

**Andorka Rudolf – Harcsa István:
Deviáns viselkedés**

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Andorka Rudolf – Harcsa István (1990): Deviáns viselkedés in:
Társadalmi riport 1990, Andorka Rudolf, Kolosi Tamás,
Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, 217–227. Pp.



12. DEVIÁNS VISELKEDÉS

Négyfajta deviáns viselkedés (a bűnözés, az öngyilkosság, az alkoholizmus és a mentális betegségek) előfordulásának megbecsléséhez vannak hosszú idősoraink, közülük különösen az öngyilkosság és az alkoholizmus gondokat okoz a mai magyar társadalomban.

12.1 NÖVEKEDÉSI TENDENCIÁK

Az öngyilkosság már a századforduló körül meglehetősen gyakori volt (a mainak alig kevesebb, mint fele volt a 100 ezer lakosra jutó öngyilkossági halálesetek száma). Egyes városokra és községekre vonatkozó történeti kutatások arra engednek következtetni, hogy az arányszám az 1860-as évek körül kezdett erősen emelkedni. A századfordulóra a növekedés hullámokban következett be: a századforduló körül sejtető hirtelen emelkedést az első világháborúig viszonylag lassú emelkedés követte, majd az 1920-as években újabb emelkedési hullám indult, amely az 1930-as évek elején, a nagy gazdasági válság idején tetőzött, ezt követően visszaesett. 1957-ben indult meg az újabb emelkedési tendencia, ez a korábbiaknál kevésbé meredek volt, de azóta szinte teljesen folyamatos. Az 1980-as években a növekedési tendencia megállni látszott, sőt 1988-ban csökkent az öngyilkossági arányszám. 1989-ben körülbelül az 1988. évi szinten maradt.

Az alkoholisták számának megbecsléséhez kétféle adatunk van: a májzsugorodás okozta halálesetek száma (a Jellinek-képlet alapján) és az egy főre jutó fogyasztás mennyisége (a Ledermann-módszer alapján). Keleti Károly számítása szerint 1881-ben Magyarországon az egy főre jutó évi szeszesital-fogyasztás a következő volt: bor 18,6 liter, sör 3,4 liter, égetett szeszesital 16,4 liter (100 fokos szeszre átszámítva 8,2 liter). E szerint az összes alkoholfogyasztás 100 fokos szeszre átszámítva 10 liter körül volt, tehát a jelenlegitől nem sokkal maradt el. Más országokhoz hasonlóan, ahol az iparosodás idején az alkoholfogyasztás visszaesett, nálunk is valószínűnek látszik a visszaesés: egyrészt a borfogyasztás visszaesett a filoxeravész idején (az 1880-as évek második felétől), majd az új szőlőtelepítésekkel párhuzamosan újra felemelkedett. Az égetett szeszesitalok fogyasztása viszont az adatok szerint jelentősen visszaesett. A sörfogyasztás ebben az időszakban még jelentéktelen volt. A két világháború utáni első években pedig – a jövedelmek lényeges visszaesésével összefüggésben – visszaesett. Az 1950-es évek első felében azonban már megindult a lassú, de azóta folytonos növekedési tendencia. Ennek sajátossága, hogy a borfogyasztás némi ingadozással 30 liter körül stabilizálódott, tehát az 1930-as évek átlagos színvonalánál nem volt nagyobb. Ezzel szemben 1961-hez képest tízszeresére emelkedett a sörfogyasztás és hatszorosára az égetett szeszesital fogyasztása.

Ennek következtében „borivó nemzetből” „mindenivó nemzetté” változtunk, sőt a három szeszesital fajta közül az égetett szeszesital formájában elfogyasztott 100 fokos alkoholmennyiség a legnagyobb. 1983-ban a 11,3 liter 100 fokos alkoholnak megfelelő összes fogyasztásból 3,4 litert tett ki a bor, 3,1 litert a sör és 4,8 litert az égetett szeszesital.

