientálnom is kellett őket a kérdésekkel annak érdekében, hogy választ kapjak a kérdéseimre. Utóbbira, mint beigazolódott, azért is szükség volt, hogy bár minden interjú esetében előre leszögeztem, hogy az interjú teljesen független a hatósági munkakörömmel, több esetben is a gondnokok úgy értelmezték, mintha számot kéne adniuk a törvényes képviselőként elvégzett munkájukról.

**4.1. Első interjú – Judit.** Az első interjúalanyom Judit, középkorú nő, középsúlyos értelmi fogyatékossgal él, részlegesen korlátozó gondnokság alatt áll. Jelenlegi férjével második házasságában él, takarít egy szociális foglalkoztatónál, amely megváltozott munkaképességűeknek és hajléktalanoknak biztosít munkalehetőséget. A gondnoki tisztséget édesanyja látja el. Első kérdéseimre, mely szerint mi volt az első gondolata, amikor felmerült, hogy gondnokság alá helyezése szükséges, Judit elmondja, hogy először a kerületi gyámhivatalhoz mentek el, majd utána a bíróságra is el kellett menniük. Amikor megpróbálom másképp feltenni a kérdést úgy válaszol, hogy nem tudja, így csinálta, de egyetértett édesanyjával, hogy szükséges a gondnokság alá helyezés. Kérdéseimre elmondja, hogy korábban is hallott már a gondnokságról, akkoriban még Budapest X. kerületében dolgozott és az ottani kollégái-barátai is gondnokság alatt álltak, csak az volt a különbség, hogy nekik nem a szüleik a gondnokok, hanem idegenek osztják be a pénzüket. Elmondása szerint soha nem érte diszkrimináció, amiatt, mert gondnokság alatt áll. Hozzáteszi, hogy nem is tudják róla sokan, csak a barátai. Nem tartja titokban a dolgot, ha valaki megkérdezi, elmondja, hogy gondnokság alatt áll.

Ezt követően a gondnoknak tettem fel az azonos kérdéseket, aki elmondta, hogy 2008-2009 tájékán olvasott először a gondnokságról, de már nem tudja pontosan hol. Akkoriban sokakat meglopott a lakásmaffia és féltette lányát, hogy naivitása miatt őt is meglopják, ezért megbeszélte lányával, hogy megindítják a gondnokság alá helyezését. Ezután a munkavállalásról kezdünk beszélgetni, amikor elhangzott egy érdekes mondat. A gondnok elmondása szerint 2017-18 tájékán új munkát szeretett volna keresni lányának, mivel az alapítvánnyal, amely addig foglalkoztatta, nem volt megelégedve. Akkoriban látta meg a szociális foglalkoztató embereit egy utcában takarítani, és a gépjárművükön látható telefonszámon felvette a kapcsolatot



a kft.-vel. Az ügyintéző biztosította a gondnokot, hogy természetesen van álláslehetőség, ugyanakkor „*csak abban az esetben tudják fogadni a lányát, ha gondnokság alatt áll*”. Ez a mondat kísértetiesen hasonlít Verdes Tamás tanulmányában tett megállapításaival, mely szerint a hivatalok gyakran elvárják, hogy a fogyatékkal élő gondnokság alatt álljon, mivel akkor nem a fogyatékkal élő személlyel kell kapcsolatot tartania, hanem gondnokával. Erre irányuló kérdésemre a gondnok elmondta, hogy soha nem tapasztalt olyat, hogy stigmatizálták volna lányát amiért gondnokság alá került, ismerősi körében sokan mondták, hogy jól tette, amiért elindította az eljárást, mert így egy kicsit meg tudja védeni a rosszakaróktól.

