

Buda Béla:

A MINŐSÍTÉS PROBLÉMÁJA A DEVIANCIAKUTATÁSBAN

Mint ismeretes, a deviáns magatartásmódok (szinonimák: társadalmi beilleszkedési zavarok, társadalmi megítélés alá eső viselkedésformák, problematikus társadalmi magatartásformák stb.) vizsgálata, összetartozásuk tudatosítása azzal kezdődött meg, hogy ezeknek előfordulási, gyakorisági statisztikái a múlt század első felének statisztikai jelentéseiben egymás mellé kerültek. Ennek oka egyszerűen az volt, hogy nem tudták hova sorolni őket, nem fértek be a lakosság, illetve a társadalom állapotát tükröző számadatok egyetlen kategóriájába sem. Végül a morálstatisztika fogalmával fejezték ki ezeket a megnyilvánulásokat, mert úgy vélték, hogy leginkább a társadalom morális helyzetéről adnak együttes felvilágosítást. A bűnesetek számát, a törvénytelen születéseket, az elmebetegségek és nemi betegségek gyakorisági adatait, továbbá az öngyilkosság előfordulási viszonyait foglalták itt össze. Ellentétben a múlt erkölcsi viszonyairól ma oly elterjedt idillikus képpel, a morálstatisztika számai meglehetősen nagyok voltak. A múlt század európai államaiban sok volt a bűnözés, gyakori volt az öngyilkosság. (Élég beleolvasni Durkheim 1897-ben megjelent híres könyvébe, Az öngyilkosság c. kötetbe, és erről az ott közölt statisztikák alapján megbizonyosodunk.) Sok beteget ápoltak elmeosztályokon, sok volt a nemi beteg (ezek száma az elmebetegek számát szaporította, hiszen a kor leggyakoribb mentális betegsége a szifilisz harmadlagos tüneti állapotát tükröző hüdéses elmebaj, a paralysis progressiva volt), de nagyon sok alkoholistát, kábítószer-élvezőt

is számon tartottak. Ismerünk adatokat arról pl., hogy a múlt század negyvenes éveiben Bécsben a születések kb. fele házasságon kívül történt. Általában másutt is nagyon gyakori volt a törvénytelen szülés. Ezek a jelenségek foglalkoztatták a közvéleményt is, meg a társadalom irányítóit és vizsgálóit is, ezekre magyarázatot kerestek.

Foglalkoztatták ezek a problémák a szociológiát is. A szociológia akkor uralkodó ún. organicista szemlélete a társadalmat élő szervezethez hasonlította, és ebben a modellben a morálstatisztikában tükröződő viselkedésformákat mint a társadalom betegségeit fogta fel. A számadatokat a patológia indikátorainak tekintette. Ilyenfajta felfogás jégében indult meg a szociológiai kutatás a múlt század utolsó éveiben az Egyesült Államokban. A fiatal tudomány elsősorban azt tűzte ki céljául, hogy segítse a társadalmat az ilyen társadalmi betegségek felszámolásában. Ez volt az amerikai szociológia egyik leghíresebb műhelyének, a chicagói iskolának a vezérével is. Ez az iskola a nagyvárost kutatta, elsősorban az egyes területi egységekben mutatózó gyakorisági különbségekből kiindulva, amelyek a problematikus, patológiás viselkedésformák előfordulási adataiban mutatkoztak. A város és a városiasodás már az európai szociológiai magyarázatokban is oki tényezőként szerepelt a kóros magatartásmódok vonatkozásában, mivel a városokban az ilyen viselkedésformák mindig gyakoribbak. (A német kultúrkörben el is terjedt egy sajátos városkritikai irányzat, városellenesség, amely főleg a szorosabb társadalmi kontroll miatt a falusi közösséget tartotta egészségesebbnek.)

A chicagói iskola hasonlóan járt el, mint Durkheim. Lényegében az ún. szociálepidemiológiai módszert honosította

meg, illetve fejlesztette tovább. Ez a módszer a problematikus társadalmi viselkedésmódok kutatásában máig is használatos. Különböző, szociológiai vagy egyéb szempontok szerint homogén csoportok, lakosságrészek, rétegek gyakorisági adatait hasonlítják ilyenkor össze. Eközben megpróbálják a nagyobb gyakoriságot vagy esetleg az alacsony előfordulási számot e populációk életmódbeli sajátosságai alapján magyarázni. Durkheim pl. a társadalmi integráció jelentőségét tudta valószínűsíteni annak alapján, hogy a katolikusok között kevesebb, a protestánsok között több az öngyilkosság. Az elváltak és özvegyek gyakrabban ölik meg magukat, mint a házások, ugyanígy a gyerektelenek között is több az önkezü halál, mint a gyermekkel bírók között stb. A kutatás e téren lényegében abban az irányban haladt, hogyan lehet az életmód, a viselkedésminták, az attitűdök stb. szempontjából minél homogénebb csoportokat kijelölni, és ezekhez összehasonlításként olyan csoportokat rendelni, amelyek csak ebből az egy szempontból különböznek tőlük.

A társadalmi megítélés alá eső, társadalmi beilleszkedési zavart tükröző viselkedésformák különböző gyakorisági adataival ma is teli vannak a tárgykör tankönyvei és tudományos monográfiái. A speciálisan kijelölt vizsgálati populációkon a vizsgálatok mindig új adatokat, arányszámokat hoznak felszínre. Az arányszám fogalmát hangsúlyozni kell, ezt már a múlt század folyamán megalkották a kutatók, ez azt fejezi ki, hogy 100 ezer lakosra (rendszerint 100 ezer felnőtt lakosra) hány eset jut az ilyen magatartásmódokból. Az arányszámmal összehasonlítható módon lehet kifejezni a gyakorisági viszonyokat, ez tehát önmagában is mond valamit.