Az 1980-as években a szeszesital-fogyasztás tendenciája megváltozott. A borfogyasztás visszaesett, a sörfogyasztás növekedése lelassult, az égetett szeszesital-fogyasztás az 1978. évi áremelkedés és kínálatkorlátozás után egy évre visszaesett, majd 1986-ig újra emelkedett, az 1986. évi újabb áremelkedés után ismét visszaesett és 1989-ig a korábinál alacsonyabb szinten maradt. A 100 fokos (tisza vagy abszolút) alkoholra átszámított összes fogyasztás így az 1980. és 1984. évi csúcspontokról (11,7 liter) körülbelül egy literrel csökkent (1989-ben 10,7 liter).

Az 1980-as években a májzsugorodás okozta halálesetek száma (amely érthetően néhány évvel „késni” szokott a fogyasztáshoz képest, hiszen a májzsugorodás súlyossá válásához több évi nagy mennyiségű fogyasztás szükséges) szintén lassabban emelkedik. 1988-ban a májzsugorodás okozta összes halálozás arányszáma egy hajszálnyival csökkent 1987-hez viszonyítva. Hozzá kell azonban tenni, hogy az alkohol okozta májzsugorodás arányszáma (amelynek adatai csak rövidebb időszakra visszamenően állnak rendelkezésre, ezért nem ezt a jelzőszámot közöltük) 1989-ben is nőtt. Ezeknek az adatoknak alapján tehát nem lehet biztosan állítani, de nem is lehet kizárni azt, hogy az utolsó években az alkoholizmus terjedése megállt, sőt esetleg kissé csökkent az elterjedtsége.

Ez azonban korántsem ad okot megnyugvásra, mert a kétféle, említett becslési módszerrel 400–500 ezerre becsülhető a súlyos alkoholisták száma. Feltételezhetjük, hogy ilyen fokú alkoholizmus fertőzőség esetén minden ötödik-hatodik magyar férfi élete folyamán alkoholistává válik. A növekedés ütemét érzékelteti az a tény, hogy 1960-ban a májzsugorodás okozta halálesetek száma alapján 76 ezerre volt becsülhető a súlyos alkoholisták száma. A fogyasztás növekedésének – és ezzel az alkoholizmus terjedésének – elsődleges oka az volt, hogy a reáljövedelmek emelkedtek és közben a szeszesitalok ára körülbelül az általános fogyasztói árszínvonallal párhuzamosan emelkedett, nagyobb jövedelemből tehát többet lehetett szeszesitalokra költeni. Ezt bizonyítja az a tény, hogy a szeszesitalok fogyasztásának aránya az összes személyes jövedelemből viszonylag kevésbé változott: 1960-ban 9,5 százalék, 1970-ben 10,8 százalék, 1976-ban tetőzött 11,5 százalékkal, 1983-ra kissé visszaesett 10,9 százalékra, 1988-ban pedig 9,4 százalékra. Az alkoholizmus terjedésének természetesen mélyebben fekvő, alapvető okai vannak. Ezekre az összes deviáns viselkedések okainak együttes tárgyalásánál térünk ki.

A mentális betegségek, zavarok (neurózisoktól az elmebetegségekig) elterjedtségéről nincsenek pontos adataink. Alsó határértéknek tekinthetjük az 1989-ben a pszichiátriai gondozókban nyilvántartott 112 ezer, és az elme- és ideggyógyintézetekből elbocsátott 172 ezer beteget. A ténylegesen betegek száma azonban ennél biztosan nagyobb, viszont az említettek között vannak nem mentális betegek is (például alkoholisták) és a két szám között bizonyos átfedés van. Egy közel hatezer 20 éven felüli személyre kiterjedő 1983. évi

vizsgálat a megvizsgáltak 24 százalékát tekintette a neurózis szempontjából legalább veszélyeztetettnak. Egy hasonló módszerrel, de sokkal nagyobb – 21 ezer 16 éves és idősebb személy megkérdezésén alapuló – mintán végzett vizsgálat 1988-ban 33 százalékot legalább enyhén neurotikusnak (17,3 százalékot 1. súlyossági fokú és 15,1 százalékot közepesen vagy súlyosan neurotikusnak). Ezeket az adatokat elfogadhatjuk, mint a mentális zavarokkal küszködők arányának felső határértékét. Egy megye és egy budapesti kerület korábbi vizsgálata alapján a schizofrénia prevalenciája 2,3 ezrelék körülnek látszik.