**4.2. Második interjú – Levente.** A második interjút egy autista fiattal és a gondnoki tisztséget ellátó édesanyjával készítettem. A gondnokolt gyermekkorában a Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórházba járt, ahol az egyik szakorvos javasolta a családnak, hogy indítsák el a gondnokság alá helyezési eljárást a bíróságon. Figyelemmel arra, hogy a fiatal nehezen nyílt meg, a kérdéseket vegyesen tettem fel neki és édesanyjának. Először az édesanya mondta el, hogy régen úgy képzelte el, hogy azok kerülnek gondnokság alá, akik önmagukra vagy másokra nézve veszélyesek, akik szándékosan kárt okoznak, ezért sem akarta, hogy fia gondnokság alá kerüljön. Ezt követően Levente elmondta, hogy akkoriban, amikor megindult az eljárás, még nem tudta mi a gondnokság, nem hallott róla korábban. Saját elmondása szerint hol hasznosnak és hol haszontalannak érzi a gondnokság alá helyezést. Amikor arra kértem, hogy mondjon példát miért tartja hasznosnak a gondnokság jogintézményét, nem tudott példát mondani, ugyanakkor elmondása szerint hátrányként élte meg, hogy az iskolából nem mehetett haza egyedül. Az édesanya elmondta, hogy először akkor érezte, hogy valóban szükséges fia gondnokság alá helyezése, amikor az adóhatóság arról értesítette Leventét, hogy mivel nem biztosított és nem fizette magának a társadalombiztosítási-hozzájárulást, tartozása keletkezett. Ekkor felkeresték a helyi ügyfélszolgálati irodát, ahol az anyának nem engedték, hogy segítsen az ügyintézésben, hiába mondta, hogy fia nem járatos az ilyen dolgokban. Akkor gondolkodott el rajta, hogy ha a gondnoka lehetne a fiának, akkor meg tudná óvni a hasonlóan méltatlan helyzetektől. Kérdésemre a fiatal elmondta, hogy örülne neki, ha a bíróság megszüntetné a gondnokság alá helyezését, mert a mindennapokban hátrányt okoz, például nem tud új Google felhasználó fiókot csinálni.

Az édesanya elmondta, hogy több szempontból is stigmaként éli meg fia gondnokság alá helyezését, példának hozva a számadási kötelezettséget és a választójog gyakorlásának vizsgálatát. Sértőnek találta, hogy Levente bevételeiről számot kell adnia, úgy érzi, a jogrendszer azt feltételezi róla, hogy meglopja a saját fiát. Megemlítette ezen kívül, hogy a gondnokság alá helyezési per során a bíró részletesen foglalkozott azzal, hogy a választójog gyakorlásában korlátozzák-e a fiát, úgy érzi, ha a bíróság megvonná fiától a jogát, az olyan lenne, mint amikor egy bűnözőt a közügyek gyakorlásától tiltanak el.

**4.3. Harmadik interjú – Dániel.** Ötödik interjúalanyom Dániel, aki bipoláris zavara és drogproblémái miatt került kórházba, ahol kezdeményezték gondnokság alá helyezését. Tíz éve áll cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alatt, most zajlik a felülvizsgálati pere. Az interjúra édesanyjával – aki egyben gondnoka is – érkezik. Dániel és édesanyja egymást megerősítve elmondják, hogy amikor Dánielt hazaengedték a kórházból, utánanézték a gondnokságnak és megegyeztek abban, hogy amíg Dániel állapota nem javul, mindenképpen szükség lesz a gondnokság alá helyezésére, így teljes egyetértésben csinálták végig az eljárást. Kérdésemre elmondták, hogy a gondnokság, mint jogintézmény létezéséről hallottak, de nem tudtak róla semmi konkrétumot. Dániel elmondása szerint számára csak jelképes a gondnokság, különösebben nem érinti a mindennapjait, mivel helyre jött anyira, hogy hivatalos ügyeit maga intézi, orvoshoz egyedül jár. Egyedüli problémaként azt jelöli meg, hogy nem tud elmenni a választásokra. Elmondása szerint baráti közössége nem diszkriminálta sem kábítószerfogyasztása, sem a gondnokság miatt, sokkal inkább azért távolodtak el egymástól, mert barátai családot alapítottak és már nincs idejük olyan szoros kapcsolatot tartani. Kérdésemre Dániel édesanyja elmondta, hogy soha nem tapasztalta, hogy stigmatizálták volna akár fiát, akár őt, sokkal inkább kapott támogatást, mint megvetést.

### Összegzés

A tanulmány végén ismét felmerül a kérdés: vajon kötődik-e stigma a gondnokság jogintézményéhez? A kérdést leginkább úgy tudom megválaszolni, hogy nem sikerült érdemi kapcsolatot találni a kettő között. A bemutatott tanulmányokból azt látni, hogy a mentális betegségek a leginkább stigmatizáló jellemvonások közé tartoznak az alkohol- és drogfüggőséggel egyetemben. A mentális betegségek (és a dolgozatban kevésbé vizsgált mentális fogyatékoságok) szoros összefüggésben állnak a gondnoksággal, ugyanakkor mégsem mondhatjuk egyértelműen, hogy a gondnokság a betegséghez és a fogyatékosághoz hasonlóan stigmát képez.