A kutatásoknak korán szembe kellett nézni azzal a ténnyel, hogy a statisztikai adatok nem pontosak. Csak az ismert, nyilvántartott esetek kerülnek be a statisztikába,

ugyanakkor tudjuk, hogy nagyon sok eset rejtve marad. Különösen a bűnözés terén sok a rejtett cselekmény, az ismertté nem váló bűneset. Számos bűntettben az előfordulást távolról sem ismerjük, mert különféle okokból nem tesznek az emberek feljelentést (pl. nemi erőszak esetében a szégyenkezés miatt). Az öngyilkosságok közül sokat ellepleznek vagy tévesen kerülnek más haláloki kategóriákba. Az elmebetegtek közül sokan nem jutnak el orvoshoz, nem kezelik őket, így nem kerülnek a statisztikákba. Sokáig ezt a problémát úgy tekintették, mint olyant, ami idővel megoldódik. Úgy vélték, pontosabbá kell tenni a rendőrségi és bírósági adat-szolgáltatást, szűrővizsgálatokkal kell tisztázni a betegek számát. Sokan nem tartották jelentősnek az öngyilkosságok területén az ismertté nem váló eseteket, osztották egy korai kutató, az olasz Morselli optimizmusát, aki szerint az öngyilkosság kutatásának könnyű a dolga, mert a holttest mindig egyértelműen holttest...

Később azonban lassanként tisztázódott, hogy a helyzet nem ilyen egyszerű. Kitént, hogy a statisztikákba be nem kerülő deviáns viselkedésmódok igen nagy számúak, esetenként a rejtett megnyilvánulások gyakoribbak, mint a számokban tükröződők. Az 1950-es évektől kezdve elterjedt a bűnözés ún. önkitöltő (self-report) vizsgálata. Ebben különböző populációk (legtöbbször egyetemisták, máskor katonák, munkások stb.) névtelenül számoltak be arról, milyen bűnöket követtek el életükben. Megdöbbentően nagy számban (30-50 százalékban, gyakran még nagyobb arányban) követtek el egyébként jól beilleszkedő, normálisnak számító emberek olyan cselekményeket, amelyekért súlyosabb ítéleteket kaphattak volna. Sok volt a viszonylag súlyos bűncselekmény is (szexuális erőszak, nagyobb lopás, csalás, testi sértés stb.). Kisney és munkatársai a szexuális viselkedés terén nagyon nagy számban találtak felmérésükben olyan cselekmé-

nyeket, amiket az adott állam törvényei komolyan büntettek. Akkoriban a homoszexualitás pl. még büntetendő cselekmény volt, mégis az derült ki, hogy a férfiak életükben gyakran vesznek részt homoszexuális aktusban (a férfiak 37 százaléka, a nők kb. 10 százaléka vesz részt életében - ha esetleg ritkán is - kielégüléshez vezető homoszexuális eseményben). Kisney megállapította, hogy ha az amerikaiak szexuális élete nyilvánosságra kerülne, bíróság kellene, hogy foglalkozzon vele, és kb. a lakosság 90 százaléka börtönbe kerülne szexuális viselkedése miatt (Kisney, 1948, 1953). Számos mindennapi bűncselekményt, pl. az áruházi lopást is meglepően nagy számúnak találták a vizsgálatok (Cameron, 1964). A pszichiátriai betegségekre vonatkozó szűrővizsgálatok pedig a pszichikus működészavarok feltűnően nagy gyakoriságát találták. Egy nagy amerikai felmérés, az ún. Midtown Manhattan vizsgálat szerint a lakosság 83 százaléka tekinthető betegnek (Srole, 1962). Vannak felmérések, amelyek ezt az adatot még nagyobbak mutatják be, a konzervatívabb becslések is azonban a lakosság 30-40 százalékát minősítik betegnek. A hivatalos statisztikákban ugyanakkor 2-3 százalék, a legfejlettebb országokban 3-5 százalék szerepel mint diagnosztizált, kezelt beteg. A legmodernebb, szigorú kritériumok szerint készült felmérések szerint is a lakosság kb. 25 százaléka olyan beteg, hogy kezelni kellene. Az egész élettartamra számítva (life-time prevalence) ez a gyakoriság még nagyobb (Glass, Freedman, 1985), különösen ha a betegség-nagyságrendű alkoholizmust vagy kábítószer-hozzászokást is beleszámítjuk. Az öngyilkosság terén sem egyszerű a helyzet. A holttest valóban holttest, ám az, hogy mitől lett holttest, már nem egyértelmű. Egyrészt nagyon gyakori a tévedés, vannak vizsgálatok, amelyek szerint egyes nagyvárosokban a nyilvántartott öngyilkosság gyakoriságának öt-tízszereze a valódi gyakoriság a torzítások, leplezések miatt (Wilkins, 1970). Egyes területeken a hivatalos gyakoriság

többszöröse a valódi arányszám, mert az esetek meghatározásának praxisa nagyon óvatos, túlzottan a bizonyításra figyel. (Surtees, 1982) Ez a jellemző pl. Angliára, ahol ügyési képzettségű halottkémnek (coroner) bizonyítania kell, hogy a haláleset öngyilkosság volt. Könnyű belátni, hogy a bizonyítás nem egyszerű, hiszen elég a búcsúlevél elrejtése vagy az öngyilkosság előtti eseményekről adott hamis beszámoló, hogy a halál véletlennek (balesetnek, túlادagolásnak vagy akár természetes halálnak) minősüljön.