A mentális betegségek – illetve a lelki egészségi állapot – hosszú távú alakulásának értékeléséhez nincsenek megbízható adataink.

A pszichiátriai gondozókban és a kórházakban kezelték száma valószínűleg inkább az egészségügyi ellátás kiterjedését, mint a betegek számának változását fejezi ki.

A fent említett 1983. és 1988. évi adatfelvétel a közelmúltban lényeges romlásra enged következtetni. Hasonló megállapítást sugall Juhász Pálnak és munkatársainak egy magyarországi községben végzett több évtizedes vizsgálata, mivel ott a neurotikusok arányának lényeges növekedését figyelték meg. Más orvosi megfigyelések is arra engednek következtetni, hogy a mentális zavarok gyakorisága emelkedő tendenciát mutatott.

Ellentétben az eddig tárgyalt három deviáns viselkedéssel, a bűnözés intenzitásának hosszútávú alakulása nem mutat emelkedő tendenciát. Az elítéltek száma 1952-ben ért el csúcserőérték (134 ezer), ezt követően erősen visszaesett és 1957 óta 48 és 73 ezer között ingadozik, legtöbbször azonban 55 és 70 ezer között helyezkedik el. Az elítéltek száma azonban nyilvánvalóan inkább a büntetőjog és az ítélkezési gyakorlat változását tükrözi, mint a bűnözés tényleges alakulását. Az 1952. évi csúcserő az akkori szigorúbb büntetőjoggal és ítélkezéssel függött össze. Az azóta eltelt időszak ingadozásai viszont általában összefüggenek a büntetőjogszabályok változásaival (például a tulajdon elleni bűncselekmények alsó értékhatárának emeléseivel). Általánosságban nem is célszerű a bűnözés tendenciájáról beszélni, mert bűncselekmény-fajtánként nagyon eltérő tendenciákat lehet megfigyelni: a személy elleni bűncselekmények száma nagyjából azonos szinten mozog hosszabb idő óta, a személyek javait károsító vagyon elleni bűncselekmények, a devizagazdálkodást sértő bűncselekmények és a közlekedési bűncselekmények száma nőtt. Ez utóbbi két bűncselekmény-fajta esetében a növekedés vissza lehet vezetni az idegenforgalom növekedésére és a személygépkocsik számának növekedésére.

A bűnözés tendenciájának értékelését megnehezíti az a tény is, hogy miközben az elítéltek száma nagyjából azonos szint körül ingadozott, az ismertté vált bűncselekmények száma erősen, és az ismertté vált elkövetők száma pedig kevésbé nőtt.

A legutolsó években a kábítószer fogyasztását is nagyobb számban megfigyelték a magyar társadalomban. Egy 1982-ben végzett felmérés szerint évente 30 ezer lakos került kapcsolatba kábítószerrel, legtöbbször enyhébb hatású szerekkel (ragasztók belehelése). Az egészségügyi szolgálat egy év alatt körülbelül 6 ezer kábítószer-fogyasztóval foglalkozott.

12.2 A DEVIÁNS VISELKEDÉS DEMOGRÁFIAI ÉS TÁRSADALMI KÜLÖNBSÉGEI

A különféle deviáns viselkedések előfordulásának demográfiai különbségeit úgy foglalhatjuk össze, hogy az öngyilkosság az idős férfiak között a leggyakoribb (bár jelentős a fiatalabb felnőttek és a nők körében is a gyakorisága), az alkoholizmus a középkorú felnőtt, férfiak között a legelterjedtebb (bár az utóbbi időkben, úgy látszik, a nők között gyorsabban terjed, mint a férfiak között), a mentális betegségek a nők körében gyakoribbak, a bűnözés viszont elsősorban a fiatal felnőtt férfiak között fordul elő (és az utóbbi években fiatalodni látszik az elítéltek korösszetétele).

