



## „Mi vagyunk a legutolsó hely”

**Pszichoszociális fogyatékoság (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében**

**Gyöngyösi Katalin – Erdőhegyi Márta – Balog Gyula**

GYÖNGYÖSI KATALIN: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar  
hallgatója – gyongyosi.katalin.anna@gmail.com

ERDŐHEGYI MÁRTA: erdohegyim@gmail.com

BALOG GYULA: Első Kézből a Hajléktalanságról Program – gyula.balog@gmail.com

**ABSZTRAKT** A hazai hajléktalan-ellátás ügyfélkörének jelentős hányada érintett pszichés problémákban – ide értve a függőséget is –, ami saját életük mellett hatással van a hajléktalan-ellátásban dolgozók munkájára. Az érintett ügyfelek és a szociális munkások előtt álló kihívásokat, perspektívákat, a segítő erőforrásokat, észlelt szükségleteket, javaslatokat feltáró-vizsgáló fókuszcsoportos kutatást folytattunk hat alacsony küszöbű, különösen sérülékeny ügyfélkörrel dolgozó budapesti hajléktalan-ellátó intézmény munkatársainak körében. A kutatás egy részében két tapasztalati szakértő kutatótárral dolgoztunk közösen. A „pszichoszociális fogyatékoság” fogyatékoságügy területéről származó fogalmát használtuk, vonatkoztatva itt a gyakran más pszichés problémával együtt járó függőségekre is, és az érintettek körébe sorolva a pszichiátriai diagnózissal rendelkező és nem rendelkező (vagy a szociális munkások által nem ismert diagnózisú) ügyfeleket egyaránt. A kutatás eredményei az érintett emberek szükségletei és a hajléktalan-ellátás nyújtotta lehetőségek közti összhang hiányára, az érintett embereknek a hajléktalan-ellátórendszeren kívül elérhető ellátások szükségességére, a megelőzés és a komplex megoldások, benne más ellátórendszerek és többféle szakpolitika szerepvállalásának, együttműködésének jelentőségére mutatnak rá.

**Kulcsszavak:** hajléktalanság, pszichoszociális fogyatékoság, szociális munkás, pszichés problémák, tapasztalati szakértők

### “We are the very last place”

**Psychosocial disability (mental health problems) among homeless people, according to social workers in low-threshold homeless services in Budapest**

**ABSTRACT** Mental health problems, including addiction, are highly prevalent in the client base of Hungarian homeless services, which has an impact on the lives of clients and the daily work of staff in homeless services. We carried out qualitative focus group research involving social workers at six low-threshold institutions serving especially vulnerable homeless clients in Budapest, to explore challenges and perspectives faced by clients and staff, and the resources, needs and suggestions of social workers. Two experts by experience in a researcher role contributed to part of the research. We used the concept of “psychosocial disability” originating in the fields of Disability Studies and disability law, also applying it to addiction (often accompanied by other mental health problems), and to clients both with and without a psychiatric diagnosis (that is known to social workers). Our results indicate a discrepancy between clients’ support needs and support available to them in homeless services and beyond, and draw attention to the necessity of prevention and complex intervention measures that require the involvement and cooperation of multiple service sectors and policy fields.

**Keywords:** homelessness, psychosocial disability, social worker, mental health problems, experts by experience



## BEVEZETÉS

A hazai hajléktalan-ellátás a rendszerváltást követően tömegesen egzisztenciális válságba és utcára került emberek lakhatási problémáinak orvoslására jött létre. Azóta ügyfélkörében a hirtelen lakhatási krízisbe került emberek mellett egyre nagyobb számban jelentek meg halmozottan hátrányos helyzetű emberek, akik a lakhatási nehézségeket is magában foglaló, komplex problémákkal érkeznek (Győri 2013, Gurály – Varga 2013). Az utóbbi évek kutatásai azt mutatják, hogy Magyarországon a hajléktalan-ellátást igénybe vevő emberek egészségi állapota az azonos korú népességénél rosszabb (Fadgyas – Freyler 2017, Rákósy – Szeitl 2018), felülreprezentáltak köztük az etnikai kisebbséghez tartozó (Győri 2017), illetve gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedett emberek (Bényei et al. 2018). Jelentős arányban küzdenek pszichés problémákkal (Bényei et al. 2017, Bényei et al. 2018, Braun – Gazdag 2015), gyakoriak élettörténeteikben a traumatikus események (Fehér 2009, Szoboszlai 2012, Szabó 2014). Bár a köztudatban élő sztereotíp képhez képest kevésbé, a függőség alkohol- vagy más szerhasználat formájában sokakat érint köztük (Paksi et al. 2010, Bényei et al. 2017, Bényei et al. 2018). Mindezzel úgy tűnik, Magyarország nem tér el a nemzetközi tendenciáktól, melyek a hajléktalan emberek testi-lelki állapotával kapcsolatban másutt zajló kutatásokból kirajzolódnak (Spence et al. 2004, Philippot et al. 2007; Fazel et al. 2014; Stubbs et al. 2019, Omerov et al. 2019, Smartt et al. 2019).

A magyar hajléktalan-ellátás ügyfeleiről rendelkezésre álló leggazdagabb adatforrásunk, a Február 3. kutatás eredményei szerint az utóbbi években önbevallás alapján 20-30% körül volt azok aránya, akik valamilyen pszichés problémával küzdöttek (Bényei et al. 2017, Bényei et al. 2018). Budapesten 2017-ben és 2018-ban körülbelül a válaszadók negyede (a nőknek több mint harmada) tudott valamilyen lelki/pszichiátriai problémájáról, vagy hallotta már másoktól saját magáról, hogy ilyen problémája lehet. Körülbelül ötödükkel fordult már elő, hogy alkohol vagy más drog fogyasztása miatt kikerültek az utcára, és csaknem ötödükkel az, hogy orvos által felírt altatóból vagy fájdalomcsillapítóból az előírtnál többet vagy kevesebbet szedtek. 2017-ben a fővárosi válaszadók mintegy harmada, 2018-ban mintegy 40%-uk gondolta azt, hogy azért (is) van jelen helyzetében, mert nem tudja túltenni magát egy régi tragédián. 2017-ben (a kérdés 2018-ban nem szerepelt a kérdőívben) 16%-uk – a nők 26, a férfiaknak 13%-a – ítélte úgy, hogy helyzetéhez hozzájárult korábbi átélt érzelmi, fizikai, lelki, vagy szexuális bántalmazás. (Gyöngyösi 2019).

A Február 3. kutatásban 2018-ban a hajléktalan-ellátó intézmények kérdőíveket átvevő vagy kitöltést segítő munkatársai minden válaszadó esetében jelölhették a kérdőív erre fenn tartott részén (az ügyfél anonimitását őrizve), hogy véleményük szerint a válaszadó „mentális állapota miatt segítségre szorul-e”, illetve milyen mértékben. Budapesten a munkatársak szerint az ügyfelek harmadának időnkénti, közel hatodiknak folyamatos támogatásra volt (vagy lett volna) szüksége. Mintegy negyedükénél a természetes támogatói – családi, baráti – jelenlétet látták (volna) szükségesnek. Csak körülbelül negyedükről gondolták úgy, hogy egyáltalán nem lenne szükségük támogatásra (Gyöngyösi 2019). Szintén munkatársi becslések alapján a pszichés problémák markáns jelenlétére utaltak az ügyfélkörben a Hajléktalanokért Közalapítvány felmérésének eredményei 2017-ben, a Rászoruló Személyeket Támogató Operatív Program – 3.1.1 projekt kísérő intézkedésének előkészítésekor. Elektronikus kérdőívvel hajléktalan-ellátó intézmények munkatársait kérdezték ügyfeleik pszichés problémáival, függősége-



ivel kapcsolatban, valamint az érintetteknek elérhető szolgáltatásokról. A budapesti válaszadók (72 fő) több mint négyötödének becslése alapján az ügyfelek legalább 30%-a, közel negyedük szerint az ügyfelek 60%-a is érintett lehetett diagnosztizált vagy diagnosztizálatlan pszichiátriai betegségben. A munkatársak túlnyomó többsége (több mint 85%) szerint az alkoholhasználat életvezetési problémát okozott az ügyfelek legalább felének. A drogfogyasztással kapcsolatban a munkatársak többsége (58%) úgy látta, hogy az ügyfelek legfeljebb 10%-a lehetett fogyasztó. A munkatársak felének becslése alapján a nyugtatókat, altatókat, hangulatjavítókat szedők aránya elérhette az ügyfélkörben az 50%-ot (Gyöngyösi 2019).

Az elérhető adatok azt jelzik, hogy a hajléktalan emberek jelentős része küzd valamilyen formában és mértékben pszichés problémával, mégis kevés kvalitatív empirikus kutatási eredmény hozzáférhető kifejezetten az érintettek helyzetéről a hajléktalan-ellátáson belül, a számukra elérhető támogatási lehetőségekről, és a hajléktalan-ellátásban dolgozók idevágó tapasztalatairól. Ezzel kapcsolatos tudásunk bővítése volt a célja a jelen tanulmány alapjául szolgáló, 2019 folyamán végzett kutatásnak, amely a budapesti hajléktalan-ellátásban segítő feladatkörben dolgozó munkatársakat célozta (rájuk pontos végzettségüktől függetlenül a továbbiakban szociális munkásként hivatkozunk<sup>1</sup>). A kutatás fókuszcsoportos módszerrel, összesen tizenhat helyszínen zajlott, egy részében két érintett személy, Erdőhegyi Márta és Balog Gyula tapasztalati szakértői – participatív kutatói közreműködésével<sup>2</sup>. Az átfogó kutatási terv készítését, a jelen tanulmány alapjául szolgáló szakirodalmi és empirikus adatfeldolgozást és a tanulmány megírását az első szerző végezte. A tanulmány hat intézményben végzett adatgyűjtés eredményeit mutatja be: ezek azok az utcai ellátások és éjjeli menedékhelyek, melyek a kutatásba vont intézmények közt a legalacsonyabb küszöbvel<sup>3</sup>, a legnehezebb élet helyzetben lévő emberekkel dolgoznak.

A kutatás a következő kérdésekre keresett választ:

- Milyen pszichés problémák fordulnak elő a hajléktalan-ellátást igénybe vevő emberek körében a szociális munkások rendelkezésére álló információk és tapasztalataik alapján? Az ügyfélkör mekkora hányada érintett?
- Fennálltak-e ezek a problémák az érintett emberek hajléktalanná válása előtt is?
- Az érintett emberekkel való munka során a szociális munkások milyen kihívásokkal találkoznak, és milyen erőforrásokra támaszkodnak?
- Az érintett emberek helyzetének javítása szempontjából milyen akadályokat és milyen megoldási lehetőségeket azonosítanak?

A kutatás a fogyatékosügy és fogyatékoságtudomány területéről származó „pszichoszociális fogyatékoság” kifejezést használta. Ez nem pusztán szakterületi terminológia kérdése volt, hanem választása a vizsgált jelenség különféle megközelítései között. A fogalom a fogyatékosügy területén, annak jogszabályaiban jelen van, de szélesebb körben kevésbé is-

<sup>1</sup> A szóhasználat oka egyrészt a szóban forgó munkakörök betöltéséhez elvárt/elfogadott végzettségek sokfélesége, másrészt a munkatársak és ügyfelek körében is tágan, a segítő szerepkörhöz társítva használt „szociális munkás” jelölés elterjedtsége.

<sup>2</sup> Közreműködésükről lásd bővebben a kutatásról szóló részt.

