

INFO-Társadalomtudomány

2. szám (1987. szeptember)

Kiadja a Társadalomtudományi Bizottság nevében
a Magyar Tudományos Akadémia

Szerkesztőbizottság:

Enyedi György (elnök), Fodor István, Józsa György, Madarász Aladár, Mucsi Ferenc,
Tamási Péter (felelős szerkesztő)

A szerkesztőség címe:

1051 Budapest, Münnich Ferenc u. 7.

INFO-Társadalomtudomány című sorozatunkkal az a célunk, hogy a lehető leggyorsabban informáljuk a társadalom irányításával, tervezésével kapcsolatos döntési folyamatokban résztvevőket az új társadalomtudományi kutatási eredményekről és a társadalomtudósokat foglalkoztató aktuális témákról. Mivel kiadványunk igen szűk terjedelmet szab meg egy-egy témára, a kutatók kénytelenek álláspontjukat tézisszerűen kifejteni — a részletes bizonyító anyag rendelkezésre áll a megfelelő kutatóhelyeken és szerkesztőségünkön keresztül hozzáférhető. Az általános tájékozódást azonban szeretnénk megkönnyíteni a cikkek után közölt válogatott bibliográfiával és statisztikai adatokkal. Az itt leírtakkal szeretnénk felhívni a figyelmet olyan területekre, amelyekkel eddig — úgy tűnik — nem a kutatási eredmények ismeretében foglalkoztak. A kifejtett elképzelések a szerzők egyéni nézeteit tükrözik.

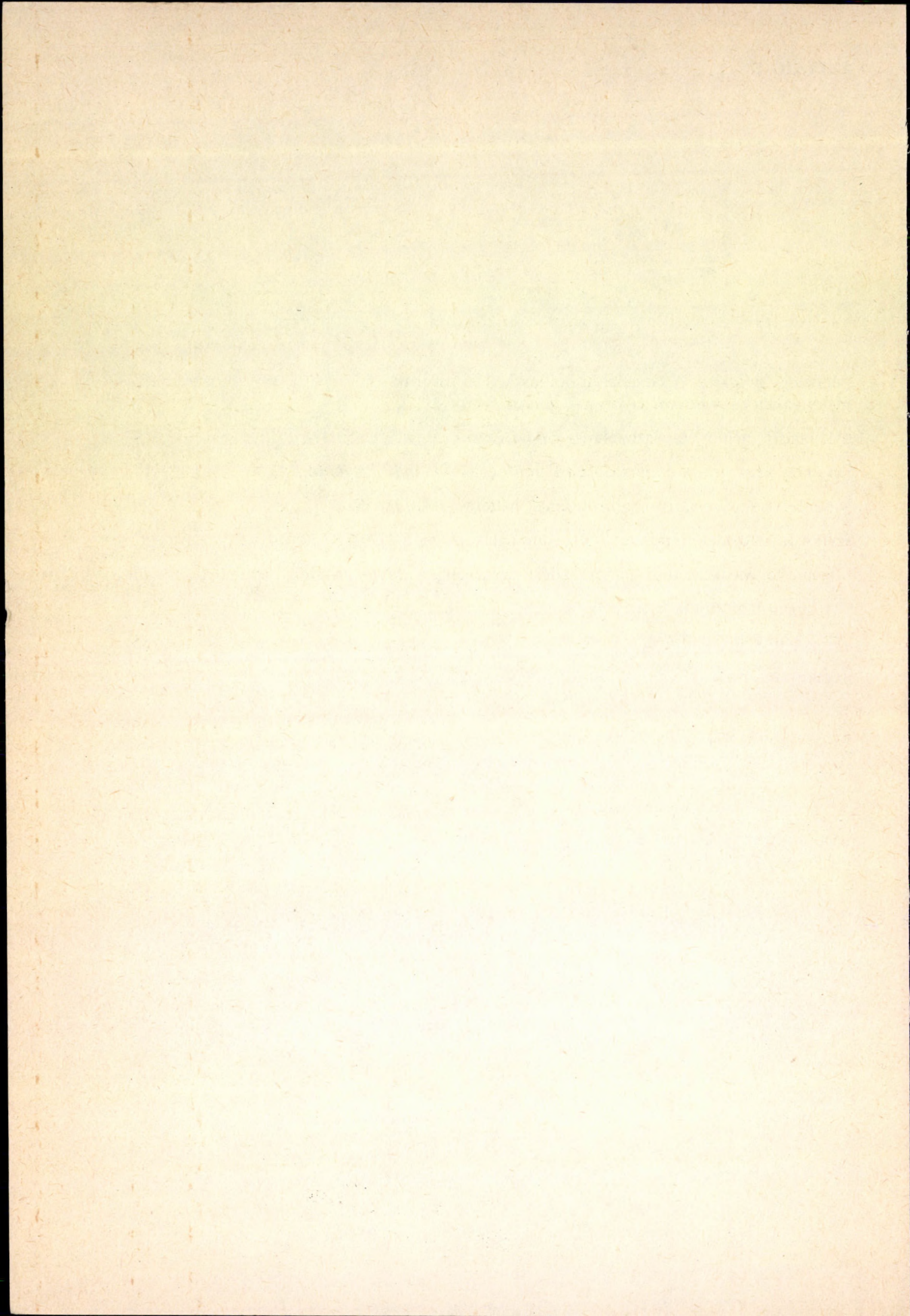
Szeretnénk kiadványunkkal hozzájárulni, hogy a társadalomtudományi kutatások eredményei és a társadalom irányítása, tervezése közelebb kerüljenek egymáshoz.

A szerkesztőség

A kiadvány belső használatra készült, sem publikációs, sem hivatkozási alapként nem használható fel!

Tartalom

Népbetegségeink? – A társadalmi beilleszkedési zavarok anatómiájához — <i>Enyedi György – Tamási Péter</i>	3
A kutatások néhány tapasztalata — <i>Pataki Ferenc</i>	9
Történet, demográfia és társadalmi különbségek — <i>Andorka Rudolf</i>	17
A beilleszkedési zavarok kialakulásának háttere — <i>Kolozsi Béla</i>	29
Széttagolt intézményrendszer – alacsony hatékonyság — <i>György István</i>	37
Hogyan kellene kezelni a beilleszkedési zavarokat? — <i>Münnich Iván</i>	47
Statisztikai táblázatok	57
Válogatott bibliográfia	85
Kutatási információ	91



Népbetegségeink?

A társadalmi beilleszkedési zavarok anatómiájához

Alkoholizmus, öngyilkosság, bűnözés, kábítószerfogyasztás, társadalmi eredetű mentális („lelki”) zavarok, gyermekkori veszélyeztettség — e fogalmakat foglalja magába a „Társadalmi Beilleszkedési Zavarok” (TBZ) kifejezés. Ezeket az utóbbi évtizedekben hazánkban gyorsan szaporodó társadalmi jelenségeket más szóval deviáns („társadalmi normáktól elhajló”) viselkedési formáknak vagy devianciának is szokták nevezni.

Az említett beilleszkedési zavarok minden gyors fejlődésen keresztülment országban gyarapodtak, ezért a hazánkban kialakult helyzetet nem kell szégyellni és főleg nem kell eltitkolni. A magyar fejleményeket az teszi aggasztóvá, hogy (1) a növekedési ütem Magyarországon (pl. az öngyilkosság vagy az alkoholfogyasztás miatt elhunytak esetében) jelentősen meghaladja a nemzetközi mértéket és (2) olyan területeken, ahol már több országban csökkenés mutatható ki, nálunk még mindig folytatódik a negatív tendenciák erősödése (pl. alkoholfogyasztás).

Pontos adatok híján e problémák mértékét legtöbb esetben csak becslések alapján lehet megközelíteni. A különböző módszerekkel végzett becslések 4—500 000-re teszik az alkoholisták számát, s további körülbelül félmillióra azokét, akik alkohol által veszélyeztetettek. Ha belegondolunk abba, hogy átlagos családmérettel számolva az alkoholizmus több mint 2,5 millió emberre — vagyis a lakosságunk körülbelül egynegyedére — hat destruktívan, vagy hogy statisztikai alapon minden hatodik-hetedik férfi alkoholistává válik jelenleg Magyarországon, akkor talán könnyebben érezzük át e probléma igazi súlyát. De hasonlóan komoly gondot jelent az is, hogy az öngyilkossági arányszám nemzetközi összehasonlításban Magyarországon a legnagyobb, hogy minden harmincadik elhunyt magyar ember öngyilkosságban hal meg. És feltétlen figyelemre int az is, hogy a felnőtt lakosság majdnem egynegyedénél lehet kimutatni nem szervi eredetű neurózis tüneteket, hogy folyamatosan növekszik a veszélyeztetett gyerekek száma és a bűnözés (a fiatakorúaké is!) és úgy tűnik, hogy rohamosan terjed a kábítószerfogyasztás (erre utal például, hogy míg 1984-ben a kábítószeresek „legkedveltebb” gyógyszerének vényei közül 20% volt hamisított Budapesten, ez az arány 1986-ban már 32%-ra nőtt, továbbá, hogy az ilyen esetek 1983 óta már nem csak

a fővárosban fordulnak elő, hanem pl. Pest, Bács-Kiskun, Csongrád és Veszprém megyében is).

Az itt említett jelenségek mind tünetek, melyek az adott társadalom problémáit, válságait jelzik. E negatív tünetek okai ugyanis elsősorban a társadalmi folyamatokban, az ezekben működő érték- és normarendszerekben, valamint a társadalmi gyakorlatban keresendők. Az okok között vannak egyetemlegesek (melyek minden fejlett országban megtalálhatók), rendszerspecifikusnak tűnők (melyek a szocialista fejlődésen keresztülment országokban fellelhetők), és olyanok is, melyek a magyar fejlemények következményei.

Egyetemlegesként említhető például a női emancipáció ellentmondásos folyamata, a családi funkciók változása, a munkaidő-szabadidő viszony átalakulása stb.

A szocialista fejlődés óriási változásokat hozott létre a társadalmi élet szinte valamennyi területén. Így például az érték- és normarendszerekben (rég, hagyományos értékek lerombolása által, anélkül azonban, hogy ezek helyébe kialakultak volna az új iránytmutató értékek), az erkölcsben (a vallás-erkölcs leépülése révén, amit azonban nem követett új, egységes erkölcsi rendszer kialakítása), strukturálisan (a gazdaságban, a társadalmi mobilitás növelésében, az urbanizációs folyamat gyorsításával, az oktatás kiszélesítésével stb.). A pozitív társadalmi folyamatokat negatív jelenségek kísérték, melyek részben nem voltak előreláthatók, részben nem is voltak előre átgondolva. Sokat rontott a helyzeten az a naív optimizmus is, mely feltételezte, hogy a szocializmus önmagától kiküszöböli a negatív társadalmi tüneteket.

Az említett jelenségek közül a beilleszkedési zavarok hátterének szempontjából az egyik legnagyobb problémát talán éppen az (erkölcsi, kulturális) érték- és normarendszerek elbizonytalanodása jelenti, mert ebben a helyzetben a mindennapi folyamatok eltolódnak az egyéni megítélések-döntések irányába, ami egyrészt egy individualizálódási, társadalmi atomizálódási folyamathoz vezethet, másrészt azt eredményezheti, hogy a spontán kialakuló csoportnormák (köztük sok negatív is) egyre nagyobb befolyásra tesznek szert az „iránytű” nélkül maradt, bizonytalan, sodródó emberek körében.

Mint az itt említett példák is mutatják, a makro-társadalmi folyamatok igen sokoldalúan és szövevényesen befolyásolják mind a társadalom kisebb egységei (pl. helyi közösségek, család), mind az egyének életét és e befolyásuk révén közrehatnak a beilleszkedési zavarok kialakulásában.

Bizonytalanságot hoz létre például az egyén szintjén, ha az ideológia nem tart lépést a társadalmi fejleményekkel, ha nem tudja megmagyarázni az eseményeket; ha bizonytalan és elmosódott a jövő, amiért az egyén dolgozik; ha nem érzi hogy szükség van rá, hogy aktívan részt vehet a folyamatokban; ha nem tapasztalja, hogy munkája eredményeképpen idővel nőnek a lehetőségei; ha kapkodva, gyakran változtatják a rá vonatkozó szabályokat, előírásokat stb. Ezek a felnőttek körében kialakuló bizonytalanságok és negatív érzések azután „átörökítődnek” a következő nemzedékre, amelyben már prespektívátlanságot, a társadalmi problémák iránti érdektelenséget hozhatnak létre. Az így kialakult érzések és mentalitás pedig könnyen orientálhat különböző deviáns viselkedésformák felé. S bár igaz, ah-

hoz, hogy valaki például alkoholistává váljék vagy öngyilkosságot kövessen el egy olyan személyiség szükséges, aki erre hajlamos, azt, hogy a deviáns viselkedések követése létrejön-e, már a szűkebb és a tágabb társadalmi környezet befolyásolja a szocializáció révén.

Társadalmi fejlődésünk több olyan jelenséget produkált, melyek együtt hatásuk révén szerepet játszottak a beilleszkedési zavarok növekedésében. Ezek között vannak olyanok, amelyek a fejlődés szükségszerű pozitív eredményeinek kísérői: pl. a tömeges foglalkozásváltás, a területi mobilitás, a gyors és nagymértékű társadalmi átrétegződés (mely önmagában véve pozitív, de az egyén az új társadalmi közegben többnyire idegenül és bizonytalanul érzi magát); olyanok, melyek a kötédeket szükségtelenül tépték szét: a települési közösségek, a társaságok felbontása, a vallások erőszakos visszaszorítása; s végül olyanok, melyeket diszfunkciók hoztak létre: a tömeges peremre szorulás (a hátrányos és többszörösen hátrányos helyzetűek); a bürokrácia túlburjánzása, az infrastruktúra elmaradottsága (pl. telefonhiány, túlszűfolt utak), árucikkek hiánya, melyek mind neurozist elősegítő tényezőkké válhatnak; a túlhajtottság (másodállások, GMK-k), az időhiány (ami miatt csökken az egymásra figyelés, valamint a munkahely és a család nevelő és összetartó ereje); hiányzik a közösségi összetartozás érzése az iskolákból (a közösség- és összetartozáshiány az erkölcsi elvek bomlásához is vezet és hozzájárul ahhoz, hogy a társadalmi elkötelezettség érzése nem alakul ki, míg a jó közönségnek komoly személyiség meghatározó szerepe is van); a nyilvános és a magánvélemény szétválása (ami egyfajta „skizofréniát” eredményez, egyéni feszültségeket okoz és bontja a társadalmi konszenzust); a hiánygazdálkodás (mely korrupcióhoz és egyéb negatív jelenségek kialakulásához vezet).

A hazánkban jelentkező beilleszkedési zavarok között van olyan, amelynek gyökerei történelmi múltunkba nyúlnak vissza (pl. az öngyilkosság és az alkoholizmus) és olyan is, mely egészen új (pl. a kábítószerfogyasztás). Bármilyen legyen azonban a története és keletkezési oka e jelenségeknek, tömeges ittlétük sürgős kezelést igényel.

E negatív jelenségek elhallgatásának időszaka után országunk vezetése kezdeményezőleg lépett fel és 1978-ban kutatási megbízást adott döntései előkészítése érdekében. Ez lett a Pataki Ferenc (az MTA Pszichológiai Intézetének igazgatója) által vezetett „Társadalmi Beilleszkedési Zavarok komplex elemzése” című kutatási főirány. Kiadványunk második számában e kutatások főbb következtetéseinek tömörítését tesszük közzé azzal a céllal, hogy hozzájáruljunk az e téren sürgősen meghozandó döntések megalapozásához.

Az 1978-as megbízást követően a szervezési munkák, valamint az elméleti és módszertani előkészítés után a kutatás 1980-ban indult és 1983-ra már el is készült az a jelentés, mely diagnosztizálta a hazánkban kialakult helyzetet és alternatív javaslatokat tett a helyzet javítására. Az azóta eltelt négy év alatt egyes részterületeken történtek ugyan lépések, de a javaslatok zöme nem valósult meg. A beilleszkedési zavarok többsége pedig közben évről-évre egyre több áldozatot szed egyéni tragédiák sokaságát okozva és egyben növelve az általuk okozott társadalmi kárt. E károk között említhető például, hogy a deviáns viselkedések zavarják a társadal-

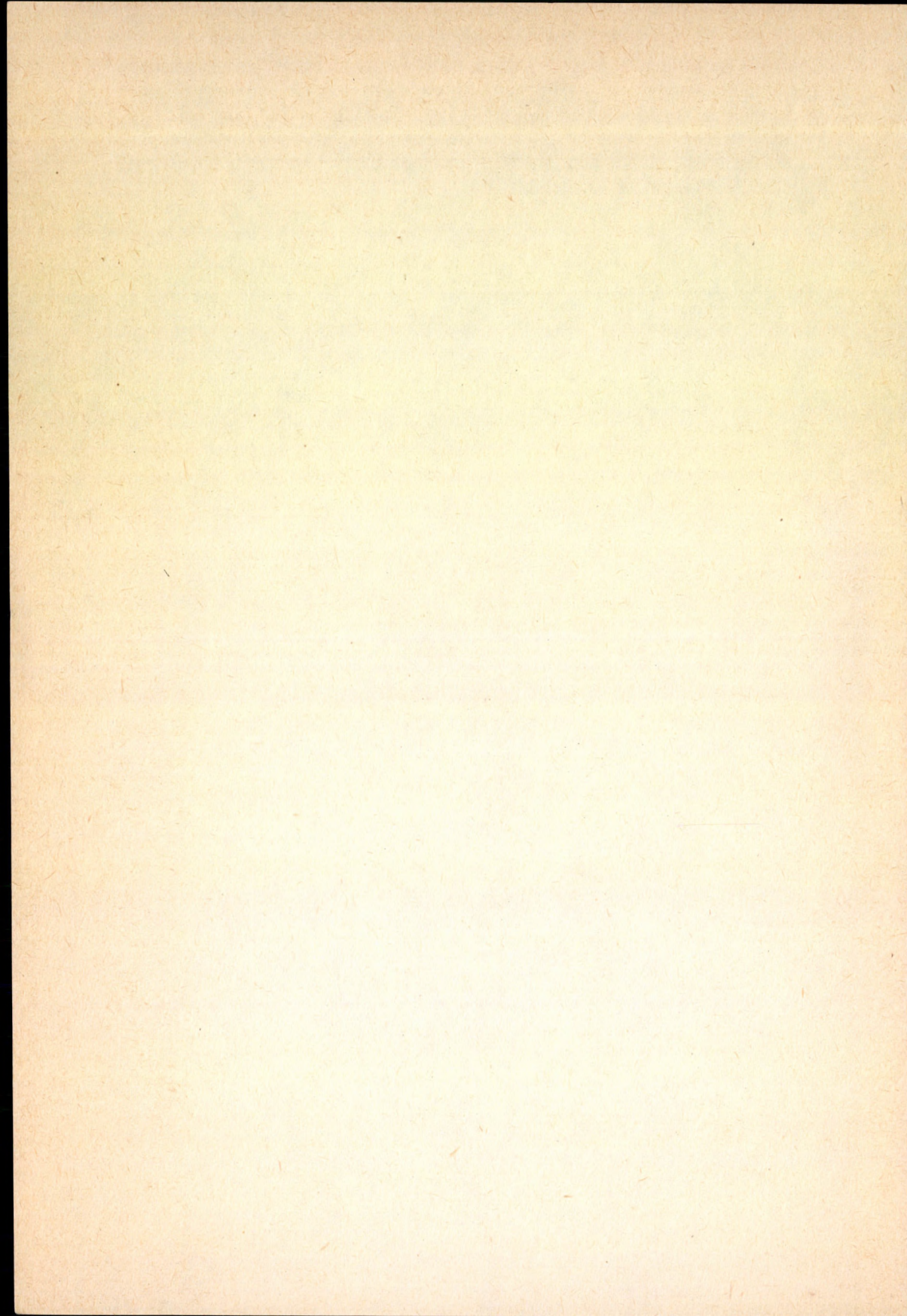
mi együttélést, veszélyeztetik a fiatal nemzedékek egészséges felnevelését, hogy a bűnözés növekedése fokozza a társadalom fenyegetettség érzését (ez különösen így van ha a felderítetlen esetek száma is egyre inkább nő); hogy a beilleszkedési zavarokkal küzdők rövidebb-hosszabb időre kiesnek a termelésből, táppénzük, kezeléseik, rehabilitációjuk súlyos anyagi terhet ró a társadalomra (egy szolid becslés szerint 1982-ben az alkoholizmusból származó közvetlenül kimutatható népgazdasági kár 14—15 milliárd forintot tett ki); hogy viselkedésük mintául szolgálhat a környezetük számára; hogy a deviancia tömeges elterjedése egy bizonyos mértéken túl már egyre gyorsuló ütemben fokozza a társadalmi dezorganizációt; hogy bár jelenlegi tudásunk szerint az alkoholfüggőség, a narkómánia nem örökölhető, de az alkohol és kábítószer fogyasztása által okozott fizikai károsodás (agykárosodás, szellemi fogyatékoság) már bizonyos esetekben átörökíthető a következő nemzedékre; hogy az alkoholizmus, a neurózis rombolja a családi és emberi kapcsolatokat, lelkileg megnyomoríthatja az ilyen környezetben felnövő fiatalokat; hogy az alkohol- és a kábítószerfogyasztás szoros összefüggést mutat a bűnözéssel és így tovább.

A társadalmi beilleszkedési zavarokra ismét fel kell hívnunk a figyelmet, mert e zavarok mértéke és súlyossága folyamatosan növekszik; és mindez egy olyan időszakban, amikor a társadalmi-gazdasági kibontakozás programja nemzeti összefogást igényel, amelynek létrehozásához viszont testileg-lelkileg egészséges, önbizalommal rendelkező, a célokat világosan látó és vállaló, azok megvalósításában érdekelt emberekre van szükség. A rosszabbodó vagy akárcsak stagnáló gazdasági helyzet — egyes deviáns viselkedésformákra közvetlenül, másokra csak közvetve hatva, de — mindenképpen növelni fogja a deviánsok számát. Sürgős megelőző lépésekre lenne tehát szükség valamennyi területen. Ami például a kábítószerfogyasztást illeti, ott körülbelül 10—15 évvel követjük a fejlett nyugati országok statisztikai trendjét, tehát nagyjából tudjuk, hogy mire számíthatunk. Ennek ellenére még mindig nem jött létre egységes intézményrendszer a kábítószerek további elterjedésének megelőzésére. A megelőzés egyébként nemcsak a kábítószer, hanem valamennyi beilleszkedési zavar esetében is a leghatékonyabb módszer hosszú távon.

A beilleszkedési zavarok jellegéből adódik, hogy teljes körükre nézve nem lehet gyors sikerre számítani. (Az italozási szokások például nemzeti kultúránk részét képezik.) Az egész jelenségkört átfogó tartós javulást csak akkor érhetünk el, ha az utólagos reagálásként adott spontán rögtönzések helyett tudományosan megalapozott, egységes és átfogó megelőző stratégia lép. A jelenleg már megtett intézkedésekkel és lépésekkel kapcsolatban is az a legnagyobb probléma, hogy elszigetelve, koordinálatlanul kezelik az egyes jelenségeket, jöllehet ezek sok esetben együttjárnak és összefüggnek (pl. az alkoholizmus, a kábítószerfogyasztás és a bűnözés, vagy az alkoholizmus és a gyermekkori veszélyeztetettség). Az elszigeteltség és az egységes irányítás hiánya miatt a (pénzügyi, szellemi) források szétforgácsolódnak, sok rászoruló segítség nélkül marad, a megtett lépések a legnagyobb jóindulat ellenére is kereszttezhetik egymást, ronthatják egymás hatását, sőt újabb zavarokat idézhetnek elő.

Előrelépés e területen csak úgy érhető el, ha teljes társadalmi összefogás alapján a társadalmi makrofolyamatok szintjén ugyanúgy megtörténnek a szükséges intézkedések, mint az egyének hétköznapi támogatásának szintjén. Ez pedig csak egy tudományosan megalapozott, hosszú távra előre gondoló, egységes társadalompolitikai koncepció keretében képzelhető el, melynek megvalósításához biztosítani kell a megfelelő szervezeti feltételeket is.

Enyedi György — Tamási Péter



A beilleszkedési zavarok korlátozása és csökkentése a társadalom tagjainak általános mentális, érzelmi és morális állapotától függ. Vagyis a legjobb prevenció: a normális és sikeres személyiségfejlődés esélye, a mentális és fizikai egészség.

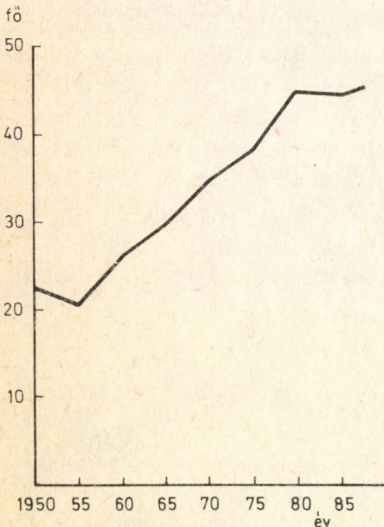
A kutatások néhány tapasztalata

Pataki Ferenc

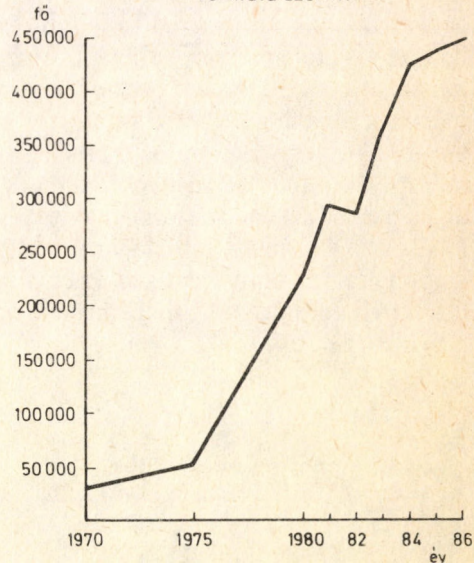
A tények

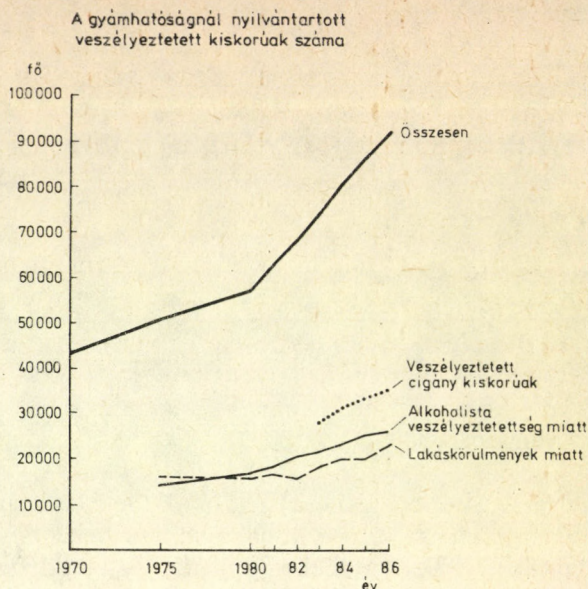
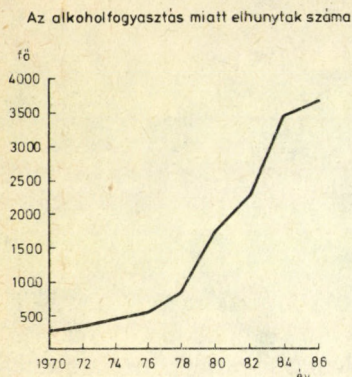
A társadalmi beilleszkedési zavarok (deviáns magatartásformák) a hetvenes évek közepétől hazánkban is mind erőteljesebben a társadalmi közérdeklődés előterébe kerültek. Teljes mértékben érthető, hogy a közfigyelem e jelenségkörre irányult, hiszen valamivel több mint harminc év alatt a halállal végződő öngyilkosságok száma több mint kétszeresére emelkedett, s az utóbbi esztendőben megközelíti az évi 5000-et. (Az évenkénti öngyilkossági kísérletek száma ennek körülbelül ötszörösére becsülhető.) A 80-as években a növekedés mértéke lelassult, pontosabban szólva, nemzetközi összehasonlításban igen magas szinten stagnálni látszik. Szin-

Öngyilkosságok számának alakulása
(100 000 lakosra számítva)



Alkoholisták becsült száma a Jellinek formula szerint





tén az elmúlt harminc év alatt közel megduplázódott az alkoholfogyasztás, mely jelenleg egyike a világon a legmagasabbaknak, s mind a fogyasztás, mind a májzsugorodás okozta halálozás alapján az alkoholizmussal való fertőzöttség — a rendelkezésre álló adatok szerint — hazánkban mutatkozik a legsúlyosabbnak a szocialista országok között. Mértékadó becslések körülbelül 4—500 000-re teszik a súlyos alkoholisták számát, s félmillió körülire még azokét, akiknek egészségében, életvitelében és közvetlen környezetében károkat okoz az alkohol. Tapasztalati alapon kb. 30 000-re becsülhető azoknak a száma, akik valamilyen formában már kapcsolatba kerültek a kábítószerfogyasztással, s úgy tűnik egyre inkább terjed a kábítószerrel való visszaélés. 1980-tól kezdve emelkedni kezdett az ismertté vált bűncselekmények száma, s nyugtalanító a bűnözésen belüli arányok alakulása is: növekedést mutatnak egyes erőszakos bűncselekmények, a betöréses lopások, a gyermek- és fiatalkorú bűnözés, valamint a cigánybűnözés. Jelentősen szaporodtak az elmúlt évtizedekben a neurózisos megbetegedések. S végül rohamos növekedést mutat a fizikailag és erkölcsileg veszélyeztetett helyzetben élő fiatalkorúak száma.

Váratlan jelenségek?

Az adatok tehát egyértelműen azt mutatják, hogy a 70-es és a 80-as években jelentősen felgyorsult e kedvezőtlen folyamatok dinamikája. A beilleszkedési zavarok fennmaradása, sőt növekvő újratermelődése váratlanul és felkészületlenül érte társadalmunkat. Ez elsősorban azért következhetett be, mert a korábbi időszakban a szocialista társadalomirányítási gyakorlat egy optimisztikus illúzió foglya lett. Ennek alapja az a naív és leegyszerűsített elképzelés volt, hogy a szocializmus a társadalmi viszonyok megfelelő átalakítása révén szinte automatikusan elvezet a nemkívánatos társadalmi jelenségek megszűnéséhez. E szemléletmód térhódításához hozzájárult az is, hogy a múlt eszmei-kulturális örökségének felbomlasztása (a hagyományos falusi életformák felszámolódása, a vallás térvesztése, a helyi jelleg megcsúszása, a társadalmi autoritás gyengülése stb.) egyoldalúan pozitív megítélést nyert. Lassú és ellentmondásos a régi értékek helyére lépő új értékrendek kiépülése. De ez a tény azért is felkészületlenül érte az ország vezetését, mert a nyugtalanító jelek egy olyan — közel három évtizedes — korszak után rajzolódtak ki, melyet konszolidált gyarapodás és általában a társadalmi nyitottság növekedése jellemezett. E korszak pozitívumai nem sejtették, hogy az eredményekért ilyen formában is „árat” kell majd fizetni.

Az említett tünetek „váratlan” jelentkezése több területen nemkívánatos reakciókat váltott ki. Egyrészt hosszú ideig titkolták e jelenségeket s ezáltal kivonták őket a közvélemény ellenőrzése alól; másrészt számos esetben türelmetlen adminisztratív (pl. jogi) kényszerítéssel próbálták visszaszorítani a beilleszkedési zavarok egyes megnyilvánulásait. Holott csak az lehet célravezető, ha társadalmunk berendezkedik a beilleszkedési zavarok hosszútávú, szisztematikus és folyamatos kezelésére. Kialakult továbbá egy olyan nézet is, amely bagatellizálni próbálta az egyre hevesebben jelentkező negatív fejleményeket.

Hadd tegyünk itt két megjegyzést. (1) A beilleszkedési zavaroknak Magyarországon messzire nyúló hagyományai vannak (öngyilkosság, alkoholizmus), így a kialakult helyzet nem írható egyszerűen a szocialista fejlődés számlájára. (2) Minden gyorsan fejlődő és modernizálódó országban növekedtek az ilyen jellegű zavarok.