Az öngyilkosságok gyakorisága a 19. század utolsó évtizedeiben a középrétegekben volt magasabb, a 20. század elejétől azonban már határozott fordított kapcsolatot mutat a társadalmi helyzettel, az alacsonyabb helyzetű rétegekben, különösen az ipari napszámosok között gyakori. Jelenleg ez a negatív kapcsolat még határozottabb. 1980-ban öt nagy társadalmi kategóriát megkülönböztetve, a következők voltak az öngyilkossági arányszámok:

	100 ezer személyre jutó öngyilkosság okozta haláleset	
	férfi	nő
Értelmiségi	26	18
Egyszerű szellemi	36	26
Kisiparos, kiskereskedő,		
egyéniileg gazdálkodó paraszt	81	30
Munkás	64	25
Szövetkezeti paraszt	116	37
Összesen	64	27

Az alkoholizmus társadalmi kategóriák közötti különbségeire következtethetünk a májzsugorodás okozta halálesetek száma alapján. Az öngyilkossághoz hasonlóan 1980-ban az alkoholizmus is gyakoribb volt az alacsonyabb helyzetű rétegekben:

	100 ezer személyre jutó alkoholos májzsugorodás okozta haláleset	
	férfi	nő
Értelmiségi	8	2
Egyszerű szellemi	13	4
Kisiparos, kiskereskedő, egyénilleg gazdálkodó paraszt	39	9
Munkás	22	7
Szövetkezeti paraszt	42	12
Összesen	23	7

A mentális zavarokra vonatkozó részleges adatok is arra engednek következtetni, hogy elsősorban a hátrányosabb helyzetű rétegekben, különösen a szakképzetlen munkások között a legnagyobb a gyakoriságuk.

Végül a bűnözés igen erősen koncentrálódik a legalacsonyabb iskolai végzettségű és leginkább hátrányos helyzetű fiatalok között.

12.3 A DEVIÁNS VISELKEDÉS FELTÉTELEZHETŐ OKAI

Az itt tárgyalt négy deviáns viselkedés okaira vonatkozó szociológiai és pszichológiai kutatások alapján feltételezhetően a következő okok játszottak közre abban, hogy közülük az öngyilkosság és az alkoholizmus gyakorisága biztosan, a mentális betegségeké feltételezhetően 30–35 év óta növekszik:

1. Mindegyik deviancia-forma közvetlen oka az egyéni életben fellépő nagymértékű stressz; feltételezhető, hogy az elmúlt évtizedek nagy és gyors társadalmi változásai következtében megnövekedett a stresszhelyzetek gyakorisága és súlyossága.
2. Azok a személyek nem képesek a stresszhelyzeteket elviselni vagy megoldani, akiknek fiatalkori szocializációja valamilyen ok következtében sérülést szenvedett és akiknek személyiségfejlődése ezért nem vezetett a felnőttkori stresszek elviselésére és megoldására képes erős személyiség kialakulásához. Feltételezhető, hogy a szocializációt megzavaró fiatalkori helyzetek – például az egyik szülő elvesztése válás következtében – gyakoribbá váltak a mai magyar társadalomban.

3. A magyar társadalom norma és értékrendszerében régóta olyan elemek fordulnak elő, amelyek az öngyilkosságot és a lerészegedést bizonyos helyzetekben megengedik, sőt sugallják. Ezért érthető, hogy a stresszhelyzetekben lévő emberek, amikor nem képesek a feszültségeken úrrá lenni, az alkohol közismert átmeneti feszültséget oldó hatásához folyamodnak, illetve szélsőséges helyzetekben öngyilkosság útján menekülnek a megoldatlan problémák elől. Kevésbé világos, hogy bizonyos mentális zavarok (például: a depresszió) hasonlóan mélyen gyökerező mintákkal rendelkeznek a magyar kultúrában. Ezzel szemben az erőszak alkalmazása – legalábbis a betyár-világ felszámolása óta – a 19. század második felében, a magyar társadalom nagy többsége számára valószínűleg erősen negatívan értékelt magatartás.