<sup>3</sup> A hazai jogszabályok az „alacsonyküszöbű” kifejezést a szenvedélybeteg-ellátás vonatkozásban használják. Itt tágabb értelmében szerepel: a kevés feltételhez kötött hozzáférésre utal.



mert. Ezért a továbbiakban először a „pszichoszociális fogyatékoság” fogalmának bevezetése és a kutatás kontextusában való értelmezése következik. Ezt követi a kutatás eredményeinek bemutatása, végül az összefoglalás és a kutatás korlátainak áttekintése után néhány továbbvezető kérdés megfogalmazása.

## A „PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁG”-RÓL

Magyarországon a fogyatékosággal kapcsolatos két legátfogóbb jogszabály a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi (többször módosított) XXVI. törvény, valamint a 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló [ENSZ]-egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről. Ezek értelmében „fogyatékosággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi<sup>4</sup> vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását” (2007. évi XCII. tv., 1. cikk). Illetve: „fogyatékos személy az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételét korlátozza vagy gátolja” (1998. évi XXVI. törvény, 4.§).

E jogszabályok a fogyatékoság emberi jogi megközelítésének szellemében készültek, mely a fogyatékos személyeknek mindenki máséval azonos lehetőségeket követel a részvételhez a társadalmi élet minden területén, az ehhez szükséges támogatással és garanciákkal együtt (Könczei et al. 2015). A fogyatékoságról az emberi jogok talaján való gondolkodás a fogyatékoság ún. társadalmi (vagy szociális) modelljét veszi alapul, ami a 20. század végi fogyatékos-jogi mozgalmak egyik központi, eredetileg az angolszász világban kimunkált fogalma (Oliver 2013). A fogyatékoság társadalmi modellje a fogyatékoság sokáig egyeduralmú orvosi (medikális) felfogásához képest új alternatívát kínál. A fogyatékoság eszerint nem azonosítandó egyszerűen orvosi diagnózissal leírt, az ún. „normálistól” eltérő személyes jellemzők bizonyos körével, és nem tekinthető magánügynek. Ha az érintett emberek rendelkeznek is bizonyos adottságokkal (melyeket az orvostudomány bizonyos diagnózisokkal illet), nem az önmagukban vett adottságaik „eredményeznek” minden nehézséget, melyet tapasztalnak. Ahogy mindenki más, ők is szűkebb-tágabb fizikai és társas környezetben élnek, amelynek jellemzői hatással van az életükre. Az épített és társas közeg jellemzői, a különféle szolgáltatások, intézmények alkalmazkodásának mértéke az emberi igények természetes (nem csak fogyatékos embereket érintő) változatosságához, a társadalom tagjainak hozzáállása, attitűdjei sokféle hatást gyakorolhatnak. Az idézett ENSZ-egyezmény szavaival az egyéni adottságok nem eleve, hanem a „környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal” kölcsönhatásban korlátozzák vagy gátolják az érintett emberek társadalmi részvételét. Ebben az értelemben a „fogyatékoság” kölcsönhatások eredményeként létrejövő állapot vagy élethelyzet, amely nem azonosítható egyszerűen egyes emberek egyéni jellemzőivel. Ha a feltételek adottak, pél-

<sup>4</sup> Az Egyezmény eredeti szövegében szereplő „mental impairment” jelentését a magyar „szellemi károsodás” nem adja vissza (Gurbai 2017).



dául megfelelő környezet, szolgáltatások, személyi asszisztencia formájában, akkor a fogyatékossgal élő emberek számára megnyílik az út a részvételhez a társadalom, a közösség életében<sup>5</sup>. Ahelyett, hogy kényszerűségből akár egész életükben mások gyámsága, irányítása alatt maradnának, döntéseket hozhatnak saját életükkel kapcsolatban, lehetőségük van az önálló életvitelre (Zalabainé 2009, Shakespeare 2019).

A „szellemi károsodás” – melyet a hazai fogyatékosügyi törvény „pszichoszociális károsodás”-ként visz tovább – a hivatkozott ENSZ-egyezménybe olyan, pszichiátriai diagnózist kapott emberek kezdeményezésére került be, akik a pszichiátria (fel)használóiként, vagy kritikusabb megközelítésben túlélőiként azonosították magukat (*users és survivors*) (Gombos 2013)<sup>6</sup>. A pszichiátria felhasználóinak/túlélőinek<sup>7</sup> mozgalma az 1970-es, 1980-as években indult az egyesült államokbeli polgárjogi mozgalmak hatására. Kritikát fogalmaztak meg a 20. századi pszichiátria eljárásaival szemben (pl. az elektrokonvulzív – elektrosokk – kezeléssel, kényszerű gyógyszeres kezeléssel, a személyi szabadság korlátozásával kapcsolatban). A „klasszikus” pszichiátria szemléletmódját, intézményeit a társadalmi elnyomás egy formájaként értékelték-értékelik, mely nem hagy elég teret az önmeghatározásnak, a személyes lételmények saját értelmezésének, ehelyett stigmatizál, betegségtudatot és önálávetést vár el. A felhasználók/túlélők az érintettek teljes ember-mivoltát, az önrendelkezés jogát hangsúlyozzák, függetlenül attól, milyen nehézségeket élnek át, és azokat az egészségügyben milyen diagnózissal illetik. Elutasítják a passzív „beteg” szerepét, és segítőkötől partneri viszonyt várnak (Morrison 2005). Olyan emberekként tekintenek magukra, akik a felépülés vagy talpra állás (*recovery*) hosszabb-rövidebb ideig, akár élethosszig tartó folyamatát élék át. A „felépülés” ebben az értelemben nem azonos a köznapi vagy orvosi értelemben vett gyógyulással, tünetmentességgel, bár akár ezt is jelentheti. A fogalom összetett, meghatározása nem könnyű, és értelmezései eltérhetnek attól függően is, hogy inkább orvosi szemszögből (a mérhető változások felől) vagy a felhasználók/túlélők, érintett emberek szemszögből (megélt személyes változási folyamatként) tekintünk rá (Bulyáki et al. 2018). A felépülés-alapú megközelítés középpontjában az erőforrások és az örömteli, értelmes élet célja állnak. A felépüléshez szükség van a szűken értelmezett betegséget gyógyító, „hagyományos” pszichiátriai ellátás mellett – vagy helyett – támogatásra a mindennapos környezetben, közösségben, a természetes kapcsolatok, illetve

<sup>5</sup> Példával érzékeltetve, egy kerekesszéket használó ember élete másként alakul, ha

- a) hozzáférhető számára az oktatás minden szintje, képzések széles palettája, az ezeket biztosító intézmények (gyermekkorban családja kényszerű elhagyása nélkül);
  - b) akadálymentes, vagy azzá tehető munkahelyek közül választhat, céljainak, képességeinek megfelelően, és a munkába eljuthat akadálymentes tömegközlekedéssel;
  - c) akadálymentes és ezzel együtt megfizethető lakhatásra, abban önálló életvitelre van lehetősége, szükség szerint államilag támogatott személyi asszisztenciára (nem hozzátartozói gondozásra) is támaszkodva;
  - d) nem éri rendszeresen hátrányos megkülönböztetés, leereszkedő, korlátozó bánásmód mindennapos ügyei intézése során;
- és másként alakul az élete, ha nem adottak ezek és hasonló, személyétől független külső körülmények.

<sup>6</sup> Az Egyezményhez vezető többéves tárgyalásról, melyben részt vettek a tagállamok képviselői, érintett embereket képviselő szervezetek – köztük a Pszichiátria (Fel)használóinak és Túlélőinek Világhálózata (WNUSP) – és emberi jogi szervezetek, lásd Kakoullis és Ikehara (2018), Nilsson (2018), a WNUSP szemszögből Minkowitz (2012) írásait.

<sup>7</sup> A „felhasználó/túlélő” kettősség is jelzi, hogy sokszínű mozgalomról van szó. Itt a legfontosabb üzenetek összefoglalása érdekében szerepel rá egységes hivatkozás.



különbé felépülés-központú szolgáltatások oldaláról. Ebbe szervesen beépül a sorstárs-segítés, a csoportos öngégítés is (Bugarszki 2013, Petke 2018, Mérey et al. 2018), társadalmi szinten pedig elengedhetetlen a kirekesztő, stigmatizáló attitűdök megváltoztatása és az ellátórendszer átalakítása, különösen az olyan nagy, zárt pszichiátriai intézmények, otthonok felszámolásával, melyekben az érintett emberek élete a társadalom egészétől elválasztva folyik (Wilken 2012, Harangozó et al. 2001, Bugarszki – Cserti-Szauer 2017).<sup>8</sup>

Mindez több ponton rokonságot mutat az érzékszervi, mozgásszervi, értelmi fogyatékos-sággal élők mozgalmainak céljaival. Az ő érdekképviseleti törekvéseikhez csatlakozás gondolata azonban nem élvezett általános támogatást a pszichiátria felhasználói/túlélői körében az idők folyamán (Russo – Shulkes 2015). A pszichiátriai diagnózis alapjául szolgáló élmények (vagy a mögöttük álló/feltételezett agyi működés) patológiázása, „károsodásként” értelmezése sokak szemében stigmatizáló, elnyomó megközelítés (Gombos 2013, Spandler – Anderson 2015, Faulkner 2017). A fogyatékos-ság 20. század végétől terjedő új értelmezései pedig még csak mérsékelt hatást gyakoroltak az uralkodó társadalmi szemléletmódra. Így a pszichiátria felhasználói/túlélői szempontjából fogyatékos személyként meghatározni magukat nem feltétlenül jelent előrelépést a „pszichiátriai beteg”-címkéhez és annak következményeihez képest (Beresford et al. 2010, Beresford et al. 2016). Ugyanakkor jellemzően ők is a „klasszikus” fogyatékos-sági kategóriákba esőkkel azonos juttatásokat, szolgáltatásokat vesznek igénybe, hozzájuk hasonlóan ki vannak téve a társadalomban hátrányos megkülönböztetésnek, ami érv lehet a közös, így hatékonyabb fellépés, az együttműködés lehetőségeinek keresése mellett (Beresford 2014, McKeown – Spandler 2015).

A „pszichoszociális fogyatékos-ság” fogalom jelentése tehát még nem kiforrott. Hazai viszonylatban a két idézett jogszabályon túl másutt a „pszichoszociális fogyatékos-ság”, „pszichoszociális fogyatékos-sággal élők személy” terminusok használata nem elterjedt. Sok területen jelen vannak azonban ezzel összefüggésbe hozható fogalmak, például a „mentális zavar” (a cselekvőképesség szabályozásában), a „pszichiátriai beteg” (az egészségügyi jogban), a különleges, speciális és kettős szükségletű gyermek (a gyermekvédelmi jogban), vagy a „kóros elme-állapot” (a büntetőjogban) (Gurbai 2017). A fogalomtisztázás és a gyakorlati alkalmazás lehetőségeinek feltárása felé tett lépésként is értékelhető az az országos kutatás, amely a pszichoszociális fogyatékos személyek köréről és társadalmi helyzetéről zajlott 2016–2017-ben, az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával. A kutatócsoport által megfogalmazott szakpolitikai ajánlások közt szerepelt átfogó jogszabályi áttekintés és revízió is az ENSZ-egyezmény megközelítésének az érvényre juttatása érdekében (Bugarszki – Cserti-Szauer, 2017). A 2015–2025 közötti Országos Fogyatékosügyi Program (15/2015. (IV. 7.) OGY határozat) végrehajtásának 2022 végéig tartó Intézkedési Terve (1187/2020. Korm. hat.) 2020 végéig irányozta elő munkacsoport létrehozását a pszichoszociális fogyatékos-ság fogalmának meghatározásához az érintett érdekvédelmi szervezetek bevonásával, és 2021 végéig szakmai fejleszté-

<sup>8</sup> Hasonló vélemények nem csak a pszichiátriát igénybe vevők közt jelentek meg, hanem a magukat a kritikai pszichiátria, kritikai pszichológia, poszt-pszichiátria képviselőiként azonosító szerzők, kutatók, gyakorló szakemberek körében is. Az ő nézetei is heterogének, közös jellemzőjük, hogy szakterületük egyes hagyományainak újragondolását szorgalmazzák. Lásd ezeknek a nézeteknek a bemutatását pl. Fox és Prilleltensky (2009), Johnstone et al. (2018), Máriaši – Vida (2015), Harangozó (2020) írásaiban.





si javaslat kidolgozását a pszichoszociális fogyatékos személyekhez kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztésének lehetőségeiről.