Ennek oka egyrészt abban áll, hogy egy ilyen típusú betegség vagy fogyatékoság megléte nem jelenti szükségszerűen, hogy az illető személy gondnokság alatt áll, leginkább állapotának súlyosságához köthető az eljárás megindítása. Másrészt a felvett interjúk sem igazolták vissza egyértelműen azt a feltevést, hogy kapcsolódna stigma a gondnoksághoz. Amíg Judit és Dániel esetében az interjúalanyok nem tudtak beszámolni arról, hogy stigmaként élnék meg a gondnokságot, Levente esete is csak részben igazolja ezt. Levente és édesanyja esetében nagyon erősnek éreztem az önstigmatizációt, az általuk elmesélt élethelyzetekben közös volt, hogy valamely, nem a gondnoksághoz köthető nehézséget a jogintézmény létéhez kötöttek.

Tanulmányomban nem sikerült bizonyítani, hogy létezne effajta stigma. Írásom elején azzal a feltevéssel éltem, hogy a jogintézmény és az elszenvedett hátrány között nincs vagy lényegesen kisebb az összefüggés, mint azt gondolnánk, és mint azt az érintettek megélik. Figyelemmel arra, hogy a hat interjúalanyból csak kettő számolt be stigmáról, nem tudom egyértelműen igazoltnak tekinteni a feltevésem. Az előszóban ismertetett zsigeri reakció, hogy sokan a gondnokságot a pszichiátriai

zárt osztályos kezeléssel kötik össze, talán nem több, mint a pszichológiában ismeretes legbelső félelmet, az értelmünk feletti kontroll elvesztését jeleníti meg sokak számára. Ugyanakkor a jelenség jobb megértését szolgálhatná egy jövőbeli kutatás, melyben a lakosság attitűdjét mérnénk a gondnokság alatt álló személyekkel szemben.

## Irodalomjegyzék

- Goffman, E.: *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó, 1981.
- Perlin, M.: *The hidden prejudice: mental disability on trial*. Washington DC: American Psychological Association, 2000. <https://doi.org/10.1037/10379-000>
- Oláh A.: *Pszichológiai alapismeretek*. Budapest: Bölcsész Konzorcium, 2006.
- Bindorferr Gy.: *Sztereotipizáció az interetnikus kapcsolatokban*, In Bakó B., Papp R., Szarka L. (szerk.): *Mindennapi előítéletek. Társadalmi távolságok és etnikai sztereotípiák*. Budapest: Balassi Kiadó, 2006. 9-35.
- Verdes T.: *Jogok a jóléti présben – a cselekvőképtelenség és értelmi fogyatékoság problematikájához a rendszerváltás utáni Magyarországon*. In Bass László (szerk.): *Amit tudunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány, 2008. 133-156. o.
- Ali, A., Hassiotis, A., King, M. B.: *Self-reported stigma and its association with socio-demographic factors and physical disability in people with intellectual disabilities: results from a cross-sectional study in England*. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2016/3. 465-474. o. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1133-z>
- Buchman-Wildbaum, T., Paksi B., Sebestyén E., Kun B., Felvinczi K. et al.: *Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change?* In *Psychiatry Research* 2018/vol. 267. 1-31. o. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.051>
- Coppens, E., Audenhove, C., Schreeder, G., Arensman, E., Coffey, C. et al: *Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention*. In *Journal of Affective Disorders* 2013/ vol. 150. 320-329. o. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Győrök K.: *A gondnokság alá helyezési eljárás fejlődése Magyarországon 1945-től 2001-ig*. In *Iustum Aequum Salutare* 2008/2. 135-154. o.
- Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Audenhove, C., et al: *Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions*. In *Journal of Affective Disorders* 2017/ vol. 217. 252-259. o. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.006>
- Pléh Cs.: *Kategorizáció, sztereotípa, előítélet*. In *Iskolakultúra* 2017/1-12. 11-18. o. <https://doi.org/10.17543/ISKKULT.2017.1-12.11>
- Reta, Y., Tesfaye, M., Girma, E., Dehning, S., Adorjan, K.: *Public Stigma against People with Mental Illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia*. In *PLoS One*,

Online publikálva: 2016. november 28.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163103>

- Stier, A., Hinshaw, S. P.: Explicit and Implicit Stigma Against Individuals with Mental Illness. In *Australian Psychologist* 2007/2. 106-117. o.  
<https://doi.org/10.1111/ap.2007.42.2.106>
  - Taylor, S. M., Dear M. J.: Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. In *Schizophrenia Bulletin* 1981/7. 225-240. o.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
  - ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J.: Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45, 153–163. o.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
  - Wolff, G., Pathare, S., Craig T. K. J., Leff, J.: Community Attitudes to Mental Illness. In *British Journal of Psychiatry* 1996/ vol. 168, 183-190. o.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.168.2.183>
- 
-