Az ilyen adatok ismeretében nemcsak Kinsey vetette fel, érvényesek-e a normák, helyes-e a normalitás, az egészség hagyományos felfogása, nem szorulunk-e revízióra e téren, hanem mások is, akik a társadalmi beilleszkedési zavarok egész elméletét próbálták újragondolni. Így pl. a később említendő antipszichiátria elnevezésű irányzat egyik képviselője, az olasz Basaglia azt tettelezte, hogy minden társadalomban a többség deviáns ("La maggioranza deviante" a címe az erről szóló híres könyvének, Basaglia, Basaglia-Ongara, 1971), a hagyományos egészségképet tehát fel kell adni. Ez összecsengett korábbi társadalomkritikusok felfogásával, pl. Erich Fromméval, aki szerint a jól adaptált, az adott társadalom viszonyaihoz mindenben alkalmazkodó ember testesíti meg a legsúlyosabb betegséget, társadalmi patológiát, hiszen ilyen jól alkalmazkodó emberekre támaszkodott pl. a fasizmus. Annak kóros társadalmi légkörében egészségesnek, emberinek a nem alkalmazkodó, illetve alkalmazkodni nem tudó kisebbség mondható, amely pedig deviánsnak, betegnek minősült a maga korában. Erich Fromm a "normalitás kórtanáról" (pathology of normalcy) beszélt. Ezt a nézetet számos más szakember is hirdette.

A problémát más oldalról is vizsgálták. Feltűnt, hogy pl. igen intenzív társadalmi erők hatnak annak érdekében,

hogy valamilyen deviáns viselkedésmódot mutató emberek a későbbiekben ugyanilyenek maradjanak. Ez elég meglepő felismerés volt, mert ezek az erők éppen azoknak az intézményeknek működésén át hatnak, amelyek e viselkedésformák visszaszorítására hívatottak. Ún. deviáns karrier kezdődik meg az esetek többségében, amikor valaki vizsgálati fogságba kerül vagy bűnvádi eljárás indul ellene, illetve amikor bíróság foglalkozik ügyével és különösen akkor, ha börtönbe kerül. Ugyanígy a pszichiátriai betegnek minősített ember is nehezen szabadul meg ettől a diagnózistól. Nagyobb a valószínűsége, hogy később ismét visszaesik, beteg lesz, ha nehezélethez kerül. A homoszexualitástól vagy a szexuális viselkedési anomáliák más formáitól is szinte lehetetlen szabadulni. A deviáns viselkedés hivatalos kimondása mintegy valamiféle bélyeget, stigmát sűt a személyiségre, és ez a későbbiekben irányadó a környezet számára. Így mindent erre a stigmára vezetnek vissza az illetővel kapcsolatosan, annak minden megnyilvánulását úgy magyarázzák, mint a stigma igazolódását. (Clinard, 1963; Goffman, 1981 stb.) Sajátos társadalmi folyamat, az önteljesítő. önmeqvalósító prófécia (self-fulfilling prophecy) indul meg. Az egyszer deviáns viselkedést mutató személyt mindig gyanúsítják, hogy ezt a viselkedést megismétli, és ezzel mintegy el is várják tőle, hogy így tegyen. Sokszor beszűkítik társadalmi lehetőségeit, és kényszerűségből is meg kell ismételnie korábbi tettét. Ez leginkább szembetűnően a bűnözés esetében mutatkozik meg, akiknek "priusza" van, azzal szemben bizalmatlanok, azt nem fogadják be, nem adnak megfelelő állást neki, gyakran nem marad más hátra számára, mint az ismételt bűnözés. Akinek anamnézisében elmebetegség van, annak minden feszültségét, konfliktusát, problémáját hajlamos a környezet az elmebetegségre vonatkoztatni. A homoszexuális mindig gyanús, hogy a vele azonosneműekkel szexuális célból akar kapcsolatot alakítani. Még az öngyilkosság esetében is megfigyelték ezt a

szabályszerűséget, aki egyszer elkövetett öngyilkossági kísérletet, azt a környezet minden újabb feszült élethelyzetben félti az öngyilkosságtól. Ezáltal mintegy szuggerálja neki, hogy öngyilkossági cselekményen át keresse problémáinak megoldását. Elmekórházakban is gyakran növeli az öngyilkosság veszélyét, ha valakit nagyon óvnak és féltenek az öngyilkosságtól, hiszen ilyenkor a rejtett elvárás az, hogy legyen öngyilkos. (Kobler, Stotland, 1964)

A deviáns viselkedés egyik kutatója, Edwin Lemert 1951-ben vezette be az elsődleges és a másodlagos deviancia fogalmát. Elmélete szerint a deviáns viselkedésformák öntörvényű, személyiségelméleti szempontból létező változatai, amelyek szűrővizsgálatok, felmérések stb. révén ismerhetők fel, az elsődleges devianciák. Ezekkel a kutatás alig kerül kapcsolatba. A vizsgálatok leginkább a másodlagos devianciával találkoznak, amelyeket a társadalom már diagnosztizált, minősített, címkével látott el. A címke - angolul: label - "ráragasztása" a személyiségre a deviáns viselkedésmódon való rajtakaapásban nyilvánul meg. Az lesz a beteg, akit a pszichiáter kórisméz, az lesz bűnöző, akit a rendőrség és a bíróság annak tekint, és még öngyilkossági kísérletet is az követ el, akit valamilyen hatóság így könyvel el, halottként is az lesz öngyilkos, akiről ezt megállapítják. A homoszexuális is az, akit annak minősítenek. Elkezdték vizsgálni azt, hogy milyen társadalmi mechanizmusok működnek közre abban, hogy az elsődleges devianciák nagy tömegéből csak viszonylag kevesen, bizonyos emberek válnak sui generis deviánssá, vagyis másodlagosan deviánssá. E vizsgálatok érdekes eredményekhez vezettek. Bár az nem zárható ki, hogy a deviánssnak másodlagosan is minősülő emberek egy része ontológiai értelemben is deviáns (vagyis olyan erős és domináns benne a deviáns készítés, hogy az végül leleplezéséhez és a címke ráragasztásához vezet), a többség nem különbözik lényegesen