MEGJEGYZÉSEK A DEVIANCIA JELZŐSZÁMAIHOZ:

Egy főre jutó bor- és sörfogyasztás:

1920-tól 1942-ig az adatok gazdasági évekre vonatkoznak, tehát például az 1920–1924. évi átlag az 1920/21., 1921/22., 1922/23., 1923/24. és 1924/25. gazdasági évek átlaga.

Az égetett és az összes szeszesital fogyasztás: az 1935–1939. sorban 1934–1938. évi átlagos adatok.

Elítélt 10 ezer lakosra:

Az 1920–1924. sorban szereplő jelzőszám az 1923. és 1924. évek átlaga.

A DEVIANCIA JELZŐSZÁMAINAK IDŐSORAI

folytatás

Év	Öngyilkosság 100 ezer lakosra	Májzsugorodás	Bor liter	Egy főre jutó Sör	Égetett szeszes ital liter	Összes	Elítélt	Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott beteg 10 ezer lakosra	Elme- és ideggyógyintézetből elbocsátott beteg
1952	25,3	6,1	28	13	0,90	4,7	152	.	
1953	20,8	6,2	22	18	1,05	4,2	94	.	37
1954	17,7	5,4	23	21	1,45	4,5	68	.	
1955	20,5	5,5	19	24	1,51	4,5	99	.	
1956	19,4	8,3	20	25	1,03	4,2	69	.	
1957	21,7	7,9	26	28	1,42	5,4	50	.	46
1958	23,2	7,9	29	31	1,20	5,7	67	.	
1959	26,3	9,5	32	34	1,35	6,2	81	.	
1960	26,0	8,9	30	37	1,42	6,1	56	.	
1961	25,3	7,9	27	39	1,54	6,2	60	.	
1962	25,2	8,5	29	39	1,54	6,2	62	.	56
1963	27,0	8,7	29	41	1,67	6,5	43	.	
1964	28,7	8,7	34	43	1,89	7,3	57	.	
1965	29,8	9,8	33	44	1,50	6,8	68	46	63
1966	29,8	9,5	30	46	1,73	6,9	73	46	63
1967	30,8	10,8	34	50	1,86	7,5	73	47	73
1968	33,7	12,0	35	51	1,95	7,7	58	55	73
1969	33,1	12,0	39	54	2,33	8,7	56	61	76
1970	34,6	12,9	38	59	2,70	9,1	49	60	78
1971	35,7	13,8	39	60	2,90	9,5	63	70	81
1972	37,0	13,0	38	57	3,05	9,5	69	75	90

A DEVIANCIA JELZŐSZÁMAINAK IDŐSORAI

folytatás

Év	Öngyilkosság 100 ezer lakosra	Májzsugorodás	Bor liter	Egy főre jutó Sör	Égetett szeszes ital liter	Összes	Elítélt	Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott beteg 10 ezer lakosra	Elme- és ideggyógyintézetből elbocsátott beteg
1973	36,8	14,4	39	62	2,91	9,5	69	87	94
1974	41,1	16,2	35	67	3,11	9,4	68	92	103
1975	38,1	18,2	34	72	3,61	10,1	61	101	103
1976	40,6	19,2	35	76	4,00	10,7	68	102	109
1977	40,3	20,1	34	81	4,62	11,3	68	106	116
1978	43,1	23,1	34	86	4,61	11,5	69	107	119
1979	44,5	25,9	34	86	4,15	11,1	59	106	125
1980	44,9	27,7	35	86	4,64	11,7	56	101	132
1981	45,6	32,4	30	89	4,97	11,5	59	103	147
1982	43,5	32,2	32	90	4,75	11,6	59	103	149
1983	45,9	39,2	30	89	4,80	11,3	62	102	154
1984	45,9	43,1	31	87	5,09	11,7	61	103	147
1985	44,4	43,1	25	92	5,05	11,5	56	105	159
1986	45,3	42,8	23	99	5,23	11,4	66	110	169
1987	45,0	44,2	22	100	4,70	10,7	66	110	168
1988	41,3	43,9	22	101	4,45	10,5	64	115	170
1989	41,6	51,8	20	103	4,75	10,7	60	118	172