A fogalom sokrétűségét és kiforratlanságát tudomásul véve az empirikus kutatáshoz mégis meg kellett határozni az érintettek körét. Azokra az emberekre vonatkoztattuk a „pszichoszociális fogyatékossgal élő személy” fogalmát, akik jelentős, a mindennapi életüket befolyásoló pszichés, mentális nehézségekkel, problémákkal küzdenek (a pszichés/ mentális, illetve nehézség/probléma kifejezéseket egymás szinonimájaként használtuk), amellyel összefüggésben vagy kaptak pszichiátriai diagnózist, vagy nem, és utóbbi esetben a velük kapcsolatban álló (nem pszichiáter végzettségű) segítők ítélik meg úgy, hogy ezek a problémák fennállnak. E tág meghatározás mellett több érv szólt. Elkerülhető volt általa az eleve orvosi diagnózis-alapú meghatározás, ami ellentétes lett volna a fogyatékossgal azon értelmezésével, melyhez a „pszichoszociális fogyatékossgal” koncepciója eredetileg kapcsolódik. A tág meghatározás továbbá lehetővé tette, hogy a szociális munkások saját értelmezései körvonalazódhassanak. Mivel a hajléktalan-ellátásban dolgozók nem feltétlenül ismerik az ügyfelek pszichiátriai diagnózist, a diagnózis-alapú megközelítés gyakorlati akadályokba is ütközött volna, erősen szűkítve azok körét, akikről kérdezzük őket és akikről nyilatkozhatnak. A nemzetközi szakirodalom alapján számítani lehetett arra is, hogy az utcán, menedékhelyen élő emberek között sokan lehetnek egyszerre érintettek (egy vagy többféle) függőségben és más pszichés problémában, illetve ha kaptak erre diagnózist, akkor rendelkezhetnek ún. kettős (esetleg hármas) diagnózissal (Drake et al. 1991, Fazel et al. 2014). A függőséget is besoroltuk az olyan jelentős, a mindennapi életet befolyásoló pszichés problémák közé, amelyek alapul szolgálhatnak a „pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek” körének meghatározásához. (Ezek orvosi oldalról közelítve szintén helyet kaphattak volna, tekintve, hogy nemzetközi klasszifikációs rendszerek, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása és a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve tartalmaznak erre vonatkozó kategóriákat.) A választott meghatározás azonban hátrányokkal, kockázatokkal is járt, melyekre a kutatás eredményeinek bemutatása előtt fontos felhívni a figyelmet.

A „pszichoszociális fogyatékossgal” fogalma mögött szerteágazó, az emberi méltóságot és jogokat középpontba állító gondolkodás és cselekvés áll a fogyatékossgal, tágabban a „normalitással”, az egyén és környezete kapcsolatával, az egyének és társadalmak életét átszövő hatalmi viszonyokkal kapcsolatban, különféle tudományterületek művelői és érintett emberek, családjaik, szövetségeik részéről. Magát a fogalmat alapvetően emberi jogi dokumentumokban és a társadalomtudományi diskurzusban vezették be, nem diagnosztikai vagy statisztikai kategóriaként, és nem mint egyes javak elosztását (pl. bizonyos juttatásokra való jogosultságot) közvetlenül szankcionáló jogi terminust. Ilyen célú használatához további operacionalizálása tűnik szükségesnek, melynek lehetőségeit módszeresen, széles körűen megvizsgálni túlmutatott volna a jelen kutatás keretein. A fogalom kutatási célú alkalmazásához így saját meghatározást kellett alkotni, és vállalni ennek kísérleti jellegét.

Még fontosabb szempont, hogy míg a pszichoszociális fogyatékossgal fogalmának eredete felől tekintve a önmeghatározás lehetősége, elve kiemelten fontos üzenet, ebben a kutatásban az érintett emberek „azonosítását” nem önmaguk, hanem mások végezték. Olyan emberek, akik a hajléktalanellátás munkatársaiként az ügyfelekhez képest hatalmi pozícióban vannak, az ügyfelek egyes erőforrásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférése felett bizonyos döntési



jogkörrel is rendelkeznek. A megkérdezett szociális munkások az ismert pszichiátriai diagnózisokat is figyelembe vették az érintettek körének azonosításakor, de a diagnózissal rendelkező személyeket összességében kisebbségnek tekintették az érintettek tartott emberek szélesebb csoportján belül. Értelmezéseiket a „pszichés/mentális nehézségek, problémák” köréről óhatatlanul befolyásolhatja számos tényező, köztük személyes hátterük, élettörténetük, esetleges saját érintettségük, képzettségük, szakirányú ismereteik, szakmai identitásuk, a normalitásról és devianciáról alkotott egyéni értelmezéseik, attitűdjeik. Ezek feltárására, mélyebb vizsgálatára a kutatás nem terjedt ki. A nem egzakt azonosításon alapuló külső besorolás további kockázata lehet kimondottan a pszichés-mentális állapot esetében hajléktalan személyeknél (s köztük is a legnehezebb helyzetűek körében), hogy implicit módon olyan normákhoz viszonyítva ítélik meg a pszichológiai állapotukat és viselkedésüket, amelyeket az adott társadalmi normák mentén „átlagos”, nem pedig szélsőségesen nehéz, akár extrém körülmények közt élő, azokhoz alkalmazkodó és azok hatását megélő emberekre szabtak.

Mindezekkel együtt a hajléktalan-ellátásban dolgozók megkérdezése mellett szólt, hogy tevékenységük és mögöttes helyzetértelmezésük markánsan alakítja az ellátást, amely az ügyfelek, köztük pszichés, mentális nehézségekkel küzdő, illetve pszichiátriai diagnózissal rendelkező ügyfelek számára elérhető. Így a vélekedéseik megismerése ügyfélkörük érintettségével kapcsolatban átfogó megközelítéssel is releváns célnak látszott, különösen mert kevés erre vonatkozó, kutatási forrásból származó információ bizonyult elérhetőnek a kutatás tervezése, megvalósítása idején. Továbbá ők azok, akik az ügyfelek mellett belülről ismerik a hajléktalan-ellátás mindennapos működését, abban a helyzetben vannak, hogy közvetlenül ráláthatnak e rendszer erősségeire, anomáliáira, és benne ügyfelek közt olyan emberek életére, akik nem feltétlenül jelennek meg más ellátások látókörében (pl. a pszichiátriai ambuláns vagy fekvőbeteg-ellátásban, közösségi pszichiátriai vagy addiktológiai ellátásban, pszichiátriai diagnózishoz kötött lakhatási formákban).

## A KUTATÁSRÓL

A jelen tanulmány egy szélesebb körű kutatás egyik almintájából kapott eredményekre épül. A kutatást az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar kutatásaitikai elvei mentén, első szakaszában az Új Nemzeti Kiválóság Program támogatásával<sup>9</sup> zajlott. A fókuszcsoportos interjúk mellett részét képezte szakirodalom-feldolgozás, adatgyűjtés, és érintett személyekkel készített egyéni interjúk. A fókuszcsoportos kutatás budapesti utcai szolgáltatókra, éjjeli menedékhelyekre, átmeneti szállókra, rehabilitációs szállókra terjedt ki, a mintába összesen tizenhat szervezet került<sup>10</sup>. Reprezentativitásra a fővárosi hajléktalan-ellátás sokszínűsége és a kutatás alapvetően feltáró jellege miatt nem törekedtünk. A kutatás célja volt azonban, hogy minél több fenntartó intézményei szerepeljenek a mintában, köztük elsősorban régóta működők, illetve olyanok, ahol adott ellátás-típuson belül sajátos profilt alakítottak ki. A fókuszcsoportos módszer választásának indoka volt, hogy ez kevés nyitott kérdéssel képes teret adni sok-

<sup>9</sup> ÚNKP-18-I-ELTE-819. sz. kutatási projekt.

<sup>10</sup> A hajléktalan emberek számára elérhető szociális ellátások fajtáiról lásd. bővebben az 1993. évi III. törvényt a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.





féle válaszlehetőségeknek, előre nem látható szempontok és közös tapasztalatok feltárásának (Vicsek 2006). A beszélgetésekre 2019. június-október között került sor, egy helyszínen átlagosan 75 perces időtartamban, 3-4 fő részvételével, illetve egy esetben vezetői interjúra kerülhetett sor. A résztvevők többsége a hajléktalan-ellátásban öt-tíz vagy több éve dolgozott.

A kutatásban közreműködött két, a hajléktalanság és pszichés problémák, függőség terén saját, megélt tapasztalattal rendelkező kutató, Erdőhegyi Márta és Balog Gyula. A tapasztalati szakértő kutatótársak részt vettek az egyéni interjúk és a fókuszcsoportok kérdéseinek tervezésében, érintett személyek elérésben, lehetséges helyszínek azonosításában, a beszélgetések egy részének vezetésében (amikor elfoglaltságaik, körülményeik ezt lehetővé tették), és a közösen gyűjtött adatok elemzésben. Közreműködésükkel a kutatás illeszkedett a részvételi (más szóhasználat: inkluzív) kutatási paradigmába, melyben a kutatás területén hagyományos hatalmi viszonyok, „megfigyelő-megfigyelt”, aktív-passzív szerepek megbontásával a kutatás témájában személyesen érintett emberek saját maguk részt vesznek a kutatási feladatokban, döntésekben (Heiszer et al. 2014). Ebben az esetben a kutatási projekt egyes kötött jellemzői és a három megvalósító egyéni lehetőségei által is formált keretek közt a részvétel részlegesen, alacsonyabb fokban valósult meg a részvételi paradigmán belül lehetséges magasabb szintekhez, így az ún. emancipatív kutatáshoz (melyet érintett személyek kezdeményeznek és irányítanak) vagy a részvételi akciókutatáshoz képest<sup>11</sup>. A közösen végzett munkáról együttes beszámolót másuttadtunk konferencia-előadás formájában, közös írásunk várható megjelenési ideje 2021 második fele. Együttműködésünk módszertani tapasztalatait a közeljövőben tervezzük összefoglalni. A jelen tanulmány alapját képező beszélgetések felénél volt jelen az első szerző mellett tapasztalati szakértő kutatótárs is. A feldolgozást ehhez a tanulmányhoz az első szerző egyénileg végezte, a felelősség érte az övé.