azoktól, akik elkövetik ugyan a deviáns viselkedésformát, de valamilyen okból nem bizonyulnak, illetve minősülnek másodlagosan deviánssá. Pszichológiai vizsgálattal pl. nem lehet megállapítani, hogy azok, akik elmebetegnek, bűnözőnek, öngyilkossági veszélyeztetettnek stb. minősülnek, mások mint azok, akik ezt a címkét nem viselik, de kideríthető róluk, hogy deviáns viselkedésformákat mutattak. A lényeges különbséget a szociológiai vizsgálatok világították meg, ezek az emberek kívülállók, a társadalmi szervezet kevéssé integrált tagjai, hátrányos helyzetben lévő emberek. (Becker, 1963, 1964, Ahrens, 1975 stb.) Ezt nagyon sok egyéb adat is bizonyítja. Feltűnően nagy a deviáns magatartásúnak címkézett emberek között a társadalmilag kisebbségben vagy joghátrányos helyzetben lévő, szegény vagy elmaradott rétegek aránya. A bűnözők között aránytalanul túltengnek az alsó társadalmi rétegekbe tartozók, Amerikában a négerek, nálunk a cigányok. Különösen a fiatalkori bűnözés esetében figyelhető meg, hogy a magasabb társadalmi rétegbe tartozók viszonylag könnyen megmenekülnek a deviáns minősítéstől. Egyik lehetőség az, hogy a bűnelkövető fiatalok viselkedését pszichológiai okokkal magyarázzák és betegnek minősítik őket. Ilyenkor a büntetőeljárás megszűnik, a fiatalot kezelésre kötelezik. Ez felnőttkorban is előfordul. A közelmúlt során többször is megfigyelhető volt ilyesmi, pl. Patricia Hearst, a sajtókirály lánya is betegnek minősült és mentesült a következményektől, noha részt vett egy terrorista csoport tevékenységében. De ilyen Hinckley, Reagan elnök merénylője is, aki szintén elmeorvházba és nem börtönbe került. Hinckley ügyének tárgyalása idején folyt az angol kalapácsos gyilkos, Sutchliffe pere, ő sokkal nyilvánvalóbban mutatta az elmebetegség viselkedési jeleit, de ezt a bíróság nem fogadta el, színlelésnek minősítette. Sutchliffe egyszerű teherautó sofőr volt...

De más deviáns viselkedésformák esetében is hasonló a helyzet. Az elmebetegség diagnózisát sokkal nagyobb valószínűséggel kapja meg az alsó társadalmi rétegbe tartozó, iskolázatlan és szegény ember. Ugyanolyan tünetek fennállása esetén a magasabb réteghelyzetű emberek elsősorban kímélő diagnózist vagy a neurózis kórisméjét kapják. (Shostak, Gomberg, 1964) Az elvonókúrára ítélt emberek között nemcsak külföldön ritka az értelmiségi vagy a jómódú ember, nálunk is. Még az öngyilkosság esetében is differenciál a társadalmi helyzet. Magasabb társadalmi rétegekben könnyebb elleppezni az öngyilkosságot, az öngyilkossági kísérlet sem mindig kerül nyilvánosságra, hiszen a család ismerősei között akad olyan orvos, aki a szükséges kezeléseket elvégzi, és az öngyilkossági kísérlet nem válik statisztikai adattá. Így is létrejöhet az a körülmény, hogy az öngyilkosságok az alacsony társadalmi rétegekben gyakoribbak és gyakoribbak a kísérletek is.

Természetesen ismét nem lehet kizárni, hogy az alacsony társadalmi rétegekben kialakult életmód, az emberi kapcsolatok rendszerének sajátosságai vagy a személyiségre nehezedő stresszek megnövelik a deviáns viselkedés létrejöttének valószínűségét. Erre is nagyon sok jel utal, pl. a schizophrénia nagyobb gyakoriságát az alsó rétegekben elsősorban így magyarázzák. Száznál több nagyobb felmérés közül (amelyek főleg Hollingshead és Redlich híres vizsgálatának megjelenése, 1958 után keletkeztek) a többség olyan eredményhez vezetett, amely szerint az életmód vagy a családi helyzet és az ebből eredő kóros családi szocializáció, illetve érzelmi kötelérendszer a nagyobb gyakoriság oka. Nagyon szembetűnők azonban a minősítés hatásai is, a schizophrénia kórisméjét elsősorban az alsó réteghelyzetű emberek kapják. Ugyanakkor az ide tartozó emberek ritkábban kapnak neurózis diagnózist, pszichoterápiás kezelésbe pedig

különösen ritkán kerülnek, pedig a szűrővizsgálatok szerint a neurótikus tünetek is gyakoribbak körükben.