E két megjegyzés tükrében akár „érthetetlennek” is nevezhetnénk, hogy miért uralkodhattak el azok a hibás nézetek, amelyek hosszú időn keresztül akadályozták a tényekkel való nyílt számvetést, tabuként kezelték a jólismert s mindenki által megtapasztalt társadalmi folyamatokat, s ezáltal gátolták a társadalmi önszegélyformák, cselekvési módok kialakulását.

A hallgatás nem volt tovább fenntartható

A nyílt számvetés hiánya már-már elviselhetetlenné vált a 70-es és a 80-as évek fordulójára, amikor egyes deviáns magatartásformák — mindenekelőtt az öngyilkosság, az alkoholizmus, a korábban előzmények és hagyományok nélküli kábító-

szerfogyasztás és a gyermekkori veszélyeztetettség — aggasztó növekedési tendenciája nemzetközileg is figyelmet ébresztett.

A „kemény” tények és a felettük való nyilvános töprengés szétválása, az újszerű cselekvési alternatívák energikus felkutatásának hiánya aligha volt továbbra is fenntartható. A tények kihívása egyaránt szólt a társadalmi-politikai irányítás testületeinek és a tudományos szakszerűség intézményeinek s képviselőinek. A társadalmi beilleszkedési zavarok sikeres csökkentésének előfeltétele, hogy az állami-politikai döntések tudományos szakszerűsége támaszkodjanak, s elkerüljék a kampányszerű megoldásokat.

A történelmi trend

A történelmi szempontú vizsgálódások azt bizonyítják, hogy a ma szemünk előtt lévő deviáns magatartásformák két nagy — egyenként mintegy harminc esztendő — hullámban váltak tömegessé társadalmunkban: a múlt század 70—80-as éveitől az első világháború kezdetéig, majd az 50-es évek második felétől a napjainkig tartó időszakban. Míg az első hullám hozzávetőlegesen a tőkés viszonyok szervesen, gyors és felemás hazai kibontakozásának időszaka, amely a világ fejlett régióiban létrehozta a mai értelemben vett, tömegméretű deviáns (vagy társadalompatológiai) jelenségeket, addig a második hullám a magyar szocialista fejlődés súlyos ellentmondásokkal, krízisekkel és drámákkal megterhelt korszaka, melynek hatásait ma még nehezen tudjuk nyomon követni a társadalmi egyén személyes világában. E korszakok finom történelmi elemzése, a létviszonyok és a kulturális közeg átalakulásainak alapos értékelése sok olyan támponttal szolgálna, amelyek mai cselekvési terveinkben is jól hasznosulhatnának.

Ami kétségtelennek látszik: minden modern és főképpen minden hevesen modernizálódó, történelmi elmaradásokat és peremre szorulást elhárítani kívánó társadalomnak meg kell lelnie azokat az intézményes és társadalmi eszközöket, amelyek révén elviselhető egyensúlyban tudja tartani a beilleszkedési zavarok „társadalmi tömegét”.

A deviáció nélküli társadalom látomása — mai tudásunk szerint — alighanem illúzió. A szocialista társadalmat sem az „kompromittálja”, hogy léteznek, sőt alkalmanként növekednek benne a beilleszkedési zavarok, hanem az, ha nem vet számot Illyés Gyula intésével: „...növeli, ki elfödi a bajt”. Tudjuk, ma is vannak szocialista országok, amelyek bizonyos statisztikai adatokat nem adnak közre. Pedig a már említett naív optimisztikus illúziókkal ideje lenne leszámolni. A beilleszkedési zavarok kezelése, korlátozása átfogó társadalmi cselekvési programot, stratégiai elgondolásokat s megfelelően működő szakszerű intézményrendszert követel (az intézményrendszerre vonatkozóan lásd György István cikkét, 37—45. old. — szerk.).

A beilleszkedési zavarok okai

Ma még távolról sem értjük maradéktalanul azoknak a kulturális és pszichológiai közvetítéseknek a finomszerkezetét, amelyek a milliós nagyságrendű s történetileg rendkívül rövid idő alatt lezajló mobilitási, migrációs és városiasodási folyamatoktól, a tömeges társadalmi elgyökértelenedéstől a családi, munkahelyi és személyes konfliktusoktól, a növekvő társadalmi differenciálódás tényeitől, az elmagányosodástól vagy a halmozódó meghiúsulási élményektől elvezetnek a deviáció ilyen vagy olyan kézzelfogható alakjáig vagy azok különös együttjárásáig. Azt azonban biztonsággal állíthatjuk, hogy a történelmi tradíciókat is továbbhurcoló mindenkori társadalmi folyamatok befolyásolják a beilleszkedési zavarok csökkenő vagy növekvő tendenciáját. Vagyis a beilleszkedési zavarok egyidejűleg több tényező által meghatározottak. A nemzeti-kulturális tradíciók, a múltbeli történelmi fejlődés, valamint a jelenkori társadalmi folyamatok egyaránt hatnak alakulásukra.

A megoldáshoz társadalmi összefogásra van szükség

A vizsgálódások nyomán rá kellett ébrednünk, hogy a deviáns jelenségek kezelésére rendelt hazai intézményrendszer korszerűsítése — jórészt a már említett ideológikus hiedelmek miatt — súlyosan elmaradt: e tekintetben vadonatúj felismerésekre és cselekvési irányokra van szükség. Hadd tegyem azonban tüstént hozzá: semmiképpen sem hihetünk az intézményes-állami paternalizmus csodatévő erejében. Erre vallanak egyébként a nemzetközi tapasztalatok is. Ezért legalábbis két dologra feltétlenül szükség van. Először, az ide vágó tényeket és jelenségeket kellő komolysággal, felelősséggel és szakszerűséggel szüntelenül a társadalmi közvélemény ellenőrzése alá kell helyezni. Másodszor, tudatában kell lennünk, hogy a mégoly kiváló intézményes formák sem lehetnek kellőképpen eredményesek, ha nem kapcsolódnak össze a társadalmi szolidaritás, az öntevékenység és az önségély változatos alakjaival, ezek szabad mozgásterének bővítésével, vagyis az állampolgárok személyes autonómiájának, benső morális erejének és értékudatának gyarapodásával. Ne higgyük, hogy a rendőri, pszichiátriai, családgyógyászati vagy egyéb szakszerűség önmagában csodákat művelhet, ha ezt a szakszerűséget nem támogatják magában a társadalomban kibontakozó kedvező fejlemények.

A beilleszkedési zavarok társadalmi kezelése nem rekeszthető be egyszerűen az államigazgatási logika szaktárca-szemléletének keretei közé. E kérdésekben sajátos munkamegosztásnak kell érvényesülnie, mert érdemleges javulás csak úgy érhető el, ha egyidejűleg több szinten és több területen tesszük meg a szükséges lépéseket. Sem a településpolitikai döntések, sem az állampolgárokat szervezőekben integráló helyi öngazgatás fejlesztése, sem a munkaerőgazdálkodás, sem pedig a kulturális hagyományok okos szelekciója és továbbfejlesztése nem tartozik például az „antideviációs” intézmények közvetlen feladatai közé. Pedig, ha az effajta intézkedések lehetséges hatásait nem vesszük kellőképpen figyelembe, újratermelődnének a deviáció fennmaradásának, sőt bővülésének feltételei.

A társadalmi nyilvánosságról

Az imént nyomatékosan emlegettem a nyilvánosság ellenőrző szerepét. A nyilvánosságnak azonban kockázata is van. A társadalmi beilleszkedési zavarok szakadatlan látványa — megtetőzve korunk tömegszórakoztatási műfajainak egyikével-másikával —, sokakat hajlamossá tehet arra, hogy mindebből pusztán az izgató látványosság keltse fel figyelmüket. Ennek köszönhető például, hogy ma a csövesekről és a narkósokról írott művek divatját éljük. Így azután könnyen beleragadhatunk a diagnózis ismételtetésébe. Mindig féltettem és féltem ma is a komoly és felelős cselekvés elsőszülöttségi jogát. Ma már a ténymegállapítás mellett mind többet kellene szólnunk az erőfeszítések eredményeiről és kudarcairól, valamint az elmulasztott lépésekről. A klubok, a társaságok, az orvosok és a szociális munkások, a családgondozók és a gyermekvédők, az egyházi aktivisták s az újszerű intézmények sikerek mellett sikertelenségekről is beszámolhatnak. Működésük tapasztalatainak szisztematikus általánosítása sok segítséget nyújthat a helyes irányú továbblépésben. De azzal is mindig tisztában kell lennünk, hogy melyek azok az elmulasztott intézkedések, amelyek jelentősen hozzájárulnak a helyzet fennmaradásához, sőt alkalmanként romlásához.

A nyilvánosság bevonása a gondokba persze nagyobb felelősséget és szakszerűséget követel, mint a meghitt, „céhbeli” titkolózás és belterjesség. A nagyobb nyilvánosságra annál is inkább szükség van, mivel ma még csak feltevészerű ismereteink vannak arra nézve, hogy a deviáns jelenségek szakadatlan látványa és láthatósága miképpen teremt követendő viselkedési mintákat, s hogy azok miképpen épülnek be a mindennapi lét kultúrájába. Azt mindenesetre tudjuk, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos szokások — mint pl. az alkohol és a férfiaság, az alkohol és az ünneplés vagy a katonáskodás kapcsolata — nem csupán hagyományként, hanem ebbéli minőségükben nagy felszólító erejű kulturális mintákként, társadalmi igényekként is működnek. Mindezt nem a fölös óvatosság mondatja velem, hanem a kérdések nyitott és higgadt, sokfelé figyelő kezelésének az igénye.

Kutatási eredmények

A beilleszkedési zavarok vizsgálatának eddigi eredményei igazolni látszanak két fontos előzetes feltevést. Az egyik, hogy a deviáns magatartásmódok kibontakozásának gyökereit az egész személyiségfejlődés (a szocializáció) hátterén, s annak is a legkorábbi szakaszaiban célszerű kutatni (a beilleszkedési zavarok kialakulásának hátteréről lásd Kolozsi Béla cikkét, 29-35. old. — szerk.). Természetesen ezt az elvet sem szabad abszolutizálni. Az egyetlen magyarító elvvel dolgozó értelmezési módok itt aligha lehetnek célszerűek, mivel nem kerülhetik ki a mechanisztikus determinációs modellek zsákutcáját. Épp ebből a szempontból lehet ropant érdekes a tudomány számára annak vizsgálata, hogy azonos vagy azonosnak látszó feltételek között miért, mifajta személyes ellenállóképességnek köszönhető-

en nem lesz valaki alkoholista, bűnöző vagy öngyilkos, holott környezetében ezek nagy gyakorisággal előforduló konfliktusmegoldási módok.

A másik fontos feltevés a deviáns magatartásmódok együttjárásának tényére hívta fel a figyelmet. Ma már ismert, hogy a depresszió, az alkohol és az öngyilkosság, vagy a gyermekkori veszélyeztetettség és az alkohol, a kábítószer és a bűnözés gyakran együtt fordul elő. E ténynek igen messzemenő következményei lehetnek a megelőzés logikájára és a terápia vagy a reszocializálás kivitelezésére vonatkozóan. Az együttjáró zavarformák közül valamelyik ugyanis többnyire „túl-súlyos” vagy esetleg kialakulását tekintve elsődleges lehet, s ez megadhatja a beavatkozás hatékony „támadáspontját”.

Mindez azt is jelenti, hogy az egyes deviáns magatartásmódok teljes elkülönítése és izolált kezelése — ahogy ez gyakorlatilag még ma is történik — vajmi kevésbé látszik célravezetőnek. Ezért intézményrendszerünk működésében ésszerűen és kiegyensúlyozottan kell egybekapcsolni a szűken specializált szakemberek (alkohológusok, suicidológusok, kriminalisták, pszichiáterek) és a szélesebb látásmódú, főként felderítő jellegű szakemberek (körzeti-, üzemi- és iskolaorvosok, családgondozók, gyermekvédők, szociális munkások) tevékenységét és együttműködését.

A további kutatások feladatai

A hazai beilleszkedési zavarok szembeötlő jellegzetessége, hogy elterjedtségük az ország kis területe ellenére erőteljes regionális szerveződést és etnikai eltéréseket mutat. Ez rendkívüli — immár évszázados — makacssággal jelentkezik, s az általános növekedési tendencián is átüt. A ténytet tehát ismerjük, de magyarázatának mindaddig híján vagyunk. Pedig a kielégítő magyarázat igen fontos lenne a gyakorlati cselekvés — egyebek között az intézmények szelektív fejlesztése — szempontjából is.

A kutatások egyik ígéretes szála remélhetőleg megvilágít majd néhány rejtélyt ezzel kapcsolatban. A jelenség annál is inkább méltó a figyelmünkre, mivel az előzetes megfigyelések szerint nem csupán az öngyilkossági adatok rajzolnak ki markáns területi különbségeket, hanem a neurózis, az alkoholizmus, a kriminalitás, sőt bizonyos szomatikus tünetek adatai is. E regionális különbségek vizsgálata fényt vethet mind a deviáns magatartásformák egyéni és társadalmi kialakulására, mind pedig a társadalmi átörökítés finomabb mechanizmusaira, különösen az olykor nem is verbalizálható, rejtettebb kulturális minták elsajátításának módjára. Ismert tény, hogy ha egy családban a felmenők körében már előfordult öngyilkosság, akkor tagjai sokszorososan veszélyeztetettebb helyzetben vannak. De vajon pontosan miért és miképpen? Meglehet, hogy a közvetlen, az egyént magába foglaló, regionális, személyes és kulturális környezet is hasonló szerepet játszik, mint az iménti esetekben a család. Az illékony, nehezen megfogható kulturális tradíciók, az eleven személyekhez kötött viselkedési minták, emlékképek, különös sorok úgy foghatják körül az egyént, hogy kritikus helyzetekben sugalmazó-felső-

lító „várakozást” közvetítenek felé, s ezáltal cselekvési motívummá is válnak. E szálon feltehetőleg közelebb kerülhetünk annak megválaszolásához, hogy végül is mi teszi fogékonná, vagy éppen ellenkezőleg: ellenállóvá az egyént a deviáció kihívásaival szemben.

S itt visszakanyarodhatunk egy már szinte közhelyszerű felismeréshez, amelyet mégsem árt újra és újra hangsúlyozni. A beilleszkedési zavarok korlátozása és csökkentése — bármily fontos és nélkülözhetetlen legyen is a jól kiépített, szakszerű intézményrendszer tevékenysége — végső soron a társadalom tagjainak általános mentális, érzelmi és morális állapotától függ. Vagyis a legjobb prevenció: a normális és sikeres személyiségfejlődés esélye, a mentális és fizikai egészség.

A beilleszkedési zavaroknak Magyarországon egyrészt mély történeti gyökerei vannak, összefüggnek a társadalom mindennapi viselkedési kultúrájával, másrészt társadalmunk elmúlt évtizedeiben végbement változásaival, társadalmi életünk alapvető sajátosságaival kapcsolatosak.

Történet, demográfia és társadalmi különbségek

Andorka Rudolf

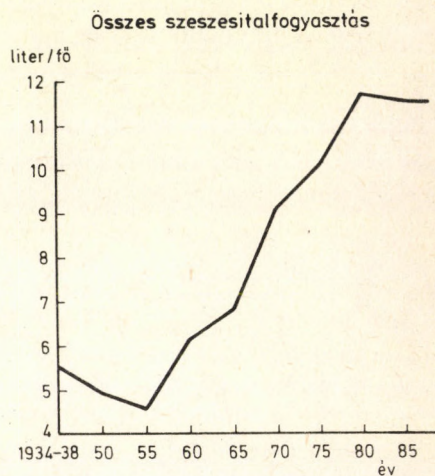
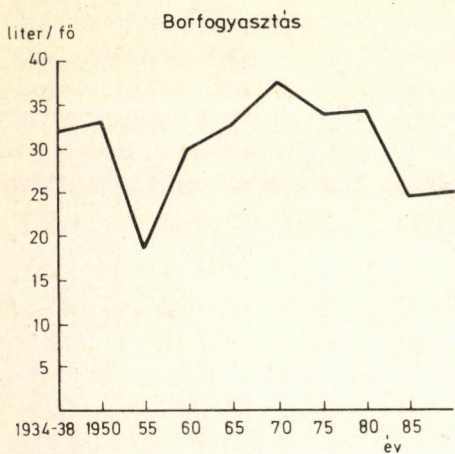
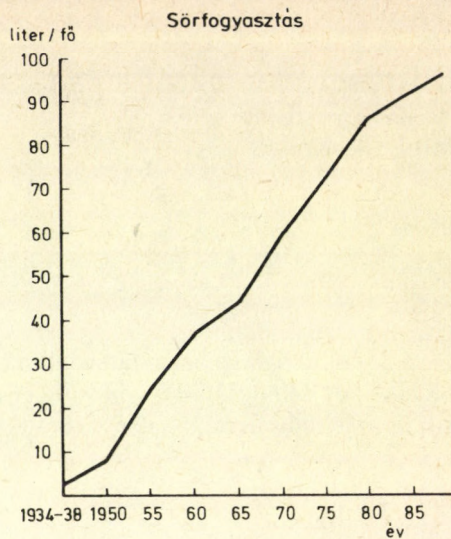
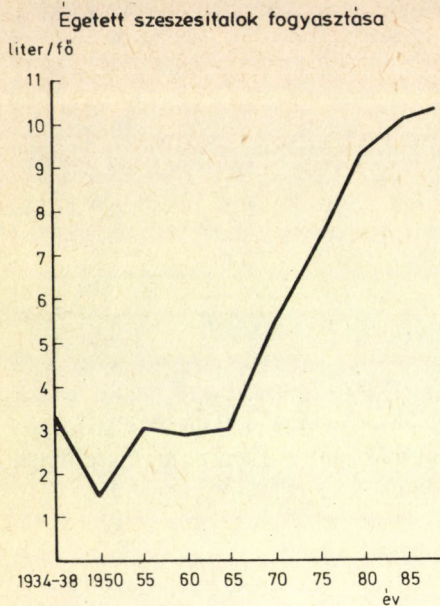
E rövid összefoglalásban a társadalmi beilleszkedési zavarok néhány — elsősorban történeti és demográfiai — összefüggésére szeretnék utalni. Ezekre az összefüggésekre az elmúlt évek kutatásai során derült fény.

Alkoholizmus

Az alkoholisták számáról nincs adatgyűjtés. (Csak a gondozóintézetekben kezelt és nyilvántartott alkoholista betegekről van adat, ez azonban nyilvánvalóan csak egy kisebb része a teljes számnak.) Kétféle módszerrel szokták az alkoholisták számát megbecsülni: (1) a májzsugorodás okozta halálesetek száma alapján (1986-ban ez 4559 volt) és az egy főre jutó szeszesitalfogyasztás alapján (ez 1986-ban 11,5 liter abszolút alkoholnak felelt meg). E két adatot alapul véve 4—500 ezerre becsülhető az alkoholisták száma. Vagyis a jelenlegi helyzetben minden hatodik-hetedik férfi és minden negyvenedik-ötvenedik nő válik alkoholistává élete folyamán (s az adatok azt mutatják, hogy az alkoholista nők száma gyorsabban nő, mint a férfiaké).

A legújabb vizsgálatok a felnőtt lakosság szeszesitalfogyasztási szokásairól és mennyiségéről alátámasztják ezeket a becsléseket, sőt azt sejtetik, hogy ennél is nagyobb azoknak a száma, akik már alkoholisták vagy akiket ez a sors fenyeget. Ennek alapján állíthatjuk (bár ezzel nem ért egyet minden kutató), hogy *az alkoholizmus a legsúlyosabb gondokat okozó társadalmi beilleszkedési zavarfajta a mai magyar társadalomban.*

Az alkoholizmussal kapcsolatban — csakúgy mint az öngyilkosság esetében — hangsúlyozni kell, hogy régi „hagyományai” vannak Magyarországon. Történeti források több évszázadra visszamenően bizonyítják, hogy mekkora gondokat okozott a mértéktelen alkoholfogyasztás. A múlt század végén, Európa sok más országához hasonlóan, valószínűleg visszaesett a fogyasztás és ezzel együtt az alkoholizmus. Feltételezhető, hogy ez egyrészt a gyáripari gépi munka terjedésével függött össze (ahol a részegség súlyos balesetveszélyt jelentett), másrészt hatással voltak az erős munkásmozgalmi, egyházi és egyéb társadalmi józansági mozgalmak.



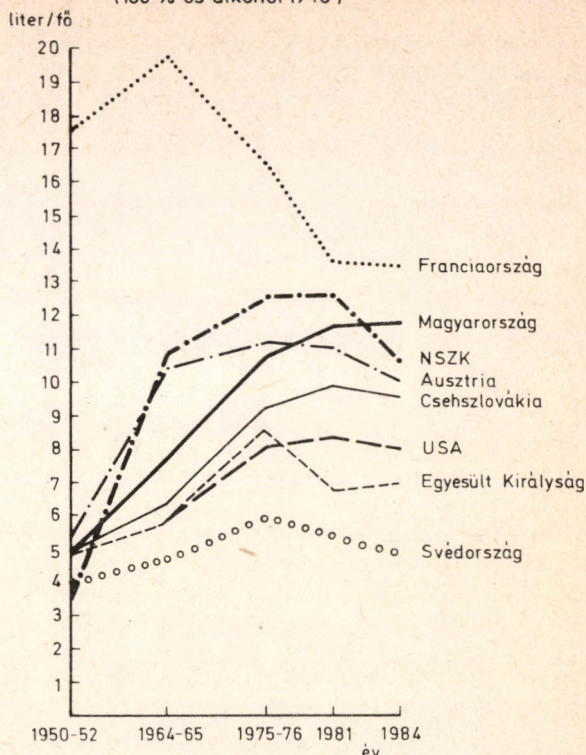
mak is. A második világháborút követő átmeneti visszaesés után már az 1950-es évek elején megindult egy lassú, de folyamatos növekedési tendencia mind a szeszesitalfogyasztás, mind a májzsugorodás okozta halálesetek adatsorában. A fogyasztási adatok kimutatják, hogy a borfogyasztás nem változott (az adott évi terméstől függően ingadozva nagyjából az 1930-as évek színvonalán van ma is), a sörfogyasztás erősen, az égetett szeszesital fogyasztása még erősebben nőtt.

Az összes fogyasztás magába foglalja az ideérkező turistákét is, ezért ténylegesen talán valamivel kisebb az egy főre jutó érték. Viszont a zugpálinkafőzés miatt feltehetőleg nagyobb a valódi fogyasztás, mint amennyit a hivatalos adatok kimutatnak.

A növekedési tendenciát azonban ezek az adatszolgáltatások nem teszik kétségesse. A májzsugorodás okozta halálos esetek száma 1984-ig folyamatosan emelkedett, s ez is alátámasztja az alkoholizmus hosszútávú terjedésére vonatkozó következtetésünket. Az egy főre jutó fogyasztás 1978 óta (amikor megkezdődött a határozott kínálatkorlátozó intézkedések bevezetése) nagyjából azonos szint körül ingadozik.

A magyar növekedési tendencia értékeléséhez figyelembe kell venni, hogy (1) a második világháború utáni körülbelül 20–25 évben majdnem minden európai kultúrájú országban (ugyanis ezekben elterjedt a szeszesitalok fogyasztása) emelkedett a fogyasztás, (2) ezután azonban többségükben megállt a növekedés, sőt több országban lényeges visszaesést tapasztalhatunk. Tehát az alkoholizmus terjedése nem jár szükségképpen együtt az életszínvonal emelkedésével, a társadalom modernizálódásával, sőt...

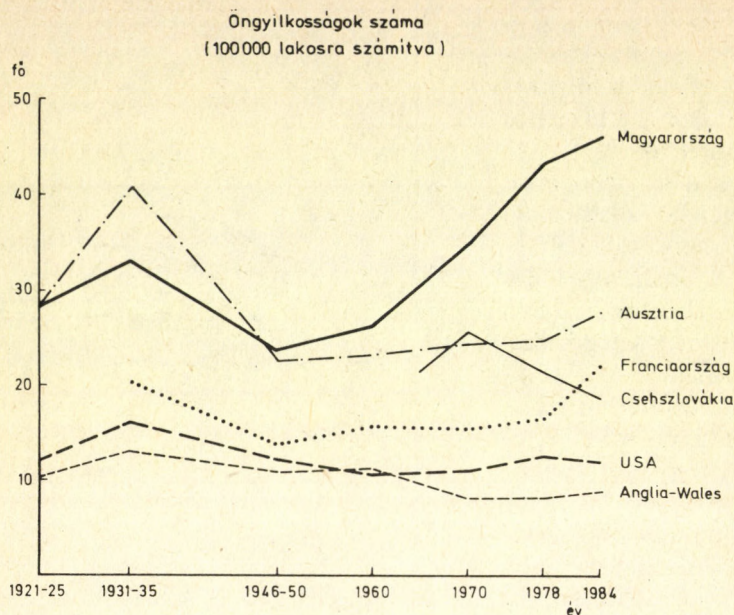
Egy főre jutó szeszesitalfogyasztás
(100 %-os alkohol l/fő)



Öngyilkosság

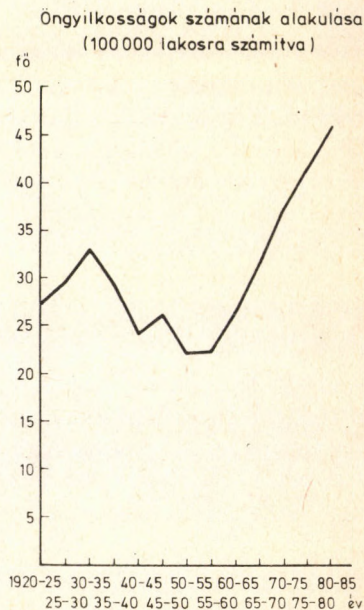
Az 1980-as években évente 4650-4910 halálos esetnek volt oka az öngyilkosság. Ez azt jelenti, hogy körülbelül minden harmincadik ember öngyilkosság következtében hal meg Magyarországon. Az öngyilkossági kísérletek számáról az utóbbi években nincs statisztikai adatgyűjtés, a korábbi adatok alapján azonban tudjuk, hogy a kísérletek száma többszöröse a halállal végződő öngyilkosságok számának. *A százezer lakosra jutó öngyilkosságok száma hazánkban kiemelkedően a legmagasabb a világon.* Ehhez azonban hozzá kell fűzni azt a fenntartást, hogy több eu-

rópai ország nem közli az öngyilkosok számát, továbbá nem lehet azt sem kizárni, hogy a magyar öngyilkossági adatgyűjtés pontosabb, mint más országoké. Ez azonban nem változtat azon a tényen, hogy az öngyilkosságok száma igen magas nálunk.



Történetileg vizsgálva: az öngyilkosságok száma hazánkban a múlt század vége óta (amióta erről statisztikai adataink vannak) igen magas. A történeti-statisztikai kutatások arra engednek következtetni, hogy az öngyilkossági arányszám emelkedése a kiegyezés után indult meg. Az emelkedés nem volt egyenletes: az 1930-as évek első felében, a nagy gazdasági válság idején érte el az első csúcspontot, a második világháború végén, majd 1952-ben pedig újabb csúcsok jelentkeztek. 1957-től kezdve az öngyilkossági arányszám szinte folyamatosan (habár lassan) emelkedett egészen 1981-ig, míg az utóbbi években e magas szint körül ingadozik.

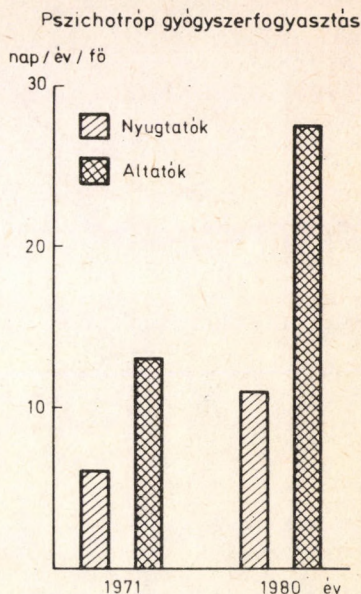
A hosszú emelkedési tendencia megdőbben-tő voltát fokozza, hogy a fejlett társadalmak többségében semmilyen hasonló tendencia nem mutatkozott az elmúlt évtizedekben.



Mentális betegségek

A mentális betegségek gyakoriságáról még kevésbé pontosak adataink, mint az alkoholisták számáról. Ez természetesen összefügg a lelki egészség és betegség definíciójának bizonytalanságával is. Az elmegyógyászati (1986-ban 104 054) és az ideggyógyászati (1986-ban 76 645) fekvőbeteg intézményekből egy év alatt elbocsátott betegek száma, valamint a pszichiátriai gondozó intézetekben nyilvántartott és gondozott betegek száma (1986-ban 117 241) alapján a népességnek legalább 2%-a (azaz több mint 200 000 ember) szenved ilyen betegségben.

A neurózis skálákat tartalmazó kérdőívvel a lakosság körében végzett legújabb vizsgálatok szerint *a felnőtt népesség közel egynegyedénél lehet neurózis tünetegyüttest vagy annál súlyosabb mentális zavart megállapítani*. Adatok híján sem az időbeli tendenciák megbízható megállapítására, sem nemzetközi összehasonlításra nincs módunk. Az idézett magas arányszám alapján azonban mindenképpen levonhatjuk azt a következtetést, hogy súlyos problémával állunk szemben.

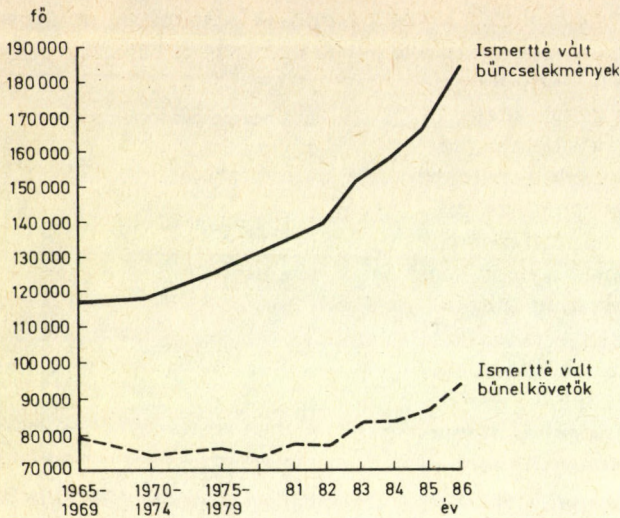


Bűnözés

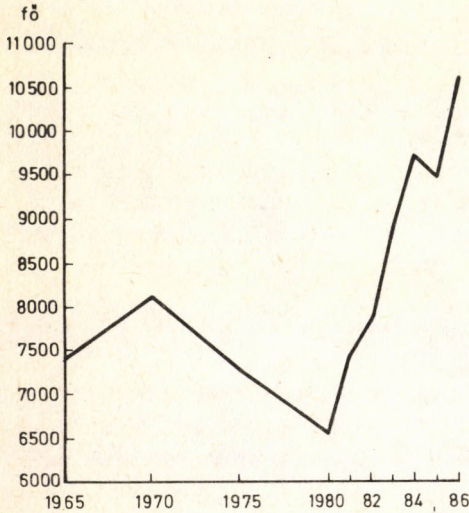
A bűnözésről három forrásból vannak pontos statisztikai adatok: (1) az ismertté vált bűncselekmények száma (1986-ban 182 867), mely a rendőrség tudomására jutott cselekményeket tartalmazza (tehát azokat is, ahol az elkövető kilétét nem lehetett a későbbiekben sem megállapítani), (2) az ismertté vált elkövetők száma (1986-ban 93 176), akikről a nyomozás megállapította, hogy elkövették a kérdéses cselekményt, (3) s végül a bíróság által jogerősen elítéltek száma (1986-ban 63 384).

A három szám természetesen nem egyezik meg, mert nem minden bűncselekmény elkövetőjét derítik fel és nem minden elkövetőt ítél el a bíróság, továbbá egy bűncselekményben többen is részt vehetnek, és egy személy több bűncselekményt is elkövethet. Probléma azonban, hogy a három adat változási tendenciája eltérő volt az utóbbi években: *az ismertté vált bűncselekmények száma erősebben, az ismertté vált elkövetőké lassabban nőtt*, a jogerősen elítélteké nagyjából azonos szint körül ingadozott. Aggodalomra ad okot, hogy *a fiatalok elítéltek száma növekedett az 1980-as években*.