A következőkben a hat legalacsonyabb hozzáférési küszöbvel működő intézménynél, összesen huszonhárom szociális munkás részvételével zajlott beszélgetések eredményeinek bemutatása szerepel. A szó szerinti leíratok kvalitatív tartalmi elemzése tematikus fókusszal, kevert induktív-deduktív megközelítéssel történt, ebben az Atlas.ti 8 szoftverre is támaszkodva. A résztvevőkkel való megállapodás alapján az intézmények neve, bemutatása hiányzik. Az idézetekben „R” jelöli a résztvevőket, „K” a kérdezőt. A leírtak, az idézett megállapítások a kutatási és azt megelőző időszakra vonatkoznak, az empirikus kutatás lezárását követő eseményekre, különösen a COVID 19 járványhelyzettel összefüggő változásokra nem reflektálnak.

<sup>11</sup> A részvételi paradigmáról bővebben magyarul lásd például (a teljesség igénye nélkül) az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar által kiadott, az ott folyó partícipatív kutatási-oktatói gyakorlatot is bemutató kötetet (Katona et al. 2019), a Budapesti Corvinus Egyetemen a Kovász folyóiratban megjelent, részvételi akciókutatás-témájú közleményeket, köztük a lakhatási mozgalmakkal foglalkozó részvételi kutatásról (Csécssei et al. 2017), a részvételi akciókutatás különböző megvalósítási formáiról (Lajos 2018); az Önállóan Lakni csoport mozgáskorlátozott emberek helyzetéről szóló részvételi akciókutatásának beszámolóját (Kovács 2018), illetve a Közélet Iskolája által összeállított részvételi akciókutatás-szöveggyűjteményt (Udvarhelyi – Dósa, 2019).



## ELŐFORDULÓ PROBLÉMÁK ÉS AZ ÜGYFÉLKÖR ÉRINTETTSÉGE

A megkérdezett szociális munkásoktól egyszerre érdeklődtünk a nem függőség-jellegű pszichés problémák és a függőségek (és ezek kombinációinak) előfordulásáról, az alapfogalom bemutatásánál jelzett tág értelmezés mellett. A megkérdezettek ezt ügyfeleik körében egybehangzóan gyakorinak ítélték, a becslült arány 70-90% között mozgott. Valamilyen diagnózissal tudomásuk szerint csak az általuk érintettnek tartott ügyfelek kisebb hányada rendelkezett. A gyakori problémák közt (orvosi diagnosztikus kategóriákat spontán, rákérdezés nélkül használva) a különféle függőségeket, depressziót, személyiségzavarokat, szkizofréniát emelték ki.

*R: Amikor hozzánk jött pszichiáter, akkor azt mondta, hogy Úristen, hát ez itt a mennyország... hogy nincs olyan kórkép, ami itt nincs. (Menedékhely 3)*

Az ügyfelek szerhasználati szokásaival kapcsolatban az életkor szerint különbségekre és az elmúlt években megfigyelt változásokra hívták fel a figyelmet: a középkorú és idősebb ügyfelek körében az alkoholfogyasztás dominál, a fiatalok már inkább olcsó szintetikus drogokat használnak. Kihívást jelent, hogy az új szerek hatásmechanizmusáról keveset tudni, olykor nehéz eldönteni adott ügyfelük viselkedése alapján, hogy pszichés problémával küzd, valamilyen szert használt, esetleg mindkettő fennáll. Sok érintett fiatal ügyfél érkezik gyermekvédelmi szakellátásból, élettörténetükben traumákkal, és gyakori a gyermekkorban kezdett szerhasználat. Egy másik erősödő tendencia az ügyfelek körében a nyugtatók, alatók, fájdalomcsillapítók, kedélyjavítók orvosi javallat nélküli vagy nem előírás szerinti használata.

*R: [A férfiaknál] én azt látom, hogy ott például a designer drogok teljesen átveszik a pia szerepét. A nőknél a designer drogok nincsenek jelen napi szinten. Ott a nagyon kevés piás nő, az megmaradt a piánál, viszont a gyógyszer, az mindig is nagyobb számban volt használva... Rivotril, Tegretol, Xanax, Frontin. (Menedékhely 3)*

Az ügyfelek pszichés állapotának megítélésekor a szociális munkások az utcai ellátásban a megosztott személyes információkra, és a viselkedés, elsősorban a kommunikáció jellegzetességeire szoktak támaszkodni (pl. az ügyfelek történeteiben valószínűtlennek ható, vagy egyértelműen valótlan elemek, a szociális munkások által túlzónak, „paranoiának” ítélt kijelentések). Az elzárkózó ügyfeleknél a viselkedés szolgálat feltételezések alapján.

*R: Valaki nagyon szóba se áll velünk, hanem mondja: „igen”. Van, olyan, aki nem is beszél, hanem bólogat. Tehát így kifejezi, hogy kér most valamit, vagy esetleg valami segítség, igényelne valami segítségnyújtási formát, de... Van olyan ügyfél, aki tizenkét éve ülve alszik. Senkitől nem fogad el semmit... Kukázik, abból... Beszélget velünk, de hogy ez is egy hosszabb folyamat volt. (Utcai ellátás 1)*

A menedékhelyeken nem elvárás, hogy az ügyfelek információt osszanak meg pszichés állapotukról, de mivel sokan hónapokon, éveken át élnek ott, a szociális munkások az utcai ellátáshoz képest jóval többet tudnak meg élettörténetükről és esetleges pszichiátriai diagnózisairól is.



R: Sok ügyfelünk van, aki gondnokság alatt van. Van, aki kizáró [gondnokság alatt van], és itt van nálunk<sup>12</sup>. (Menedék hely 1)

## „MI VOLT ELŐBB?”

A résztvevőket megkérdeztük a pszichés nehézségek megjelenése és a hajléktalanná válás időbeli sorrendjéről ügyfelek életében, amennyire ez a rendelkezésükre álló információk alapján megítélhető. A kérdés nyomán nem számíthattunk arra, hogy a pszichés problémák és hajléktalanság között egyértelmű oksági kapcsolatot sikerül feltárni, tekintve, hogy a hajléktalan élethelyzet jellemzően több tényező eredőjeként alakul ki, és ezek összefüggéseinek komplex vizsgálatára az érintett emberek életében a kutatás módszerei nem voltak alkalmasak. Úgy gondoltuk azonban, hogy közelebb vihet az összefüggések megértéséhez, ha ebben a kutatásban az időbeliségre rákérdezzünk.

A résztvevők határozottan azonosították az ügyfelek egy olyan körét, akik hajléktalanná válásuk előtt pszichiátriai diagnózist kaptak, és köztük olyanokat, akiknek hajléktalan-ellátásba kerülésében szerepet játszott az általuk igénybe vehető pszichiátriai ellátás kapacitásának korlátozottsága, szűkülése.

R1: A pszichiátriai betegekkel kapcsolatban meg azt tökre éreztük, amikor bezárt az OPNI<sup>13</sup>, hogy utána az utcára kerültek nagyon sokan, és hogy megjelentek a hajléktalan-ellátó intézményekben... És akkor éppen valahol meg tudtak ragadni egy kis időre, be tudtak menni valamilyen kezelésre egy-két hétre, és utána, és utána jöttek ide. Aztán megint be kellett vonulniuk. Mit tudom én, főleg az X kórházba jártak sokan, Y-ba, ezt így lehetett tudni. Tehát lehetett tudni, hogy velük mi van, vagy milyen állapotban vannak.

K: Azt tudtátok, hogy hova kerül ki esetleg bárki közülük? Hogy tőletek hova megy?

R2: Ők nehezen találtak menedéket. Talán leginkább az utcán.

(Menedék hely 2)

Az ismert élettörténetekben gyakoriak a traumatikus események. A gyermekvédelmi gondoskodásból kikerülőknél jellemző a pozitív szerepminták hiánya, az öngondoskodási képesség hiányosságai. A gyermekkori bántalmazás az elszenvetőt kiszolgáltatottabbá tette a felnőttkori párkapcsolati erőszaknak, az pedig a hajléktalanná válásnak.

R: Nap mint nap találkozunk vele, hogy családokat, és tényleg nem akarok most ilyen közhelyeket, de kiteszik az utcára. És ott már így borul minden. És van rá bőven esély, hogy akár a 15 éves kislány bekerül valahova akár átmeneti nevelésbe... Előtte van a hajléktalan életmód. Vagy a szülők, akkora trauma ez, hogy elkezd piázni, bármi. Tehát ezek akkora traumák, hogy elindíthatnak a lejtőn....

<sup>12</sup> A 2013-tól hatályos Polgári Törvénykönyvben (2013. évi V. törvény) a korábbi „kizáró gondnokságnak” megfelelő intézmény „a cselekvőképesség teljes korlátozása”, másként a „teljesen korlátozó gondnokság”. A Ptk. 2:21.§ alapján „a bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége – mentális zavara következtében – tartósan, teljeskörűen hiányzik, és emiatt – egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel – gondnokság alá helyezése indokolt.”

<sup>13</sup> Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, amely Budapesten (Lipótmezőn) működött 2007-ig.



*Illetve rengeteg az állami intézményrendszerben felnőtt, tehát aki fiatalok volt anno, és onnan került ki. És már ott nem volt semmi olyan bizalmi kapcsolata senkivel, vagy nem volt anya-apa-képe, semmilyen családról nem volt semmiféle képe, és csak tényleg ilyen negatív dolgok érték. A kortársai részéről is, meg a felnőtt-részről is. (Utcai ellátás 1)*

A résztvevők tapasztalatai alapján az utcán élő emberek fokozottan ki vannak téve a fizikai támadás veszélyének. Párkapcsolaton belüli erőszak gyakran éri a nő ügyfeleket, különösen az utcán élőket. A menedékhelyek védelmet nyújthatnak nekik és más, családon belüli bántalmazás elől vagy prostitúcióból menekülő nőknek is. Jelentős stresszforrás maga a hajléktalan élethelyzet, az utcán, menedékhelyen, nappali melegedőkben töltött mindennapok, a korlátozott önrendelkezés, a biztonság hiánya, a magány, a kirekesztettség élménye. Az önértékelést kikezdi a korábbi társas kapcsolatok elvesztése is, és ezt a hajléktalan emberek közti, a szociális munkások szerint többnyire érdek-alapú kapcsolatok nem képesek kompenzálni.

*R: Nyilván ez inkább egy ilyen költői kifejezés, ez a három [hajléktalanként töltött] karácsony, mert szerintem valakinek elég egy is. Tehát egy biztos, hogy amikor az ember átmegegy azon, hogy én a kutynak nem kellek. És kinek mennyi idő kell ehhez. Meg amikor az önbecsülését veszti el. (Utcai ellátás 3)*

Összességében a megkérdezett szociális munkások minden helyszínen tudtak és beszámoltak olyan ügyfelekről, akiknél fennállt (akár diagnosztizált) függőség és/vagy más pszichés probléma a hajléktalanná válásuk előtt is. Azonban többségük a pszichés problémák és a rossz szociális helyzet közti összefüggések pontos azonosítását, az okok és okozatok világos szétválasztását nehéznek, akár lehetetlennek ítélte.

## AKADÁLYOK, NEHÉZSÉGEK

A beszélgetéseket átszöjték az utalások nehézségekre és akadályokra, melyekkel a szociális munkások és ügyfeleik találkozhatnak. Ezeket az érintett ügyfelek hajléktalan-ellátásba vezető, azon belüli, és esetleg kifelé vivő útja mentén elrendezve mutatjuk be.