Számos kutató szerint az elsődleges deviancia alig ragadható meg, nem vizsgálható, amivel a pszichológus vagy a szociológus dolgozhat, az a másodlagos deviancia, és valószínűleg az elsődleges deviancia lényegét nem is érdemes kutatni. Ezek a szakemberek emlékeztetnek arra, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok vagy a problematikus, megítélés alá eső társadalmi viselkedésformák azért kapták a deviancia elnevezést, mert a kutatóknak fel kellett ismerniük, hogy nem lehet megragadni ezeknek a jelenségeknek az ontológiai tartalmát. Korábban a szciális patológia volt a gyűjtőfogalom, Lemert kötete is ezt a címet viselte, és egyértelműen kórosnak, társadalmilag értéktelennek és kórosak tartották az ide sorolt megnyilvánulásokat. A fogalmak azután "Az uralkodó elit" címen magyarul is kiadott könyvről híres amerikai szociológus, C.W.Mills adta meg a kegyelemdőfést, aki egy 1942-ben megjelent kritikai cikkében rámutatott, hogy a patológiás minősítés rejtett előfeltevése az egészséges társadalmi viselkedés, életmód képe azonos az amerikai középosztály ideálképével. Ebből pedig logikusan következik az alsó társadalmi rétegek és a kisebbségi szubkultúrák tagjainak nagyobb lehetősége arra, hogy kórosnak minősüljenek. A kriminológiában már korábban is rámutattak arra, hogy a fiatalkori bűnözés megoszlása társadalmi rétegenként világosan tükrözi a tényt, hogy az alsó rétegek sajátos szocializációs szokásai, pl. a férfi szerepre vonatkozó normák agressziót elfogadó előírásai növelik a valószínűségét annak, hogy ezek a fiatalok összeütköznek a középosztálybeli társadalmi renddel, és ezért bűnözőnek minősülnek. A hagyományos patológiakép és egészségkép nem tudja kezelni a társadalmi változás problémáját sem. Megszokott jelenség ugyanis, hogy a társadalmilag újító viselkedés

valamilyen változás előhírnöke is először rendszerint kórosnak minősül. Vagy a bűnözés kategóriájába sorolják (pl. így járt a nőmozgalom, és ez volt minden haladó politikai mozgalom sorsa kezdetben), vagy pedig pszichés betegségnek minősítik (pl. az ún. fiatalkori kultúra megnyilvánulásai, a fiatalok közötti szexuális morál új formái, vagy a civilizált társadalmak teljesítményelvű értékrendje elleni lázadások először rendre pszichiáterhez kerültek, és az ilyen magatartású fiatalokat betegnek tekintették). Ezért is terjedt el a deviáns jelző az ilyen viselkedés megnevezésére, amely csupán annyit jelent, hogy az átlagtól, a társadalmilag kívánatostól eltérő, de ez a kifejezés nem tartalmaz automatikusan értéktételeket. A bűnözés terén különösen szembevetendő, hogy a társadalom gyakran ilyennek minősít olyan megnyilvánulásokat, amelyeket a köztudat nem tart ilyennek (pl. ez történt nálunk az ötvenes években az engedély nélküli fakivágás vagy sertésvágás esetében, és kissé ez a helyzet ma a vám- és devizabüntetéssel). A társadalom a szabályozás kedvéért bizonyos cselekvéseket, viselkedésformákat kriminalizál, vagyis bűnténynek minősít, máskor ezeket vagy más magatartásmódokat dekriminalizál (mint ahogyan ez történt világszerte. - nálunk a hatvanas évek közepén a BTK reformja idején - a homoszexualitással vagy amit Angliában tettek az öngyilkossági kísérlettel, amit a hetvenes évekig büntettek, illetve büntethettek, viszont egyre kevesebb eljárást indítottak miatta).

A társadalmi változás dimenziója a deviáns viselkedést méginkább relativizálja. Egyes szakemberek felvetették, hogy a deviáns minősítésnek van valamilyen társadalmi funkciója, amely sokkal inkább meghatározza, hogy valamely adott pillanatban egyes emberekre ráragasztják a deviáns címkét, mint ezeknek az embereknek a tényleges viselkedése. Ez a gondolkodásmód a szociológia ún. strukturalista-funkcionalista irányzatából ered, amit Parsons és Merton neve fém-

jelez. Ez a funkció az, hogy a társadalom az adott időszakban valamilyen szabályozási feladatot nagyon fontosnak tart. A deviáns minősítés közvetlen célja mindig az, hogy meg lehessen kezdeni azokat a társadalmi akciókat, amelyekkel a deviáns viselkedést vissza lehet szorítani. Ez az egyes deviáns viselkedésformákkal foglalkozó intézmények működési filozófiájában fogalmazódik meg. Pl. a bűnözés esetében a kriminológiában és a patológiában, amelyekben a társadalom védelme; a további bűnözés megakadályozása, a bűnöző átnevelése a hivatalos indoka annak, miért érdeke a társadalomnak, hogy a bűnözőt azonosítsák, rendőrségi, majd bírósági eljárás alá vonják. Az alkoholista és az elmebeteg azonosítása a gyógyítás érdekeit szolgálja. Mint már volt róla szó, ezek a megokolások nem teljesen állnak, hiszen a címkézés leginkább a deviáns karrier folytatódását vonja maga után. A szabályozási szándék viszont bizonyos fokig megvalósul azáltal, hogy a társadalom egyes embereket deviánsnak minősít és velük kapcsolatosan a maga intézményei segítségével eljár. Megerősíti a szabály érvényét a többi ember számára, akiket ez a deviáns viselkedéstől bizonyos mértékig visszatart. A köztudat is ismeri a példa statuálásának fogalmát és jellegzetes eseményeit, ilyenkor mindenki tudja, hogy akin statuálják a példát, az többé-kevésbé véletlenül jár rosszul, mert esetében nem a közvetlen körülmények és viszonyok a meghatározók, hanem valamiféle demonstrációs szándék a lényeg. A deviáns minősítések ilyen szabályozási célja gyakran abban is megmutatkozik, hogy egyes időszakokban bizonyos megnyilvánulásokra különleges figyelem irányul, és akkor annak a figyelemnek jegyében nagyon sok ember minősül deviánsnak. Társadalmi változások idején pl. aránytalanul sok a politikai bűnözőnek minősített ember. A közlekedési balesetek elszaporodásakor rendszerint elkezdik felkutatni és szigorúan megbüntetni a közlekedési kihágásokat. Ha a társadalom problématudata felerősödik az alkoholistákkal