Ismertté vált bűncselekmények
és bűnelkövetők száma



Fiatalkorú bűnelkövetők száma



Ha az adatokat hosszútávra vizsgáljuk, akkor a tendenciák nem egyértelműek. Például 1952-ben és 1953-ban sokkal nagyobb (141 000 illetve 154 000) volt az elítéltek száma, míg egyes években, például 1963-ban (43 000) és 1970-ben (51 000) sokkal kisebb. Ezek az ingadozások azonban inkább a büntetőjog és a bírósági gyakorlat változásainak következményei, mint a bűnözés intenzitásában bekövetkezett változásoké. Az 1951–52. évi csúcserték például részben olyan cselekmények (pl. feketevágás) miatt kiszabott ítéletekből adódott, amelyek ma nem számítanak bűncselekményeknek, részben az úgynevezett politikai bűncselekményekből, amelyek miatt ma sokkal kevesebb büntetőítéletet szabnak ki.

Az utóbbi években nagyon eltérő tendenciákat lehet megfigyelni bűncselekménykategóriák szerint: nőtt például a betöréses lopás, a deviza- és vámbűncselekmények, az ittas járművezetés miatt elítéltek száma, nem nőtt viszont azoké, akik például emberölést követtek el. A bűnözés tendenciáit illetően tehát csak igen differenciált és óvatos megállapításokat lehet megfogalmazni.

Kábítószerfogyasztás

A kábítószerfogyasztás igen összetett jelenség: a ragasztószerek és más szerves gőzök belégzésétől a különféle pszichés működést befolyásoló gyógyszerek szedésén és különféle gyógyszer-alkohol kombinációk fogyasztásán keresztül a súlyosan veszélyeztető „kemény” kábítószerekig terjed. Sokféle fokozata fordul elő: az alkalmi kipróbálástól a rendszeres fogyasztásig. Megfelelő adatok híján nagyon nehéz akár csak valamennyire is megbízható adatokat mondani elterjedtségéről. Az a gyakran idézett adat, hogy évente körülbelül 30 000 fiatal kerül valamilyen formában kapcsolatba kábító hatású szerrel, legfeljebb a probléma nagyságrendjének érzékeltetésére használható.

Hazánkban 1968-ban figyeltek fel először kisebb csoportokra, akik sörrel kombinálva szedtek gyógyszereket. 1969-ben pedig iskolákban vették észre, hogy a diákok ragasztószerek gőzét lélegzik be.

A rendelkezésre álló töredékes adatok és az utóbbi években végzett felmérések arra engednek következtetni, hogy *a kábítószerfogyasztás gyorsan terjed*. Egy 1974. évi kérdőíves felvétel során a megkérdezett tanulók 5%-a mondta, hogy már kapcsolatba került kábítószerral. Egy 1985-ös, középiskolai tanulók, szakmunkásképző tanulók és nevelőotthoni állami gondozottak körében végzett vizsgálat szerint 6%-uk legalább egyszer kipróbálta már a „szipuzást” és közel 10% szedett gyógyszert kábító hatásáért. Ezek azonban nem reprezentatív mintákon alapuló felvételek voltak, *s a felnőttek hasonló élményeiről, szokásairól pedig semmiféle adatunk nincsen*.

Veszélyeztetett fiatalok

A felnőttkori beilleszkedési zavarok gyökerei sok esetben visszavezethetők a rossz gyermekkori körülményekre. Nem érdektelen tehát megnéznünk, hogyan alakul a veszélyeztetett fiatalok aránya. Veszélyeztetettnek tekintjük azokat a fiatalokat, akiknek nevelése, oktatása, (testi, értelmi, erkölcsi stb.) fejlődése nincs megfelelőképpen biztosítva. Ennek oka sokféle lehet: például a szülő(k) hiánya, vagy a szülő(k) alkoholizmusa, brutalitása, egészségtelen lakáskörülmények, erkölcsstelen környezet, rossz anyagi helyzet stb. Vagyis a veszélyeztetett gyermekek döntő többsége a hátrányos helyzetűek közül kerül ki. A leggyakrabban előforduló okok: a szülők beilleszkedési zavara (mely többnyire a gyermeknevelés elhanyagolásához vezet) és a nem megfelelő anyagi helyzet.

A veszélyeztetett gyermekek széles körű felmérésére első ízben 1961-ben került sor, amikor 27 000 ilyen kiskorút regisztráltak. Számuk sajnos folyamatosan nő és 1986-ban már meghaladta a 135 000-et. E gyermekek több mint egynegyedét a szülők alkoholfogyasztása is veszélyezteti és körülbelül egynegyedét a lakáskörülményeik is. Mivel a statisztikában a munkábaálló fiatalok és a három év alattiak közül csak a súlyos esetek szerepelnek, vagyis csak az óvodásokról és iskolásokról vannak pontosabb adataink, a valóságos értékek ennél minden valószínűség

szerint magasabbak. A gyermekvédelmi ellátás költségei 1986-ban 2 milliárd 45 millió forintot tettek ki, de az otthonokra és intézetekre jutó összeg nem teszi lehetővé az ott gondozott gyerekek rendes ellátását.

Megfelelő adatok híján nemzetközi összehasonlítást nem tudunk végezni, de a hazánkban mutatkozó erős gyarapodási tendencia valamint a korcsoporton belüli magas előfordulási arány komoly aggodalomra ad okot: *fiatal nemzedékünk riasztóan nagy része él fejlődését veszélyeztető körülmények között.*

Demográfiai és társadalmi különbségek

Az alkoholisták nagy többsége férfi, s arányuk a 40—59 évesek között a legnagyobb. Ennek a kormegoszlásnak feltehetően az a magyarázata, hogy a függőség kialakulásához általában éveken át tartó nagy mennyiségű fogyasztás szükséges. Annak, hogy az idős korú férfiak között kevesebben vannak, kétféle magyarázata is lehetséges: (1) idős korban egyszerűen kevesebbet tudnak inni, így az okozott akut problémák kevésbé súlyosak és/vagy (2) az alkoholisták jelentős része az átlagosnál sokkal korábban hal meg.

A májzsugorodás okozta halálesetek gyakorisága alapján arra következtethetünk, hogy mind a férfiak, mind a nők között a társadalmi hierarchia alsó rétegeiben, a szakképzetlen munkások és parasztok körében leggyakoribb az alkoholizmus, míg a szellemi foglalkozásúaknál ez a halálok még fele olyan ritkán sem fordul elő. Egy 1986-os reprezentatív lakossági adatfelvételben ivási szokásokról és az előző héten fogyasztott mennyiségekről kérdeztünk. Az itt kapott adatokból is hasonló társadalmi különbségekre következtethetünk, azzal a kiegészítéssel, hogy a nők között van egy jelentős magas iskolai végzettséggel rendelkező csoport, amelyik meglehetősen sok alkoholt fogyaszt.

Az öngyilkosoknak valamivel több mint kétharmada férfi. Csupán körülbelül egyharmaduk 60 éves vagy annál idősebb, tehát csak kisebb részüket lehet öregkorúnak mondani. Javarészüik felnőttkorának derekán hal meg, amikor még sokévi keresőmunka és házastársi, szülői szerepek ellátása várna rájuk. Örvedetes viszont, hogy viszonylag csekély a 20 évnél fiatalabb öngyilkosok száma. Igaz, a kísérletet elkövetők között sokkal nagyobb a fiatalok (és a nők) aránya.

Az öngyilkosság előfordulási gyakorisága igen erős társadalmi különbségeket mutat: a nem mezőgazdasági munkások esetében nagyjából az országos átlag körül mozog, a nagyüzemi parasztság körében több mint kétszer olyan gyakori, mint az átlag, míg a szellemi dolgozók között az országos átlag felénél valamivel több.

Ellentétben a két előbbi beilleszkedési zavarral, a mentális betegek között a nők vannak többségben. A mentális zavarok előfordulási aránya az életkorral párhuzamosan emelkedni látszik, míg a mentális zavarok első fellépése az ifjúkor végén, a felnőtt kor elején a leggyakoribb.

Nagyon nehéz a mentális zavarok társadalmi különbségeit megbízhatóan kimutatni, mert az, hogy a szenvedő személy orvoshoz vagy pszichológushoz fordul-e, nagymértékben függ a szűkebb és tágabb társadalmi környezet (család, munka-

hely) hozzáállásától, túrési hajlandóságától. A legújabb vizsgálatok arra engednek következtetni, hogy a súlyos mentális zavarok — az öngyilkossághoz és az alkoholiszmushoz hasonlóan — gyakrabban találhatóak a társadalom rosszabb körülmények között élő rétegeiben.

A bűncselekményeket elkövetők aránya sokkal nagyobb a férfiak, mint a nők között, és elsősorban a fiatal férfiak vesznek részt benne. A társadalmi különbségekre vonatkozó vizsgálatok szerint a bűncselekmények elkövetőinek többsége a társadalom legalacsonyabb iskolai végzettségű és legrosszabb körülmények között élő részéből kerül ki, bár természetesen vannak olyan bűncselekményfajták (pl. gépkocsitulajdonosok által elkövetett közlekedési bűncselekmények), amelyek a jobb módúak között gyakoribbak.

Az iskolák, egészségügyi intézmények és a rendőrség tudomására jutott esetekben a kábítószerfogyasztók nagy része tizen- és huszonéves fiatal (de ez nem zárja ki, hogy az idősebb népesség körében is elterjedt). A fiatalok legnagyobb részének komoly iskolai kudarcjai voltak vagy nem tudtak úgy beilleszkedni a felnőtt életbe, hogy az számukra meglegedettséget okozzon. Sokuk családjában súlyos szülői konfliktusok vagy tragédiák fordultak elő. Bár ezek a fiatalok — az iskolai sikertelenség miatt — viszonylag kedvezőtlenül helyezkednek el a foglalkozási szerkezetben (ha már keresők), a szülők társadalmi helyzete nem mutat határozott különbségeket: vezető beosztásúak, szakértelmiségi és általában szellemi foglalkozású családok gyermekei is bőven előfordulnak köztük. Falun és a parasztcsaládok gyermekei között egyelőre, úgy látszik, ritkábban fordul elő kábítószerfogyasztás.

Beilleszkedési zavarok és a hátrányos társadalmi helyzet

A beilleszkedési zavarok előfordulásának társadalmi különbségei jelzik, hogy e zavarok szoros kapcsolatban állnak a hátrányos társadalmi helyzettel. Az összefüggés kétirányú: a hátrányos helyzettel járó feszültségek, szocializációs hibák és e rétegekben előforduló viselkedési szabályok és értékek fokozzák a deviáns viselkedés előfordulásának esélyét (sőt hasonló viselkedésért a hátrányos helyzetű személyt könnyebben minősítik deviánsnak, például alkoholistának), másrészt a beilleszkedési zavar előbb-utóbb olyan mértékben rontja az egyén és családja körülményeit, hogy ez növeli a társadalmi hátrányok fokozódásának veszélyét.

E kapcsolat megvilágításához röviden ki kell térni a hátrányos helyzetűekre vonatkozó magyarországi kutatások főbb eredményeire. Mindenekelőtt a fogalmakat kell tisztázni. *Hátrányos helyzetűnek* nevezünk azt a személyt vagy családot, aki az életkörülményeknek valamely fontos vonatkozásában, dimenziójában az átlagosnál lényegesen rosszabb helyzetben van: az átlagosnál lényegesen kisebb az egy főre jutó jövedelme (például annak felét sem éri el), rosszak a lakáskörülményei (nincs önálló lakása, túlszűfolt a lakás, nincs ivóvízvezeték a lakásban), igen rossz az egészségi állapota stb. *Többszörösen hátrányos helyzetűnek* nevezünk azokat, akiknél több ilyen hátrányos helyzet halmozódik. Ugyanilyen értelemben használjuk a *deprivált* kifejezést. A *szegénység* fogalmát lehet relatív és abszolút értelem-

ben is használni. Relatív értelemben a deprivációval azonos, míg abszolút szegénységen azt a helyzetet szoktuk érteni, amikor az egészséges emberi életnek, a munkaképességnek stb. fenntartásához hiányoznak a szükséges alapvető javak és szolgáltatások (mint pl. az élelmiszer, lakás). Ezért ahhoz, hogy abszolút szegénységről beszélhessünk, szükség van a létminimum kiszámítására. A létminimum számítások azonban rengeteg módszertani problémát vetnek fel.

A két világháború közötti Magyarországot a korabeli szociográfiai irodalomban gyakran nevezték a „három millió koldus országának”. A három millió kolduson általában a föld nélküli mezőgazdasági munkásokat és a törpebirtokosokat értették. Ha hozzájuk számítjuk (és az 1930–31-re vonatkozó korabeli átlagos családjövedelem-becsles ezt mindenképpen indokolja) a munkásság szakképzetlen részét és a munkanélkülieket, akkor ez további egy-másfél millió főt jelent, vagyis 4–4,5 millióra tehető azoknak a száma, akik annak idején feltételezhetően létminimum alatti jövedelemből éltek.

A jövedelmi szempontból hátrányos helyzetűek számának alakulását akkor lehet pontosan figyelemmel kísérni, ha időről-időre családjövedelem-vizsgálatokat végeznek. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1962 óta éventenként végez ilyen adatfelvételeket. Az eredményeket mindig részletesen közzétették, így a jövedelemkülönbségekről pontos képet lehet kapni. Az összehasonlítást azonban megnehezíti, hogy időközben emelkedett az árszínvonal, mégpedig ötéves időszakonként eltérő mértékben (a közelmúltban lényegesen gyorsabban). Ezért az alábbi adatok csak megközelítő képet adnak arról, hogy hogyan alakult az alacsony jövedelmű rétegek nagysága:

Egy főre jutó havi jövedelem	A népesség százaléka
1962-ben 800 Ft alatt	31 %
1967-ben 800 Ft alatt	25 %
1972-ben 1000 Ft alatt	18 %
1977-ben 1200 Ft alatt	7 %
1982-ben 1800 Ft alatt	6,4 %

Mivel 1978 óta az egy főre jutó reáljövedelem szintje alig emelkedett, az árindex viszont majdnem kétszeresére nőtt, durván azt becsülhetjük, hogy a népességnek kb. 7%-a élhet ma is havi kb. 2400 Ft jövedelem alatt. Pontos adatot majd csak a KSH 1988 elején végzendő családjövedelem-vizsgálatából fogunk kapni. A hallgatólagosan többé-kevésbé elfogadott létminimum azonban ennél magasabb: a minimális sajátjogi nyugdíj az év elején 2800 Ft körül volt. A KSH 1984-ben egy adatfelvétel során kérdezte a lakosságtól a szűkös megélhetéshez szükséges egy főre jutó havi összeget és a válaszok átlaga 2030 Ft volt, ami 1987 első felében szintén kb. 2800 Ft-nak felelt meg.

A Magyar Szociológiai Társaság 1981. évi tudományos konferenciája a többszörsően hátrányos helyzetű rétegek vizsgálatáról új lendületet adott a kérdéskör kutatásához. Ekkor fogalmazódott meg az az igény, hogy nem csak a jövedelem, ha-

nem több további dimenzió (lakás, lakókörnyezet, műveltség, betegség, időskori gondozásra szorultság, deviáns viselkedés) szempontjából is vizsgálni kell a hátrányokat.

Ennek az igénynek kívánt megfelelni a KSH és az MSZMP KB Társadalomtudományi Intézete közös 1981—1982. évi rétegződés vizsgálata. E többdimenziós (anyagi helyzet, fogyasztás, lakás és lakókörnyezet, műveltség és életmód, munkakörülmények, betegség, érdekérvényesítés) vizsgálat alapján Kolosi Tamás és Bokor Ágnes a lakosság 9—14 %-át becsülték depriváltaknak és 8—20 %-át enyhén depriváltaknak vagy a depriváció szempontjából veszélyeztetettnek. *Ezek együtt tehát megközelítőleg a lakosság 30 %-át alkotják, vagyis körülbelül 2,5—3 millió embert érintenek.*

Kikből tevődnek össze a depriváltak és a depriváció által veszélyeztetettek? Egyetlen társadalmi réteget sem lehet teljes egészében ide sorolni (mint pl. az 1930-as években a mezőgazdasági munkásság teljes egészét), de a szakképzetlen munkások és mezőgazdasági foglalkozásúak, az idősek, a többgyermekes családok, a falusi lakosok (különösen a kisközségek lakói) és általában az alacsony iskolai végzettségűek (a fiatal 8 általánost sem elvégzők) az átlagosnál sokkal nagyobb arányban fordulnak közöttük elő.

Arra a kérdésre, hogy mi okozza a hátrányos helyzetet, szintén nehéz leegyszerűsített választ adni. A különféle tényezők ugyanis egymást erősítik. Az alacsony iskolai végzettség és a szakképzettség hiánya általában alacsony keresetet és rossz érdekérvényesítési pozíciót eredményez; ezzel szorosan összefügg a rossz lakáshelyzet, amiből következik a krónikus betegség kifejlődésének nagyobb valószínűsége. Az ilyen családi háttérből jövő gyermekek viszont többnyire képtelenek magasabb iskolai végzettségig eljutni, így a hátrányos helyzet nemzedékről-nemzedékre öröklődik. Mindezek a tényezők fokozottan taszítanak a társadalmi beilleszkedési zavarok irányába, ha pedig ilyen előfordul, a család lehetőségei a hátrányokból való kiemelkedésre még inkább romlanak.

Következésképp, *a hátrányos helyzetűek segítésének is egyszerre több vonalon kell haladnia*: a műveltségi hátrányok leküzdésétől a családok pénzügyi támogatásán keresztül az érdekkifejezési és érvényesítési képességek és lehetőségek intézményes erősítéséig, de ide kapcsolódik a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzése és kezelése is.



A társadalmi beilleszkedési zavarok többéves kutatássorozata tehát azt mutatta, hogy a társadalmi beilleszkedési zavaroknak egyrészt mély történeti gyökerei vannak, összefüggnek a magyar társadalom mindennapi viselkedési kultúrájával, míg másrészt a növekedés okai a magyar társadalom elmúlt évtizedekben végbement változásaival, társadalmi életünk alapvető sajátosságaival kapcsolatosak. Ezért reálisan nem számíthatunk arra, hogy egyszerű intézkedésekkel gyorsan, lényeges javulást lehet elérni. Vagyis meg kell tanulnunk „együttélni” ezekkel a problémákkal, el kell sajátítanunk kezelésüket. Ez természetesen nem mentség a tétlen-

ségre: nagyon is széleskörű és határozott lépések megtétele szükséges ahhoz, hogy a helyzet súlyosbodását elkerülhessük. A kutatói kollektíva azt a célt fogalmazta meg, hogy rövid távon meg kellene állítani a társadalmi beilleszkedési zavarok terjedését, középtávon pedig kívánatos lenne a legsúlyosabb zavarokat a hazánkban 1960 körül megfigyelt szintre csökkenteni. Ha ez sikerülne, akkor például az egy főre jutó szeszitalfogyasztás körülbelül kétharmadára csökkenne — ezáltal az alkoholisták száma a jelenleginek csak mintegy egyharmada lenne —, az öngyilkosságok száma pedig a jelenleginek a felére esne vissza.

A beilleszkedési zavarok kialakulásának háttere

Kolozsi Béla

A hétköznapi és a tudományos szemlélet ellentéte

A hétköznapi szemlélet a főbb deviációféleségeket többnyire egymástól különböző jelenségeknek és az egyénekre visszavezethető zavaroknak tekinti.

Valójában azonban a beilleszkedési zavarok — bár konkrét megvalósulásuk során szigorúan személyhez kötöttek — közvetve mégis mindig adott társadalmak, adott kultúrák termékei.

A tudományos gondolkodásban és kutatásban — szemben az elkülönült kezeléssel — hosszú és jelentős hagyománya van az integrált értelmezésnek. Már a század elején felfigyeltek arra, hogy egyes szokásostól eltérő viselkedésformák előfordulása, gyakorisága és dinamikája összefüggnek egymással. A vizsgálódások arra utaltak, hogy ezek mögött közös okként a társadalom egyfajta dezorganizációja és a kultúra értékrendjének, normáinak pusztulása húzódik meg. Vagyis e nemkívánatos viselkedésformák tulajdonképpen csak tünetek: *a társadalom „betegségének” tünetei.*

Ezt a nézetet látszik alátámasztani az a körülmény is, hogy az egyes társadalmakban előforduló devianciák aránya viszonylag stabil, azaz jellemző az adott közösségre. De ezt támasztják alá a deviáns személyek életútjainak elemzése is, melyek megmutatják, hogy a viselkedészavar első megjelenésétől annak meggyökeresedéséig a folyamat igen hasonlóan játszódik le valamennyi deviáció esetében. S végül ezt a koncepciót igazolják a szocializációra vonatkozó kutatások, amelyek kimutatták, hogy valamennyi deviáns viselkedés esetén megfigyelhető a szocializációs folyamat sikertelensége, elakadása vagy torzulása, amelynek következményeként a személyiség hiányosan integrálódik, azonosságtudatában továbbá társadalmi szerepeiben zavarok állnak be. Az ilyen személyiség törékennyé és sérülékennyé válik, s hajlamos lesz arra, hogy a környezetében tapasztalt deviáns viselkedési mintákat átvegye.

A szocializációról

A deviáns viselkedések kapcsán gyakran említjük a szocializációt, mint a személyiségalakulás kulcsfogalmát, azt a sajátos folyamatot, amely már a korai gyermekkorban meghatározza a beilleszkedés sikerét vagy kudarcát. Évszázadokra, vagy inkább évezredekre nyúlik vissza az a nézet, hogy az egyének jelleme és sorsa erőteljesen függ a gyermek- és ifjúkori hatásoktól. A hétköznapi tapasztalat is azt mutatja, hogy a gyerekek és a fiatalok sokkal nyitottabbak a környezeti impulzusokra, beállítódásrendszerük képlékenyebb, értékrendjük és individualitásuk még kialakulatlan. Mindebből következik, hogy stabilizálódó személyiségük erőteljesen magán viseli a nevelkedési környezet hatásait. Ezek a tények egy olyan evidenciaszerű nézetet alakítottak ki a közgondolkodásban, hogy a neveléstől függ a személyiség alakulása, s következésképp: a nevelés javításával harmonikusabb emberi környezet alakítható ki.

Ugyanakkor ennek ellenkezőjéről is van bőszeges hétköznapi tapasztalat: olyan személyiségalakulásokról, melyek dacolnak a nevelési célkitűzésekkel (s ez a fenti nézetek alapján nehezen érthető és magyarázható).

Kulturális hagyományunk elképzelései e kettősség egyik vagy másik oldalát kiemelve igyekeztek világképüknek megfelelően állást foglalni e kérdésben: így hol a nevelés lehetősége és a személyes szabadság felelőssége, hol a személyes sors eleve elrendeltsége kapott hangsúlyt.

A könnyű személyiségalakítás megkérdőjelezése a természettudományos világképen — azon belül főként a genetikán — alapult. Nem sokkal később azonban olyan pszichológiai, szociálpszichológiai és kommunikációelméleti modellek is születtek, melyek szintén azt igyekeztek megmagyarázni és bizonyítani, hogy a viselkedés, a beilleszkedés és így annak zavarai is stabil, nehezen korrigálható struktúrák.

Ez utóbbi megközelítések kulcsfogalma lett a szocializáció, melyről némi egyszerűsítéssel azt mondhatjuk, hogy az a folyamat, amelynek során a környező társadalom viselkedési, érzelmi és szereprendszerei strukturálisan beépülnek a személyiségbe. Ez a folyamat — különböző mértékben — tulajdonképpen az egész élet folyamán tart.

A szocializáció fogalmának újszerűsége a nevelési-nevelkedési elképzelésekhez képest abban áll, hogy figyelembe veszi a szándékos nevelési impulzusokon kívül ható társadalmi tényezőket is. A megfogalmazott nevelési elvekben és célkitűzésekben ugyanis egy adott kultúra tudatosított és hirdetett normái már „retusált” (sokszor a szándékolt, de nem a valós) formában jelennek meg, míg a szocializáció a maga gyakran homályos kommunikációs csatornáin keresztül közvetíti az adott társadalom és kultúra valódi viszonyait és rejtett attitűdjeit is. Az így közvetített társadalmi valóságkép sokkal tágabb, összetettebb és ellentmondásosabb.

A szocializáció fogalma így alkalmasnak ígérkezik egy olyan modell kidolgozására, mely magyarázatát tudja adni annak, hogy miért vezetnek sok esetben kudarchoz és beilleszkedési zavarhoz (nem eredendő rosszaság és nem genetikai ter-

heltség miatt) racionális, jószándékú, s pozitív értékeket képviselő családi, intézményi vagy egyéb nevelési szándékok.

Szocializáció és deviancia

A szocializáció során tehát az alakuló személyiség átvesz egy sor cselekvési és átélési modellt a számára érzelmileg jelentős felnőtt személyektől. Kedvezőtlen esetekben előfordulhat, hogy ez a tanulási folyamat egy fejlődésképtelen, zsákutcába vivő összképhez vezet, és ez a formálódó személyiségben nehezen kezelhető érzelmi-indulati feszültségeket hoz létre. E feszültségek hatására azután mérsékeltebb alkalmazkodási képesség és gyengébb konfliktusmegoldási készség alakul ki. Az így károsodott személyiség a konfliktusokra a szokásosnál differenciálatlanabban reagál, s könnyen fordul a környezetében lévő szubkultúrák által kínált deviáns megoldásokhoz segítségül.

A felnőttek által közvetített minták és értékek — sokszor nem tudatosan — átörökítik a valós és ellentmondásos összefüggéseket is a következő nemzedékre. Okunk van feltételezni, hogy a szocializáció tömeges sikertelensége azoknak a zavaroknak az egyenes következménye, melyek a felnőtt lakosság személyiségdinamikájában, identitásában, s szereprendszerének hitelességében mutatkoznak meg. *Vagyis a deviáns viselkedések elterjedésének hátterében a szocializáló felnőttek identitás bizonytalansága sejthető.*

Ehhez képest csak másodlagos szerepe van a nevelésre fordítható időhiánynak vagy a nevelési fogásokban való járatlanságnak. Hiba lenne azonban ezek jelentőségét alábecsülni, mert komoly, pozitív célokra kiaknázható kapacitás rejlik bennük. E problémák megoldása alapvető feltétele annak, hogy a családi szocializáció eredményességét fokozni lehessen. Márpedig erre igen nagy szükség van, hiszen hazánkban a társadalmi beilleszkedés több területen is romló tendenciát mutat.

Szocializáció és személyiségzavar

A felnőttkori szerepviselkedések vázát az egyén már gyermekkorban elsajátítja. Kisgyermekkorban történik meg az alapvető normákkal történő azonosulás és az önkontroll képességének kialakulása. Serdülőkorban szilárdul meg az én-identitás és alakul ki a szükségletstruktúra egyéni arculata. Felnőttkorban alakulnak ki az egyes szerep-identitások, a komplex szerep-háztartás, illetve a komplex szerepértérendszer, valamint a kompenzációs mechanizmusokkal átszótt szükségletrendszer. Ha bármelyik időszakban elakad a fejlődés, akkor szerepviselkedési zavar alakul ki, s az én-azonosság vagy az indulati kontroll képessége fogyatékosá válik. Kisgyermekkor szocializációs fejlődészavarnál az eredmény többnyire értelmi fogyatékoság vagy pszichotikus, ill. pszichoneurotikus zavar, serdülőkorúknál intimitásproblémák és/vagy agresszív személyiségzavar jelentkezik, míg a későbbieknél kevésbé feltűnő, mélyebben elhelyezkedő személyiségzavarok mutatkoznak.

A sikeres szocializáció egyensúlyképes azonosságtudatot hoz létre. Ha ezt nem sikerül kialakítani és az én-azonosság túl erős, akkor az egyén konfliktusba kerülhet környezete mintáival. Ha identitása túl gyenge, akkor — kellő egyéni szűrőrendszer hiányában — egyszerűen átveszi a környezetében lévő csoportok és szervezetek szerepkövetelményeit.

A deviáns viselkedések forrásai

Az itt említett személyiségfejlődési problémák fogékonyabbá teszik az egyént a deviáns viselkedésre. A deviáns viselkedés kialakulásában szerepet játszanak a szocializáció folyamán kialakított értékek (jelen esetben negatív értékek, mint pl. az alkoholfogyasztás mint illő magatartásforma vagy mint konfliktusmegoldás), a környezetben előforduló, követhető viselkedésminták, de bizonyos időszakokban érdeklődést válthat ki a deviáns viselkedések iránt az éles, érzelmi alapú elítélés is. Előfordul az is, hogy a közvetlen környezetben ugyan nincs deviáns minta, az egyén idővel mégis erre az útra tér. Ennek többnyire az az oka, hogy a közvetlen személyes környezet nem alakítja ki az érzelmileg megalapozott, stabil identitást, s ezért az egyén más csoportokból (kortárs csoportból, deviancia felé hajló subkultúrákból stb.) szerzi be az őt formáló mintákat.

A szocializáció globális háttérét az adott társadalom és kultúra tényleges értékrendszerei, azok koherenciája vagy szétesettsége képezik, vagyis alapvetően ezektől függ a szocializáció sikere vagy kudarca. Az értékrendszer egésze ugyanis nagy szerepet játszik abban, hogy egyes deviáns modellek mekkora ellenállásra találnak a sérülékeny személyiségnél, illetve, hogy melyik devianciaforma tűnik számára viszonylag elfogadhatónak és melyik elfogadhatatlannak.

A társadalmi makrotényezők szerepe

A deviáns jelenségek elterjedésére, tendenciáira tehát a társadalmi makrofolyamatok s az adott kultúra állapota jelentős hatással van. És viszont: a deviáns jelenségek tendenciáiból következtetni lehet egy adott társadalom számos átfogó jellemzőjére, mint pl. a társadalmi integráltság fokára, szabályozottságának mértékére, normarendszerének hatékonyságára stb. A különböző devianciaformákat irodalmi források tanúsága szerint már kultúránk kezdeteinek korában (lásd pl. Biblia) a társadalmi-morális összkép indikátorának tartották. A múlt század néhány társadalomtudományi úttörője — elsősorban Durkheim — megfigyelte, hogy egyes népességcsoportok vagy társadalmi egységek jellegzetes, stabil és egymástól különböző arányban mutatnak fel deviáns viselkedési formákat (annak idején persze még nem így hívták őket). S bár ezek konkrét oka sokféle lehetett, elvont síkon igaznak látszott az a megállapítás, hogy minél töredékesebb, szétesettebb egy társadalom normatív szabályozottsága, annál magasabb a beilleszkedési zavarok aránya.

Minden társadalomban természetesen egyszerre többféle értékrendszer, hagyomány, szubkultúra, beállítódásrendszer létezik, így ennek megfelelően többféle normaintegrációs forma jöhet létre. Ezek történelmileg alakulnak ki, s szinte mindig valamilyen politikai-ideológiai irányzathoz is kötődnek. Ez a kötődés a történelmi változékonyságot a mindennapokban is hevesebbé, a sorsfordulókat pedig drámaibbá teszi.

Ha végigtekintünk a magyar történelmen és számbavesszük, hogy társadalmunk mennyi politikai és etikai krízisen ment keresztül csupán a közelmúlt történelme során, akkor nem találjuk meglepőnek, hogy kultúránk a rendezettség és a rendezetlenség sajátos egyvelegét mutatja. E változássorozat hatásaként kialakult a magyar társadalom hétköznapjainak egy, a korábbinál pragmatikusabb beállítódásrendszere, mely fokozottan fordult a fogyasztási értékek felé. Ez azonban diszkrepanciát okoz a várakozások és a társadalmilag rendelkezésre álló eszközök között. Úgy tűnik, hogy társadalmunk széles rétegei erre egy történetileg kialakult deviáns stratégia megerősítésével reagálnak: ennek eredménye a visszahúzó, önsorsrontó, önkárosító tendenciák elszaporodása.