Az utcai ellátás ügyfélkörének nagy részét évek óta utcán élő emberek teszik ki. Egyesek önrendelkezésük, megszokott környezetük, kapcsolataik megtartása érdekében nem akarnak menedékhelyre menni (hacsak az időjárás vagy betegség nem kényszeríti őket). Mások pszichés állapotuk, függőségük mellett nem tudnának igazodni az intézmények szabályaihoz. Főként szomatikus panaszok (fertőzés, fagyási sérülés, krónikus fájdalom) esetén fogadják el a szociális munkások közreműködését ahhoz, hogy egészségügyi ellátáshoz jussanak, ami lehet hajléktalan-ellátáson belül, vagy azon kívül. A hajléktalan egészségügyi centrumokban jelentős pszichés problémák, súlyos függőség esetén a rehabilitáció feltételei nem adóttak. Van olyan centrum, mely működtet pszichiátriai szakrendelést, ám a kapacitás főként diagnosztizálásra, gyógyszerfelírásra elegendő. A függőséggel küzdők esetében előfordul, hogy a szociális munkások – hosszabb együttműködés és az ügyfelek mélypontokon át megérelt döntése nyomán – pszichiátriai, addiktológiai ellátáshoz, rehabilitációs lehetőségekhez jutásban nyújtanak támogatást.



A menedékhelyeken, ha egy ügyfél viselkedését önmagára vagy másokra veszélyesnek ítélik, szociális munkás-hatáskörbe tartozik azonnali eltávolítása, és az időszakos, akár végleges kikitiltás. Ezt a megkérdozett szociális munkások úgy tekintették, mint ami mások védelmére alkalmas, de az érintettek viselkedése mögötti problémákat nem oldja meg. További eshetőség a mentőszolgálat kihívása. A megkérdozett szociális munkások tapasztalatai arra utalnak, hogy a mentők kikerkezése a szokásosnál olykor lassúbb lehet, ha a hajléktalan-ellátásból hívják őket, vagy a bevonásuk nem vezet a helyzet érdemi megoldásához.

*R: ...Tehát akkor zavarja az embereket, hogyha késsel rohangál. Akkor zavarja, de akkor sem jut pszichiátriára, hanem akkor bejut a rendőrségre, ott lehet, hogy hívnak hozzá mentőt, de ez egyáltalán nem biztos. Hogyha mentőt hívnak hozzá, akkor is max kap egy injekciót, de nem viszik be. (Menedékhely 3)*

Ön- és/vagy közveszélyesnek ítélt viselkedésnél a rendőrséghez is fordulhatnak. Ezt is kényszermegoldásként, veszélyhelyzetben alkalmazzák, és nem is feltétlenül látják eredményesnek.

*R: Addig, amíg ő embert nem öl, addig a rendőrség se jön ki, tehát ő simán így elbókláshat évekig a világban. Néha-néha ilyen balhék vannak, de minden rendszer próbál tőle a legrövidebb úton megszabadulni, beleértve a büntetés-végrehajtást is. ... Hát, ott tartunk, hogy valaki cirkuszol a ház előtt, ki van hívva rá a rendőr, és a rendőr, másfél órán keresztül két rendőr így áll fölötte, mert nem lehet hozzányúlni, mert jönnek az emberi jogok, és különösen nevetséges, hogy kergetőzés van. (Utcai ellátás 3)*

A szociális munkások a pusztán rendészeti eszközöket és az ismétlődő, átmeneti kórházi (pszichiátriai) kezelést sem tekintik megoldásnak ügyfeleik problémáira. A pszichiátriai otthonban elhelyezést idősebb, rossz fizikai állapotú, öngondoskodásra nehezen képes ügyfeleknél tekintik opciónak. Az átmeneti kórházi kezelésben többen arra látnak lehetőséget, hogy az ügyfelek képessé váljanak az együttműködésre, illetve pszichés állapotuk miatt ne szoruljanak ki a menedékhelyről. A menedékhelyeken a házirendet a szociális munkások egyébként is próbálják bizonyos mértékig rugalmasan alkalmazni az ügyfelek, különösen a sérülékenyebbek érdekében.

*R: Időnként előfordul az, hogy úgymond, időzöjelesen 1-2 órára sétára kell küldeni valakit, mert nem tud uralkodni az indulatain. (Menedékhely 2)*

*R: Hát ő egy ilyen nagyon kis békés emberke amúgy ... Kicsit ijesztő, ahogy [magában] kiabál... Ő nem szed gyógyszert. Ő úgy él... Tehát neki nulla belátási képessége van. Na jó, nyilván nem, de hogy az, amit mi próbálunk vele kommunikálni, az arra utal, hogy egyáltalán nem kooperál, semennyire. De tényleg semennyire... Neki például meg van engedve, hogy kimenjen az utcára az éjjel kiabálni...hogy a többiek tudjanak tőle aludni. (Menedékhely 3)*

A házirendekebe foglalt absztinenciát a megkérdozett szociális munkások nem tartották feltétlenül az ügyfélkör adottságaihoz szabottnak, azonban ahhoz hozzájárul, hogy a menedékhelyeket működtetni lehessen a jelenlegi infrastrukturális adottságok és humánerőforrás mellett, amikor egy-két szociális munkás ad ügyeletet sokágyas helyiségekben összezárt, nagy számú ügyfél mellett, és viseli a felelősséget a rend fenntartásáért, az ügyfelek biztonságáért.



A menedékhelyeken, ha az ügyféltől pszichiátriai diagnózisáról, gyógyszereiről tudomást szereznek, törekedhetnek rá – az alapszolgáltatáson felül –, hogy figyelemmel kövessék, mit szed az érintett ügyfél, előfordul az ügyféllel megegyezésben a gyógyszer őrzése, előírás szerinti kiadagolása.

*R: A gyógyszert például azért kérjük el, hogy amíg nálunk van, addig úgy kapja meg a gyógyszerét, ahogy az elő van írva. Tehát ha mondjuk, a Rivotrilból az van előírva, hogy fél, akkor a fél nem tizenkettőt jelent, hanem az egy felet jelent. És akkor ne vegye be a tizenkettőt, merthogy ő csak annyival tud aludni. (Menedékhely 3)*

A hajléktalan-ellátáson kívüli támogatási lehetőségek körét szűknek látták. A közösségi pszichiátriai és addiktológiai ellátást spontán nem említették, rákérdezéskor nagyon kevés, ezt igénybe vevő ügyfélről számoltak be. A pszichiátriai, addiktológiai kórházi és ambuláns ellátásban (pszichiátria gondozóknál) akadálynak érzékelték a férőhely- és szakemberhiányt, a rendszer túlterheltségét. Menedékhelyen előfordult „helybe hozott” pszichiáter, addiktológus vagy pszichológus alkalmazása, aki heti néhány órában diagnosztizált, gyógyszerfelírást, ritkábban pszichoterápiát végzett. Az ő alkalmazásuk nem lévén része az alapellátásnak, az intézmények csak kiegészítő támogatással, pályázati úton tudtak hozzá anyagi háttérrel teremteni. A pályázatok sikerétől függő, rövid ciklusú finanszírozás mellett nem bizonyult biztosíthatónak a házon belüli tartós szakember-jelenlét, a hosszabb távú együttműködések kiépítése. Az ismeretségek hozadéka azonban, hogy az orvos szakember az együttműködés alatt és akár később is segítheti az ügyfelek bejutását az egészségügyi ellátásba.

A megkérdezettek tapasztalatai alapján az ügyfelek hajlandósága sokszor mérsékelt a pszichológus, pszichiáter szolgáltatásainak igénybevételére, ha az helyben elérhető is. Önként kevesen keresik a lehetőséget, és különösen nem azok, akik a szociális munkások véleménye szerint komoly pszichés problémákkal és/vagy függőséggel küzdenek, viszont magukat nem tekintik „betegnek” vagy függőnek.

*R: Beszélgettem már ügyfelekkel, és felmerül, hogy akkor pszichológus vagy pszichiáter, és akkor egyből bejött az, hogy „de én nem vagyok örült”... valakit nem lehet így... ebbe az irányba, hogy akkor kezdjen ezzel valamit. Már egyszerűen nem fér bele a világgépébe, hogy ezzel kell. (Utcai ellátás 1)*

*R: Mert... most miért megy el? Mert a szociális munkás azt mondta, hogy menjen el kórházba... És akkor elmegy, ott van két napot, és akkor kijön, mert... miért? Ő miért van itt? Ő nem kábítószeres, ő nem alkoholist, őserinte ő neki nincsenek problémái, ő neki szerinte minden szép és minden jó, és akkor két hét múlva újra itt, és akkor mi kezdhetjük előlrol az egész mindenséget, ami létezett, mert ugyanúgy lövi magát, ugyanúgy iszik, ugyanúgy nincs munkája. (Menedékhely 1)*

Minél hosszabb ideje veszik igénybe az ügyfelek a hajléktalan-ellátást, annál inkább oda kötik őket társas kapcsolataik. Kialakulhat kötődés az elvileg átmeneti tartózkodásra szolgáló menedékhelyhez is, ami sokaknak az otthont jelenti.

*R: Volt egy ügyfél ... megszökött a kórházból, merthogy ő itt akar meghalni. És két hét múlva meg is halt... Úgy bolyongott fél napig az utcán, mire visszatallt a kórházból ide, hozzánk. És ki volt szá-*





*radva, és éhes volt, és haldoklott, és elindult, mert hát ő itt akar az egyik matracon meghalni. Innen-től kezdve nekünk nincs jogunk ahhoz, hogy bárkit is amiatt rakjunk ki utcára, mert hát hogy vissza akarjuk integrálni. Hova? (Menedékhely 2)*

A hajléktalan-ellátórendszert sokáig használók közt hospitalizálódás figyelhető meg. A rendszerben sokféle szükségletüket kielégíthetik: ételmet, ruhát, szállást, hivatalos ügyeik intézésében segítséget kaphatnak, az idő múlásával képességük és motivációjuk az önálló életvitelre csökken, ami aztán megfelelő támogatás hiányában akadályozhatja a hajléktalanságból való kijutásukat is.

*R: [A fizetős szállókról] azt mondja a lakóink többsége, hogy minek fizessek? Hisz megkapok mindent ingyen itt [a menedékhelyen], még kaját is kapok. Meg tudok fürdeni, kapok hozzá sampont, ha baj van, akkor itt vagytok... Most odamegyek [a fizetős szállóra], befekszek egy négyágyas szobába, kinek szólok? Ki ad nekem enni? Ki ébreszt fel reggel? Teljesen elveszítette az önállóságát... Tehát... mitől lesz sajátja? Attól, hogy ő csinálja. (Menedékhely 3)*

A szociális munkások nagyon kevés lehetőséget tartottak nyilván a hajléktalan-ellátásban azok számára, akik a menedékhely házirendjét betartani nem tudják, de pszichés állapotukra, függőségükre tekintettel támogatásra lenne szükségük. A menedékhelyen élőknek pedig a továbblépési lehetőségei korlátozottak. A hajléktalanok átmeneti szállóiért fizetni kell, és az öngondoskodást magasabb szinten gyakorolni, ami nem mindenkinek sikerül. A többségnek önállósága visszanyeréséhez szüksége lenne felkészítésre és kísérésre, amit idővel fokozatosan csökkenteni lehet. Rendkívül szűk az olyan programok köre, melyek a hajléktalan-ellátáshoz való „hozzászokás” megelőzését, az önállóság megőrzését, az ellátórendszerből való kilépést támogatják. A felutas házak/lakások, a támogatott lakhatás, az „Elsőként lakhatást”-programok férőhelyeinek száma nagyon korlátozott, és nagyon kevés a szociális alapon elérhető önkormányzati bérlakás. A piaci alapú albérlet többnyire megfizethetetlen az érintett ügyfeleknek.