kapcsolatosan, akkor az alkoholisták kezelésbe vétele vagy más jellegű rendszabályozása gyakoribb lesz. Az adatokból világos, hogy ilyenkor is csak az elsődlegesen deviánsnak mondható emberek töredéke kerül bele a minősítési rendszerbe, de ez többnyire elég ahhoz, hogy a többi vigyázzon magára, és legalább a hatóságok előtt igyekezzen konformis módon viselkedni, alkalmazkodni. Tudjuk pl. felmérésekből, hogy nálunk az autóvezetők között minden tizedik ember ittasan ül a volánhoz. Ha a rendőrség országos akciót szervezne és egyidejűleg nagyon sok gépkocsit állítana meg és megvizsgálná vezetőit, töménytelen ittas járművezetőt állíthatna elő. Mégiscsak viszonylag ritkán fordulnak elő az ellenőrzések, és leginkább akkor szaporodnak meg, ha valamilyen közlekedésbiztonsági kampány van, vagy valamilyen ittasan okozott súlyos baleset felkavarja a közvéleményt.

Ismét nem lehet kizárni az elsődleges deviancia szerepét. A deviáns hajlamú ember vagy a cselekmény ismétlődési valószínűsége, vagy pedig motivációs intenzitása miatt feltehetően gyakrabban, könnyebben kerül azok közé, akikben példát statuálnak, akiket minősítenek. De megint nem ismerjük az alapvető gyakorisági viszonyokat, nem tudjuk, hogy ez valóban így van-e. Az ilyen példák is az ún. minősítési közzelítésmód (labeling approach, labeling perspective) képviselőinek azt az állítását húzzák alá, hogy az elsődleges devianciával nem lehet foglalkozni, a másodlagossal érdemes, itt azonban mintegy "zárójelbe" kell tenni az elsődleges deviancia keletkezésére vonatkozó teóriákat, és csak a másodlagos folyamatokra kell koncentrálni. Az elsődleges devianciával kapcsolatosan különösen sok a pszichológiai magyarázat, ám a pszichológiai vizsgálatok többnyire már a minősítés után történnek, és pl. a minősítés előtti anamnézis mindig teli van retrospektív torzítással. Ezt nagyon sokféle deviáns viselkedésforma esetében figyelték meg. A bűnöző de-

viáns minősítést hordozók általában a szituációs kényszert emelik ki, vagy azt, hogy ők a véletlenek áldozatai (pl. arra gyakran hivatkoznak, hogy ugyanazt mások is megteszik, de azok nem buknak le), a betegség címkéjét viselők pedig a biológiai kényszert (pl. az alkoholista kényszerből iszik, örökölte a hajlamot, a pszichés beteg központi idegrendszerének betegsége miatt viselkedik az adott módon, illetve képtelen a normális viselkedésre). Különösen a szexuális deviancia miatt számontartott emberek utalnak előszeretettel a biológiai szükségszerűségekre, és emelnek ki emlékeik közül olyan eseményeket, amelyek ezt látszanak igazolni (pl. homoszexuálisok, transzszexuálisok stb. - egy irodalmi példa: Garfinkel, 1967). A másodlagos devianciában is vannak pszichológiai folyamatok, de ezek elsősorban interperszonális eredetűek, tehát szociálpszichológiai jellegűek. Ám van köztük sui generis személyiséglélektani rész is, pl. az a folyamat, ahogyan a személyiség maga regisztrálja, hogy nem tud vagy nem akar alkalmazkodni a környezet normáihoz, és ahogyan megpróbálja ezt a helyzetet megoldani. Igyekszik megváltoztatni, elnyomni késztetéseit, majd lassanként elfogadja, hogy ő más, a környezet felől e másság címkéjét végül is magára veszi, és ezután már csak arra ügyel, hogy megfelelően rejtőzködni tudjon, illetve kompenzálni tudja a környezet felől jövő pszichológiai szabályozó erőket (pl. az appellálást a lelkiismeretre, a megszólás stb.). Erre jó példa a homoszexuális, aki rendszerint előbb küzd rendellenes késztetéseivel miatt, megpróbál megváltozni, majd elfogadja, hogy az ő szexuális identitása homoszexuális, és ezután már csak tudatos alkalmazkodási problémája van. Ez a példa is mutatja, hogy a társadalmi alkalmazkodás zavarairól beszélni nem egészen adekvát, hiszen pl. a professzionális bűnöző viselkedésére általában a sikeres alkalmazkodás a jellemző, az alkoholista is sokáig alkalmazkodhat, vagyis titokban iszik, és a pszichiátriai beteg is viselkedhet látszólag összeszedetten.