A deviáns viselkedésmódok *aránya* tekintetében nemzetközi összehasonlításban Magyarország egyedülálló helyet foglal el. E jelenség történeti-társadalmi háttérének magyarázata csak az egyes faktorokat szintetizáló modell segítségével lehetséges, ugyanis társadalmunkban nincs olyan releváns háttértényezőnek tekinthető elem, amely a miénkhez hasonlóan ne lenne jelen néhány más ország társadalmában is. A hagyományos közösségek, a különféle társas- és társadalmi alakulatok szétbomlása például a többi kelet-európai szocialista országban is bekövetkezett, s bár ennek a ténynek a társadalmi beilleszkedést hátráltató következményei nyilvánvalóak, ez nem magyar sajátosság. Hazai specifikumnak tekinthető ugyanakkor az ötvenes évtized politikai-, társadalmi- és mentalitástörténetének különös dinamikája, továbbá a szocialista társadalmak kisközösségei visszafejlődésének és a kialakuló piaci gazdaság negatív emberi hatásainak az együttes megléte (amin a kisközösségek újraélesztésével talán segíteni lehetne). Sajátos magyar problémaként említhető (méretei miatt) a második és harmadik gazdaságban való foglalkoztatás, e sajátos önkiszákmányolás és emberi szempontokon túllépő kíméletlenség, mely egy kisközösségeket alig tartalmazó társadalomban rombolóbb következményekkel jár, mint csupán önmagában. Hazai sajátosságként lehet még talán említeni a társadalmi-gazdasági változások és a hiányos integrációs mechanizmusok nyomán kialakult „új szegények” milliós nagyságrendű rétegét, akik mind anyagi, mind kulturális értelemben marginális helyzetbe kerültek (ingázó munkások, a cigányság jelentős része, alulképzettek, szétesett családok, rokkantak, nagycsaládok, az öregek egyes rétegei stb.). E rétegek méltányos integrációja a társadalomba a beilleszkedési zavarok széleskörű javításának alapvető feltétele.

A deviáns szubkultúrák szerepe

Az értékrendek és attitűdrendszerek könnyű felszámolhatóságára építő ideológiai voluntarizmus azért sem lehet sikeres, mert nem számol kellő mértékben a gyakran felszínen nem jelentkező szubkultúrákkal. E szubkultúrák egy dezintegráció után nagyobb vonzerőt jelenthetnek, mint a domináns kultúra, mert nem kívánják a korábbi érték- és attitűdrendszerek jelentős részének megsemmisítését. A devianciák terjedése úgy is felfogható, mint a szubkultúrák sikere, „hódítása” abban a „küzdelemben”, ami az uralkodó kultúra és egyes szubkultúrák között folyik.

A deviáns szubkultúrák sok esetben évszázados történettel rendelkeznek. Túlélésüket úgy tudták biztosítani, hogy mintegy második, harmadik „társadalomként” húzódtak meg az éppen adott kultúra réseiben. Volumenükhöz képest — részben rejtett mivoltukból következően — hatásuk viszonylag nagy. Sajátos szocializációs normákkal rendelkeznek és sajátos — a kívülállók felé konfliktusos — identitást biztosítanak a hozzájuk tartozóknak, akiket megfelelő érvrendszerrel látnak el. Ez az érvrendszer elsősorban arra hivatott, hogy megszüntesse az adott devianciával szemben felmerülő kételyeket és az esetleges belső korrektív kezdeményeket. De e negatív elemek mellett a szubkultúrák átadják „pozitív” ismeretanyagukat is: az adott tevékenység tapasztalati tudását, a rávonatkozó legendákat, mítoszokat stb. Ezek eredményeképpen végülis egy sokdimenziós, nehezen megrendíthető, a deviáns viselkedéssel sok szálon összefonódott identitást alakítanak ki.

A szubkulturális normák az egyént kiscsoportjainak közvetítésével érik el, és ezek a kiscsoportok jelentik a társas kapcsolatoknak azt a közeget, amelyhez ragaszkodva a deviánsok stabilan kötődnek a deviáns szubkultúrához. A szubkultúrák sikere részben éppen azzal magyarázható, hogy tagjaiknak érzelmi védeltséget biztosítanak.

A mai magyar társadalomban, ahol a családi szocializáció mértéke és sikere számottevően visszaszorult a korábbi szinthez képest, az átlagosnál nagyobb jelentőségre tettek szert a különféle kiscsoportok (elsősorban spontán kortársi csoportok), s ez lehetőséget adott a szubkultúrák szerepének növekedésére. *Több szempontból sem tűnik azonban célravezetőnek elnyomó eszközökkel fellépni e tendenciával szemben.* Részint azért nem, mert az említett érzelmi kötődés miatt az elnyomó eszközök nem hatnak (sőt megerősíthetik az összetartozást), továbbá az ilyen eszközök nem nyújtanak semmiféle alternatívát. Részben azért sem, mert egyes, talán „predeviánsnak” nevezhető fiatalokból álló csoportok gyakran helyeznek előtérbe olyan értékeket, melyek a „konformis” társadalom horizontjáról éppen eltűntek, de a társadalom számára hosszú távon hasznosak. Következésképp, a „konformis” értékek iránti feltétlen bizalom és minden deviáns vagy annak tűnő szubkultúra iránti feltétlen bizalmatlanság méltánytalan és tévedéseket rejtő hozzáállás.

De vigyázni kell a „deviánsnak” történő megbélyegzéssel még akkor is, ha egyértelműen deviáns viselkedésről van szó. A devianció felé sodródó egyén devianként való minősítése ugyanis elvágja a kapcsolat lehetőségét a nem-deviáns társa-

dalommal és ez intenzív kapcsolatok kialakításához vezethet a deviáns környezetel. A tapasztalat azt mutatja, hogy az esetek jelentős részében a korai megbélyegzés nem rádöbentő, visszariasztó hatású, hanem a bizonytalanságban, érzelmi-morális vívódásban, szorongásban élő egyént a deviáns szubkultúrába való beilleszkedés felé irányítja, ahol átmenetileg kiegyensúlyozottabb és ideiglenesen kockázatmentesebb alternatívát talál.

A deviancia-fogalom relativitása

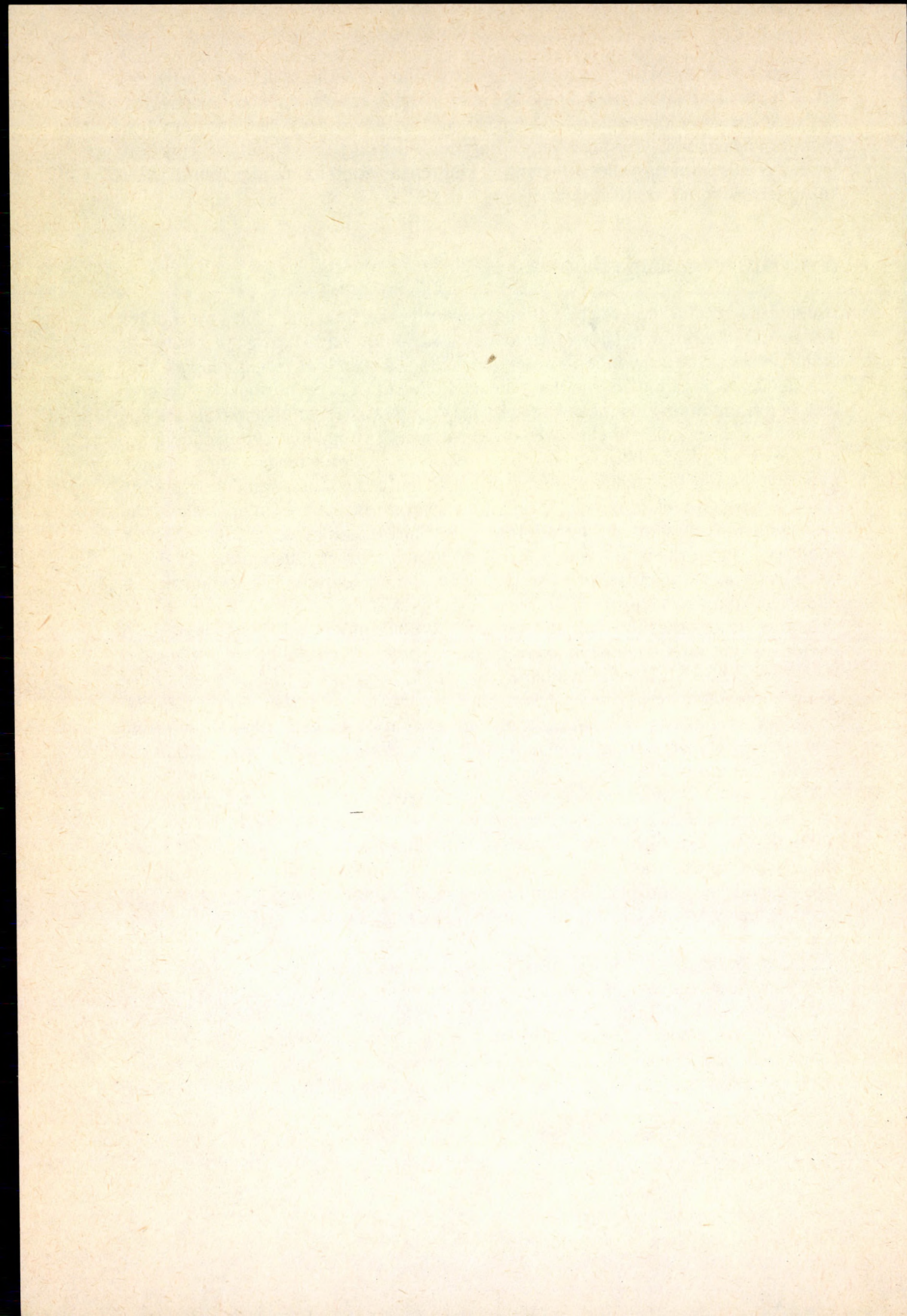
Ha deviáns szubkultúrákról beszélünk, felmerül a kérdés, hogy mit nevezhetünk deviánsnak, hiszen e fogalom történelmileg kialakult szubkultúráktól kezdve az utóbbi évtizedekben megjelenő új tendenciáig sok mindent magába foglal.

A deviancia fogalma alapvetően a társadalmilag elfogadott normáktól való eltérést jelenti, de a deviáns megbélyegzést más célokra is lehet alkalmazni. Ha egy domináns kultúra például jelentősen csökkenti a még elfogadható viselkedések körét, s így igyekszik izolálni egy sor viselkedésformát, illetve meggátolni a társadalom egyes bomlási tendenciáit, akkor ezáltal kitágul a deviáns minősítettek köre, holott a normaszegők köre nem feltétlenül változott meg. Az ilyen nem végiggondolt, intoleráns minősítések társadalmilag sok kárt okozhatnak. Fordított helyzet is elképzelhető a deviációs minősítési kritériumok elbizonytalanodásakor: ilyenkor nőhet a normaszegők száma anélkül, hogy ez megmutatkozna a deviánsok számának alakulásában.

A minősítési kritériumokat mindig igen körültekintően kell megvizsgálni. A konformis-normatív társadalmi tényezők értékrendjének kritika nélküli elfogadása félrevezető lehet. Mai tudásunk alapján úgy tűnik, hogy egy társadalom szétzilálódó állapota — többek között — akkor jön létre, amikor *a korábbi tevékenységi lehetőségek és eljárásmodok már követhetlenné válnak, de a társadalom tagjai nem találnak kultúrájukban megfelelő értelmezési módokat az érvényes szabályoktól való elszakadáshoz.*

A deviancia kiindulópontja a hagyományos szemlélet számára a *szabályújítás* volt, míg a korszerű szemlélet számára ez éppen az *újítást elfojtó ponthelyzet*. Az előbbi passzív kontrollra, a hagyományos normákhoz való konformitásra, az utóbbi aktív kontrollra, vagyis az autentikus célok és értékek megvalósítására törekszik. A modern társadalom központi értéke az intézményesedett újítás, s ezért sikeres deviancia-kontroll és kreatív normativitás csak az újítás-érték körül alakítható ki.

Ez a gondolatsor elvezet bennünket egy paradoxonhoz: a kívánatos értékek érvényrejuttatása szükségessé teszi az értékek részleges kétségbevonását. Nevezetesen, a harmonikusabb társasviszonyok igénye megkívánja, hogy átlássuk: *maga a konformis, normatartó társadalom is résztvesz a deviáció létrehozásában.* A haladó normákhoz mereven kötődő attitűdrendszer meggátolja az új normák születését, s így szándékaival ellentétes következményként társadalmi dezorganizációhoz vezet.



A számos szociális intézmény ellenére a beilleszkedési zavarokkal küzdők száma egyre nő és sokan közülük segítség nélkül maradnak. Ennek legfőbb oka talán abban keresendő, hogy a különféle specializált intézetek csak egy-egy probléma megoldását keresik, s figyelmeink, lehetőségük nem terjed ki az általuk kezelt személy más jellegű beilleszkedési zavaraira, még kevésbé a kezelt környezetében élők problémáira. Holott az egymásra ható, egymást erősítő beilleszkedési zavarok mesterségesen különválasztva nehezen gyógyíthatók.

Széttagolt intézményrendszer — alacsony hatékonyság

György István

A társadalmi beilleszkedési zavarok ellen a közigazgatás központi és helyi-területi szerveinek egész sora, az egészségügyi, művelődési és szociális intézeteknek pedig szinte teljes köre veszi fel a harcot. Hihetnénk, hogy ez az „össztűz” előbb-utóbb eredményre vezet, hogy e sok forrásból táplálkozó, a társadalom teljesítőképességét figyelembe véve relatíve nagy anyagi és szellemi erőt felvonultató küzdelem a deviáns magatartást szórványos jelenséggé változtatja.

Csakhogy mind a közigazgatás, mind az intézmények szintjén inkább széttagoltságról, s a kellő koordináció hiányáról beszélhetünk, semmint differenciált kezelésről. Ennek következtében a szociális problémák megoldására jutó erőforrások alacsony hatékonysággal működnek.

Széttagoltság a központi közigazgatásban

A társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelemben jelenleg a következő minisztériumok és országos hatáskörű szervek osztoznak:

— az *Országos Tervhivatal*: a hosszú- és középtávú, továbbá az éves tervezés keretében foglalkozik a szociálpolitika koncepcionális kérdéseivel, a juttatások fejlesztésére vonatkozó javaslatok kidolgozásával (a fejlesztési célokat egyeztetni a tervezés során a tárcákkal),

— a *Pénzügyminisztérium*: előkészíti a szociálpolitika végrehajtását is magába foglaló költségvetési törvényeket, jóváhagyja a társadalombiztosítás költségvetését,

— a *Művelődési Minisztérium*: felelős a 3-18 éves gyermekek és ifjak védelméért, irányítja a gyámügyi igazgatást, valamint az egészséges és a képezhető fogyatékos kiskorúak nevelését, oktatását.

— az *Egészségügyi Minisztérium*: feladata a 3 éven aluli, továbbá — korhatártól függetlenül — a képezhetetlen fogyatékos és a gyógyíthatatlan kiskorúak ellátásának, a gyermekgondozási segélyrendszernek, a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkozási rehabilitációjának és a tanácsok hatáskörébe tartozó felnőttvédelemnek az irányítása,

— a *Belügyminisztérium*: a rendőrség révén, az Országos Rendőrfőkapitányság Gyermekvédelmi Osztályának irányításával kapcsolódik be a társadalmi beilleszkedési zavarok — főként a bűnözés — fiatalkori kialakulásának megelőzésébe,

— az *Állami Bér- és Munkaügyi Hivatal*: irányítja a fiatalok foglalkoztatását, munkabahelyezésük elősegítését, a pályaválasztási tanácsadást, a nyugdíjasok foglalkoztatását,

— az *Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság*: felelős a társadalombiztosítás központi irányításáért,

— az *Állami Ifjúsági és Sporthivatal*: kidolgozza az ifjúságpolitikai koncepciókat, javaslatot tesz az ifjúságpolitika céljait szolgáló központi állami pénzeszközök felhasználására, érvényre juttatja az ifjúság érdekeit stb.

Az imént felsoroltakon túlmenően, alig van olyan főhatóság, amely ne venne részt a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelemben.

A széttagoltság annak következtében jelentkezik, hogy az érintett minisztériumok és országos hatáskörű szervek a saját szempontjaik érvényesítésére törekedve, saját irányítási módszerüket alkalmazva kevés figyelmet fordítanak a többi szempontra, így egyes területeken átfedések jönnek létre, míg máshol ellátatlanság tapasztalható. Rontja a beilleszkedési zavarok kezelésének hatékonyságát az is, hogy a központi közigazgatási szervek e problémákat gyakran csak másodlagosként kezelik, mert ezek szükségképpen háttérbe szorulnak az önmagukban is nagy gondot okozó főfeladatok (pl. oktatás, egészségügy, népgazdasági tervezés stb.) mellett.

Kormánybizottság vagy önálló központi ágazati szerv?

A jelzett probléma megoldására a közigazgatás központi szintjén több megoldás kínálkozik:

Kormánybizottság létrehozása a beilleszkedési zavarok egységes kezelése érdekében. Ez a megoldás természetesen érintetlenül hagyná a jelenlegi miniszteriális rendszert, de mintegy azok felett állva, biztosítaná az egységes politikai szemléletet, s integrálná a rendelkezésre álló erőforrásokat. A Minisztertanács tanácsadó, véleményező, koordináló szerveként javaslatok, koncepciók kidolgozásával, a területre vonatkozó jogszabályok értékelésével, összehangolásával, az intézkedések előzetes véleményezésével fejtené ki tevékenységét.

Létrehozható a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *új ágazati főhatósága*. Ez a megoldás már erősen érintené a közigazgatás jelenlegi központi rendszerét: ha nem is a meglévő minisztériumok megszüntetésével, de mindenképpen hatáskörük szűkítésével járna. Az új főhatóság ugyanis főként a Művelődési Minisztérium és az Egészségügyi Minisztérium hatásköréből jónéhányat átvenne, így biztosítva a probléma komplex kezelését. Természetesen az új főhatóság sem vállalkozhat a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem teljes körű irányítására. Így az elme- és idegbetegségek, valamint az alkoholizmus és az öngyilkosságok szűken vett orvosi kezelése, továbbá a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás központi irányítása aligha átvehető feladatok, illetve hatáskörök.

Az új ágazati főhatóság elvben kétféle lehet: minisztérium vagy országos hatáskörű szerv. A mérleg nyelve a minisztérium felé billen, mindenekelőtt azért, mert a közigazgatási szervek hierarchiájában magasabb helye van. A társadalmi beilleszkedési zavarok és a szociálpolitika ezer szálon való kötődése miatt az új minisztérium az egész szociális igazgatást átfoghatná, s a beilleszkedési zavarok elleni küzdelem így nem önálló ágazatként, hanem a szociálpolitika alágazataként nyerne központi irányítószervet. Egy ilyen minisztérium leglényegesebb előnyei közül csak kettőt kiemelve: az *operativitást* és az *egységes irányítás* lehetőségét, alátámasztva érezzük meggyőződésünket, miszerint a kormánybizottság és a minisztérium közül az utóbbi szolgálhatná jobban a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelmet.

Egységes kezelést a közigazgatás helyi-területi szintjén is!

A központi szerveknél létrejött megosztottság tükröződik a helyi-területi közigazgatásban is. A tanácsok végrehajtó bizottságainak *igazgatási* feladatokat ellátó szakigazgatási szervei felelősek a gyámhatósági hatáskörökért (kivételez alól a főváros, ahol a művelődésügyi szervek a gyámhatóságok), a *művelődésügyi* szakigazgatási szervek irányítják a gyermek- és ifjúságvédelmet, az *egészségügyi* szakigazgatási szervek felelősek a főként egészségügyi okból veszélyeztetett kiskorúak védelméért, az elme- és ideggyógyászati feladatok megelőzésének, kezelésének és a magukról gondoskodni nem tudó időskorúak ellátásának irányításáért, s a legújabbban létrehozott *ifjúsági és sport* szakigazgatási szervek is számtalan feladatot vállaltak az ifjúság problémáinak megoldásából (munkábaállításuk segítése, helyes, egészséges életmódra nevelésük, szociális helyzetük javításának elősegítése stb.).

Az egyetlen integrációs kísérlet — a művelődésügyi és sport szakigazgatási szerveknek a kisvárosokban és a főváros kerületeiben történt összevonása — sem tekinthető témánk szempontjából tökéletes megoldásnak, nemcsak azért, mert nem minden tanácsi szervnél hozták létre, hanem azért sem, mert csak intézményirányítói hatáskörrel bír, de hatósági jogalkalmazói hatáskörrel nem.

Helyi-területi szinten is létre kellene hozni a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *egységes szakigazgatási szervét: a szociális osztályt*. Ez a szakigazgatási szerv látná el a gyermek- és ifjúságvédelem, a gyámügyi igazgatás, az alkoholizmus, a kábítószer elleni küzdelem, az elme- és idegbetegségek kezelése, az öngyilkosságok megelőzése és a szociálpolitika államigazgatási feladatait. A szociális osztály továbbá ellátná a szociális igazgatás körébe eső összes tanácsi feladatot is (pl. szociális intézmények irányítása, szociális segélyek, csökkent munkaképességűek és súlyosan fogyatékosok ellátása stb.).

Az igényelt szervezeti korszerűsítés — úgy tűnt — találkozott az állami szervek elképzeléseivel, hiszen az Állami Tervbizottság 1/1985(V.25.) számú határozatában egységes megyei szociális szervezet és önálló helyi tanácsi szociális szakigaz-

gatási szerv létrehozását látta indokoltnak. A határozat végrehajtásának jelei azonban jelenleg még csak a fővárosban mutatkoznak.

Mozaik — hiányzó kockákkal

Az államigazgatási szervek a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem irányítását, szakmai felügyeletét, ellenőrzését és a szükséges feltételek biztosítását végzik. A beilleszkedési zavarok gyógyítása, megelőzése, kezelése, gondozása kisebb részben az országos intézetek, módszertani központok, nagyobb részben a helyi-területi szinten elhelyezkedő intézmények feladata. Igen sokfajta, számban is jelentős gyermek- és ifjúságvédelmi, egészségügyi és szociális intézetet találunk e körben, amelyek kiegészülnek bizonyos humányszolgáltatásokkal. Mégis azt tapasztaljuk, hogy *a beilleszkedési zavarokkal küzdő emberek száma egyre nő, s hogy a jelenlegi intézményháló lyukain sok sérült hullik át anélkül, hogy gondjai megoldásában bárki is segítséget nyújtana.*

Mindennek legfőbb oka talán abban keresendő, hogy a különféle specializált intézetek csak egy-egy probléma megoldását keresik, s figyelmük, lehetőségük nem terjed ki az általuk kezelt személy más jellegű beilleszkedési zavaraira, még kevésbé a kezelt környezetében élők problémáira. Holott az egymásra ható, egymást erősítő beilleszkedési zavarok mesterségesen különválasztva nehezen gyógyíthatók.

A társadalmi beilleszkedési zavarokat kezelő intézmények

Tekintsük át, ha csak vázlatosan is, a jelenlegi intézményeket és azok fő feladatait funkcióik szerint csoportosítva őket.

1. Az alkoholizmus-problémák kezelésének intézményei:

Az *Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság*, mely a Minisztertanács véleményező, tanácsadó, koordináló és ellenőrző szerve. Tevékenységének fő célja az alkoholizmus okozta szociális, egészségügyi, erkölcsi és gazdasági károk csökkentése. Mintájára területi és helyi szinten is létrejöttek alkoholizmus elleni bizottságok.

Az *Alkoholológiai Tudományos és Módszertani Központ* az Egészségügyi Minisztérium közvetlen alárendeltségében áll. Fő feladatai: az alkohol-problémákat kezelő országos hálózat összefogása, módszertani útmutatás és tudományos kutatás.

Az alkohol-betegek ellátását *alkoholgondozó szakrendelések*, a kórházak pszichiátriai osztályai, alkoholológiai osztályai, munkaterápiás intézetek és a börtönök egészségügyi szolgálata végzi. Ehhez a tevékenységhez kapcsolódik a kibontakozó társadalmi klub-mozgalom, valamint az egyházak ilyen irányú tevékenysége is.

2. Az öngyilkosságok megelőzésének és kezelésének intézményei:

Az *elsődleges megelőzés intézményeinek* fő feladata, hogy lelkiileg segítsék, gondozzák a válsághelyzetbe jutott, öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett személyeket, s elhárítsák a közvetlen életveszélyt. Ide tartoznak a még kisszámú

humán szolgáltatások (a kibontakozóban lévő kisvállalkozások), az egyházak, a művelődési házak és a munkahelyek ilyen irányú tevékenysége. Az egészségügy keretei között: az iskola- és üzemorvosi hálózat, a körzeti orvosi hálózat és a lelki elsősegély telefonszolgálat.

A *másodlagos megelőzés intézményei* az öngyilkosságot megkísérelt személyek mentésével és utógondozásával foglalkoznak, hogy megakadályozzák az öngyilkossági kísérlet megismétlését. E körben az Országos Mentőszolgálat s a kórházak intenzív, belgyógyászati vagy ideg- és elmeorvosi osztályai játsszák a fő szerepet.

3. A gyermek- és ifjúságvédő intézmények közé tartoznak a következők:

A *gyermek- és ifjúságvédő intézetek*, melyek létrehozása, fenntartása és irányítása a megyei (fővárosi) tanácsi szervekre tartozik. Feladatuk az állami gondozásba vett vagy intézeti elhelyezésben részesített kiskorúak felügyelete, rendszeres nevelési segélyezési feladatok ellátása, a pártfogói szerep betöltése stb.

A *nevelőotthonok* ugyancsak megyei szinten biztosítják az állami gondozott gyermekek számára a tartós vagy átmeneti otthont valamint a megfelelő nevelést, amely lehetővé teszi társadalmi beilleszkedésüket.

A *javítóintézetekben* a bíróságok által javítóintézeti nevelésre ítélt, bűncselekményt elkövetett 14-19 éves fiatalok korrekciós nevelése, oktatása és szakmai képzése folyik.

A *nevelési tanácsadók* — melyek a megyei, a megyei városi és a fővárosi tanácsok által létrehozott intézmények — a gyermekek komplex személyiségvizsgálata alapján nevelési tanácsokat adnak a szülők és az oktatási intézmények számára, szaktanácsadással szolgálnak a gyámhatóság és más szervek részére, a megfelelő intézetekbe küldik a beteg gyerekeket, illetve pszichológiai, pedagógiai foglalkozásokban részesítik a problémákkal küzdő gyermekkorúakat.

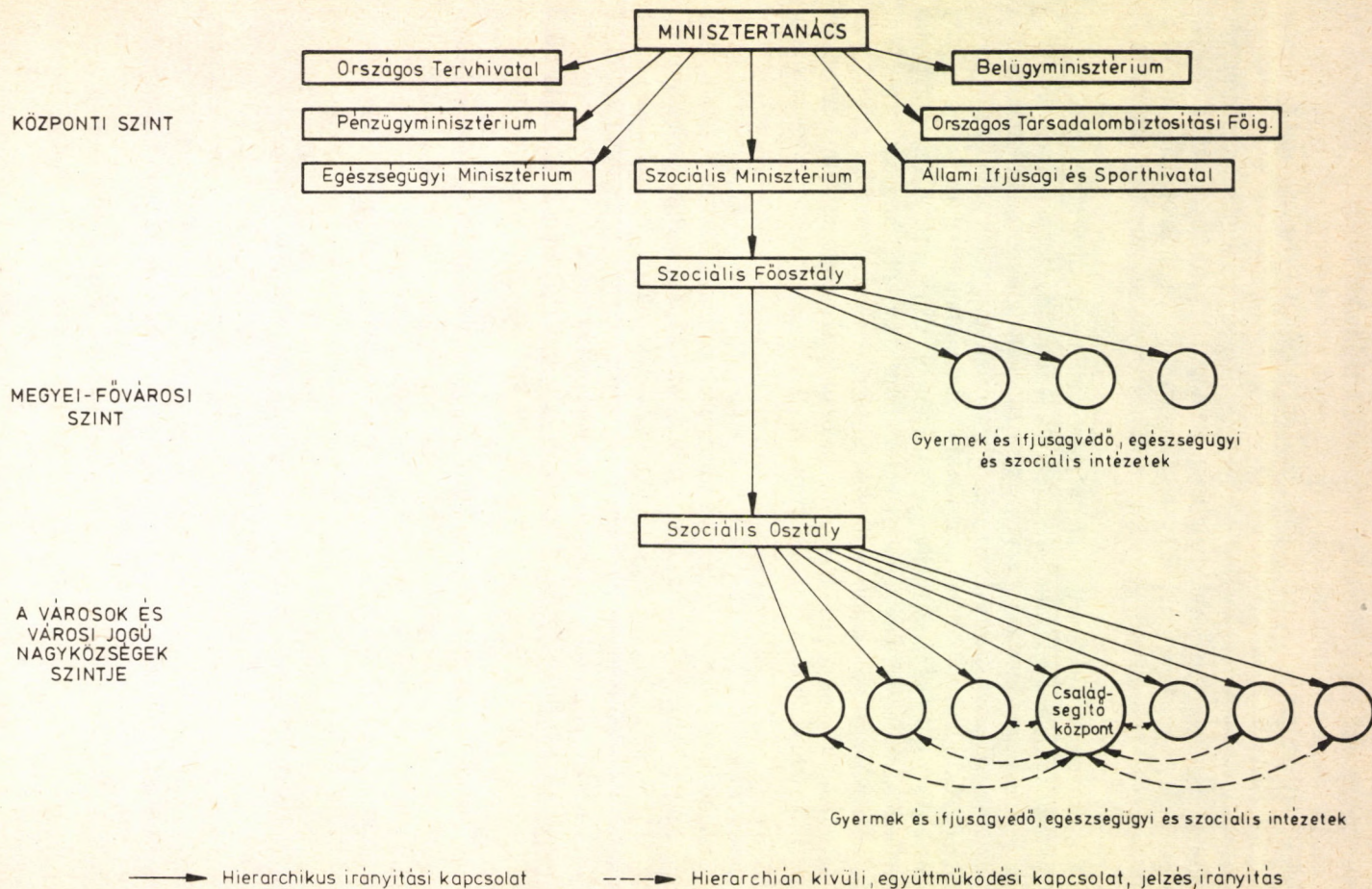
A *hivatásos pártfogói hálózat* látja el (a társadalmi pártfogók bevonásával) a gyámhatósági védő-óvó intézkedések keretében és az utógondozás kapcsán felmerülő pártfogói feladatokat.

A *nevelőszülői felügyelők* a nevelőszülőkhöz kihelyezett állami gondozott kiskorúak nevelését kísérik figyelemmel, továbbá azt, hogy a nevelőszülő a részére folyósított rendszeres nevelési segélyt megfelelően használja-e fel.