*R: Mert szeretne szállóra menni, de ki van tiltva 15 szállóról, mert idegbeteg, mert összeverte a társát, nem tudom, és akkor hova? Hova tovább, hogyan tovább? Hiszen neki egy betegsége van, neki problémái vannak, és... nem tudom hova elhelyezni őt, mert egyszerűen nem fogadja őt az ellátórendszer. (Utcai ellátás 2)*

*R1: Ha sikerül elmenniük rehabra, nincs hova menjenek. Megint... itt vannak.*

*R2: Egyszerűen nincs kiépítve az ellátórendszer. Ez az egyik legnagyobb probléma. Hogy innen nincs hova mennie. Vagy ha megy is... aki mondjuk, eljut egy átmeneti szállóra, az is ottragad. Merthogy nincs egyszerűen önkormányzati bérlakás-program. Tehát hova megy? Annyi jövedelme nincsen, hogy fizessen egy albérletet. (Menedékhely 1)*

## ERŐFORRÁSOK

A szociális munkásokat megkérdeztük arról, mire tudnak támaszkodni az érintett ügyfelekkel végzett munkájuk során.

Válaszaik alapján folyamatos támaszt jelentenek egyéni erőforrásaik: személyes és szakmai készségek (pl. a humorérzék, kommunikációs, konfliktus-kezelési készség), és sokaknak ad



erőt a hit, a vallás. A munkán kívüli kapcsolatoknak, a pihenéssel, feltöltődéssel töltött időnek kiemelt szerepe van a testi-lelki egyensúly őrzésében. Az erre fordítható időt azonban csökkenti az az elterjedt gyakorlat, hogy a megélhetés érdekében másod-, olykor harmadállásban is dolgoznak, többnyire más hajléktalan-ellátó intézményben.

Mindennapi munkájukban az „apró” sikereket kell értékelniük. Erőfeszítéseik eredménye az ügyfelek alapvető szükségleteinek kielégítése, akár életveszély elhárítása, de tartós tapasztalatuk, hogy ügyfeleik komplex problémáinak megoldására kevéssé tudnak hatni. Munkájuk ebből eredő stresszel is jár. A pszichés terhek viselésében sokat segítenek a munkatársak, a támogató vezetők. Csak két helyen számoltak be ugyanakkor külső szakember által biztosított, rendszeres szupervízióról a team vagy egyes munkatársak számára.

*R: Aki [ügyfél] konkrétan kikerült ebből a rendszerből, mondjuk, két vagy három embert ismerek. ... Amióta itt dolgozok, három olyan esetem volt, vagy kettő vagy három, hogy a helyszínen találtam halva az ügyfelemet. (Utcai ellátás 1)*

*R: Nincs szupervízió. De nem tudom... máshol hogy van, itt nincs. Én nem tudom... Mi... még egyszer: mi vagyunk a legutolsó hely. Tehát itt azért nálunk előfordul, hogy itt halnak meg emberek. Igazából itt magának a teamnek kell feldolgoznia. (Menedékhely 1)*

Gyakorlati síkon támaszkodni tudnak a hajléktalan-ellátáson belüli együttműködésekre, és az egészségügyben, más szociális ellátásokkal és a civil szférában fenntartott kapcsolatokra. Ezek azonban gyakran esetlegesek, egyes emberek közt és nem rendszerszinten működnek.

Az eddigiek értelmében nem a szociális munkások erőforrása, de itt említhető, hogy az ügyfelek milyen jellemzőit tartották ők fontosnak saját munkájuk sikeréhez. Ilyen volt a minél rövidebb hajléktalanságban töltött idő, a hajléktalan-ellátórendszer korlátozott igénybevétele, az önállóságra törekvés, az erős belső motiváció, a hajléktalan-ellátórendszeren kívül fenntartott családi, baráti kapcsolatok, a párkapcsolat (akár hajléktalan emberek közt), és a nyitottság az együttműködésre a szociális munkásokkal.

*R: Úgyhogy szerintem akinél ilyen siker lehet, azok általában már olyan céltudatos emberek, hogy lehet, hogy kis túlzással nélkülünk is elérik azt, amit terveznek. (Utcai ellátás 1)*

*R: Általában be szokott jönni, ahova küldjük őket. Akik meg nem együttműködnek, hát őket meg küldözgethetjük mi bárhova, úgyse megy sehova. (Menedékhely 3)*

## SZÜKSÉGLETEK, JAVASLATOK

A résztvevőket arról is kérdeztük, véleményük szerint mire volna szükség, hogy munkájuk az érintett emberekkel eredményesebb, hatékonyabb legyen, és szerintük az érintett embereknek mire lenne szüksége ahhoz, hogy kijussanak a hajléktalanságból.

Az utcai ellátásban a szociális munkások figyelmének ki kell kiterjednie a teljes ellátási területen élőkre, a menedékhelyeken feladatkörük jelentős részét az intézmény-működtetés operatív feladatai teszik ki (beengedés, adminisztráció, rendfelügyelet). Az eredményesség érdekében itt is, ott is igényelték, hogy kevesebb ügyféllel és intenzívebben dolgozhassanak.



*R: De itt is szerintem fontos lenne az egyéni esetkezelés. Amire szerintem nincs nagyon lehetőség az ilyen intézményekben. Merthogy itt azt tudjuk megadni, hogy igen, itt, itt elkísérjük az utolsó útjukra, itt befogadjuk őket, hogyha a stricijük idekergeti, itt alapszolgáltatásokat tudunk nyújtani. (Menedékhely 2)*

A magasabb fizetések lehetővé tennék, hogy kiegészítő állás(ok) helyett figyelmüket, energiájukat egy helyre koncentrálnak, a kiégés és pályaelhagyás kisebb kockázatával végezzék munkájukat.

*R: Szerintem minimum duplájára kéne növelni a fizetéseket ahhoz, hogy az ember minden alkalommal olyan állapotban jöjjön be... és ahhoz, hogy meg tudjon élni, ki tudja fizetni az albrétét... Azt gondolom, hogy a fáradtságunk, az abszolút a munka rovására megy. (Menedékhely 3)*

Az eredményességhez a válaszok alapján hozzájárulhatna a több témába vágó továbbképzés, illetve a szupervízió is. Folyamatos finanszírozásra lenne szükség ahhoz, hogy elegendő ideig működhessenek és kifejthessék a hatásukat azok a szolgáltatások, melyekkel a hajléktalan-ellátás reagálni igyekszik az ügyfelek pszichés problémáira is. A szociális munka eszközei mellett szükségesnek látták pszichiátriai, pszichológiai, addiktológiai kompetenciák, módszerek fokozott és tartós bevonását is, illetve a szorosabb, folyamatos együttműködést különböző szakemberek között, hajléktalan-ellátáson belül és szektorok, ellátórendszerek között is.

A hajléktalan-ellátórendszer jelenlegi logikája szerint az ügyfelek utcáról éjjeli menedékhelyre, onnan átmeneti szállóra léphetnek tovább, majd ki a hajléktalan-ellátásból. A szociális munkások tapasztalata szerint ezt az utat a valóságban kevés érintett ügyfelük járja be. A továbblépéshez sokaknak szüksége volna olyan célzott támogatásra, ami igazodik szükségleteikhez, alapelveként fokozatosan csökken, de mindenképp az ügyfél számára szükséges (kevésbé az ellátás szabályozása által szabott) ideig tart. A kérdezett szociális munkások indokoltnak látták az önállóságot és támogatást is nyújtó megoldások terjesztését, amilyenek az „Elsőként lakhatás” programok, a támogatott lakhatás, illetve a félutas házak, kiléptető lakások, megfizethető szociális bérlakások.

*R: Mert azért lássuk be, itt ilyen 18-20 fős szobák vannak, meg hát nem tudom, a legtöbb hajléktalan-szálló azért... Tehát a fokozatok nincsenek meg. Tehát bekerül ide, ebbe a rendszerbe, és akkor utána nincs kiléptetve. (Utcai ellátás 2)*

*R: ...hogy ne az legyen, hogy legjobb esetben átküldeni egy átmeneti szállóra, és ott marad, hanem hogy tényleg lennének kiléptető lakások, lennének önkormányzati bérlakások, akkor azt mondanám, hogy több mozgástere van a szociális munkásnak is, és az ügyfélnek is. És hát az a baj, ugye, hogy nincs, és ez is az egyik oka, hogy ennyire be vannak ragadva ebbe az életvitelbe. Tehát amikor már évtizedek óta itt vannak, ezt az életvitelt folytatják, akkor nagyon nehéz őket kizökkenteni, meg motiválni is nehéz. (Menedékhely 1)*

Fontosnak tartották továbbá, hogy a hajléktalanellátó intézmények jobban igazodjanak az ügyfélkör adottságaihoz. Az utcán élő, alkoholfüggő, szerhasználó emberek eléréséhez a mosztaninál több nem absztinens szállást láttak indokoltnak. A felépüléshez fontos nyugalmat, biztonságérzetet, amelyet a bevont menedékhelyek nem tudtak biztosítani, infrastrukturális



fejlesztéssel, a „tömegesség” csökkentésével látták elérhetőnek (kisebb helyiségek kevesebb ágygal, több személyes élettér, privát szféra). A javaslatok közt szerepelt az átmeneti szállók rehabilitációs funkcióinak erősítése és az átmeneti szállókon tölthető időtartam hosszabbítása is.

*R: Hát az ellátórendszernek a specializációját tartanám még a legfontosabbnak, hogy minél többet tudjunk segíteni... nagyon sok olyan kliens van, akit egyszerűen nem tudunk elhelyezni, mert nincs olyan intézmény, ami tudná az ő problémáit kezelni. Tehát ezek a hajléktalan-ellátó intézmények, amik vannak ma Magyarországon, ezek a tipikus hajléktalanszállók, pont. És semmilyen más problémát nem tudnak kezelni... Nincs saját lakás, nincs hol aludni. Pont. Ezzel próbál foglalkozni. Ezeket a mentális problémákat, vagy addikciókat, ezeket nagyon sok intézmény nem tudja egyszerűen kezelni. (Utcai ellátás 2)*

Az időszakos kórházi (pszichiátriai) ellátást, illetve a kizárólag gyógyszeres kezelést olyan beavatkozásokkal, támogatási formákkal ötvöznék vagy helyettesítenék, melyek lehetőséget adnak a pszichés problémák háttérében húzódó okok feltárására, a trauma-feldolgozásra, az önismeret, és az önálló életvitelhez szükséges készségek fejlesztésére is. Az önállóságra az ügyfeleknek szüksége volna ahhoz, hogy a rendszerből kilépve önmagukra tudjanak támaszkodni, a hajléktalan-ellátórendszer jelen formájában viszont általában kevés teret nyújt az önrendelkezés, az önállóság gyakorlására, fejlesztésére.

*R: ...értelmezzük át az egész intézményt, és mondjuk ki azt, hogy ez az intézmény, ez tulajdonképpen függőség. Ez maga a függőség. És ezt a függőséget próbáljuk valahogy átkonvertálni abba, hogy ez nem függőség, hanem ez lehetne egy lehetőség. Vagy egy ugródeszka. Vagy bármi egyéb. És ezért mondtam azt, hogy amikor [az ügyfelek] azt mondják, hogy ez a biztonság, hogy ez egy nagy huzugság. Ez nem biztonság. (Menedékhely 3)*

A bevont szociális munkások a hajléktalanság „kezelése” mellett kulcsfontosságúnak tartották annak megelőzését. Véleményeik alapján az erősebb szociális védőháló, az ellátórendszerek, szakpolitikai területek közötti szorosabb koordináció, a terepen gyűlő tapasztalatok figyelembevétele a tervezésben és döntéshozatalban hozzájárulhatna, hogy kevesebben jussanak hajléktalanságba, és a hajléktalan-ellátórendszernek ne kelljen utolsó mentsvárként működnie olyan egyéni élethelyzetek és társadalmi problémák vonatkozásában, amelyek kezelésére nem hivatott és nem is alkalmas.