A társaslélektani folyamatok között az elvárások és normák környezeti képviselője, a környezet révén érvényesülő társas kontroll eseménysora, továbbá a deviáns viselkedésmódok észlelési mechanizmusa, az ezzel foglalkozó intézményekkel való kapcsolatba kerülés története, továbbá a deviáns karrier kibontakozása az érdekes. Közreműködnek itt másodlagos szocializációs szakaszok is, pl. a bűnözők csoportjai általában tanítják a rejtőzködés és a felszínes és látszólagos alkalmazkodás technikáit, erősítik a deviáns motivációt, és ezzel a deviáns karrier fenntartása irányába hatnak. Hasonló másodlagos szocializáción mennek át a sz. xuális deviánsok, az alkoholisták stb. A deviáns viselkedés megszüntetésére vagy visszaszorítására szolgáló társadalmi intézmények leggyakrabban a másodlagos deviáns szocializáció melegágyai, így pl. közismert, hogy a börtön a további deviancia tanítója, az elmekeórházban rendszerint még akcentuáltabbak lesznek bizonyos tünetek, amelyek az elmebeteg státust még jobban láthatóvá teszik stb. (Matza, 1969)

Általában a viselkedészavarok, a pszichiátria hatókörébe tartozó állapotokban a leginkább bizonytalanok a viszonyok, e téren tett szert a minősítési megközelítés a legnagyobb befolyásra. Elégé önkényes, félreérthető kritériumok alapján minősítenek itt kórosnak valakit, mivel a már említett Freud-féle teoréma miatt nincs és elvileg sem lehet kiegyensúlyozott, egészséges személyiség, szinte bárki minősülhet pszichiátriai esetnek, ha ilyen minősítésre hivatott ember véleményezi állapotát. Szokták tréfásan idézni azt a pszichiátriai mondást, hogy az a lelkileg egészséges ember, akit pszichiáter még nem látott. Ebben több az igazság, mint első pillanatban látszik. A korai pszichiátriai irodalom pl. állította a zseni és az elmebeteg rokonságát, vagyis azt, hogy minden lángész egy kicsit bolond is. Ezt úgy bizonyították, hogy a zseninek tartott emberek élet-



rajzából ideges panaszokat, különönc magatartásmódokat válogattak ki, és ezeket sorolták fel. Ám minden ember életében vannak krízisek, megghiúsulások, rossz időszakok, amikor különféle tüneti viselkedésformák mutatkoznak, vagy a személyiség nagyon feszült, szorong, regrediál. A labeling, a minősítés elméletének hívei szerint egyáltalán nem biztos, hogy a pszichiátriai betegség ontológiailag létező, lehet, hogy ilyen rossz állapotban valamilyen másodlagos folyamat miatt betegnek minősül valaki, és azután "úgy marad". Ünértékelése megtörik, identitásába beépül, hogy ő képtelen a normáknak és a társadalmi elvárásoknak megfelelő viselkedésre, megszokja, hogy a deviáns minősítés nemcsak kellemetlen, de lehet hasznos is, hiszen a követelmények alól felmentést is lehet ezáltal kapni, egyáltalán a betegnek minősített ember megtanul élni ezzel a címkével, megpróbál annyi hasznot húzni belőle, amennyit lehet.

A pszichiátria - és különösen a dinamikus pszichiátria és a pszichoanalízis - tanulságai szerint az elmebeteg minősítés felmentheti a személyiséget az önállósodás, a lelki fejlődés, a pszichológiai felnőtté válás, illetve a felnőtt szerepek kötelezettségei alól, és ezáltal a beteg sok konfliktushelyzetből ki tud menekülni. A minősítési elmélet legelfogadottabb magyarázata szerint az elmebetegség (általános értelemben véve a fogalmat, beleértve minden pszichiátriai betegségkategóriát) lényegében azoknak a viselkedésformáknak gyűjtőfogalma, amelyek a társadalmi normákat nem-specifikus módon hívják ki, amikor valaki nem felel meg az uralkodó értékeknek és viselkedésmintáknak. Mivel a deviancia ezekben az esetekben nem fér bele hagyományos formákba, pl. nem tekinthető bűnözésnek, az elmebetegség minősítése arra való, hogy a többi minősítéssel le nem fedhető viselkedési elégtelenségeket kategorizálja. Ezért nevezi Scheff (1967, 1975) az elmebetegségeket reziduális devianciáknak, vagyis maradvány-devianciáknak. Olyan társadalmakban, ame-