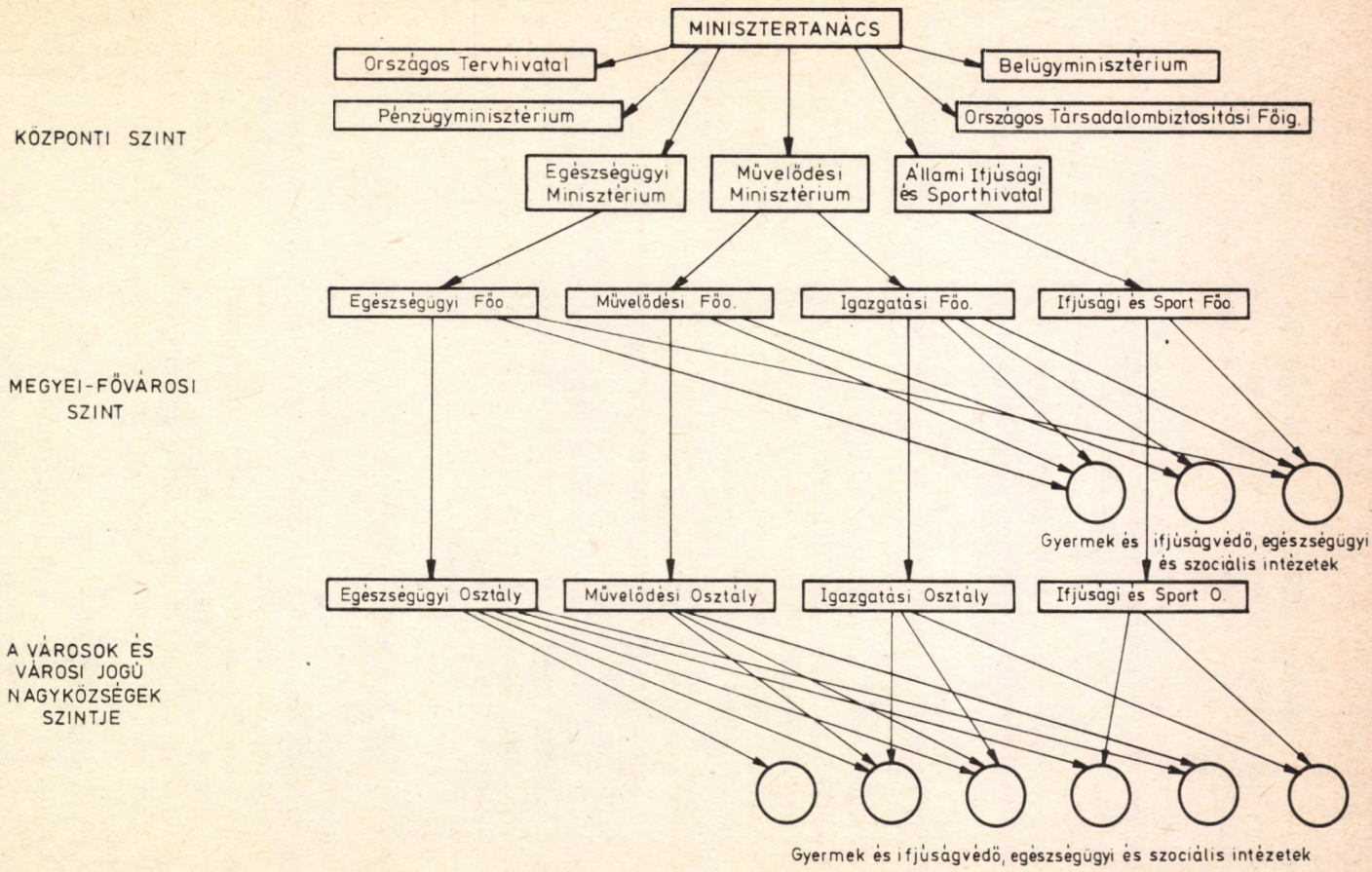
Az *iskolai gyermekvédelem* minden pedagógus feladata. Ebben kiemelkedő szerepe a gyermekvédelmi felelős tanárnak van, aki nyilvántartást vezet a hátrányos helyzetű, nehezen nevelhető és veszélyeztetett tanulókról, valamint a gyermekvédelmi intézkedést kívánó esetekről, s meghatározza a szükséges tennivalókat.

A *csecsemőotthonok* feladata azoknak a három éven aluli, testileg és szellemileg ép gyerekeknek tartós vagy átmeneti elhelyezése, gondozása, nevelése és egészségügyi ellátása, akik szociális, egészségügyi vagy egyéb okból családi környezetükben nem maradhatnak. A csecsemőotthonok létesítése és fenntartása a megyei, megyei városi és a fővárosi tanácsok feladata.

A *védőnői szolgálat* feladata a terhesgondozásban való részvétel mellett a csecsemőgondozás, valamint az 1-6 éves korú gyermekek gondozása, rendszeres látó-



Javaslat a társadalmi beilleszkedési zavarok egységes kezelését megvalósító intézményrendszerre (sematikus modell)



A társadalmi beilleszkedési zavarokat kezelő jelenlegi intézményrendszer sematikus modellje

gatásuk, testi és szellemi fejlődésük figyelemmel kísérése. A szolgálat fenntartása a helyi tanácsok feladata.

Család- és nővédelmi tanácsadók működnek az Orvostovábbképző Intézetben, a szülészeti és nőgyógyászati klinikákon, a kórházak keretébe tartozó és az önálló rendelőintézetekben. A tanácsadó végzi a házasságkötés előtti kötelező tanácsadást.

4. Az elmeegészségügyi ellátás intézményei:

Az *Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet*, mely közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium alá rendelve működik. A minisztérium szervezési-módszertani, továbbképző, tudományos kutató és gyógyító-megelőző alapintézménye. Szakmai és módszertani szempontból irányítja valamennyi elmeegészségügyi tevékenységet folytató intézményünket.

Az *elmeegészségügyi gondozó intézetek* (szakorvosi rendelőintézetek, megyei, városi gondozóintézetek, kórházak ideg-elme osztályai, szakkórházak) látják el az ideg és elmebetegek gondozását, gyógykezelését. Ezt az országos hálózatot néhány rehabilitációs, munkaterápiás intézet és krízis osztály egészíti ki, valamint egy elkülönült gyermek-ideggondozói hálózat.

5. A magukról gondoskodni nem tudó időskorúak ellátásának intézményei:

A *Szociális Intézetek Központja* — csakúgy, mint az egészségügyi tárcához tartozó többi országos intézet — tanácsadó, módszertani és kutató feladatokat lát el, s részt vesz az intézményhálózat szakmai irányításában.

A *területi szociális gondozás intézményei* a gondozásra szoruló saját környezetében nyújtanak segítséget (idősek klubjai, házi gondozó szolgálat).

A *szociális otthonokban* az önmaguk ellátására nem képes öregek, munkaképtelenek és más gondozásra szoruló személyek kaphatnak elhelyezést. A szociális otthonok az időskorúak mellett elláthatják az elmebetegeket, a látásban, mozgásban vagy értelemben fogyatékosokat, a fokozott gondozást igénylőket (alkoholisták, brutális személyiségek stb.) és a kórokozó hordozókat is — az utóbbiakat e célokra szakosított speciális otthonokban.

Kísérlet a komplex kezelés megvalósítására

A társadalmi beilleszkedési zavarokkal foglalkozó kutatások egyre határozottabban vetették fel egy olyan intézményhálózat megteremtésének gondolatát, amely figyelmének középpontjába a családot és az abban jelentkező problémákat állítja. A Minisztertanács 1984-ben alkotott hosszútávú népesedéspolitikai határozatának munkaprogramja és az Állami Tervbizottság már említett 1985-ös határozata jelzik, hogy az állami vezetés magáévá tette a gondolatot, s ennek eredményeként négy városban, hat községben s a főváros két kerületében *családsegítő központokat* hoztak létre.

E központok alapvető feladatai a következők: a beilleszkedési zavarokkal küzdő családok felderítése, a nekik való segítségnyújtás, tanácsadás, eseti segélyezésük stb.

Mint az eddigiekből is kiderül, a családsegítő központ nem akarja magába olvasztani a szakintézményeket, sem feladataikat átvállalni. Kettejük viszonya legjobban az általános és a szakgondozás kapcsolatával jellemezhető.

Egy-egy családsegítő központ mintegy 30—50 ezer főt képes átfogni, létrehozásuk ezért városi (Budapesten kerületi), illetve körzetközponti szinten indokolt. A központok fenntartását, közvetlen irányítását a helyi tanácsok létrehozandó szociális osztályai gyakorolhatnák, míg a szakmai felügyeletet a megyei (fővárosi) tanácsok szociális főosztályaira lehetne bízni, ahol inkább biztosítható a megfelelő szakértelem, amellyel a központokban folyó munka érdemben lenne megítélhető, segíthető, esetleg helyes irányba terelhető.

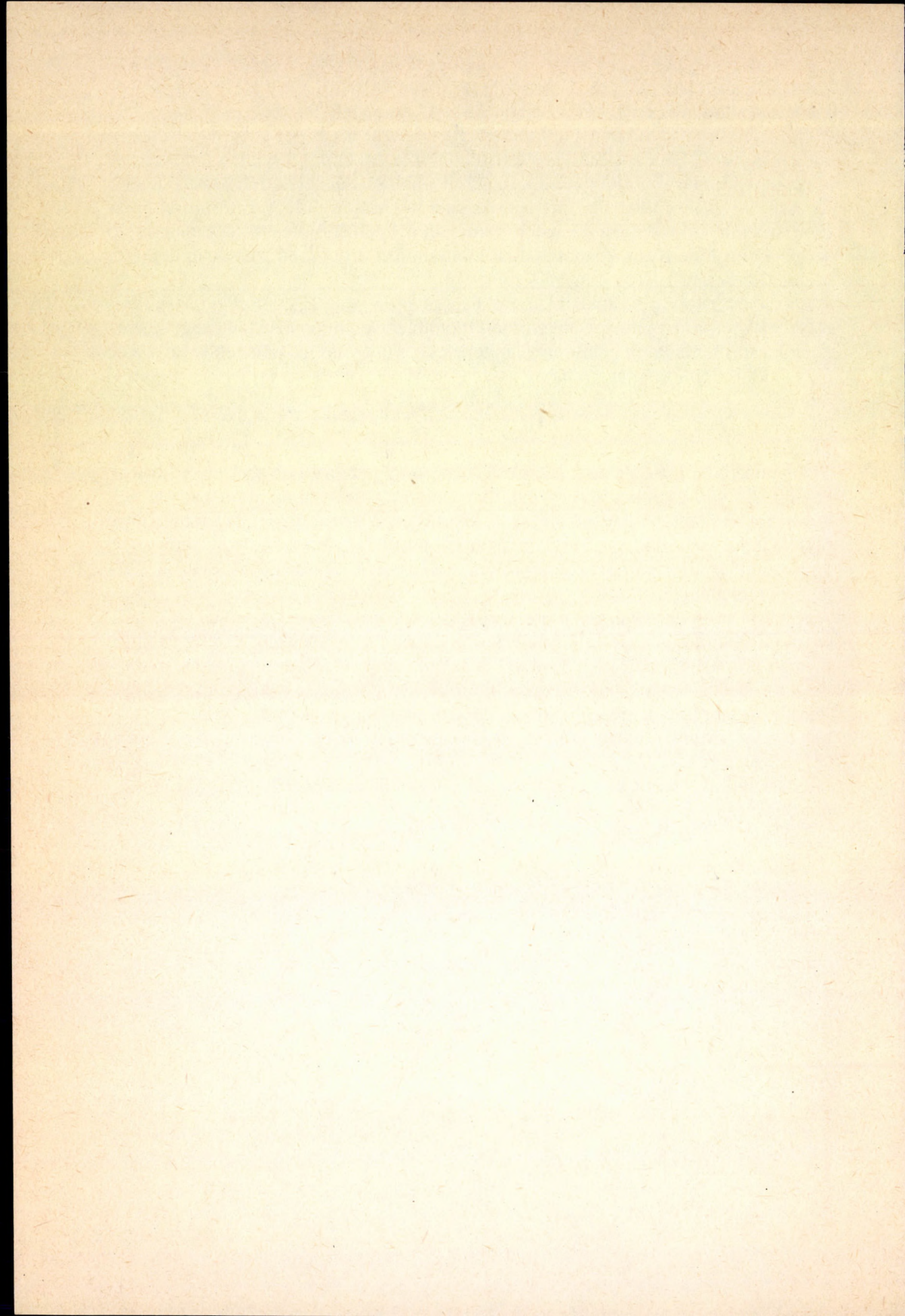
A családsegítő központokkal kapcsolatos kísérlet — az Egészségügyi Minisztérium értékelése alapján is — sikeresnek mondható: bebizonyosodott, hogy a központok valós társadalmi igényeket elégítenek ki, s így általánossá tételük most már a gyakorlat alapján is javasolható.



A nemzetközi tapasztalatok igazolták, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok egységes kezelése mind a közigazgatásban, mind a gondozói hálózatoknál jó eredményekre vezetett. A közigazgatásban különösen a központi szinten jöttek létre olyan minisztériumok (pl. Szociális Minisztérium, Népjóléti Minisztérium stb.), amelyek átfogják a beilleszkedési zavarok széles körét, egészet biztosítva az igazgatási munkában.

A másik erőteljes törekvés a gondozói szervezetrendszerrel tapasztalható, ahol olyan hálózatokat hoztak létre, melyek a családot egy egységként kezelik és valamennyi felmerülő szociális, mentális probléma megoldásában segítséget nyújtanak. Ezek a hálózatok nem vesznek igénybe közigazgatási-hatósági eszközöket, inkább pszichológiai, pedagógiai stb. módszereket alkalmaznak, s nagy mértékben támaszkodnak a társadalom segítőkészségére, az öntevékeny formákra, szervezetekre.

Javaslatainkat tehát a hazai kutatások és a nemzetközi tapasztalatok egyaránt alátámasztják.



A probléma, amellyel a 60-as évek végétől szembenézni kényszerültünk, ma is permanensen fennáll, sokak szerint már elviselhetetlen, népbetegség jellegű, prognózisa nem kecséget semmi jóval, megoldása továbbra sem tűr halasztást.

Hogyan kellene kezelni a beilleszkedési zavarokat?

Münnich Iván

A helyzetkép

A 70-es évek elejétől kezdve politikai és tudományos életünk vezető és irányító szervei egyre több jelzést kaptak közéleti személyektől, szakemberektől, hogy az ún. társadalmi beilleszkedési zavarok méreteiben és megjelenési formáiban riasztó változások figyelhetők meg. A kialakult helyzet az együttélést súlyosan zavaró problémakomplexummá vált, átlépi a közvélemény toleranciájának határait, önismeretünk újraértékelését kívánja meg, ideológiánk, intézkedéseink, intézményrendszerünk felülvizsgálatát igényli.

Az aggodalmak, mint ahogy azt statisztikai, történeti, nemzetközi és egyéb szempontú elemző munkák igazolták, reálisnak bizonyultak. Az öngyilkosság, a bűnözés, az alkoholizmus, a lelki betegség, a kábítószerfogyasztás, a fiatalok veszélyeztetettség rövid időn belüli rendkívül gyors és tartós emelkedése; a deviancia arculatának módosulása, minőségileg új formák előtérbe kerülése (pl. a női alkoholizmusa, a töményszeszfogyasztás divatja, a munkahelyi konfliktusok neurózist kiváltó következménye, a hátrányos helyzet halmozódása, a személyi tulajdon elleni bűncselekmények túlsúlyba jutása, a felderítetlen bűntettek kritikus mértéke, a fiatalok kábítószerfogyasztása stb.); a beilleszkedési zavarok földrajzi-regionális térképének átrendeződése (pl. az öngyilkosság, ami régebben városi jelenség volt, most inkább falun fordul elő, a bűnözés újabb megyékre és városokra koncentrálódik, kialakul a lakótelepi szubkultúra stb.); újabb és főleg fiatalabb korosztályok fokozottabb aktivizálódása — mindezek társadalmunk védekező, egyensúlyt tartó rendszereit váratlanul és felkészületlenül érték.

A korábbi időszak hivatalos ideológiája optimisztikusan feltételezte, hogy a szocializmus építése során a főbb negatív vonások automatikusan megszűnnek. Ezért a társadalompolitika ilyen jellegű problémákkal hosszú távon nem szándékozott foglalkozni, s így ezek kezelésének intézményes és kulturális eszköztárát sem fejlesztette kellő mértékben. Nem véletlen tehát, hogy a nem a valós helyzet igényeihez igazított és ennek következtében méreteiben arányt tévesztett hivatásos apparátus — már csak széttagoltsága és összehangolatlansága miatt is (lásd erről részletesebben György István cikkét, 37—45. old. — szerk.) — gyenge hatásokkal

működik, gyakran csupán látszattevékenységet folytat, és funkciózavarainak következményeként olykor maga is deviancia teremtő. Hiányoznak a szakemberek, de a szakismeretek sem kielégítőek; a képzés színvonala elmarad a szükségestől; a szórványos alap kutatások hozama a közvetlen gyakorlati hasznosíthatóság szempontjából nem elégséges.

Kultúránk tradicionális devianciát szabályozó-kezelő mechanizmusai (pl. az egyén tájékozódását, sikeres alkalmazkodását biztosító értékrendszerek, szokások, hagyományok, ajánlott és elvárt konfliktusmegoldási minták stb.) sem működnek kielégítően és egyértelműen. Felerősödtek a negatív irányban ható életvezetési ajánlatok, könnyebben érvényesülnek a válságok feldolgozására adott deviáns, önkárosító vagy antiszociális példák (a deviáns viselkedések kialakulásának háttéréről lásd részletesebben Kolozsi Béla cikkét, 29—35. old. — szerk.). Különösen a lelki és fizikai egészség fenntartását és ápolását támogató gondolat és cselekvési rendszer bizonytalanodott el. Úgy tűnik, hogy a kritikussabb nehézségekkel is megbírkózni hivatott társadalmi lelki-egészségügyi kultúra elemei, intézményei nem épültek be mindennapi életünkbe. Bürokratikus béklyóba szorult az egyének és a helyi közösségek spontán segítőszándékú aktivitása, nem kaptak teret és legalitást az öntevékeny-önsegítő társulások; a humánszolgáltatások egyes „keresett” formái szinte ki sem alakultak (lelki, életviteli, párválasztási, házassági, szexuális tanácsadás stb.).

A cselekvéskényszert a kormány felismerte és a sikeres döntések előkészítése érdekében 1978-ban tudományos kutatómunkát kezdeményezett. 1983 végére a munkaközösség elkészítette a hazai viszonyok diagnózisát és azt a javaslatrendszert, amely a beavatkozás irányait, alternatíváit igyekezett kijelölni. E szakértői tevékenység dokumentuma már 1984-ben eljutott a „megrendelő” szervekhez, a döntéshozatalért és végrehajtásért felelős fórumokhoz, személyekhez. Az ott leírt javaslatokból azonban mindezidáig csak kevés valósult meg.

Mint ahogy azt a statisztikai mutatók jelzik, a helyzet lényegileg nem módosult az 1983 óta eltelt időszakban: *a beilleszkedési zavarok többsége intenzíven tovább szaporodott*. A probléma, amellyel a 60-as évek végétől szembenézni kényszerültünk, ma is permanensen fennáll, sokak szerint már elviselhetetlen, népbetegség jellegű, prognózisa nem kecsegtet semmi jóval, megoldása továbbra sem tűr halasztást. Nem tűnik tehát feleslegesnek, ha a kb. százötven javaslat elveit, főbb tételeit újra felelevenítjük.

A javaslatokról

A javaslatok (1) *a megelőzésre helyezik a hangsúlyt*, (2) a különböző deviáns viselkedési formákat *nem elszigetelten*, hanem *egymással való összefüggéseikben, ok-sági kapcsolataiknak megfelelően kezelik*, (3) olyan stratégia kialakítását inspirálják, amely *nem kampányszerű és tűzoltó jellegű*, hanem *hosszú távon* kívánja érvényesíteni hatását, megfontoltan építkezik, létrehozott intézményeit a közösségi élet szerves részévé kívánja tenni, (4) a reális hazai viszonyokat, a történeti-

kulturális előzményeket, az anyagi és szakmai feltételeket figyelembe véve, a jelenlegi apparátus racionális, mennyiségi és minőségi továbbfejlesztésétől várják az eredményeket.

A javasolt megelőzési szemlélet elvárt haszna, hogy az önálló, érett, felelősségvállaló, döntésképes, a nehéz élethelyzetekben is társadalmilag hasznosan alkalmazkodó emberek száma szaporodjon és ha szükséges, akkor kulturális és intézményes támogatást kapjon mindenki, aki az élet kihívásainak nehezebben tud megfelelni vagy akit az átlagnál súlyosabb lelki-egészségi-szociális megterhelés ért.

Az intézkedéseknek nem lehet célja a beilleszkedési zavarok teljes visszaszorítása; reálisan csak azt lehet tervezni, hogy a jelenlegi növekedési tendencia megálljon és egy elviselhető szintre szoruljon vissza, hogy hosszú távon kialakuljanak a beilleszkedési zavarokkal és a deviánsokkal való egyébként is elkerülhetetlen együttélés humánus, a mainál rugalmasabb formái. Ez a feladathalmaz csak a beilleszkedési zavarok visszaszorítására végrehajtott akciók keretében oldható meg. A végső eredmény alapjában véve a társadalmi életünket befolyásoló politikai (gazdasági, ifjúságpolitikai, jogi, szociális, népességgel kapcsolatos, művelődésügyi, egészségügyi stb.) lépések sikerétől függ.

A helyzetelemző diagnózis és a fentiekben vázolt előfeltevések szellemében a javaslatrendszer igyekezett átfogni mindazokat a társadalmi színtereket, melyek a deviáns jelenségek létrehozásában közvetve vagy közvetlenül szerepet játszhatnak, vagyis ahol tervezett előrelátás és tudatos beavatkozás szükséges. A javaslatok sorrendje a beilleszkedési problémák megközelítésének logikáját követi.

Javaslatok a társadalmi makrofolyamatok befolyásolására

Az e körben tett ajánlások nagy száma felhívó jellegű a társadalompolitika számára. Olyan makrostrukturális jelenségeket emel ki, amelyek hibás kezelése vagy elhanyagolása káros következményekkel jár: (1) Az utóbbi három évtizedben országunk lakosságának nagy része életmódváltásra kényszerült, aminek következtében fizikailag és érzelmileg elgyökértelenedett. Ez a folyamat módosítását indokolja (de nem adminisztratív eszközökkel!). A szükséges lépések a következők lennének: az embert megtartó helyi közösségek önállóságának fejlesztése, integráló erejének elősegítése, a munkahelyek személyeskedő hangulatának tisztítása, a légkör javítása, a szakszervezet szociális gondoskodásának (pl. üzemegezésügy, jogsegélyszolgálat) szélesítése stb. (2) Gazdasági életünk alakulása várhatóan a társadalmi egyenlőtlenségek kiéleződéséhez vezet, ezért fokozott figyelmet kell fordítani a halmozottan hátrányos helyzetűekre, a cigányokra, az öregekre, a peremre szorultakra, az ingázókra és munkásszálláson élőkre, a középfokú oktatásból lemorzsolódott kallódókra, az állami gondozottakra. (3) Társadalmunk ideológiai jellegű szabályozórendszerei átalakulóban vannak. A szocializmus eszmerendszerének fel kell készülnie, hogy hatékonyan tudja befolyásolni az életmódváltással bíró emberek gondolkodásmódját, hogy más elképzelésekkel vitázva is

érvényre tudja juttatni saját morális érték- és normarendszerét. (4) A jogpolitikának számot kell vetni azzal, hogy a túlszabályozás anomáliákat szülhet és nem helyettesítheti a társadalmi viselkedésszabályozás egyéb formáit (pl. erkölcs, hagyományok stb.). (5) A vallás szerepe felértékelődött; e realitás talaján az egyházzal való együttműködés igen alkalmas keretet nyújthat a beilleszkedési zavarok visszaszorítására (pl. kábítószeres fiatalok rehabilitációjára indított akciók esetében). (6) Újra meg kell erősíteni az emberi élet értékének eszméjét, a nemzeti érzület és tudat irányt adó szerepét, a pozitív személyiségek példamutató szerepét és az állami intézmények tekintélyét. (7) Az iskolázottság színvonala és a fiatalok antiszociális sodródása vagy neurotikus személyiségfejlődése között szoros kapcsolat mutatható ki. Szisztematikusan át kell gondolni, hogy melyek azok a felesleges feszültségteremtő helyzetek (iskolaváltás, lemorzsolódás, felvételi keretek szűksége, fogyatékos tudás stb.), amelyek kényszerpályákra küldhetik a gyerekeket. A tantervekben több helyet kell juttatni az emberközi kapcsolatok kezelésének. Megoldásra vár a felnőttoktatásra irányuló nyomás, az új munkakörökre való felkészülés-felkészítés intézményes biztosítása, mert különben a „használatlan-ság” érzésével és tényével küszködő emberek a deviánsok számát fogják növelni. (8) Zavarok mutatkoznak nevelési ideológiánkban (parancselvű vagy liberális legyen-e?), a pedagógusi gondolkodás alapértékeiben (pl. a fegyelmezés megengedhető formáinak kérdéseiben, a következmények határának megvonásában). Ezek a bizonytalanságok a felnövekvő nemzedékek viselkedésszabályozásának kiszámíthatatlanságát eredményezhetik, elmosódhat az egyéni felelősség kérdése, következmény nélkül maradhatnak a jog- és erkölcsellenes tettek. (9) Demoralizáló alkalmazkodást, bizonytalanságot vagy agressziót vált ki, ha információt közlő rendszerünk manipuláltan működik, ha a lakosságot „éretlen” felnőttként kezeli. Ezen csak a demokratizmus, a helyi és az általánosabb nyilvánosság ellenőrző funkciójának érvényesítése segíthet. (10) Hiányzik a tömegkommunikáció végiggondolt stratégiája a deviáns jelenségek vonatkozásában, pedig egyrészt felelőssége van bizonyos negatív példák megjelenítésekor (pl. az agresszió látványa hasonló reakciót válthat ki a nézőből, vagy az öngyilkos látványos „problémamegoldása” is inspirálhat követésre), másrészt viszont propagálhatja a segítőszerű emberi tevékenységet, reklámozhatja az egészséges életmód különböző változatait. (11) Számolni kell azzal is, hogy a társadalmi közérzet, hangulat hordoz olyan elemeket, amelyek közvetlenül elősegítik a deviáns magatartások elfogadását, legitimálását. Ilyenek például a perspektívatlanság, a hatalomtól, a „helyi kiskirályoktól” való tehetetlen függés, a közmorál fellazulása, az ügyeskedők anyagi sikeressége, a korrupció, a protekcionizmus, a munkafegyelem fellazulása, nemzeti múltunk önsorsrontó fátuma, amely felment a cselekvés felelőssége alól stb.

Javaslatok a beilleszkedési zavarok elleni küzdelem komplex intézményrendszerének működésére

A beilleszkedési zavarok elleni harc csak akkor lehet eredményes, ha sikerül létrehozni a megelőzés alapellátásként funkcionáló intézményrendszerét. Ez a rendszer — amely egységes koncepcióval, integráltan kell, hogy működjön — a következőkre építhet: (1) a már meglévő intézményekre (gyermek és ifjúságvédelem, nevelési-, pályaválasztási tanácsadók, ideggondozók stb.), (2) az ún. „szocializáló műhelyekre” (család, iskola, munkahely, katonaság), (3) az újfajta családgondozó állomásokra, (4) a lelki egészségügyi és egyéb humán szolgáltatásokra (lelki segély telefonszolgálat, tanácsadás, önszegélyező klub stb.).

A komplex intézményrendszer leírásával, a központi és a helyi-területi közigazgatásra vonatkozó javaslatokkal György István cikke foglalkozik (37—45. old.). Itt csak két fontos pontot szeretnék kiemelni. A TBZ program Tudományos Tanácsa a különböző alternatívák mérlegelése alapján úgy foglalt állást, hogy (1) a közigazgatás központi szintjén egy új és önálló minisztérium felállítását javasolja, mely a TBZ elleni harc mellett a társadalompolitika egyéb (elsősorban szociálpolitikai) funkcióit is ellátná; (2) a közigazgatás helyi és területi szintjén pedig a tanácsok szakigazgatási szerveként olyan *szociális főosztályokat*, osztályokat képzel el, melyek a szociális igazgatás — TBZ-vel és szociálpolitikával kapcsolatos — adminisztratív feladatait (intézményirányítás, felügyelet stb.) látnák el.

A Családgondozó Központok, a mentális egészségügyi intézmények és a humán szolgáltatási formák integrálódnaiban ebben a közigazgatási szerkezetben, de csak alapellátó gondozói tevékenységet folytatnának. A hálózat szakmai-módszertani irányítását egy Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ oldaná meg. (E koncepciót részletesebben, valamint a tervezett intézményrendszerről készült ábrát lásd György István cikkében, 37—45. old. — szerk.)

Javaslatok a szocializáló „műhelyek” működését továbbfejlesztő intézkedésekre

A beilleszkedési zavarok korai megelőzésének legfontosabb intézménye a család. Minél több feladatot tud ellátni, annál kevesebb teher marad az állami gondoskodásra. Családpolitikánk nagy jelentőségű pozitív változásokon ment keresztül az utóbbi években, ezért csak néhányat érdemes megemlíteni az eredeti javaslatokból, amelyek nagy része már megvalósult. Új családjogi törvények kidolgozása, házasságvédelmi tanácsadás megszervezése, családjogi perekben tárgyaló bírák speciális felkészítése, a társadalmi (anyagi és egyéb) juttatások növelése, a gyermekgondozási segély intézményének fejlesztése, a gyermeknevelésre fordított idő okozta leterheltség enyhítése (pl. iskolaotthonos ellátással, gyermeküdültetéssel), az anyák csökkentett idejű munkavállalásának biztosítása, a gyermekneveléssel kapcsolatos kedvezmények kiterjesztése az apára, a gyermekét egyedül nevelő szülők fokozottabb támogatása, a több gyerekesek lakásproblémáinak megoldása stb.

A magatartási zavar kezdeti tüneteivel először hivatalosan a nevelési intézményekben (óvoda, iskola) találkoznak. A gyerek viszi magával a problémáit (pl. agresszív), de az iskola maga is forrása lehet alkalmazkodási nehézségeknek (pl. túlzott követelmények állításával). Mindezek orvoslásaként indokolt a gyermekvédelmi tevékenység megerősítése, az iskolapszichológusi hálózat kiépítése (ennek első lépései már megtörténtek), és mindezek „külső” támogatásaként a Nevelési Tanácsadók és a gyermekideggondozók minőségi fejlesztése.

A 14-18 évesek sajátos helyzetbe kerültek társadalmunkban. Fokozottan veszélyeztetettek, életkori problémáikra nehezen találnak támogatást, segítséget. Sokan kívül rekednek a közoktatási, egészségügyi hálózatok körén, ezért fokozottabb figyelmet és segítséget igényelnek (szükséges lenne például a tankötelezettség határozottabb érvényesítése, a dolgozók iskolájába történő beiratásuk, a lemorzsolódottak utánkövetése, a fiatalok munkásszállásainak fejlesztése stb.).

Célszerű olyan módszereket-programokat kidolgozni a Művelődési Házakban és egyéb Ifjúsági Központokban, amelyek integráló-nevelő hatásukkal magukhoz kötik a csellengő gyerekeket. Égető feladat a kábítószerfogyasztó fiatalok felderítésének és kezelésének intézményesítése.

A munkahely alapvetően érdekelt abban, hogy a deviáns megnyilvánulások ne zavarják a termelőmunkát. Az egészséges munkahelyi légkör megteremtéséért természetesen áldozni is kell. Szükséges, hogy a vezetők is tájékozottak legyenek ezekben a problémákban, s megtalálják azt az értékrendszert, amelyik a kollektívát arra ösztönzi, hogy az életvitelükben „tévútra” kerülteket visszajuttassák a munkaképesek körébe (veszélyeztetett fiatalok pártfogása, alkoholisták felkarolása révén stb.). Nagyobb munkahelyeken az üzemegészségügy keretén belül, a szakszervezet támogatásával lelki tanácsadó, jogsegélyszolgálat hozható létre, felvilágosító programok bonyolíthatók le.

A hadsereg különleges élettere a fiatal férfinak. Nem mindenki alkalmas azonban arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon a megváltozott életkörülményekhez és egyben megfeleljen a katonai technika legmagasabb követelményeinek. Indokoltnak tűnik a sorkatonák pszichológiai szűrésének fejlesztése, a katonai mentálhigiéniai szolgálat mind kiterjedtebb alkalmazása, az alkoholizálást elfogadó és támogató katonai hagyományok, normák megváltoztatása.

Javaslat Családgondozó Állomások hálózatának kialakítására

A Családgondozó Állomások létrehozása központi szerepet tölt be a javaslatok összefüggéseiben, ugyanis az államigazgatás keretében elképzelt hálózat több szempontból is új típusú intézmény. Reálisnak tűnik, hogy 15–20 éves távlatban megvalósuljon egy olyan családcentrikus, segítő és gondozó hálózat, amely leki egészségügyi, szociális és anyagi támogatást is nyújt, valamint alapellátás jellegű és humánszolgáltatásokat is biztosít. A területi elvet követő, folyamatosan kiépítendő hálózat feladata, hogy a TBZ elleni küzdelmet ne hatósági eszközökkel (ez tanácsi jogkör), hanem sajátos gondozói tevékenységgel valósítsa meg, hogy terü-

letén belül saját szakembereivel a jelenleginél tartalmilag gazdagabb formában el-
lássa a szélesebb értelemben vett családgondozást, s hogy biztosítsa az illetékessé-
gi területén önállóan működő egyéb gondozóhálózatok (nevelési tanácsadók, hu-
mánszolgáltatási intézmények, magánvállalkozások, önszegélyezési egyesülések,
egyházi-karitatív mozgalmak) szakmai felügyeletét és tevékenységük koordi-
nálását.