*R: Tehát hogy itt konkrétan az ország összes olyan problémája, amivel más nem tud foglalkozni, és egy ilyen szociális tabu, és nem tudjuk megoldani – ki oldja meg? Most nem fogok csúnyán beszélni, de akkor mi oldjuk meg. És nekünk nem adnak semmilyen eszközt a kezünkbe... Tehát valahogy ezt is így, hát igen, főntről kéne, merthogy lassan már a hajléktalanok tesznek értünk dolgokat. Mert mi nem tudunk semmit, nincs eszköz a kezünkben. Semmi. Most egy etikai kódexszel a kezemben aztán megválthatom a világot. Bocsánat. (Menedékhely 2)*



## ÖSSZEGZÉS ÉS TOVÁBBVEZETŐ KÉRDÉSEK

A bemutatott kutatásban utcai ellátásban és éjjeli menedékhelyeken dolgozó szociális munkásokat kérdeztünk azon ügyfeleik helyzetéről, illetve velük végzett munkájukról, akik a szociális munkások megítélése alapján vagy általuk ismert orvosi diagnózis szerint jelentős, mindennapi életüket befolyásoló pszichés (más szóhasználattal: mentális) problémákkal küzdenek, ide sorolva a függőségeket is. Az érintett ügyfelek körének ez a tág meghatározása lehetővé tette az orvosi diagnózis-központú megközelítés kerülését, ezzel a fogyatékoság szociális (illetve emberi jogi) modelljében értelmezett pszichoszociális fogyatékoság fogalmának kísérleti alkalmazását empirikus kutatási célra. Megengedte azt is, hogy ne zárjuk ki eleve a szociális munkások által nem ismert diagnózisú, vagy diagnózist sosem kapott, pszichiáter diagnosztával nem is érintkező embereket azok közül, akikről kérdeztünk. A kutatás témájában saját megélt tapasztalattal rendelkező két participatív kutatótárs közreműködésével megfogalmazott kérdéseinkre a részt vevő szociális munkások jelentős kihívásokról számoltak be ügyfélkörük érintettsége és saját beavatkozási lehetőségeik terén, mellé helyezve az érintett ügyfelek helyzetének és saját munkájuk eredményességének javításával kapcsolatos javaslatokat.

A kutatás korlátai közé tartozott, hogy a pszichoszociális fogyatékoság itt használt tág értelmezése mellett az ide sorolható emberek csoportján belül nem volt lehetőség árnyaltabb megkülönböztetésre, alcsoportok szerinti jellemzésre, esetleg profilok alkotására, aminek a helyzetmegértés és a beavatkozás szempontjából is lehetne hozadéka. Így a szóban forgó személyek köre a valóságosnál homogénebbnek tűnhet. A választott módszer és a minta nem tesznek lehetővé általános megállapításokat az teljes fővárosi vagy országos utcai ellátással, éjjeli menedékhelyekkel, a hazai hajléktalan-ellátórendszerrel, az ott dolgozók és igénybe vevő ügyfelek, a hajléktalan emberek összességével kapcsolatban. A kutatás témája a szociális ellátórendszer mellett az egészségügyben dolgozókat is érinti, az ő perspektívájuk vizsgálata (és a különböző nézőpontok összevetése) ennek a kutatásnak azonban nem volt tárgya. Nem terjedt ki továbbá a kutatás a téma szempontjából releváns, de a kutatás időszakán kívül eső – jogszabályi, az intézményrendszert érintő, illetve a COVID 19 járvánnyal összefüggő – változásokra, fejleményekre. A kutatás a hajléktalan-ellátásban dolgozók tapasztalatain, reflexióin át közelítette meg a pszichés problémákkal, függőséggel küzdő ügyfelek helyzetét, és nem az érintett emberek közvetlen megkérdezésén alapult. Az érintett emberek nézőpontját a szociális munkásoké – vagy bárki másé – semmi esetre sem helyettesítheti. Végül a kutatást viszonylag erős probléma-fókusz jellemezte, akkor is, ha az erőforrásokra, lehetséges megoldásokra vonatkozó kérdéseket is feltettünk. Ezért az eredmények egyoldalú képet festenek az érintett hajléktalan emberekről, amennyiben főként nehézségeket emelnek ki életükben (és a nekik ellátást nyújtók munkájában)<sup>14</sup>, ami könnyen elfedheti, hogy minden nehézség mellett bárki máshoz hasonlóan teljes emberekről van szó, egyedi személyiséggel, élettörténettel, gondolatokkal, érzésekkel, erősségekkel.

<sup>14</sup> Az érintett személyekkel készített egyéni interjú-sorozatban, amely a fókuszcsoportos kutatást megelőzte, ez az aspektus nagyobb hangsúlyt kapott.



Befejezésként a kutatás feltáró jellegével összhangban az eredmények alapján felmerülő kérdések közül álljon itt néhány. Közelebbi vizsgálatra lehet érdemes többek között, hogy

- hogyan látják az érintett ügyfelek saját helyzetüket és a hajléktalan-ellátásban dolgozók munkáját?
- a másutt, fővárosi-országos szinten hasonló ellátásban dolgozók tapasztalatai mennyiben hasonlóak, miben térnek el?
- hol, milyen tapasztalatokat hoztak az elmúlt években az olyan időszakos kezdeményezések, melyek az ügyfelek pszichés problémáira, függőségére igyekeztek reagálni az alapellátáson felül – mi vált be, mi nem, és miért?
- milyen szakmai, etikai, gazdasági érvek szólnak a hajléktalan-ellátáson belüli szolgáltatás-bővítés, illetve a hajléktalan-ellátáson túlmutató megoldások mellett és ellen az egyre komplexebb igényű ügyfelek támogatása érdekében?
- a szociális és egészségügyi terület együttműködésének milyen formáit látja lehetségesnek és hasznosnak a két oldal közös hajléktalan ügyfeleik (és saját hatékonyságuk) érdekében?
- hogyan támogathatná jobban a hajléktalan-ellátás intézményeinek működése, a szociális munkások tevékenységét az ügyfelek önállóságát, önrendelkezését?

A kutatásban és ebben a tanulmányban olyan hajléktalan emberekről volt szó, akik pszichés problémákkal, függőséggel küzdenek. Megfordítva olyan, pszichés problémákkal, függőséggel küzdő emberekről beszélhetünk, akik hajléktalan élethelyzetben vannak. Esetükben különösen szembetűnő a pszichés és szociális nehézségek, a lelkiállapot és a külső körülmények szoros összefonódása. Megfontolásra érdemes, hogy talán azért is van ez így, mert az ő életük mások számára különösen és folyamatosan látható módon zajlik közterületen vagy tömegszállításokon, míg a társadalom más, hajlékkal rendelkező tagjainak nehézségei nem kapnak ilyen nyilvánosságot.

## IRODALOM

- Bényei Z. – Breitner P. – Fehér B. – Gurály Z. – Győri P. – Kovács I. – Mózer P. – Popovics J. – Szabó A. (2019): Harmadszorra sem ez a megoldás. Gyorsjelentés a hajléktalan emberek 2019. február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. [https://februarharmadika.blog.hu/2019/04/26/harmadszorra\\_sem\\_ez\\_a\\_megoldas](https://februarharmadika.blog.hu/2019/04/26/harmadszorra_sem_ez_a_megoldas) (Utolsó letöltés: 2020. 10. 10.)
- Bényei Z. – Breitner P. – Gróf A. – Gurály Z. – Győri P. – Mezei Gy. – Pelle J. (2010): Hajléktalan utak. In: Győri P. és Vida J. (szerk.): *Mindennapi hajléktalanság*. Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 5–48. [https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/mindennapi\\_hajlektalansag\\_otthonalanelul\\_7\\_2.pdf](https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/mindennapi_hajlektalansag_otthonalanelul_7_2.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 05.)
- Bényei Z. – Breitner P. – Gurály Z. – Győri P. – Kovács I. – Mózer P. – Szabó A. (2018): Négy hajléktalan közül három lakásban élhetne. Gyorsjelentés a hajléktalan emberek 2018. február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. [https://februarharmadika.blog.hu/2018/03/29/negy\\_hajlektalan\\_kozul\\_harom\\_lakasban\\_elhetne\\_181](https://februarharmadika.blog.hu/2018/03/29/negy_hajlektalan_kozul_harom_lakasban_elhetne_181) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 10.)
- Bényei Z. – Breitner P. – Gurály Z. – Győri P. – Kovács I. – Szabó A. (2017): A hajléktalan-ellátás a kezeletlen krízisek és megoldatlan hiányok gyűjtőhelye. Gyorsjelentés a hajléktalan em-





- berek 2017. február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. [https://februarharmadika.blog.hu/2017/03/31/kezeletlen\\_krizisek\\_megoldatlan\\_hianyok](https://februarharmadika.blog.hu/2017/03/31/kezeletlen_krizisek_megoldatlan_hianyok) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 10.)
- Beresford, P. – Nettle, M. – Perring, R. (2010): Towards a social model of madness and distress? Exploring what service users say. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Beresford, P. (2014): Psychiatric system survivors. An emerging movement. In: Watson, N. – Roulstone, A. – Thomas, C. (szerk.): *Routledge Handbook of Disability Studies*. London, New York: Routledge, 151–164. <https://doi.org/10.4324/9780203144114>
- Beresford, P. – Perring, R. – Nettle, M., – Wallcraft, J. (2016): From Mental Illness to a Social Model of Madness and Distress. London: Shaping Our Lives.
- Braun E. – Gazdag G. (2015): Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között. *Psychiatria Hungarica*, 30(1): 60–67. <http://repo.lib.semmelweis.hu/handle/123456789/3138>
- Bugarszki Zs. (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély* (5): 68–85.
- Bugarszki Zs. – Cserti-Szauer Cs. (2017): A mentális problémák kezelésének nemzetközi tendenciái. In: Perlusz A. (szerk.): *Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek helyzetét feltáró országos kutatásról*. Budapest: A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 18–36. [http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE\\_2018\\_Kutatasi\\_beszamolo\\_READER.pdf](http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf)
- Bulyáki T. – Kaszás J. I. – Gallai I. – Harangozó J. (2018): Mi a felépülés? In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Budapest: Ébredések Alapítvány, 7–14.
- Csécsei I. – Csengei A. – Dósa M. – Kleiner I. – Palotai M. – Szakmáry I. T. – Sziráki Z. – Szombathy K. – Tompa I. – Udvarhelyi É. T. – Wittmann N. (2017): „Mikor van a tetteknek ideje, ha nem ilyenkor?” Részvételi akciókutatás a magyarországi lakhatási mozgalmakról. *Kovács*, (3–4): 53–63. <http://kovasz.uni-corvinus.hu/2017/lakhatas1.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)
- Drake, R. E. – Osher, F. C. – Wallach, M. A. (1991): Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46(11): 1149–1158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.11.1149>
- Fadgyas-Freyler P. (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. *Esély*, (3): 102–122. <https://doi.org/10.21543/Dem.61.1.2>
- Fazel, S. – Geddes, J. R. – Kushel, M. (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953): 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Faulkner, A. (2017): Knowing our own minds: the role and value of experiential knowledge in mental health research. Unpublished doctoral thesis. City University of London. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/17455> (Utolsó letöltés: 2020. 07. 05.)
- Fehér B. (2009): Hajléktalan emberek traumás élményei és azok feldolgozása narratív eszközökkel. Disszertáció. Budapest: ELTE Társadalomtudományi Kar. <http://hdl.handle.net/10831/45526>
- Fox, D. – Prilleltensky, I. (szerk.) (1997): *Critical Psychology. An Introduction*. London: Sage Publications.