lyek nagy hangsúlyt helyeznek a konformitásra, a teljesítményelvre és a külső szabályozhatóságra (amilyen pl. a Riesman által leírt külső irányíthatóság, motiválhatóság), ott a reziduális devianciák száma nagy és növekvő. A jutalmakkal és a büntetéssel való motiválás megghiúsulásának minden esete ide kerül. Thomas Szasz szerint az egész elmebetegség-fogalom hamistudati képződmény, mítosz, amely arra való, hogy ennek segítségével Quasi humánusan és szelíden kényszeríteni lehessen embereket a konformitásra. A betegséggel való hamiskártyaszerű manipuláció elkerülhetővé tesz különféle konfliktusokat és konfrontációkat, megkerülhetővé tesz morális problémákat. Mindezt a társadalmilag hátrányos helyzetű emberek kárára teszi. (Szasz, 1961., 1976 stb.) Egy másik szakember, az angol Ronald Laing szerint a betegség interperszonális hatalmi harcok megoldásának módja, a gyengébbet be lehet szorítani a betegszerepbe. Nagyon gyakran a családban megy végbe ez a kiszorító módon minősítő folyamat, a család különböző misztifikációs manőverekkel szorítja a betegségbe valamelyik tagját. (Laing, 1971) A modern családterápia szemlélete is azon a felismerésen alapul, hogy nem az egyes ember beteg, hanem a család rendszere kóros, és ezt kompenzálандó, enyhítendő viselkedik valamely családtag tüneti módon. (Gurman, Kniskern, 1981) Laing egyik munkatársa, Cooper meghirdette az ún. antipszichiátriai irányzatot, amely lényegében pszichiátria kritika volt, továbbá alternatív pszichiátriát próbált megindítani. (Cooper, 1967, Ingleby, 1981 stb.) Az antipszichiátria a hivatalos pszichiátria heves ellenállását váltotta ki. Mint valami szubverzív ideológiát, társadalomra káros mozgalmat állítják be. A valóságban az antipszichiátria csupán eszmeáramlat, amely néhány olyan problémára mutat rá, ami a pszichiátriában valóban rejtve marad. A hivatalos viszonyulást jól mutatja, hogy hazánkban pl. több tucat antipszichiátria-kritika jelent meg, nem számítva a sok szakmai előadást erről,

viszont mindössze egy rövid, objektív ismertetést olvashat a magyar olvasó (Erős, 1980), eltekintve néhány antipszichiátriai szerző rövid szemelvényétől, amely gyűjteményes kötetekben megtalálható.

Az antipszichiátria különösen radiális irányzat, ám nagyon sok ellentmondásra jól rámutat, pl. arra, hogy intézményes vagy interperszonális, gyakran politikai természetű erők belejátszanak a pszichiátriai minősítésekbe. Rosenhan (1973) kísérletei pl. bizonyítják, hogy elmeosztályra kerülve bárki, bármilyen viselkedéssel a címke igazolását tapasztalhatja meg, a pszichiátriai osztály kontextusában a legszokványosabb viselkedés is kórosnak minősül. Nagyon meggyőző kísérletek vannak arra nézve, hogy mennyi a szuggesztibilis, illetve előítéletből fakadó tényező a diagnózisban. Még a látszólag objektív diagnózisok (pl. az időskori elbuzdulás vagy az értelmi fogyatékoság) is minősítési folyamatok nyomán alakulnak ki. Az értelmi fogyatékoság kapcsán jól ismert, hogy nagyon sok a hátrányos helyzetű, a fejlődést nem segítő környezetben felnövő gyerek, aki nem fogyatékos, mégis annak minősül. (Kamin, 1974) Ez a tény a magyar értelmi fogyatékosok ún. "Budapest-vizsgálatában" (Czeizel Endre és munkatársai) is kitűnt, illetve különösen a felszínre került a vizsgálatot követő vitában.

A minősítési elmélet ma még nem főirány a devianciakutatásban, nem is mondható divatosnak. A hagyományos közéletismódokkal kialakult vita és feszültség nagyon megtermékenyítő hatású volt a deviáns magatartás-módok vizsgálatában, és sok új ismeretet és szempontot hozott felszínre. Elterjedését akadályozta a szociológiai és pszichológiai és ennek nyomán a különféle alkalmazott (pl. pszichiátriai, kriminológiai, szuicidológiai stb.) kutatás túlzott empiricizmusa, amely a logikai pozitívizmus hatását viseli. Ennek

nyomán a módszertani pontosság igénye mellett eltörpül a társadalmi relevancia vagy a gyakorlati fontosság kérdése, és a vizsgálatok rendszerint csupán egyes kiragadott összefüggések korrelációira vonatkoznak. Várható, hogy a minősítési megközelítés a közeljövőben számos új, érdekes ismeretet hoz. Mindenképpen érdeme, hogy a hagyományos technikák hibalehetőségeire rámutat, és ha más haszna nem is lesz, csak az, hogy az eddigi elméleteknek egy sor előfeltevést és módszertani elvet korrigálniuk vagy relativizálniuk kell, ha csupán az esetmeghatározás mikrofolyamatait jobban tekintetbe veszik, az irányzat, illetve az elmélet akkor is sokat tett a deviáns viselkedés és a társadalom kapcsolatainak megismeréséért. Újabban szaporodni látszanak a gyakorlatilag felhasználható eredmények. Természetesen az egész minősítési problémakör itt csupán felszínes vetületeiben kerülhetett tárgyalásra, akár csak egy-egy viselkedésforma vagy társadalmi probléma ismeretanyagának összefoglalása is monográfia-terjedelmet igényelnek, akkor is, ha csakis ebből a szempontból mutatnánk be. Talán a legmegtermékenyítőbb az irányzat, illetve szemléletmód a pszichiátria szempontjából volt, mert itt az antipszichiátria nyomán eredményesen próbálták meg a betegeket egyenrangúnak tekinteni, képességeik kibontakozását serkenteni, áttérni a betegség szervezeti, szigorúan egyéni szemléletéről társaslélektani megértésre, a kialakulási folyamat újszerű figyelembe vételére. Ebből új fajta pszichoterápiás és rehabilitációs módszerek születtek, és ennek köszönhető, hogy az érdeklődés fokozottabban irányul a megelőzés, a mentálhygiéné felé. Mégpedig nemcsak az egyes személyiség, hanem a minősítési folyamatok szempontjából is. Vannak eredmények a kriminológia terén is. További kutatások szükségesek, és előnyös lenne, ha a minősítési elmélet minél szélesebb körben ismertté válna.