Javaslatok a mentális egészségügyi alapellátás intézményeire

A pszichológiai tanácsadás hiányzik lelki egészségügyi kultúránkból, ezért éssze-
rű megszervezni olyan szolgáltatásokat, amelyek segítenek megelőzni a deviáns
megoldások kialakulását és rögzülését azáltal, hogy segítséget nyújtanak a külön-
böző életvezetési nehézségekkel küzdőknek. Igen nagy igény merült fel speciális
tanácsadásra; csak példaképpen: szülők, házaspárok, házasulandók, válófélben
lévők, alkoholfogyasztással, kábítószerfüggőséggel, szexuális problémákkal küz-
dők, párválasztásban, pályaorientációban bizonytalanok, tájékozatlanok részére
stb.

Fontos szerepet tölt be a telefonos lelki elsősegély szolgálat, ennek kiépítését in-
dokolt továbbfolytatni. Bátorítani érdemes a lakótelepeken önkéntes alapon szer-
veződő emberbaráti közösségeket. Az önként vállalkozók bevonhatók és megfelelő
szakmai képzés és ellenőrzés mellett hasznos tevékenységet folytathatnak a szociá-
lis és lelki gondozás terén. Támogatásra érdemesek — az Alkoholelles Klubok
igazolt sikerében bízva — mindazok az önszegítő egyesületek, klubok, amelyek a
válságból kivezető emberi kapcsolatokat jelenthetik. A magánvállalkozások is el-
fogadható formái a humánszolgáltatásoknak, bár ezen a területen még sok a meg-
oldatlan jogi probléma.

Elképzelhetetlen, hogy a TBZ-t megelőző akciókba ne kapcsolódjanak be a tár-
sadalmi és tömegszervezetek (MSZMP, Hazafias Népfront, Vöröskereszt, szocia-
lista brigádok, KISZ, szakszervezet); szükséges, hogy az aktuális helyzetet rend-
szeresen értékeljék és ehhez igazítsák a teendőket.

Ki kell használni a tömegkommunikáció lehetőségeit a lelki egészségvédelem
céljára, élni kell a TV, a Rádió, a sajtó életmódot alakító hatásával és szélesíteni
kell az agitatív eszközök tárárt (szórólapok, plakátok stb.).

Javaslatok a szakemberképzésre

A TBZ elleni küzdelem szakemberigénye igen nagy, ezért a Tudományos Tanács
javaslatai kiterjedtek (1) az alapképzés továbbfejlesztésére, a családra orientált
mentálhigiénés ismeretek tanrendi felvételére olyan szakmák esetében, ahol a kap-
csolat közvetlen (jogászok, igazgatási alkalmazottak, szociológusok, pszichológu-
sok, pedagógusok, szociális szervezők, védőnők, szociális gondozók), továbbá
ahol a döntésekben és a gyakorlatban szükség van az ügyfél személyes világnak

megértésére, problémáinak humánus kezelésére, konfliktusmegoldó képességének javítására; (2) a speciális felkészültségű szakemberek képzésére és továbbképzésére új szakdiplomák megszerzésének lehetősége és új szakok beindítása révén (pl. a családjogi ügyekkel foglalkozó bírák, igazságügyi szakértő és tanácsadó pszichológusok stb.); (3) olyan területi ellátásban dolgozó közép-kaderek és szakemberek továbbképzésére, akik hivatalból ugyan nem foglalkoznak deviáns személyek kezelésével, de munkájuk során feltétlenül találkoznak a problémakörrel (rendőrök, népművelők, mentősök, körzeti-, üzemi- és iskolaorvosok); (4) a laikusok képzésére: olyan tanfolyamok szervezésére, amelyen az önként jelentkezők elsajátíthatják azokat az ismereteket, technikákat, amelyek képessé teszik őket, hogy partnerként vehessenek részt a különböző gondozási munkákban.

Javaslatok a tudományos kutatás fejlesztésére

A TBZ jelenségkörével foglalkozó alapkutatások szervezetlenül folytak, gyakran egyes kutatók „magán kezdeményezései” alapján, s így fehér foltok jelentkeztek a kutatandó területen. Mivel ez a probléma permanenssé vált, indokolt, hogy a „Társadalmi beilleszkedési zavarok elemzése” című kutatási program továbbra is folytassa vizsgálódásait és folyamatosan szállítsa mindazokat az ismereteket, amelyek elősegítik a jobb megértést és a sikeres kezelést. Nincs szükség új kutatóhelyek létrehozására; elegendő a meglévők koordinálása, a szellemi kapacitás jobb kihasználása és a feltételek javítása.

A kutatási témák kijelölésénél a következők élveznek elsőbbséget: (1) a deviáns jelenségek hazai alakulásának társadalom-statisztikai követése, (2) a deviancia képe a társadalmi tudatban, az egyének értékelő hozzáállásában, a tömegkommunikációban, (3) az egyes beilleszkedési zavarok hazai megjelenésének specifikumai, sajátos korrekciós-rehabilitációs eljárásainak kérdései, (4) a deviáns személyiségfejlődés korai szakaszának tünetei, (5) terápiás, gondozási, támogatási, reszocializáló módszerek kifejlesztése, (6) újfajta vagy módosított profilú intézmények szervezet-fejlesztését célzó modellkísérletek lebonyolítása (pl. a család-gondozó állomások esetében).

Javaslatok az egyes TBZ-formák megelőzésére és visszaszorítására

1. A *neurózis* és az *öngyilkosság* a népesség széles körét érintő beilleszkedési zavar. Ezek visszaszorítása olyan magas szintű döntést igényel, amely kezelésüknek bizonyos prioritásokat tud biztosítani. Az elemzések szerint ugyanis a jövőben a jelenlegi pszichiátriai kapacitásnak legalább kétszeresére lesz igény. Önálló neurózis, szenvedélybeteg és öngyilkos szakellátás országos kiépítésére, krízisintervenció-s-válságelhárító osztályokra, központokra, a neurózis-szakterápia elterjesztésére, az öngyilkosoknak támogatást nyújtó telefonszolgálatok szélesebb körű megszervezésére, a vallásos és laikus önkéntesek bevonására lesz szükség.

2. A megelőzés a *kriminalitás* vonatkozásában is a legnagyobb hasznot hajtó beavatkozás. Éppen ezért időszerű a megelőzés egységes koncepciójának kidolgozása, s magasszintű jogszabályának megalkotása. Ennek részeként összhangba kell hozni a rendőri-bűnüldözői tevékenységet és a gyermek- és családvédelmi, a nevelési intézmények és egyéb társadalmi szervek munkáját. Előbbre kell lépni az antiszociális fiatalok nevelésében, fokozni kell az utógondozást. Meg kell oldani az igazságügyi pszichológiai szakértés ügyét, külön figyelmet kell fordítani egyes kriminológiai problémát okozó csoportok viselkedésére, így a periférián élőkre, a cigányokra, a kábítószerélvezőkre. Meg kell vizsgálni és újra kell értékelni a jogalkotásnak, az igazságszolgáltatási szervezetnek (rendőrség, bíróság, ügyészség, büntetés-végrehajtás) a TBZ-hez kapcsolódó feladatait (pl. új terápiás eljárások kidolgozása a büntetés-végrehajtás során).

3. Az *alkoholizmus* elleni küzdelem csúcsszerve jelenleg az Alkohol Elleni Állami Bizottság. Az 1983-as javaslattevők három főbb területen várnak eredményeket: (1) a szeszesitalok hozzáférhetőségének korlátozásától (pl. az alkohol árának folyamatos emelése, a speciális bolthálózat kialakítása, munkahelyi italfogyasztási tilalom, ellenőrzés és fokozott büntetés stb.), mely fogyasztáscsökkenéshez vezet; (2) az ivási szokások „propagandisztikus” eszközökkel történő megváltoztatásától (a józanság értékének növelése, a józansági mozgalmak térnyerése, az alkohológiai ismeretek elterjedése révén); (3) az alkoholista betegek gyógyításától-rehabilitációjától (a szűrési eljárások általánossá tétele, a pszichoterápiás módszerek alkalmazása, az ambuláns alkoholgondozók és a kórházi ágyak szaporítása, az alkoholelles klubok elterjesztése stb. által).

4. A szenvedélybetegségek megelőzésének, a betegek ellátásának és rehabilitációjának intézményei csak kezdetleges formában léteznek. Különösen érvényes ez a *kábítószer fogyasztás* prevenciójának esetében, ahol egyrészt kultúránktól bizonyos fokig idegen kihívással kell szembenézni, másrészt új szemléletet kellene érvényesíteni: a kábítószer elleni küzdelem intézményét nem a meglévő apparátusokhoz kellene kötni (így pl. az egészségügy minisztériumához sem). Bár az utóbbi időben komoly erőfeszítések történtek a helyzet javítására, az előrehaladást nagy mértékben gátolja, hogy a megelőző hálózat helye nehezen található meg a jelenlegi szervezeti viszonyok között. Sajnos, a rendelkezésre álló lehetőségeinket sem tudtuk racionálisan kihasználni: a nevelési tanácsadók, gyermekideggondozók, családgondozók, iskolaorvosi és körzeti orvosi stb. hálózatok személyzetének szakmai felkészítésével is elmaradtunk. E hiányosságok pótlása tehát az egyik sürgős feladat. A jövőbeni siker érdekében szükségszerűen támaszkodnunk kell minden olyan szervezeti (egyház, tömegkommunikációs fórumok, helyi társadalmi mozgalmak stb.) és egyéni aktivitásra, amely önként, a bajt felismerő és vállaló attitűddel és nem bürokratikus kényszerből vesz részt ebben a munkában. Vagyis a jövőben fokozottabban támogató az önsegítő törekvések, mozgalmak, közösségek fejlesztése. A már betegek ellátása kettős bázison oldható meg. A „méregtelenítés” (detoxikáció) orvosi feladat, végrehajtása csak kórházi környezetben történhet. De a gyógyítás és rehabilitáció modern eszköze: a családra orientált figyelem.

5. A *veszélyeztetett gyermekek* számának mérséklése természetesen függvénye minden olyan intézkedésnek, beavatkozásnak, amelyet a deviáns jelenségek körében szükségesnek tekintettünk, s ezért megvalósításukat javasoltuk. Az alkoholfogyasztás elleni harcban „meggyógyított” szülő például viselkedésével valószínűleg nem fogja a továbbiakban kockáztatni gyermekének pozitív irányú fejlődését. A gyermekvédelem speciális feladatait, alkalmazandó koncepcióit, sikeres gyakorlatának lehetőségeit a fentiekben ismertettük. Tudomásunk szerint a felelős intézmények nem tudtak kielégítően megbírkózni a helyzet súlyosságával; a mindennapi munka elméleti, szakmai, pénzügyi problémákkal továbbra is terhelt és rutinja az adott feltételekkel és megközelítéssel nem kedvez a gyerekeknek.



Az érintett állami és társadalmi szervek — saját intézkedési körükön belül — elkezdtek a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzése érdekében folytatandó munkájukat. A már megtett lépések jó része egybeesik a fentiekben vázolt javaslatokkal.

Továbbra is problémát okoz azonban több területen a meghozandó intézkedések elmaradása, valamint a cselekvések összehangolatlansága, az egységes koncepció hiánya, mely nagymértékben csökkenti a jószándékú törekvések hatékonyságát és kiszámíthatatlanul kitolja a célok megvalósításának idejét.

Statisztikai táblázatok

Az itt közölt táblázatok lapunk e számának témáira vonatkozó fontosabb adatokat tartalmazzák. A táblázatokat — egy-két kivételtől eltekintve — a KSH adatai alapján állítottuk össze, az ettől eltérő forrásról külön megadjuk.

SZESZESITALOK FOGYASZTÁSÁNAK EGY FŐRE JUTÓ MENNYISÉGE

Évek	Bor	Sör	Égetett szeszesitalok*	Szeszesitalok összesen**
	liter			
1934—1938	32,1	3,1	3,30	5,5
1950	33,0	8,3	1,50	4,9
1955	18,8	24,0	3,02	4,5
1960	29,9	36,8	2,84	6,1
1965	32,8	44,2	3,00	6,8
1970	37,7	59,4	5,40	9,1
1975	34,2	72,3	7,22	10,1
1980	34,8	86,0	9,28	11,7
1981	29,7	89,2	9,94	11,5
1982	31,8	89,7	9,52	11,6
1983	29,6	88,8	9,64	11,3
1984	30,7	87,0	10,20	11,7
1985	24,8	92,4	10,86	11,5
1986***	25,0	99,0	10,40	11,5

*50%-os szeszre átszámítva.

**Abs. literre történő átszámításnál bornál átlagosan 11,5, sörnél átlagosan 3,5%-os szesztartalmat vettünk figyelembe, égetett szeszesitaloknál az átszámítás kiindulási alapját a táblázatban közölt 50%-os égetett szeszesital mennyisége képezte.

***Várható érték.

ALKOHOLOS HALÁLOKBAN* MEGHALTAK SZÁMA ÉS 100 000 MEGFELELŐ KORÚ LAKOSRA JUTÓ GYAKORISÁGA**

Év	Szám	Gyakoriság
1970	283	4,95
1972	352	6,10
1974	439	7,51
1976	524	8,88
1978	815	13,69
1980	1701	28,29
1982	2240	36,87
1984	3452	55,94
1986***	3646	58,18

*Alkoholos elmezzavar, alkoholizmus és az alkoholos májbetegség adatai együtt.

**Az alkoholos eredetű halálozások számának és arányának emelkedésében a tényleges növekedésen kívül, szerepet játszik a korábban megbízhatóbb és pontosabb körismérés is.

***Előzetes adatok.

ALKOHOLOS MÁJZUGORODÁS MIATT ELHALTAK SZÁMA ÉS AZ ALKOHOLISTÁK BECSÜLT SZÁMA

Év	Májzsugorodásban elhaltak száma	Alkoholos májzsugorodás miatt elhaltak száma*			Jellinek-formula** segítségével számított alkoholisták száma		
	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
1970	1330	148	32	180	21 312	4 608	25 920
1975	1921	295	66	361	42 480	9 504	51 984
1980	2968	1194	362	1556	171 936	52 128	224 064
1981	3470	1506	521	2027	216 864	75 024	291 888
1982	3451	1478	498	1976	212 832	71 712	284 544
1983	4193	1888	607	2495	271 872	87 408	359 280
1984	4599	2240	695	2935	322 560	100 080	422 640
1985	4587	2228	736	3024	329 000	106 000	435 000
1986	4559	2229	816	3112	331 000	117 000	448 000

*Az alkoholos eredetű halálozások számának és arányának emelkedésében a tényleges növekedésen kívül szerepet játszik a korábbiánál megbízhatóbb és pontosabb körsímzés is.

**Az alkoholisták számáról statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre. Az alkoholos májzsugorodásban meghaltak számának ismeretében — a Jellinek-formula néven ismert számítási képlet segítségével — lehet az alkoholisták tényleges számára következtetni.

NYILVÁNTARTOTT ALKOHOLISTÁK

Év	Alkoholelvonó szakrendeléseken	Idegbeteg-gondozó intézetekben	Összesen	A idegbeteg-gondozó intézetekben nyilvántartottak közül az alkoholos pszichózis miatt nyilvántartott		
				férfi	nő	összes
nyilvántartott alkoholisták száma				betegek száma		
1965	31 811	..	..	490	62	552
1970	33 705	5683	39 388	929	160	1089
1975	46 860	6834	53 694	2281	323	2604
1980	43 217	6733	49 950	2733	511	3244
1981	44 288	5716	50 004	3012	574	3586
1982	47 864	6811	54 675	2731	560	3291
1983	51 584	6186	57 770	2757	572	3329
1984	55 634	6433	62 067	2773	601	3374
1985	58 346	6825	65 171	2914	606	3520
1986	60 117	6922	67 039	2913	690	3603

**JOGERŐSEN ELÍTÉLTEK KÖZÜL
AKIKNEK CSELEKMÉNYE ALKOHOLFOGYASZTÁSSAL VOLT
ÖSSZEFÜGGÉSBEN**

(köz- és magánvadás bűncselekmények, felnőttek és fiatalok együtt)

Év	Férfiak		Nők		Összesen	
	száma	aránya	száma	aránya	száma	aránya
1965—1969 évek átlaga	16 317	29,9	522	4,3	16 839	25,2
1970—1974 évek átlaga	21 164	38,0	587	4,8	21 751	33,0
1975—1979 évek átlaga	24 808	41,8	766	8,1	25 574	37,2
1980—1984 évek átlaga	22 942	41,9	841	9,9	23 783	37,6
1980	21 387	41,2	752	9,4	22 139	37,0
1981	22 248	41,1	883	10,3	23 131	36,9
1982	23 098	42,0	855	10,0	23 953	37,6
1983	24 381	42,6	854	9,6	25 235	38,1
1984	23 598	42,6	863	10,3	24 461	38,3
1985	23 280	43,2	865	12,3	24 145	39,6
1986	23 764	41,4	1055	12,6	24 819	37,7

**AZ ITTASAN OKOZOTT SZEMÉLYSÉRÜLÉSEK
KÖZÜTI BALESETEK ALAKULÁSA**

Év	Járművezetők által	Gyalogosok, utasok, egyéb személyek által	Összesen	Járművezetők által	Gyalogosok utasok, egyéb személy által	Összesen
	ittasan okozott balesetek száma			ittasan okozott balesetek az összes baleset százalékában		
1965	1916	542	2458	17,3	15,6	16,7
1970	3132	855	3987	17,2	18,6	17,2
1975	2950	780	3730	18,1	23,7	18,9
1980	2715	639	3354	17,6	18,8	17,7
1981	2710	589	3299	18,1	18,4	18,0
1982	2832	601	3433	18,9	19,5	18,8
1983	3125	591	3716	19,8	19,2	19,6
1984	3017	566	3583	18,7	18,6	18,6
1985	2850	539	3389	17,5	17,2	17,3
1986	2527	498	3025	15,8	16,0	15,6

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK GYAKORISÁGÁNAK ALAKULÁSA
MAGYARORSZÁGON ÉS NÉHÁNY MÁS ORSZÁGBAN**

Ország	100 000 lakosra jutó öngyilkosságok száma												
	1921— 1925	1926— 1930	1931— 1935	1936— 1940	1941— 1945	1946— 1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1984
Anglia és Wales	10,1	12,3	13,6	12,3	9,3 ^a	10,7 ^a	11,3	11,2	10,8	8,0	7,5	8,8	8,7
Ausztria	28,3 ^b	35,3	40,7	39,4 ^c	..	22,3	23,4	23,1	22,8	24,2	24,1	25,7	26,9
Belgium	13,4	15,9	17,7	17,3	12,8	14,1	13,6	14,6	15,0	16,5	16,2	..	23,8
Bulgária	..	..	..	..	..	..	5,8 ^p	7,6	9,2	11,9	12,9	13,6	16,9
Dánia	13,8	16,8	18,3	18,9	20,6	24,8	23,3	20,3	19,3	21,5	24,1	..	..
Csehszlovákia	..	..	..	..	..	..	..	..	21,5	25,3	21,9	19,8 ⁿ	18,5
Finnország	12,7	18,9	20,6	20,5	16,7	16,5	19,9	20,5	19,8	21,3	25,0	..	..
Franciaország	..	19,0	20,2	..	13,1 ^d	13,7	15,9	15,8	15,0	15,3	15,8	19,4	22,0
Görögország	..	..	..	..	..	..	..	..	3,2	3,1	2,8	3,3	3,9
Hollandia	6,2	7,2	8,4	8,6	7,9	6,5	6,0	6,6	6,9	8,1	8,9	10,1	..
Írország	..	..	..	..	..	..	..	3,0	1,8	1,8	3,6	6,3	5,4
Jugoszlávia	..	..	..	..	..	..	..	12,0	12,4	13,5	14,7	..	..
Lengyelország	..	..	..	..	..	..	5,7	8,0	9,0	11,2	11,3	..	14,0
Magyarország	28,0	30,0	32,9	30,5^f	..	23,7	20,5	26,0	29,8	34,6	38,1	44,9	45,9
NDK	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
NSZK	22,1 ^c	26,1 ^c	28,6 ^c	28,6 ^{e,f}	..	17,0	19,3	18,8	20,0 ^r	21,5 ^r	20,9 ^r	20,9	20,5
Norvégia	5,8	6,4	6,6	6,7	5,9	6,7	7,4	6,4	7,7	8,4	9,9	..	..
Olaszország	8,8	9,7	9,0	7,1	4,9 ^h	6,1	6,7	6,1	5,4	5,7	5,6	7,3	..
Portugália	6,9	7,0 ⁱ	11,5	11,5	9,9	9,8	9,2	8,5	9,1	7,5	8,9	7,4	10,2
Spanyolország	..	..	..	..	..	..	..	5,5	4,7	4,2	3,9	4,4	..
Svédország	14,4	15,0	16,4	16,3	14,7	15,2	17,8	17,4	18,9	22,3	19,4	..	..
Svájc	23,1	25,4	26,9	24,7	25,0	24,2	21,6	19,0	18,1	18,4	22,3	..	..
Japán	20,0	20,9	21,6	17,6	12,6 ^j	17,1 ^k	25,3	21,6	14,7	15,1	18,0	17,6	20,4
USA	11,9	13,8	15,9	14,6	11,2	12,0	10,2	10,6	11,1	11,1	12,7	11,8	..
Kanada	7,8	8,2	9,0	8,6	6,8 ^h	7,8	7,0	7,6	8,8	11,3	12,4	14,0	13,7
Ausztrália	10,9	12,6	12,1	10,9	7,9	9,7	10,3	10,6	14,9	12,4	11,1	11,0	11,0
Új-Zéland	12,3	13,9	13,7	11,2	10,0	9,5	..	..	..	..	..	..	..
Chile	..	..	..	..	..	..	..	..	5,5	4,9	6,7	4,9	5,7 ^o

a) 1941—1949 csak a polgári lakosság által elkövetett öngyilkosságok. b) négy év, 1921, 1923—25 év átlaga. c) négy év, 1936—39 átlaga. d) a harci események során a katonák által elkövetett és a Németországban levő hadifoglyok és deportáltak által elkövetett öngyilkosságok nélkül számolva. e) 1921—38-ig Németország arányszámai. Az 1921—25. arányszám négy év, 1921—23, 25 átlaga. f) három év, 1936—38 átlaga. g) négy év, 1947—50 átlaga. 1947-ben a francia megszállási övezetben elkövetett öngyilkosságok nélkül számítva. h) a hadműveleti övezetben elkövetett öngyilkosságok nélkül. i) négy év, 1926, 27, 29, 30 átlaga. j) három év, 1941—43 átlaga. k) négy év, 1947—50 átlaga. l) 1940 óta külföldön szolgálatot teljesítő katonák által elkövetett öngyilkosságok nélkül. m) a külföldön szolgálatot teljesítő katonák által elkövetett öngyilkosságok nélkül. n) 1981. évi adat. o) 1983. évi adat. p) csak a városok adatai alapján számítva. r) Nyugat-Berlinnel együtt.

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK GYAKORISÁGA
KORCSOPORTOK SZERINT**

100 000 megfelelő korú lakosra jutó öngyilkosságok száma

ÖSSZESEN

Év	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
	éves									
1960	1,4	16,3	28,6		25,4		33,5		41,6	
1965	1,4	14,0	28,7	26,1	29,3	35,3	36,7	44,9	38,1	52,1
1970	1,8	12,4	25,3	24,8	33,6	32,4	45,5	44,2	62,9	51,1
1975	3,9	9,2	21,1	27,0	33,2	37,4	48,3	56,8	61,5	68,2
1980	3,6	11,4	24,0	34,5	41,8	54,3	56,6	67,3	70,7	66,6
1981	2,6	14,4	23,0	32,7	42,5	49,9	62,3	63,9	72,1	65,0
1982	1,2	12,2	20,0	30,0	36,7	50,7	64,1	61,6	66,7	61,6
1983	2,4	11,8	22,6	30,8	44,1	55,4	66,3	73,7	74,3	69,4
1984	2,4	10,6	21,5	30,9	45,0	61,2	69,9	72,2	66,4	71,0
1985	1,3	8,1	22,5	31,9	46,7	60,2	62,4	69,5	70,9	61,7
1986	1,1	7,8	20,5	34,2	46,1	59,4	66,3	72,4	71,2	64,6

Év	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	százezer 15 éves és idősebb lakosra számolva
	éves						
1960	47,3			65,8			34,6
1965	48,3	56,0	61,4	71,4	112,1	153,2	39,0
1970	61,9	72,1	73,5	100,4	111,0	135,3	43,8
1975	63,3	67,9	86,2	110,7	125,1	124,1	47,7
1980	76,4	66,1	96,6	121,6	141,4	183,6	57,2
1981	80,5	78,9	89,7	128,5	153,6	170,8	58,1
1982	77,2	75,7	93,4	121,6	154,0	136,6	55,6
1983	75,4	68,2	93,9	109,5	137,6	147,4	58,5
1984	65,6	66,6	90,4	117,5	135,6	187,3	58,7
1985	61,0	66,5	81,1	112,0	135,9	177,8	56,5
1986	62,7	78,6	74,0	115,8	133,7	153,2	57,5

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK GYAKORISÁGA
KORCSOPORTOK SZERINT**

100 000 megfelelő korú és nemű lakosra jutó öngyilkosságok száma

FÉRFI

Év	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
	éves									
1960	2,2	18,8	41,8		39,8		51,1		63,3	
1965	2,1	19,6	43,1	41,9	45,8	55,0	56,7	61,5	56,7	79,5
1970	3,1	16,8	38,4	41,2	54,9	53,6	70,4	68,6	101,7	78,9
1975	4,8	13,3	30,4	42,3	55,1	59,3	75,5	88,7	101,2	99,2
1980	5,2	17,0	38,3	54,2	65,6	84,5	85,5	100,5	109,6	102,1
1981	3,8	20,3	35,4	51,3	64,1	71,8	94,3	96,6	102,0	93,1
1982	1,9	17,2	30,2	47,0	59,0	79,1	97,3	98,1	99,0	96,2
1983	3,4	15,6	35,3	46,2	69,7	84,1	100,6	114,8	116,3	104,6
1984	4,2	14,5	34,9	48,7	69,3	95,5	110,1	117,6	106,2	111,9
1985	1,0	12,2	36,1	49,5	74,9	97,3	102,0	114,1	117,2	91,4
1986	1,2	10,5	28,3	52,6	70,2	90,6	103,6	115,9	111,9	103,0

Év	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	százezer 15 éves és idősebb megfelelő nemű lakosra számolva
	éves						
1960	68,1			99			50,6
1965	67,4	78,3	86,8	104,3	181,7	232,2	56,8
1970	89,3	104,9	107,5	130,5	171,7	225,5	64,6
1975	91,3	92,2	129,7	166,3	201,8	235,4	70,1
1980	105,0	90,7	148,7	186,0	217,9	313,5	83,5
1981	110,6	105,4	132,2	207,9	252,1	306,0	82,3
1982	101,5	102,1	132,0	190,0	264,7	281,2	80,7
1983	111,0	106,3	143,9	177,3	216,3	275,9	86,6
1984	100,6	95,1	134,3	185,3	211,2	303,4	87,8
1985	86,0	102,6	133,3	185,7	235,3	371,3	86,8
1986	98,0	115,6	113,1	175,5	218,6	285,7	85,5

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK GYAKORISÁGA
KORCSOPORTOK SZERINT**

100 000 megfelelő korú és nemű lakosra jutó öngyilkosságok száma

NŐ

Év	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
	éves									
1960	0,5	13,9	16,0		12,0		17,8		21,9	
1965	0,7	8,3	14,2	11,2	13,4	16,7	18,6	30,1	21,7	27,7
1970	0,5	7,8	11,7	8,4	13,6	12,1	21,9	22,3	28,8	26,9
1975	1,3	5,0	11,4	11,3	11,2	16,9	22,2	27,1	26,5	41,6
1980	1,8	5,4	9,0	14,3	17,6	24,3	29,8	36,1	35,5	36,7
1981	1,4	8,0	10,2	13,6	20,5	28,0	32,5	33,5	44,9	41,1
1982	0,6	6,8	9,4	12,4	14,0	22,2	32,7	28,1	37,2	32,1
1983	1,4	7,8	9,3	14,8	18,0	26,5	33,6	36,2	36,1	38,9
1984	0,6	6,4	7,4	12,4	20,2	26,6	31,2	31,1	30,3	35,8
1985	1,6	3,8	8,3	13,6	17,8	22,8	23,7	29,1	29,6	36,1
1986	1,0	4,9	12,3	15,1	21,5	27,8	29,8	33,0	34,7	31,5

Év	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-	százezer 15 éves és idősebb megfelelő nemű lakosra számolva
	éves						
1960	30,9		42,4			20,3	
1965	31,6	38,7	43,8	49,6	67,2	104,4	22,9
1970	38,6	45,4	49,4	81,9	75,8	86,5	24,8
1975	40,0	48,6	54,3	75,9	84,3	70,8	27,1
1980	53,3	47,2	59,6	80,9	101,2	127,9	33,3
1981	56,4	58,8	59,7	78,7	101,6	113,9	36,1
1982	57,8	55,9	66,3	79,3	95,0	76,5	32,9
1983	47,5	39,8	59,1	68,0	95,9	94,5	33,1
1984	38,1	45,6	60,2	76,4	95,8	139,6	32,2
1985	41,3	39,8	45,6	67,7	84,4	98,0	29,1
1986	34,7	51,6	52,4	80,2	90,1	99,3	32,4

**ÖNGYILKOSSÁGOK SZÁMÁNAK ÉS GYAKORISÁGÁNAK ALAKULÁSA
MAGYARORSZÁGON**

Év	Fő	100 000 lakosra számítva	1000 halálózásra számítva
1881—1887*	1348	9,5	4,0
1892—1895	2052	13,1	4,5
1896—1900	2096	17,8	6,4
1901—1905	3310	19,2	7,3
1906—1910	3555	19,9	8,0
1911—1915**	3735	20,1	8,4
1920	1945	24,5	11,1
1921	2088	26,0	12,3
1922	2200	27,2	12,7
1923	2399	29,4	15,1
1924	2313	28,1	13,8
1925	2443	29,4	17,2
1926	2558	30,5	18,3
1927	2430	28,7	16,1
1928	2605	30,6	17,8
1929	2504	29,2	16,4
1930	2680	31,0	19,9
1931	3000	34,4	20,7
1932	3083	35,1	19,6
1933	2808	31,7	21,6
1934	2883	32,3	22,3
1935	2777	30,9	20,3
1936	2764	30,6	21,5
1937	2886	31,7	22,5
1938	2684	29,3	20,5
1939	2611	23,6	18,7
1940	2722	24,6	17,0
1941	3248	23,8	16,8
1942	3544	24,1	15,3
1943	..	..	..
1944	4294	..	..
1945	3006	33,3	14,2
1946	2144	23,8	15,8
1947	2233	24,6	19,0
1948	2178	23,8	20,6
1949	2213	23,9	20,9
1950	2074	22,2	19,4
1951	2204	23,4	20,0
1952	2407	25,3	22,4

(A táblázat folytatódik)

Év	Fő	100 000 lakosra számítva	1000 halálozásra számítva
1953	1999	20,8	17,8
1954	1722	17,7	16,1
1955	2015	20,5	20,6
1956	1923	19,4	18,5
1957	2134	21,7	20,6
1958	2312	23,4	23,6
1959	2616	26,3	25,2
1960	2592	26,0	25,5
1961	2534	25,3	26,3
1962	2532	25,2	23,4
1963	2720	27,0	27,2
1964	2903	28,7	28,8
1965	3020	29,8	27,9
1966	3033	29,8	29,8
1967	3150	30,8	28,8
1968	3457	33,7	30,0
1969	3407	33,1	29,2
1970	3582	34,6	29,8
1971	3697	35,7	30,1
1972	3851	37,0	32,4
1973	3844	36,8	31,2
1974	4307	41,1	34,2
1975	4020	38,1	30,7
1976	4304	40,6	32,5
1977	4292	40,3	32,5
1978	4610	43,1	32,9
1979	4770	45,4	34,9
1980	4809	44,9	33,0
1981	4880	45,6	33,8
1982	4659	43,5	32,3
1983	4911	45,9	33,0
1984	4900	45,9	33,0
1985	4725	44,4	32,0
1986	4817	45,3	33,0

*1888—1891 között nincs adat.