- Gombos Gábor (2013): Mi a pszichoszociális fogyatékoság? [http://www.academia.edu/4690883/Mi\\_a\\_pszichoszoci%C3%A1lis\\_fogyat%C3%A9koss%C3%A1g\\_What\\_is\\_psychosocial\\_disability\\_](http://www.academia.edu/4690883/Mi_a_pszichoszoci%C3%A1lis_fogyat%C3%A9koss%C3%A1g_What_is_psychosocial_disability_), 1–5 (Utolsó letöltés: 2020. 06. 04.)
- Gurály Z. – Varga D. (2013): A hajléktalanság főbb jellemzői a vidéki Magyarország településén. In: Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 53–86. [https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo\\_es\\_valtozatlan\\_ott\\_hontalanul\\_9.pdf](https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo_es_valtozatlan_ott_hontalanul_9.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 05.)
- Gurbai S. (2017): Jogsabályi környezet. In: Perlusz A. (szerk.): Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek helyzetét feltáró országos kutatásról. Budapest: A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 9–17. [http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE\\_2018\\_Kutatasi\\_beszamolo\\_READER.pdf](http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 06.)
- Gyöngyösi Katalin (2019): Pszichoszociális fogyatékoság a fővárosi hajléktalan személyek körében: életutak, létező szolgáltatások és fejlesztési lehetőségeik. Új Nemzeti Kiválóság Program kutatási beszámoló.
- Györi P. (2013): A Budapesten élő hajléktalan emberek főbb statisztikai jellemzői. In: Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 10–52. [https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo\\_es\\_valtozatlan\\_ott\\_hontalanul\\_9.pdf](https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo_es_valtozatlan_ott_hontalanul_9.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 05.)
- Györi P. (2017): Hajléktalanság – romák – gyermekszegénység. *Esély*, 2017(4): 17–44.
- Harangozó J. – Tringer L. – Gordos E. – Kristóf R. – Werring, R. – Slezák A. – Lőrintz Zs. – Varga A. – Bulyáki T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege Artis Medicinae* 11(8–9): 573–586.
- Harangozó, J. (2020): A posztpszichiátriáról. *Psychiatria Hungarica*, 4: 403–410.
- Heiszer K. – Katona V. – Sándor A. – Schnellbach M. – Sikó, D. (2014): Az inkluzív kutatási módszerek meta-szintű vizsgálata. *Neveléstudomány: Oktatás – Kutatás – Innováció*, 2014(3): 53–67. [http://nevelstudomany.elte.hu/downloads/2014/nevelstudomany\\_2014\\_3\\_53-67.pdf](http://nevelstudomany.elte.hu/downloads/2014/nevelstudomany_2014_3_53-67.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 06.)
- Johnstone, L. – Boyle, M. – Cromby, J. – Dillon, J. – Harper, D. – Kinderman, P. – Longden, E. – Pilgrim, D. – Read, J. (2018): The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society. <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/PTM%20Main.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)
- Kakoullis, E. – Ikehara, Y. (2018) Article 1: Purpose. In: Bantekas, I. – Stein, A. M. – Anastasiou, D. (szerk.): *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary*. New York: Oxford University Press, 35–62.
- Katona V. – Cserti-Szauer Cs. – Sándor A. (szerk.) (2019): Együtt oktatunk és kutatunk! Inkluzív megközelítés a felsőoktatásban. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. [http://www.eltereader.hu/media/2019/11/Katona-Szauer\\_Egyutt\\_oktatunk\\_READER.pdf](http://www.eltereader.hu/media/2019/11/Katona-Szauer_Egyutt_oktatunk_READER.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)



- Kovács V. (szerk.) (2018): Önállóan lakni – közösségben élni. Kutatási beszámoló. Budapest: Közélet Iskolája. [https://drive.google.com/file/d/1HDpANr5L9ko9yyGi8iPGz\\_lIpErUEY-zu/view](https://drive.google.com/file/d/1HDpANr5L9ko9yyGi8iPGz_lIpErUEY-zu/view) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)
- Könczei Gy. – Hernádi I. (2015): A fogyatékoságtudomány „térképei”. In: Könczei Gy. – Hernádi I. (szerk.): A felelet kérdései között. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 10–25. [http://www.eltereader.hu/media/2015/07/A\\_felelet\\_kerdesei\\_kozott\\_READER1.pdf](http://www.eltereader.hu/media/2015/07/A_felelet_kerdesei_kozott_READER1.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 15.)
- Könczei Gy. – Hernádi I. – Kunt Zs. – Sándor A. (2015): A fogyatékoságtudomány a mindennapi életben. Budapest: BME Tanárképző Központ. [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002\\_a\\_fogyatekosagatudomany\\_a\\_mindennapi\\_letben/FM/sfmjs13g.htm](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_a_fogyatekosagatudomany_a_mindennapi_letben/FM/sfmjs13g.htm) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 12.)
- Lajos V. (2018): Mi az a részvételi akciókutatás (RAK)? Kik azok a részvételi akciókutatók? Kovász, 2018 (1–4): 53–83. <http://kovasz.uni-corvinus.hu/2018/rak.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)
- Máriási D. – Vida K. (2015): *Kritikai pszichológiát! A pszichológia intézményrendszere a kritikai pszichológia perspektívájából.* [http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2015\\_2\\_Egyeni\\_szocialis\\_problema\\_szam/02\\_Mariasi-Dora\\_Vida-Katalin\\_Kritikai\\_pszichologiat.pdf](http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2015_2_Egyeni_szocialis_problema_szam/02_Mariasi-Dora_Vida-Katalin_Kritikai_pszichologiat.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.) <https://doi.org/10.2139/ssrn.2326668>
- McKeown, M. – Spandler, H. (2015): Solidarity across differences: organizing for democratic alliances. In: Spandler, H. – Anderson, J. (szerk.): *Madness, Distress and the Politics of Disablement* Bristol: Policy Press, 271–285. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t898sg.24>
- Mérey Zs. Dr. – Mérey D. – Gallai I. (2018): A hanghallásról hitelesen, közérthetően. In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve.* Budapest: Ébredések Alapítvány, 121–133.
- Minkowitz, T. (2012): CRPD Advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The Emergence of an User/Survivor Perspective in Human Rights. SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2326668> (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)
- Morrison, L. J. (2005): *Talking Back to Psychiatry. The Psychiatric Consumer/Survivor/Ex-Patient Movement.* New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203958704>
- Nilsson, A. (2018): Article 2: Definitions. In: Bantekas, I. – Stein, A. M. – Anastasiou, D. (szerk.): *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary* (New York: Oxford University Press, 63–83.
- Oliver, M. (2013): The social model of disability: thirty years on. *Disability & Society*, 28(7): 1024–1026. <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>
- Omerov, P. – Craftman, Å. G. – Mattsson, E. – Klarare, A. (2020): Homeless persons’ experiences of health and social care: A systematic integrative review. *Health and Social Care in the Community*. 2020(28): 1–11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
- Paksi B. – Arnold P. – Schmidt A. – Gurály Z. – Breitner P. (2010): Drogfogyasztás és hajléktalanság. In: *Mindennapi hajléktalanság* Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 49–73. [https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/mindennapi\\_hajlektalansag\\_otthontalanul\\_7\\_2.pdf](https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/mindennapi_hajlektalansag_otthontalanul_7_2.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 05.)



- Petke Zs. (2018): A függőség felépülés-központú megközelítése. In: Petke Zs. – Tremkó M. (szerk.): Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat. Budapest: Medicina, 17–40.
- Philippot, P. – Lecocq, C. – Sempoux, F. – Nachtergaeel, H. – Galand, B. (2007): Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63(3): 483–504. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00520.x>
- Rákosy Zs. – Szeitl B. (2018): A hajléktalan emberek egészsége. *Demográfia*, 61(1): 29–52. <https://doi.org/10.21543/Dem.61.1.2>
- Russo, J. – Shulkes, D. (2015): What we talk about when we talk about disability: making sense of debates in the European user/survivor movement. In: Spandler, H. – Anderson, J. (szerk.): *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Bristol: Policy Press, 27–41. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t898sg.7>
- Shakespeare, T. (2019): Egy másik szemszögből – Kit érdekel az önálló életvitel? In: Bányai B. – Fazekas Á. S. – Sándor A. – Hernádi I. (szerk.): *Szabálytalan kontúrok. Fogyatékoságtudomány Magyarországon* Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 77–49. [http://www.elteader.hu/media/2019/09/Szabalytalan\\_konturok\\_2019\\_konferenciakotet\\_OK.pdf](http://www.elteader.hu/media/2019/09/Szabalytalan_konturok_2019_konferenciakotet_OK.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 10.)
- Smartt, C. – Prince, M. –, Frissa, S. – Eaton, J. – Fekadu, A. – Hanlon, C. (2019): Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych open*, 5(4), e57. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.32>
- Spandler, H. – Anderson, J. (2015): Unreasonable adjustment? Applying disability policy to madness and distress. In: Spandler, H. – Anderson, J. (szerk.): *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Bristol: Policy Press, 13–25. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447314578.001.0001>
- Spence, S. – Stevens, R. – Parks, R. (2004): Cognitive dysfunction in homeless adults: a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97: 75–379. <https://doi.org/10.1177/014107680409700804>
- Stubbs, J. L. – Thornton, A. E. – Sevic, J. M. – Silverberg, N. D. – Barr, A. M. – Honer, W. G. – Panenka, W. J. (2019): Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30188-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30188-4)
- Szabó A. (2014): Háborús állapotok? – Poszttraumás stressz zavarra utaló jelek a hajléktalan emberek körében a „Február Harmadika” adatfelvétel alapján. Előadás. [http://www.hajlek-talanokert.hu/dokumentumok/konferencia/2014/Szabo\\_Andrea.pdf](http://www.hajlek-talanokert.hu/dokumentumok/konferencia/2014/Szabo_Andrea.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 08. 05.)
- Szoboszlai K. (2012): Nők fedél nélkül. In: Győri P. – Vida J. (szerk.): *A megértés útjai Hajléktalan sorsok, traumák és a segítő kapcsolat*. Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 97–147. [https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/a\\_megertes\\_utjai.pdf](https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/a_megertes_utjai.pdf) (Utolsó letöltés: 2020. 07. 10.)
- Udvarhelyi É. T. – Dósa M. (szerk.) (2019): *A kutatás felszabadító ereje – A részvételi akciókutatás elmélete és gyakorlata*. Budapest: Napvilág Kiadó – Közélet Iskolája.



- Vicsek L. (2006): Fókuszcsoport. Elméleti megfontolások és gyakorlati alkalmazások. Budapest: Osiris Kiadó.
- Wilken, J.-P. (2012): Az ellátórendszer átalakítása Nyugat-Európában. Átmenet az intézményi alapú klinikai ellátásoktól a felépülés-orientált megközelítésekbe. *Esély*, 2012(3): 17–20.
- Zalabai P. (2009): Önálló életvitelt segítő eszközök, munkahelyi akadálymentesítés és munkaeszközök adaptációja. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.  
<https://mek.oszk.hu/09900/09967/09967.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 06. 11.)