A DEVIANCIA JELZŐSZÁMAINAK IDŐSORAI

folytatás

Év	Öngyilkosság 100 ezer lakosra	Májzsugorodás 100 ezer lakosra	Bor liter	Egy főre jutó Sör	Égetett szeszes ital liter	Összes	Elítélt	Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott beteg 10 ezer lakosra	Elme- és ideggyógyintézetből elbocsátott beteg
1881–	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1887–	9,5	.	.	.	.	.	.	.	.
1892–1895	13,1	.	.	.	.	.	.	.	.
1896–1900	17,8	.	.	.	.	.	.	.	.
1901–1905	19,2	.	.	.	.	.	.	.	.
1906–1910	19,9	.	.	.	.	.	.	.	.
1911–1915	20,1	.	.	.	.	.	.	.	.
1920–1924	27,0	.	32	6	.	.	52	.	.
1925–1929	29,7	.	24	7	.	.	47	.	.
1930–1934	32,9	.	33	2	.	.	41	.	.
1935–1939	29,2	7,4	35	3	1,65	5,5	49	.	.
1940–1942	24,2	.	.	.	.	.	62	.	.
1945	33,3	.	.	.	.	.	.	.	.
1946	23,8	.	.	.	.	.	.	.	.
1947	24,6	.	.	.	.	.	.	.	.
1948	23,8	.	.	.	.	.	102	.	.
1949	23,9	.	.	.	.	.	121	.	.
1950	22,2	5,0	33	8	0,75	4,9	110	.	.
1951	23,4	5,9	35	11	0,85	5,2	149	.	.

A DEVIANCIA JELZŐSZÁMAINAK DEFINÍCIÓJA

Öngyilkosság 100 ezer lakosra:

Az évi öngyilkosság okozta halálesetek száma osztva a népességszámmal, szorozva 100 ezerrel.

Májzsugorodás 100 ezer lakosra:

A májzsugorodás okozta halálesetek száma, osztva a népességszámmal, szorozva 100 ezerrel.

Egy főre jutó borfogyasztás:

Az évi borfogyasztás (hozzászámítva a saját termelésű bor fogyasztásának becsült adatát) osztva a népességszámmal. Liter egy év alatt.

Egy főre jutó sörfogyasztás:

Az évi sörfogyasztás osztva a népességszámmal Liter egy év alatt.

Egy főre jutó égetett szeszesital fogyasztás:

Az évi égetett szeszesital fogyasztás (hozzászámítva a saját főzés becsült adatát), 100 fokos (abszolút) alkoholra átszámítva, osztva a népességszámmal. Liter.

Egy főre jutó összes szeszesital fogyasztás:

Az évi bor, sör és égetett szeszesital fogyasztás 100 fokos (abszolút) alkoholra átszámítva, osztva a népességszámmal. Liter.

Elítélt 10 ezer lakosra:

Az adott évben közvédas és magánvédas bűncselekmények miatt jogerősen elítéltek (felnőtt és fiatalok) száma, osztva a népességszámmal, szorozva 10 ezerrel.

Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott beteg 10 ezer lakosra:

Az ambuláns kezelést adó pszichiátriai gondozó intézetek nyilvántartásaiban szereplő gondozott betegek száma osztva a népességszámmal, szorozva 10 ezerrel.

Elme- és ideggyógyintézetekből elbocsátott beteg, 10 ezer lakosra:

Az elme- és ideggyógyintézetekből és ilyen kórházi osztályokról az év folyamán elbocsátott betegek száma, osztva a népességszámmal, szorozva 10 ezerrel.