**1881-től 1915-ig az akkori országterületre vonatkozó adatok.

**AZ ÖNGYILKOSOK SZÁMA TÁRSADALMI-GAZDASÁGI
CSOPORTOK SZERINT**

Társadalmi-gazdasági csoport	1965	1970	1975	1980	1981
<i>Kereső</i>					
alkalmazott fizikai dolgozó	1073	1172	1274	1589	1515
szellemi dolgozó	300	259	306	312	329
mezőgazdasági önálló	65				
egyéb önálló	48	95	74	72	80
mezőgazdasági TSZ tag	332	443	390	417	392
KTSZ tag	23	..	..	..	..
<i>Nyugdíjas</i>					
önálló	..	..	..	..	34
mezőgazdasági fizikai dolgozó	185	371	474	560	1101
egyéb fizikai dolgozó	294	588	807	1006	
szellemi dolgozó	83	143	236	319	334
egyéb foglalkozású	19	—	8	55	14
mezőgazdasági TSZ tag	..	..	..	..	651
<i>Eltartott</i>	560	503	433	479	430
foglalkozás nélküli és ismeretlen	38				
<i>Összesen</i>	3020	3582	4020	4809	4880

Társadalmi-gazdasági csoport	1982	1983	1984	1985	1986
<i>Kereső</i>					
alkalmazott fizikai dolgozó	1454	1647	1745	1665	1745
szellemi dolgozó	291	348	295	299	309
mezőgazdasági és egyéb önálló	69	74	78	65	65
mezőgazdasági TSZ tag	421	427	368	399	301
<i>Nyugdíjas</i>					
önálló	42	44	..	..	..
mezőgazdasági fizikai dolgozó	1082	1088	567	535	493
egyéb fizikai dolgozó			158	1135	1244
szellemi dolgozó	303	299	275	248	258
egyéb foglalkozású	11	11		18	26
mezőgazdasági TSZ tag	601	578	..	..	..
<i>Eltartott</i>	385	395	351	327	344
foglalkozás nélküli és ismeretlen			23		
<i>Összesen</i>	4659	4911	4900	4725	4817

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK GYAKORISÁGA
AZ ÖNGYILKOSOK LAKÓHELYE SZERINT**

100 000 lakosra számítva

Lakóhely	1960	1965	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Budapest	29,9	37,6	36,7	38,6	44,6	47,5	40,8	43,3	42,0	37,1	40,5
Baranya	29,3	24,7	34,5	30,4	43,6	44,3	43,0	45,8	53,0	46,1	46,8
Bács-Kiskun	47,1	44,7	58,0	55,6	67,1	70,4	73,4	66,4	74,0	67,6	69,0
Békés	30,1	29,9	43,3	48,2	54,9	51,0	51,7	56,5	53,9	54,0	52,7
Borsod-Abaúj-Zemplén	19,0	20,8	19,2	31,3	38,3	38,3	34,1	42,4	38,7	40,8	41,7
Csongrád	34,8	46,7	54,2	57,6	64,1	63,8	65,8	59,5	63,6	56,8	65,2
Fejér	19,6	19,6	29,1	30,4	40,1	44,2	41,6	43,2	38,7	43,3	43,1
Győr-Sopron	15,8	17,5	22,9	20,0	20,4	21,8	21,7	29,1	22,9	23,6	22,2
Hajdú-Bihar	31,4	37,0	41,5	49,2	63,8	60,6	55,8	58,4	55,4	57,1	63,0
Heves	28,5	26,9	34,2	28,9	42,2	34,0	38,1	31,9	44,4	35,1	32,8
Komárom	16,4	29,3	31,0	32,4	37,2	34,7	34,9	38,7	39,7	36,9	34,4
Nógrád	12,3	23,3	23,1	23,7	25,3	23,3	29,9	29,6	34,7	39,4	27,0
Pest	27,3	28,7	35,7	39,7	47,6	46,7	47,2	45,1	45,9	48,2	49,8
Somogy	18,7	18,8	26,4	33,3	36,8	34,1	37,0	39,1	42,1	41,1	42,3
Szabolcs-Szatmár	20,5	23,2	31,2	42,8	53,3	57,2	49,2	62,3	59,9	57,9	59,4
Szolnok	29,3	39,2	42,0	46,6	50,3	52,9	52,6	61,3	58,4	54,2	52,4
Tolna	25,6	30,4	38,4	41,9	43,9	46,2	43,6	41,7	47,1	46,1	46,2
Vas	13,1	12,6	22,7	19,3	21,1	27,7	26,1	21,3	20,3	24,6	23,2
Veszprém	19,0	22,0	28,0	34,3	34,4	36,8	33,2	39,1	37,3	34,0	35,1
Zala	14,0	20,4	20,0	27,3	26,7	24,2	25,2	30,9	28,7	35,4	26,9
Debrecen	34,9	40,8	47,2	41,2	60,5	53,2	43,9	42,1	47,8	43,0	48,2
Győr	—	—	—	17,0	15,5	16,1	12,8	32,6	19,0	15,0	22,0
Miskolc	27,2	16,6	20,0	30,7	32,5	35,6	30,9	31,2	35,5	36,5	41,3
Pécs	27,1	26,7	36,4	30,2	49,9	42,1	46,1	38,1	53,1	38,5	43,3
Szeged	24,9	36,6	37,8	53,7	44,1	50,3	43,8	47,0	49,0	45,1	51,4
Összesen	26,0	29,8	34,6	38,1	44,9	45,6	43,5	45,9	45,9	44,4	45,3

A BŰNÖZÉS ÉS A BÜNTETŐELJÁRÁSOK ÖSSZEFOGLALÓ ADATAI

	1965—	1970—	1975—	1980—	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
	1969	1974	1979	1984							
	évek átlaga										
<i>Közvédezés bűncselekmények</i>											
Ismertté vált bűncselekmények száma	118 346	118 585	125 222	142 744	130 470	134 914	139 795	151 505	157 036	165 816	182 867
Ebből: ismeretlen tettes által elkövetett bűncselekmények száma	21 640	21 101	26 798	40 160	34 022	35 804	39 400	43 883	47 692	52 700	57 583
aránya	18,3	17,8	21,4	28,1	26,1	26,5	28,2	29,0	30,4	31,7	31,4
Ismertté vált bűnelkövetők száma	78 367	73 445	76 107	78 904	72 880	77 649	77 174	83 324	83 493	85 766	93 176
Vádoltak száma	64 285	66 176	67 097	62 742	58 905	61 898	63 263	65 819	63 826	61 070	66 515
Vádoltak száma az ismertté vált bűnelkövetők %-ában	82,0	90,1	88,2	79,5	80,8	79,7	82,0	79,0	76,4	66,9	71,4
Jogerősen elítéltek száma	59 260	60 491	63 542	59 889	56 334	59 228	60 416	62 754	60 714	58 313	63 384
Szabadságvesztésre ítélték a jogerősen elítéltek %-ában	60,0	54,1	45,3	47,3	47,1	47,4	46,6	46,8	48,7	45,40	48,5
Végrehajtható szabadságvesztésre ítélték a jogerősen elítéltek száma	19 953	19 134	15 998	15 659	14 319	15 792	15 655	16 179	16 350	14 697	16 568
Végrehajtható szabadságvesztésre ítélték a jogerősen elítéltek %-ában	33,7	31,6	25,2	26,1	25,4	26,7	25,9	25,8	26,9	25,2	26,1
<i>Magánvédelem bűncselekmények</i>											
Vádoltak száma	53 047	42 601	35 056	24 792	25 322	25 784	24 961	25 125	22 769	23 328	21 381
Jogerősen elítéltek száma	7 521	5 328	5 185	3 363	3 579	3 488	3 210	3 393	3 144	2 605	2 425

AZ ISMERTTÉ VÁLT BŰNCSELEKMÉNYEK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA BŰNCSELEKMÉNYCSOPORTONKÉNT

Bűncselekménycsoport	1965—	1970—	1975—	1980—	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
	1969	1974	1979	1984							
évek átlaga											
Ismertté vált közzéadás bűncselekmények összesen	118 346	118 585	125 222	142 744	130 470	134 914	139 795	151 505	157 036	165 816	182 867
Ebből:											
Társadalmi tulajdon elleni	28 199	24 147	24 909	28 317	29 635	26 545	27 899	28 685	28 819	28 233	30 434
Személyek javai elleni	43 743	43 026	45 579	57 274	49 008	53 819	55 727	61 575	66 242	73 545	79 414
Vagyon elleni együtt	71 942	67 173	70 488	85 591	78 643	80 364	83 626	90 260	95 061	101 778	109 843
Közlekedési	15 547	18 845	20 089	18 140	16 906	17 719	17 574	19 492	19 010	18 582	20 187
Erőszakos és garázda jellegű*	13 802	14 744	13 741	15 379	13 196	14 565	14 290	16 743	18 099	17 598	18 967
A házasság, a család és az ifjúság elleni	3 744	4 121	4 390	6 079	5 230	5 670	5 852	6 586	7 056	7 511	8 414
Gazdasági	3 450	4 432	4 119	5 343	5 826	5 965	5 164	5 237	4 523	4 943	7 254

*Az e bűncselekménycsoportba tartozó legfontosabb bűncselekmények: hivatalos személy elleni erőszak, garázdaság, szándékos emberölés és kísérlete, erős felindulásban elkövetett emberölés, szándékos testi sértés, erőszakos közösülés, rablás, zsarolás stb.

A FIATALKORÚ BŰNELKÖVETŐK ÉS SZABADSÁGVESZTÉSRE ÍTÉLTEK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

Az elkövető lakóhelye	1965	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Budapest*	2027	2140	1076	841	1033	1070	1183	1650	1501	1930
Baranya	359	330	338	274	292	333	425	364	403	352
Bács-Kiskun	473	538	529	457	493	500	563	523	543	630
Békés	249	230	244	189	203	257	291	332	289	312
Borsod-Abaúj-Zemplén	466	556	784	746	916	878	888	966	857	1300
Csongrád	249	307	226	244	270	321	305	326	333	336
Fejér	277	277	292	225	172	248	336	384	376	346
Győr-Sopron	288	267	233	224	268	258	310	338	379	363
Hajdú-Bihar	338	347	421	347	454	504	617	632	704	710
Heves	168	252	220	195	224	196	266	255	259	315
Komárom	219	239	225	226	230	246	278	328	345	323
Nógrád	115	176	170	128	156	152	178	208	213	185
Pest	690	720	707	697	652	751	789	882	903	998
Somogy	246	269	227	234	254	290	322	339	350	337
Szabolcs-Szatmár	285	356	472	483	588	583	669	739	674	695
Szolnok	298	281	333	264	300	300	327	342	333	382
Tolna	124	175	162	142	183	200	239	264	273	233
Vás	208	194	155	133	166	180	226	195	174	231
Veszprém	237	294	246	246	240	300	335	331	264	297
Zala	94	151	195	204	248	211	235	251	231	255
Összesen	7400	8099	7268	6535	7394	7829	8817	9691	9449	10574
Szabadságvesztésre ítélt	2115	2294	2129	1553	1712	1871	2136	2454	2473	2696
Ebből felfüggesztett	1901	926	1119	725	715	791	906	1061	1110	1299

*Az ORFK és a Legfelsőbb Ügyészség adataival együtt.

**AZ ISMERTTÉ VÁLT KÖZVÁDAS BŰNCSELEKMÉNYEK SZÁMÁNAK
ALAKULÁSA MEGYÉNKÉNT**

Az elkövetés helye	1965	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Budapest*	36 383	35 399	31 599	38 259	36 436	38 395	39 998	45 844	48 337	51 060
Baranya	5 361	4 931	4 563	4 376	4 814	5 119	6 002	5 391	5 925	5 932
Bács-Kiskun	8 178	7 646	8 561	7 693	8 036	8 179	8. 627	8 726	9 908	9 646
Békés	4 579	3 845	4 109	4 281	4 373	4 269	4 655	4 472	4 618	5 067
Borsod-Abaúj-Zemplén	8 660	7 923	9 735	9 492	11 339	10 614	11 669	11 583	11 508	15 689
Csongrád	5 141	5 760	4 798	5 097	4 737	4 827	4 793	5 022	5 288	5 962
Fejér	5 312	5 387	5 042	5 125	5 122	5 842	6 728	6 636	5 368	7 775
Győr-Sopron	3 420	4 644	4 528	4 793	4 561	4 824	4 782	4 607	5 368	7 544
Hajdú-Bihar	4 046	4 688	4 557	5 816	7 006	7 229	7 706	8 101	8 365	8 984
Heves	2 311	2 489	2 392	2 551	2 880	2 809	3 267	3 563	3 820	4 308
Komárom	3 264	3 555	2 979	3 600	3 924	4 337	5 303	4 875	5 060	4 935
Nógrád	1 968	2 129	1 982	2 197	2 470	2 223	2 423	2 834	2 694	3 014
Pest	9 051	8 298	9 845	10 492	10 983	11 842	13 054	13 030	13 784	14 609
Somogy	3 655	4 837	4 902	4 304	4 367	4 389	5 364	5 237	5 757	6 731
Szabolcs-Szatmár	5 287	4 648	5 356	5 367	6 703	6 279	7 524	7 698	7 694	9 216
Szolnok	3 778	3 683	3 612	4 111	4 213	4 306	4 373	4 482	4 584	5 221
Tolna	2 692	2 625	2 405	2 708	2 839	2 890	3 401	3 517	3 691	3 614
Vas	2 817	2 682	2 393	2 793	2 572	2 824	2 903	2 724	3 119	3 180
Veszprém	4 041	4 433	4 461	4 054	4 343	4 874	4 819	5 143	4 791	5 975
Zala	2 080	2 369	2 606	3 035	2 894	3 448	3 815	3 269	3 731	3 761
Összesen	85 578	86 572	88 863	91 885	98 176	139 519	151 206	156 754	165 408	182 223
Külföld	..	318	454	326	302	276	299	282	408	644
Mindösszesen	121 961	122 289	120 889	130 470	134 914	139 759	151 505	157 036	165 816	182 867

*Az ORFK és a Legfelsőbb Ügyészség adataival együtt 1969-ig.

**A GYÁMCHATÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT
VESZÉLYEZTETETT KISKORÚAK SZÁMA***

1970

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	10 306	2 979	4 964	18 249
Magatartási		4 053	1 883	2 293	8 229
Anyagi		8 295	2 389	3 802	14 486
Egészségi		1 431	318	353	2 102
Összesen		24 085	7 569	11 412	43 066
Környezeti	okból nyilvántartott kiskorúak %-a	42,8	39,3	43,5	42,4
Magatartási		16,8	24,9	20,1	19,1
Anyagi		34,5	31,6	33,3	33,6
Egészségi		5,9	4,2	3,1	4,9
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
Gyámhatóságnál	nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma	24 085	7 569	11 412	43 066
Oktatási intézményben		10 146	5 683	9 086	24 915
Összesen		34 231	13 252	20 498	67 981
Gyámhatóságnál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak a 0—18. éves népesség %-ában		..	..	..	1,6
Oktatási intézményben nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak a 6—18. évesek %-ában		..	..	..	1,1

*A gyámhatóságnál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma az oktatási intézményekben nyilvántartott veszélyeztetetteknek csak egy részét tartalmazza. A gyámhatóságnál és az oktatási intézményeknél nyilvántartott veszélyeztetett gyerekek együttes összege — az átfedések levonása után — a következőképpen alakult: 1980-ban 94 171, 1981-ben 103 536, 1982-ben 120 885, 1983-ban 122 312, 1984-ben 125 662, 1985-ben 128 955, 1986-ban 135 632 (forrás: a Művelődésügyi Minisztérium óvodákra, általános iskolákra, középiskolákra, szakmunkásképző iskolákra és gyógypedagógiai iskolákra vonatkozó *Tájékoztatói*) — szerk.

**A GYÁMCHATÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1975

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	13 327	4 268	3 170	20 765
Magatartási		5 332	2 300	1 202	8 834
Anyagi		11 026	4 314	4 125	19 465
Egészségi		1 125	290	220	1 635
Összesen		30 810	11 172	8 717	50 699
Környezeti	okból nyilvántartott kiskorúak %-a	43,3	38,2	36,4	41,0
Magatartási		17,3	20,6	13,8	17,4
Anyagi		35,8	38,6	47,3	38,4
Egészségi		3,6	2,6	2,5	3,2
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
Az összes veszélyeztetett közül lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 079	3 081	2 657	15 817
	%-a	32,7	27,6	30,5	31,2
Az összes közül alkoholistá veszélyeztetettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	9 732	2 692	2 302	14 726
	%-a	31,6	24,1	26,4	29,0
Gyámhatóságnál	nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma	30 810	11 172	8 717	50 699
Oktatási intézménynél		15 085	8 160	11 540	34 785
Összesen		45 895	19 332	20 257	85 484
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett kiskorúak száma		28	201	921	49

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1980

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	17 977	8 233	5 743	31 953
Magatartási		5 273	3 311	1 970	10 554
Anyagi		8 536	3 123	921	12 580
Egészségi		1 154	373	315	1 842
Összesen		32 940	15 040	8 949	56 929
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	54,6	54,7	64,2	56,1
Magatartási		16,0	22,0	22,0	18,5
Anyagi		25,9	20,8	10,3	22,1
Egészségi		3,5	2,5	3,5	3,3
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
Az összes veszélyeztetett közül lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	9 936	3 480	1 998	15 414
	%-a	30,2	23,1	22,3	27,1
Az összes közül alkoholistá veszélyeztetettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	9 845	4 413	2 426	16 684
	%-a	29,9	29,3	27,1	29,3
Gyámhatóságnál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma		32 940	15 040	8 949	56 929
Ebből Oktatási intézményben is nyilvántartott kiskorúak száma		21 976	9 790	6 568	38 334
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett kiskorúak átlagos száma		23	152	407	37
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnék		13 793	6 339	3 776	23 908
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		10	64	172	15

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1981

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	19 371	8 935	6 023	34 329
Magatartási		5 777	3 958	1 826	11 561
Anyagi		9 287	3 887	1 728	14 902
Egészségi		925	366	346	1 637
Összesen		35 360	17 146	9 923	62 429
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	54,8	52,1	60,7	55,0
Magatartási		16,3	23,1	18,4	18,5
Anyagi		26,3	22,7	17,4	23,9
Egészségi		2,6	2,1	3,5	2,6
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
Az összes veszélyeztetett közül lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 828	3 842	2 541	17 211
	%-a	30,6	22,4	25,6	27,6
Az összes közül alkoholista veszélyeztettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 693	4 913	3 137	18 743
	%-a	30,2	28,7	31,6	30,0
Gyámhatóságnál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma		35 360	17 146	9 923	62 429
Ebből Oktatási intézményben is nyilvántartott kiskorúak száma		22 997	11 298	7 242	41 537
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett kiskorúak átlagos száma		25	177	451	40
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		14 563	7 766	4 466	26 795
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		10	80	203	17

**A GYÁMCHATÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1982

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt	
		gyámhatósági területén				
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma	21 001	10 136	6 114	37 251	
Magatartási		6 243	5 344	2 040	13 627	
Anyagi		8 664	3 459	3 613	15 736	
Egészségi		895	404	275	1 574	
Összesen		36 803	19 343	12 042	68 188	
Környezeti	okból nyilván tartott kiskorúak %-a	57,1	52,4	50,8	54,6	
Magatartási		17,0	27,6	16,9	20,0	
Anyagi		23,5	17,9	30,0	23,1	
Egészségi		2,4	2,1	2,3	2,3	
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0	
	lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 088	3 791	2 424	16 303
		%-a	27,4	19,6	20,1	23,9
	alkoholista veszélyeztetettség miatt (is) nyil- vántartottak	száma	11 647	5 945	3 312	20 904
		%-a	31,7	30,7	27,5	30,7
	oktatási intézményben is nyilvántartottak	száma	24 447	12 296	7 778	44 551
		%-a	66,4	63,6	64,6	65,3
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		15 589	9 155	5 656	30 400	
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		11	94	257	20	
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett kiskorúak átlagos száma		26	199	547	45	
A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma		8 599	5 033	3 525	17 147	
A tárgyévben — eredményes intézkedés miatt — megszűnt veszélyeztetett kiskorúak száma		4 694	1 784	1 298	7 776	

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1983

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	22 112	11 644	6 264	40 020
Magatartási		6 904	6 008	2 103	15 015
Anyagi		9 636	4 395	3 208	17 239
Egészségi		1 074	372	251	1 697
Összesen		39 726	22 419	11 826	73 971
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	55,7	51,9	53,0	54,1
Magatartási		17,4	26,8	17,8	20,3
Anyagi		24,2	19,6	27,1	23,3
Egészségi		2,7	1,7	2,1	2,3
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 962	4 483	3 113	18 558
	%-a	27,6	20,0	26,3	25,1
alkoholista veszélyeztetettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	12 202	6 261	3 805	22 268
	%-a	30,7	27,9	32,2	30,1
oktatási intézményben is nyilvántartottak	száma	26 225	14 928	8 995	50 148
	%-a	66,0	66,6	76,1	67,8
a cigány kiskorúak	száma	16 751	8 588	2 934	28 273
	%-a	42,2	38,3	24,8	38,2
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		17 124	10 399	5 175	32 698
A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma		8 581	5 300	2 779	16 660
A tárgyévben — eredményes intézkedés hatására — megszűnt veszélyeztetett kiskorúak száma		4 415	2 299	1 099	7 813
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		12	106	235	22
Egy gyámhatóságra — átlagosan — jutó veszélyeztetett kiskorú		29	229	538	49

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1984

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt	
		gyámhatósági területén				
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	21 944	13 324	7 066	42 334	
Magatartási		7 597	6 760	3 092	17 449	
Anyagi		10 952	4 390	3 801	19 143	
Egészségi		999	388	332	1 719	
Összesen		41 492	24 862	14 291	80 645	
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	52,9	53,6	49,4	52,5	
Magatartási		18,3	27,2	21,6	21,6	
Anyagi		26,4	17,7	26,6	23,7	
Egészségi		2,4	1,5	2,4	2,2	
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0	
	lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	11 297	4 577	4 432	20 306
		%-a	27,2	18,4	31,0	25,2
	alkoholista veszélyeztettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	12 096	6 974	4 599	23 669
		%-a	29,2	28,1	32,2	29,4
	oktatási intézményben is nyilvántartottak	száma	26 274	16 692	10 752	53 718
		%-a	63,3	67,1	75,2	66,6
	a cigány kiskorúak	száma	17 745	10 205	3 588	31 538
		%-a	42,8	41,1	25,1	39,1
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		17 994	11 525	6 473	35 992	
A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma		9 472	5 896	3 282	18 650	
A tárgyévben — eredményes intézkedés hatására — megszünt veszélyeztetett kiskorúak száma		6 155	3 599	1 147	10 901	
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		13	105	294	24	
Egy gyámhatóságra — átlagosan — jutó veszélyeztetett kiskorú		30	226	650	53	

Az összes veszélyeztetett közül

77

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1985

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt	
		gyámhatósági területén				
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	21 946	13 996	8 438	44 380	
Magatartási		7 946	7 184	3 968	19 098	
Anyagi		11 056	5 214	4 988	21 258	
Egészségi		964	644	332	1 940	
Összesen		41 912	27 038	17 726	86 676	
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	52,4	51,8	47,6	51,2	
Magatartási		19,0	26,6	22,4	22,0	
Anyagi		26,4	19,3	28,1	24,5	
Egészségi		2,2	2,3	1,9	2,3	
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0	
	lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	10 722	4 731	4 987	20 440
		%-a	25,6	17,5	28,1	23,6
	alkoholista veszélyeztetettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	12 106	8 221	5 281	25 608
		%-a	28,9	30,4	29,8	29,5
	oktatási intézményben is nyilvántartottak	száma	26 986	18 358	12 505	57 849
		%-a	64,4	67,9	70,6	66,7
	a cigány kiskorúak	száma	17 910	11 133	4 425	33 468
		%-a	42,7	41,2	25,0	38,6
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett - kiskorúak élnek			17 628	12 649	7 662	37 939
A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma			8 705	6 849	4 207	19 761
A tárgyévben — eredményes intézkedés hatására — megszűnt veszélyeztetett kiskorúak száma			7 289	4 142	1 460	12 891
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család			13	115	348	25
Egy gyámhatóságra — átlagosan — jutó veszélyeztetett kiskorú			30	245	806	57

**A GYÁMHTÓSÁGNÁL NYILVÁNTARTOTT VESZÉLYEZTETETT
KISKORÚAK SZÁMA**

1986

Megnevezés		Községek	Város	Főváros	Együtt
		gyámhatósági területén			
Környezeti	okból — a gyámhatóságnál — nyilvántartott veszélyezte- tett kiskorúak száma	22 168	15 151	8 184	45 503
Magatartási		7 807	8 385	4 285	20 477
Anyagi		11 830	6 158	5 725	23 703
Egészségi		976	583	331	1 890
Összesen		42 781	30 277	18 515	91 573
Környezeti	okból nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak %-a	51,8	50,0	44,2	49,7
Magatartási		18,3	27,7	23,1	22,4
Anyagi		27,7	20,3	30,9	25,9
Egészségi		2,2	2,0	2,2	2,0
Összesen		100,0	100,0	100,0	100,0
lakáskörülmények miatt (is) nyilvántartottak	száma	11 022	7 140	5 463	23 625
	%-a	25,8	23,6	29,5	25,8
alkoholista veszélyeztetettség miatt (is) nyilvántartottak	száma	11 474	9 934	4 695	26 103
	%-a	26,8	32,8	25,4	28,5
oktatási intézményben is nyilvántartottak	száma	27 190	19 816	14 483	61 489
	%-a	63,6	65,5	78,2	64,2
a cigány kiskorúak	száma	18 075	12 304	4 874	35 257
	%-a	42,3	40,6	26,3	38,5
Családok száma, amelyekben a veszélyeztetett kiskorúak élnek		18 207	13 737	8 592	40 536
A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma		8 590	6 450	4 996	21 036
A tárgyévben — eredményes intézkedés hatására — megszűnt veszélyeztetett kiskorúak száma		6 956	4 412	3 214	14 582
Egy gyámhatóságra jutó veszélyeztetett család		13,4	109,0	390,5	26,8
Egy gyámhatóságra — átlagosan — jutó veszélyeztetett kiskorú		31,4	240,3	841,6	60,6

Az összes veszélyeztetett közül

ÁLLAMI GONDOSKODÁS ALATT ÁLLÓK EGYÜTTES SZÁMA

Év	Állami gondoskodás alatt álló					
	állami gondozottak száma	ideiglenes beutaltak száma	intézeti elhelyezettek száma	rendszeres nevelési segélyben részesülők száma	összes	ebből cigány
1975	34 326	..	492	3 535	38 353	..
1980	33 148	624	1188	11 342	46 302	16 687
1981	32 821	591	1190	14 725	49 327	17 368
1982	32 213	616	1201	16 445	50 475	18 193
1983	31 356	594	1252	19 689	52 891	19 539
1984	30 963	835	1295	23 655	56 748	19 997
1985	30 927	822	1352	27 848	60 949	22 206
1986	30 619	848	1294	30 656	63 417	22 318

ÁLLAMI GONDOZOTTAK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

Év	Állami gondozottak száma összesen	Ebből					Kihelyezettek az összes állami gondozott %-ában
		cigány	intézetben, otthonban elhelyezett	nevelőszülőhöz	saját szülőhöz	az összes	
				kihelyezett			
		állami gondozottak száma					
1960	23 408	..	17 213	6 041	154	6 195	26,5
1965	33 420	..	22 181	10 828	411	11 239	33,6
1970	35 626	..	24 372	10 635	619	11 254	31,6
1975	34 326	..	24 621	9 705	—	9 705	28,3
1980	33 148	13 381	24 726	8 422	—	8 422	25,4
1981	32 821	12 918	24 681	8 140	—	8 140	24,8
1982	32 213	13 174	24 398	7 815	—	7 815	24,3
1983	31 356	13 597	23 598	7 758	—	7 758	24,7
1984	30 963	12 745	23 216	7 747	—	7 747	25,0
1985	30 927	13 310	23 027	7 900	—	7 900	25,5
1986	30 619	12 834	22 771	7 848	—	7 848	25,6

KÖLTSÉGVETÉSI KIADÁSOK — 1000 Ft-ban

	1970	1975	1980	1981	1982
Nevelőotthonok	311 320	434 758,2	672 489,0	745 715,4	799 707,8
Gyermekvédő otthonok	51 742	80 934,0	142 730,0	163 603,0	185 494,0
Nevelőszülőkhöz kihelyezettek ellátása	84 474	131 104,0	220 030,0	244 170,0	262 536,0
Javító-nevelő intézet	27 293	50 697,3	81 009,3	92 896,8	95 429,8
Egyéb bentlakásos intézet	7 810	12 007,5	19 637,3	22 844,2	24 966,2
<i>Nevelőotthon összesen:</i>	<i>482 639</i>	<i>709 501,0</i>	<i>1 135 895,6</i>	<i>1 269 229,4</i>	<i>1 368 133,8</i>

	1983	1984	1985	1986
Gyermek és ifjúságvédő intézetek fenntartása	151 896	166 223	184 983	195 617
Nevelőotthoni ellátás	857 035	929 555	1 081 563	1 148 214
Nevelőintézeti ellátás	88 543	97 002	111 180	124 604
Nevelőszülőknél elhelyezettek ellátása	152 371	168 189	187 562	229 720
Rendszeres nevelési segély	130 793	169 307	313 993	347 244
Rendkívüli nevelési segély	67 991	85 391		
<i>Gyermekvédelmi ellátás összesen:</i>	<i>1 448 629</i>	<i>1 615 667</i>	<i>1 879 281</i>	<i>2 045 399</i>

PSZICHOTRÓP GYÓGYSZERFOGYASZTÁS

(nap/év/fő)

	1971	1980
Nyugtatók	6	11
Altatók	13	27,5

Forrás: Segédanyag „A deviáns viselkedésmódok szociológiája” c. tanfolyam hallgatói részére. MSZMP Budapesti Bizottság Oktatási Igazgatósága, 1986.

**KÜLÖNFÉLE NYUGTATÓK, ALTATÓK, DEPRESSZIÓT KEZELŐ
ÉS ÓPIUM TARTALMÚ GYÓGYSZEREK FORGALMÁNAK
ALAKULÁSA (1980, 1982, 1984) MAGYARORSZÁGON***

Neuroleptikumok

(1980 = 100%)

Gyógyszercsoport, ATC ¹ kód	1980	1982	1984
Neuroleptikumok összesen N 05 A	100	140,99	140,09
Dimetil-amino-propil csoportot tartalmazó fenotiazinok N 05 A A	100	96,16	90,66
Piperazin gyűrűt tartalmazó fenotiazinok N 05 A B	100	101,23	97,50
Piperidin gyűrűt tartalmazó fenotiazinok N 05 A C	100	107,87	128,30
Butirofenon származékok N 05 A D	100	94,57	108,73
Tioxanten származékok N 05 A F	100	313,27	263,13
Difenil-butil piperidin származékok N 05 A G	100	104,34	105,00
Egyéb neuroleptikumok és antipszi- chotikumok N 05 A X	100	169,52	187,31

¹ATC = Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (Anatómiai, terápiás, kémiai osztályozási rendszer).

*Az itt közölt táblázatok az Országos Gyógyszerészeti Intézet adatai alapján készültek.

Szedato-hipnotikumok
(1980 = 100%)

Gyógyszercsoport, ATC kód	1980	1982	1984
Szedato-hipnotikumok összesen N 05 C	100	97,57	87,77
Egy komponensű barbiturát készítmények N 05 C A	100	94,81	79,40
Barbiturát kombinációk N 05 C B	100	88,48	88,59
Benzodiazepin származékok N 05 C D	100	106,09	106,63
Piperidindion származékok N 05 C E	100	104,25	115,56
Különböző altatók, nyugtatók N 05 C M	100	67,05	60,26
Egyéb kombinációk, barbiturátok kivételével N 05 C X	100	124,71	76,19

Trankvillánsok
(1980 = 100%)

Gyógyszercsoport, ATC kód	1980	1982	1984
Trankvillánsok összesen N 05 B	100	113,01	114,57
Benzodiazepin származékok N 05 B A	100	114,95	104,43
Glikol származékok N 05 B C	100	119,36	139,13
Egyéb N 05 B E	100	104,73	100,15

Antidepresszánsok

(1980 = 100%)

Gyógyszercsoport, ATC kód	1980	1982	1984
Antidepresszánsok összesen N 06 A	100	141,25	118,49
Dibenzazepin származékok N 06 A A	100	96,33	77,82
Dibenzodiazepin származékok N 06 A B	100	181,56	174,27
Dibenzocikloheptén származékok N 06 A C	100	104,57	96,95
Egyéb antidepresszánsok N 06 A Z	100	182,53	124,93

**Ópium alkaloidot és ópium származékot tartalmazó köhögéscsillapítók
(1980 = 100%)**

Gyógyszercsoport, ATC kód	1980	1982	1984
Ópium alkaloidot és származékait tartalmazó köhögéscsillapítók R 05 D A	100	83,70	78,09
Ópium származékot tartalmazó köhögéscsillapítók és köptetők kombinációkban R 05 F A	100	88,33	68,42

Néhány gyógyszercsoport magyarországi forgalmának összehasonlítása az 1980-as adatok szerint, öt északeurópai ország* gyógyszerforgalmi adataival (az 1980-as magyar adatokat véve 100 %-nak)

Gyógyszercsoport	Magyarország	Öt északeurópai ország
Neuroleptikumok	100	268,66—506,58
Szedato-hipnotikumok	100	27,10—119,80
Trankvillánsok	100	75,03—155,87
Antidepresszánsok	100	212,57—680,22
Ópium alkaloidok és származékaik	100	1,56— 82,12
Ópium származékok és köptetők kombinációkban	100	31,79— 69,48

*Norvégia, Svédország, Finnország, Dánia, Izland.

Válogatott bibliográfia

Az alábbiakban válogatást adunk olyan publikációkból, melyek lapunk e számának témáihoz kapcsolódnak.

- Alkoholizmus*, Szerkesztette: Fekete János, Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1982.
- Andorka Rudolf: Befolyásolják-e az áremelések a szeszesitalfogyasztást? *Alkohológia*, 1986/3.
- Angeli István: A gyógyszeresedés járványa, *Valóság*, 1985/4.
- Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából, Szerkesztette: Buda Béla — Füredi János, Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1986.
- B. Aczél Anna: Szocializációs hatásmechanizmusok vizsgálatának néhány tapasztalata speciális (félzárt-zárt) intézetben élő fiataloknál, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1985.
- B. Aczél Anna — Darvas Ágnes: Mert napközisnek se jók? — A speciális intézetekben dolgozó pedagógusokról, *Ifjúsági Szemle*, 1986/4.
- B. Aczél Anna: Speciális intézetek reszocializációs lehetőségei, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1987.
- Baechler, J.: *Les suicides*, Calmann — Lévy, Paris, 1975.
- Bakóczy András: *A bűnözés elleni küzdelem fő feladatai a népgazdaság ipari ágazatában*, Zrínyi könyvkiadó, Budapest, 1984.
- Balogh Katalin: Az általános iskolai tanulók alulteljesítése, mint a deviancia felé vezető út első lépése, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1985.
- Bastide, R.: *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965.
- Becker, H. S.: *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York, 1963.
- Bognár Szabolcs: Az államigazgatási ágazatok szerkezeti problémái a családvédelem gyakorlatában, *Szociálpolitikai Értesítő*, 1983/2.
- Bokor Ágnes: *Depriváció és szegénység*, MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Budapest, 1985.
- Bokor Ágnes: *Szegénység a mai Magyarországon*, Magvető, Budapest, 1987.
- Boros István — Vértessy Péter: *Narkó-blues*, Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest, 1986.

- Boros János — Münnich Iván: Kísérlet a visszaesés bejósolására, In: *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok*, XX. kötet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1983.
- Boros János — Münnich Iván: Börtönadaptáció és visszaesés, In: *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok*, XXI. kötet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984.
- Boros János — Münnich Iván: A visszaesés és börtönadaptáció előrejelzése fiatalkorú bűnelkövetőknél, In: *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok*, XXII. kötet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1985.
- Bóhm Antal: A többszörösen hátrányos helyzetű rétegek vizsgálata, *Szociológia*, 1981/3—4.
- Buda Béla: A család szerepe a deviáns magatartásformák kialakulásában, *Alkohológia*, 1972/3.
- Cloward, R. — Ohlin, L.: *Delinquency and Opportunity*, The Free Press of Glencoe Inc., New York, 1955.
- Csehák Judit: Feladatok és válaszok a szociálpolitikában, *Társadalmi Szemle*, 1986/1.
- Cseh-Szombathy László: Családpolitika, *Társadalmi Szemle*, 1982/7.
- Cseh-Szombathy László — Hutás Imre: A népesség elöregedésének társadalmi következményei, *Magyar Tudomány*, 1984/7—8.
- Cseres Judit: A gyermek és ifjúságvédelem középtávú fejlesztéséről, *Ifjúsági Szemle*, 1985/5.
- Csőregh Éva: *Lakótelepi gyerekek*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1978.
- Czucz Ottó: A szociálpolitikai szervezetrendszer és a jogi szabályozás, *Szociálpolitikai értesítő*, 1983/2.
- A deviáns viselkedés szociológiája*, Szerkesztette: Andorka Rudolf — Buda Béla — Cseh-Szombathy László, Gondolat, Budapest, 1974.
- Darvas Ágnes: Antiszociálisnak minősített állami gondozott fiatalok életútvizsgálatának tapasztalatai, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadéskivonatok*, Budapest, 1987.
- Domszky András: A nevelőotthon hatásrendszerének néhány, céljával ellentétes tényezője, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadéskivonatok*, Budapest, 1987.
- Durkheim, Emile: *Az öngyilkosság*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982.
- Egressy András: A bűnözés és megelőzés a belkereskedelemben, In: *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok*, XXI. kötet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1984.
- Erdélyi Ildikó: Kötődési modellek és droghasználat fiatalkorú narkománoknál, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, II. Tematikus vitaanyagok*, Budapest, 1987.
- Farkasinszki Tamás: Ragasztószer — szippantó gyerekek, *Alkohológia*, 1986/2.
- Farkasinszky Teréz: A minta szerepe a gyermek- és serdülőkorú öngyilkossági kísérletekben, In: *Magyar Pszichiátriai Társaság I. Kongresszusa dokumentumai*, Budapest, 1983.
- Ferge Zsuzsa: *Társadalmi újratermelés és társadalompolitika*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982.

- Ferge Zsuzsa: Új és régi szociálpolitikai dilemmák, *Társadalmi Szemle*, 1983/8—9.
- Ferge Zsuzsa: A szociálpolitikai fejlesztés kérdései, *Medvetánc*, 1984/4. — 1985/1.
- Ferge Zsuzsa: *Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből*, Magvető, Budapest, 1986.
- Gács Endre: Szociális kiadásaink nemzetközi összehasonlításban, *Statisztikai Szemle*, 1985/12.
- Gayer Gyuláné: A szociálpolitika szervezeti és irányítási rendszere, *Szociálpolitikai Értesítő*, 1983/2.
- Gönczöl Katalin: Bűnözés — komplex családgondozás, *Mozgó Világ*, 1984/1—2.
- Hagelmayer István — Antal László: Szociálpolitikai ideák és gazdasági realitások, *Társadalmi Szemle*, 1984/2.
- Hanák Katalin: *Társadalom és gyermekvédelem*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1983.
- Hantos János: Társadalmi összefogással az alkoholizmus ellen, *Állam és Igazgatás*, 1985/9.
- Hegedüs Imre: Magukra hagyatva... Kórkép a serdülő ifjúság és szülei kapcsolatáról, *Ifjúsági Szemle*, 1986/1.
- Huszár István: A hátrányos helyzetűek Magyarországon, *Társadalmi Szemle*, 1981/6.
- Huszár István: A hátrányos társadalmi helyzetűek Magyarországon, *Szociálpolitikai Értesítő*, 1985/4—5.
- Keleti Judit: *Az öngyilkosság személyiségdinamikájáról*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1981.
- Keleti Judit: Az öngyilkosság — egy társadalomlélektani megközelítés vázlatja, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1985.
- Kisszékelyi Ödön: *Toxikománia*, B. M. Könyvkiadó, Budapest, 1979.
- Kolos Tamás: A ragasztószereket narkotikumként használó gyerekek pszichológiai vizsgálata, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1974/3.
- Kolosi Tamás: *Státusz és réteg*, MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Budapest, 1984.
- Kopp Mária — Veér András: Módszer a neurózis szűrővizsgálatához, *Ideggyógyászati Szemle*, 1978/31.
- Kopp Mária — Skrabski Árpád: A társadalmi beilleszkedési zavarok szempontjából veszélyeztetett helyzetű csoportok szociálpszichiátriai jellemzői, *Alkoholológia*, 1985/2.
- Kósáné Ormai Vera: A veszélyeztetettség és az iskolai beilleszkedés összefüggése az önértékeléssel és az iskolához való viszonytal, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VI. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1983.
- Kósáné Ormai Vera: Magatartási nehézségek az óvodában és az első osztályban, *Óvodai Nevelés*, 1983/12.
- Kósáné Ormai Vera: Szocializációs zavarok és az iskola, *Magyar Pedagógia*, 1985/1.
- Kósáné Ormai Vera — Járó Katalin: A pedagógus szerepe a beilleszkedési zavarok kortársészlelésében, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VII. Országos Tudományos Konferenciája, II. Tematikus vitaanyagok*, Budapest, 1985.
- Kozák Istvánné: A cigánylakosság beilleszkedése társadalmunkba, *Társadalmi Szemle*, 1982/8—9.

- Kriminálszociológiai Szöveggyűjtemény*, Szerkesztette: Szabó András, Tankönyvkiadó, Budapest, 1975.
- Kulcsár Kálmán: Közkiadás és szociálpolitika, *Gazdaság*, 1983/4.
- Kulcsár Kálmán: Gazdasági reform és szociálpolitikai problémák, *Társadalmi Szemle*, 1984/7—8.
- Merton, R. K.: *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*, Gondolat, Budapest, 1980.
- Miltényi Károly: Az ismertté vált bűnelkövetők aránya a társadalomban, *Statistikai Szemle*, 1985/2.
- Müller György: A tanácsi szociálpolitika szervezete, *Szociálpolitikai Értesítő*, 1983/2.
- Nagy Gábor — Lovass Pál: *A kábítószer világa*, Medicina, Budapest, 1985.
- Nagy László: A szociálpolitika fogalma, *Állam és Igazgatás*, 1984/1.
- Nemes Péter: A veszélyeztetett fiatalok védelmében, *Pártélet*, 1981/11.
- Nemes Péter: *Ismerkedés a csövesek világával*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1984.
- Pedagógusok és pszichológusok a szocializációs zavarok megelőzéséért, Szerkesztette: Horányi Györgyné — Kósáné Ormai Vera, Tankönyvkiadó, Budapest, 1986.
- Pethő Bertalan: A pszichiátria létkérdése, *Valóság*, 1983/3.
- Popper Péter: *A kriminális személyiség alakulása*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1970.
- Rácz József: Sajátos szubkulturális miliőben jelentkező drogfogyasztás példája: egy aluljárós csoportosulás narkózási szokásai, *Alkohológia*, 1985/2.
- Rácz József: Drogfogyasztó magatartás és drogos szubkultúra, In: *Magyar pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, II. Tematikus vitaanyagok*, Budapest, 1987.
- Raska László: Egy munkaterápiás alkoholelvonó intézet szakmai, szervezési és terápiás problémái, *Alkohológia*, 1983/2.
- Rétiné Bóhm Erika: Családvédelem, családgondozás, különös tekintettel a gyámhatóság hatáskörére, *Állam és Igazgatás*, 1982/5.
- Ritoókné Ádám Magda: Állami gondozott fiatalok társadalmi beilleszkedése a pályaszocializációval összefüggésben, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadaskivonatok*, Budapest, 1985.
- Roy Parker: Ellátó gondozás és szociálpolitika, *Szociálpolitikai Értesítő*, 1985/3.
- Rózsa János: A társadalmi tulajdon elleni bűnözés a szignalizáció tükrében, In: *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok*, XXI. kötet, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984.
- Salamin Pálné: *Vélemények az életszínvonalról*, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1986.
- Szabó András: A társadalmi beilleszkedési zavarok és bűnmegelőzés, *Belügyi Szemle*, 1984/12.
- Szabó András: A bűnözésprognózisok szerkezeti hibáiról, *Belügyi Szemle*, 1985/5.
- Szabó András: Bűnmegelőzési stratégiák, *Belügyi Szemle*, 1985/6.
- Szaboljeva Ludmilla: Véleménykutatás az alkoholelleses tevékenységről, *Alkohológia*, 1983/2.
- Szaboljeva Ludmilla: Az alkoholfogyasztással kapcsolatos tanári és tanulói vélemények némely általános és középiskolában, *Magyar Pedagógia*, 1985/1.

Szocializációs zavarok — beilleszkedési nehézségek, Szerkesztette: Kósáné Ormai Vera —
— Münnich Iván, Tankönyvkiadó, 1985.

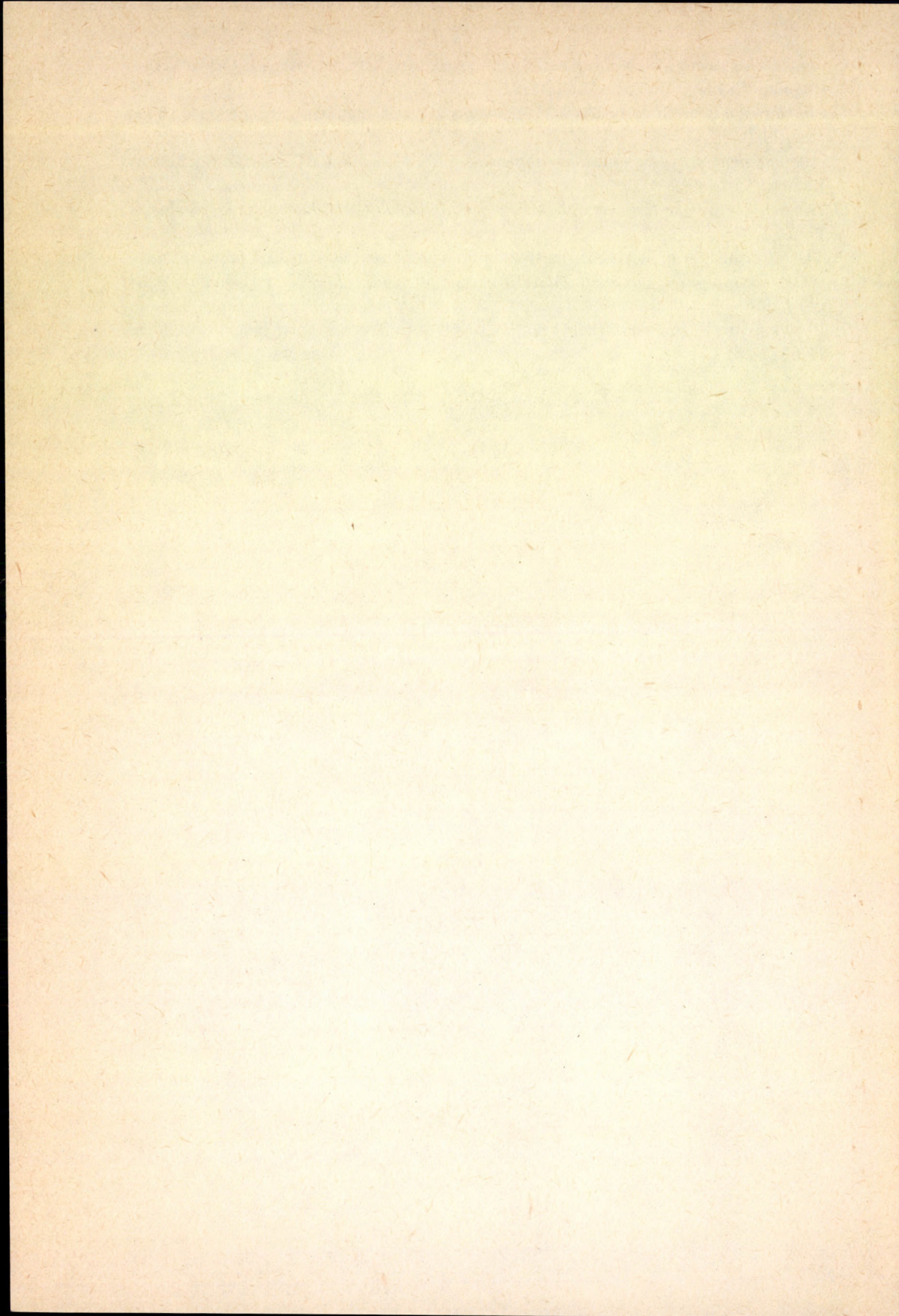
Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarok köréből, Statisztikai Könyvkiadó, Budapest, 1980.

Társadalmi beilleszkedési zavarok — Bulletin I—XI., MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, 1984—1987.

Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon, Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1986.

Vajda Zsuzsanna: A beilleszkedés motívumai és a hátrányos helyzet, In: *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. Országos Tudományos Konferenciája, I. Előadáskivonatok*, Budapest, 1987.

Várhelyi György: A gyermekek személyiségét veszélyeztető környezet, *Szociológia*, 1976/11.



Kutatási információ*

Az alábbiakban válogatást adunk olyan jelenleg is folyó kutatásokból, melyek lapunk e számának témáihoz kapcsolódnak. „TBZ kutatás” megjegyzéssel közlünk minden olyan témát, amely az Országos Középtávú Kutatási-Fejlesztési Terv részét képező társadalomtudományi kutatásokhoz, ezen belül „A társadalmi beilleszkedési zavarok kutatása” című (Ts 3/4) programhoz tartozik.

- „Az affektív betegségek és szenvedélybetegségek összefüggésének elemzése klinikai (psichiatriai) és neuroendokrinológiai módszerekkel. Az affektív betegségek profilaxisára alkalmazott terápiás eljárások (elsősorban lítium) hatásmechanizmusának és rizikófaktorainak klinikai és experimentális vizsgálata”, OIE, témavezető: Szűcs Rozália
- „Az affektív spektrumba sorolható kórképek neuroendokrinológiája”, OIE, témavezető: Arató Mihály
- „Affektív zavarok biológiai és pszichoszociális paramétereinek elemzése”, SZOTE Ideg- és Elmegyógyászati Klinika, témavezető: Szilárd János
- „Alkoholfogyasztási szokások kutatása Baranya megyében”, POTE Marxizmus-Leninizmus Intézet, témavezető: Tahin Tamás
- „Az alkoholfüggőség megszüntetésének komplex rehabilitációs modellje”, Országos Alkoholológiai Intézet, témavezető: Takách Gáspár (TBZ kutatás)
- „Az alkoholista és a kábítószerélvező bűnelkövetők kényszergyógyítása végrehajtásának új modellje”, Büntetés-végrehajtási Intézetek Országos Parancsnoksága, témavezető: Boros János (TBZ kutatás)
- „Alkoholista (narkomán) és az élvezeti szerekkel nem visszaélő személyek értékorientációs rendszere”, Országos Alkoholológiai Intézet, témavezető: Szoboljeva Ludmilla (TBZ kutatás)
- „Az alkoholizmus és öngyilkosság kapcsolata”, OIE, OTSI, Bács-Kiskun és Pest megyei Tanácsok Egészségügyi Osztályai és a KSH, témavezető: Buda Béla

*Az itt közölt listában a következő rövidítéseket használtuk: DOTE = Debreceni Orvostudományi Egyetem; ELTE = Eötvös Loránd Tudományegyetem; KISZ KB = Kommunista Ifjúsági Szövetség Központi Bizottsága; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; MKKE = Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem; M.N. = Magyar Néphadsereg; MTA = Magyar Tudományos Akadémia; OIE = Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet; OTSI = Országos Testnevelési- és Sportegészségügyi Intézet; POTE = Pécsi Orvostudományi Egyetem; SOTE = Semmelweis Orvostudományi Egyetem; SZOTE = Szentgyörgyi Albert Orvostudományi Egyetem.

- „Az alkoholos májkárosodás kialakulása, biokémiai és morfológiai változások az alkoholos májkárosodás korai szakában”, DOTE Igazságügyi Orvostani Intézet, témavezető: Buris László
- „Az alkoholos szívbetegség diagnosztikája és pathomechanizmusa, különös tekintettel néhány környezeti (fizikai, kémiai) tényezőnek az alkoholos szívbetegség pathomechanizmusát módosító hatására”, SOTE II. sz. Belgyógyászati Klinika, témavezető: Morvai Veronika
- „A baleseti belosztályon kezelt öngyilkosok közül kiválasztott kábítószeresek követéses vizsgálata”, Korányi Kórház Krízisintervenció Osztály, témavezető: Csiszér Nóra
- „A beilleszkedési zavarok képe a tömegkommunikációban”, Tömegkommunikációs Kutatóközpont, témavezető: Hanák Katalin (TBZ kutatás)
- „Budapesti longitudinális fejlődési vizsgálat”, MTA Pszichológiai Intézet, témavezető: Ranschburg Jenő (TBZ kutatás)
- „A cigánylakosság egészségi állapotának és egészségügyi ellátás iránti szükségletet befolyásoló tényezők vizsgálata. „Az egészségi állapot szempontjából veszélyeztetett csoportok felkutatása, a veszélyeztetés okainak és kivédési lehetőségeinek megismerése a szűrés gondozás módszerével” című témablokk részeként”, POTE Társadalomorvostani Intézet, témavezető: Komlósi Mária
- „A deviancia történeti, elméleti és nemzetközi összehasonlító vizsgálata, a megelőzés és a mentálhigiéne új modelljei”, SOTE Marxizmus-Leninizmus Intézet, témavezető: Kolozsi Béla (TBZ kutatás)
- „Deviáns jelenségek az egyetemi hallgatók között”, SOTE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, témavezető: Popper Péter (TBZ kutatás)
- „Deviáns karrier elemzése a sikeres reszocializáció háttérének biztosítása érdekében”, Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet, témavezető: Gödöny József (TBZ kutatás)
- „Deviáns megnyilvánulásokkal (bűnözéssel) kapcsolatos attitűdök és meghatározóik”, ELTE Pszichológiai Intézet, témavezető: Hunyady György (TBZ kutatás)
- „Egészségi állapotot befolyásoló életmódkutatások ipari tanulók és szegedi ipari munkások körében, különös tekintettel a nem fertőző betegségek rizikófaktorainak felderítésére orvosszociológiai és szociálepidemiológiai módszerek segítségével”, SZOTE Társadalomorvostani Intézet, témavezető: Zalányi Sámuel
- „Az egészségügyi ellátás hatékonyságát befolyásoló tényezők vizsgálata, különös tekintettel az alapellátásra”, POTE Társadalomorvostani Intézet, témavezető: Tényi Jenő
- „Egészségügyi és szociálpolitikai intézmények koncepcionálisan integrált, szervezetenként illesztett együttműködéséből kibontható hatékonysági és gazdasági tartalékok feltárása, különös tekintettel a preventív célú családvédelemre”, MTA Pszichológiai Intézet, témavezető: Levendel László (TBZ kutatás)
- „A fiatalkori toxikománia kialakulásának szociológiai és pszichológiai összetevői, a narcomán fiatalok dinamikus pszichológiai kezelésének lehetőségei”, ELTE Szociológiai Intézet, témavezető: Erdélyi Ildikó (TBZ kutatás)
- „A fiatalok alkohol- és drogfogyasztásának társadalmi tényezői”, POTE Marxizmus-Leninizmus Intézet, témavezető: Tahin Tamás

- „A fokozatos betegellátás elvének gyakorlati érvényesülése Pécs és vonzáskörzete egészségügyi hálózatában, különös tekintettel az életmódjuk, munkájuk következtében egészségileg veszélyeztetett lakossági csoportok ellátását befolyásoló szervezeti, szakmai és emberi tényezőkre”, POTE Marxizmus-Leninizmus Intézet, témavezető: Tahin Tamás
- „Funkcionális pszichiátriai kórképek határterületén mozgó társadalmi beilleszkedési zavarok kialakulása, lefolyása, környezeti fogadtatása”, SOTE Pszichiátriai Klinika, témavezető: Pethő Bertalan (TBZ kutatás)
- „Genetikai kutatások az alkoholizmussal kapcsolatban”, Országos Közegészségügyi Intézet, témavezető: Czeizel Endre
- „Gyermekeket és az ifjúságot érintő, egészséget befolyásoló környezeti hatások kérdéseinek vizsgálata. A magzat méhen belüli fejlődését befolyásoló élettani tényezők, a koraszülések elhárítási lehetőségeinek kutatása, különös tekintettel a magyarországi viszonyokra. A méhenbelüli veszélyeztetettség szélesebb körű feltárása — későbbi következményeinek vizsgálata, s a praenatalis ártalmak felismerése”, Megyei Kórház Miskolc, témavezető: Velkey László
- „A hatékony pszichoterápiás beavatkozás módszereinek, feltételeinek és jellemzőinek vizsgálata deviáns fejlődés szempontjából veszélyeztetett gyermekek és fiatalok kezelése során”, Madarász utcai Gyermekkorház, témavezető: Lust Iván (TBZ kutatás)
- „A hátrányos helyzetű család szerepe és hatása a családtagok életútjára, társadalmi beilleszkedésére és egészségére — elsősorban a mentális egészség, ill. a munkaképességet is befolyásoló betegszerep alakulása és a hátrányos helyzet generációnkénti halmozott újratermelődése szempontjából”, Megyei Kórház Kecskemét, témavezető: Szűcs Attila
- „A hazai deviációs jelenségek regionális jellemzői (település és bűnözéstipológia)”, MTA Állam- és Jogtudományi Intézet, témavezető: Szabó András (TBZ kutatás)
- „A hazai társadalmi beilleszkedési zavarok történeti alakulása, aktuális helyzete és változási tendenciái”, MKKE Szociológiai Tanszék, témavezető: Andorka Rudolf (TBZ kutatás)
- „Az ideg- és elmebetegségek összehasonlító epidemiológiai kutatása, különös tekintettel a geográfiai izolátumoknak a legújabb laboratóriumi módszerekkel végzett vizsgálatára”, POTE Ideg- és Elmegyógyászati Klinika, témavezető: Pálffy György
- „Idegrendszeri folyamatok pszichoterápiás befolyásolásának lehetőségei: relaxációs hatásszerveződés elemzése”, OIE, témavezető: Bagdy Emőke
- „Idült májbetegségek pathogenezisének és szövődményeinek klinikai, klinikofarmakológiai és kísérletes kutatása, különös tekintettel az alkohol okozta betegségekre”, SOTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, témavezető: Büki Béla
- „Ifjúság és egészség”, KISZ KB, Témavezető: Bánáti Ferenc
- „Az intézményrendszeren kívüli szocializáció (a marginális helyzetű fiatalok csoportjainak kutatása)”, MTA Pszichológiai Intézet, témavezető: Rácz József
- „Intra- és interpszichés tényezők a szuicidium pszichodinamikájában (elméleti kutatások preventív és terápiás alkalmazása)”, SZOTE Pszichiátriai Klinika, témavezető: Szilárd János (TBZ kutatás)
- „A kábítóhatású kannabinoidok felmérése”, SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet, témavezető: Verzárné Petri Gizella

- „Kommunikáció öngyilkossági krízisben”, Szigetvár Városi Kórház, témavezető: Kézdi Balázs (TBZ kutatás)
- „Környezeti tényezők hatása a Dél-Dunántúl lakosságának egészségi állapotára”, POTE Közegészségügyi és Járványtani Intézet, témavezető: Morava Endre
- „A közép fokú oktatási intézmények veszélyeztetett tanulóinak pályaszocializációja”, ELTE Pszichológiai Intézet, témavezető: Ritoókné Ádám Magda (TBZ kutatás)
- „A közérkölc és a jogi erkölcs viszonyának szerepe a társadalmi beilleszkedési zavarok megítélésében”, Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet, témavezető: Irk Ferenc (TBZ kutatás)
- „A közvélemény devianciaképe és a tömegkommunikáció”, Tömegkommunikációs Kutatóközpont, témavezető: Erdősi Sándor (TBZ kutatás)
- „Kultúra, közösség, világnézet és lelki egészség. Pszichohigiéniai tevékenység vallási közösségekben és intézményekben”, Közművelődéskutató Intézet, témavezető: Kamarás István (TBZ kutatás)
- „Lakossági és hatósági reakciók a devianciára, különös tekintettel a kriminális devianciára”, MTA Állam- és Jogtudományi Intézet, témavezető: Sajó András (TBZ kutatás)
- „Neuroendokrinológiai, pszichológiai és pszichofiziológiai vizsgálatok kóros affektív állapotokban (depresszió, szorongás, agresszivitás, chron. fájdalom)”, OTKI Pszichiátriai Tanszék, témavezető: Moussong-Kovács Erzsébet
- „A neurózis szempontjából különösen veszélyeztetett társadalmi csoportok szociálpszichiátriai jellemzői”, SOTE Pszichiátriai Klinika, témavezető: Kopp Mária (TBZ kutatás)
- „Organikus és funkcionális betegségben, valamint magatartászavarban szenvedő gyermekek felkutatása, nyilvántartása, gondozása, komplex rehabilitációja”, Megyei Kórház Miskolc, témavezető: Velkey László
- „Orvostanhallgatóknak a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos attitűdjei”, SOTE Marxizmus-Leninizmus Intézet, témavezető: Kolozsi Béla
- „Az öngyilkosság és a bűnözés területi struktúrája”, KSH, témavezető: Vukovich György (TBZ kutatás)
- „Az öngyilkossági kísérletek és az egészségügyi ellátási modellek komplex elemzése”, POTE Orvosi Pszichológiai Oktatócsoport, témavezető: Kóczán György (TBZ kutatás)
- „Az öngyilkosság megelőzésének lehetőségei. A halállal végződő öngyilkosságok Baranya megyében”, POTE Igazságügyi Orvostani Intézet, témavezető: Harsányi László (TBZ kutatás)
- „A pedagógus és kortársminősítés alakulása iskolai beilleszkedési zavaroknál”, ELTE Pszichológiai Intézet, témavezető: Kósáné Ormai Vera (TBZ kutatás)
- „A Szeged-Nagyfai Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézet beteganyagának teljeskörű vizsgálata”, Szeged-Nagyfai Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézet, témavezető: Raska László (TBZ kutatás)
- „Szocializációs hatásmechanizmusok a félzárt és zárt intézetekben”, B. G. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, témavezető: B. Aczél Anna (TBZ kutatás)
- „A TBZ Központi módszertannal végzett standard és összehasonlító vizsgálatok komplex feldolgozása”, OIE, témavezető: Szakács Ferenc (TBZ kutatás)

- „Társadalmi beilleszkedési zavarok Szolnok megyében”, Szolnok megyei Rendőrfőkapitányság, témavezető: Lengyel György
- „Társadalmi-gazdasági változások és az öngyilkosságok alakulása Magyarországon”, KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, témavezető: Moksony Ferenc (TBZ kutatás)
- „Tisztek és tiszthelyettesek alkoholfogyasztási attitűdjei”, M. N. és KÖJÁL, témavezető: Kádár Pál
- „A többoldalúan hátrányos helyzet újratermelődésének okai. Volt állami gondozottak élet- és munkakörülményei”, Szakszervezetek Elméleti Kutatóintézete, témavezető: Novák Mária
- „Az új szakoktatási rendszerben résztvevő kiegészítő iskolai tanulók társadalmi beilleszkedésének vizsgálata”, B. G. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, témavezető: Illyés Sándor (TBZ kutatás)
- „Új típusú mentálhigiénés szolgálat hatékonyságának elemzése. Modellkísérlet”, SOTE Pszichiátriai Klinika, témavezető: Tringer László (TBZ kutatás)
- „A vegetatív tünetképződés mechanizmusa a szorongásos neurotikus kórképekben, valamint a magas vérnyomás betegség korai szakaszában”, SOTE Pszichiátriai Klinika, témavezető: Kopp Mária

MAGYAR
UDOMÁNYOS AKADEMIA
KÖNYVTÁRA

Kiadja: a Társadalomtudományi Bizottság nevében
a Magyar Tudományos Akadémia

A kiadásért felel: Berend T. Iván, az MTA elnöke

A szerkesztésért felelős személy: Tamási Péter

Budapest, 1987. szeptember

INFO-Társadalomtudomány

1. szám: Válaszúton a magyar társadalom