

A TÁRSADALMI BEILLESZKEDÉS ZAVARAINAK KUTATÁSA

T Á J É K O Z T A T Ó B U L L E T I N

14.sz.

Budapest, 1989. január

Kiadja: A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása
Programtanácsa

Szerkesztők: Kolozsi Béla
Münnich Iván

A borítóterv Erdélyi Judit munkája

ISSN szám: 0236 - 9931

Kézirat gyanánt

MSZMP KB Társadalomtudományi Intézete

Budapest, 1989. január

Készült A/4 formátumban, 550 példányban

BUDAPEST JÓZSEFVÁROS KÉT ORVOSI KÖRZETÉNEK
ÖSSZEHAISONLÍTÓ PSZICHIÁTRIAI EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

BUDAPEST JÓZSEFVÁROS KÉT ORVOSI KÖRZETÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ
PSZICHIÁTRIAI EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Az elemzést készítette: Kopp Mária, Ratkóczy Éva
SOTE Pszichiátriai Klinika
(igazgató: dr. Magyar István)

A táblázatokat összeállította:

Mihály Katalin
Huba Zoltánné
SOTE Pszichiátriai Klinika
(igazgató: dr. Magyar István)

	Oldal
Előszó	1
Budapest Józsefváros két orvosi körzetének pszichi- átriai epidemiológiai vizsgálata (Kopp Mária).....	2
A vizsgálat célkitűzése.....	
A vizsgált népesség.....	2
A vizsgálati módszer (Juhász Pál (1982) jelentése alapján).....	5
Neurózis.....	7
Alkoholfogyasztás.....	13
Összefoglalás.....	14
Gondolatok az ún. gyēs-neurózis kérdéshez (Ratkóczi Éva).....	17
1. melléklet.....	41
1. <u>Neurózis</u>	42
1.1 Nemek szerinti megoszlás.....	44
1.2 Kor szerinti megoszlás.....	45
1.3 Iskolai végzettség.....	47
1.4 Foglakozási viszony.....	49
1.5 Alkalmazási minőség.....	51
1.6 Jelenlegi beosztás.....	53
1.7 Mióta dolgozik jelenlegi munkahelyén.....	55
1.8 Hány műszakban dolgozik?.....	57
1.9 Hány munkahelye volt az utóbbi 10 évben?.....	59
1.10 Viszonya a munkatársaihoz.....	61
1.11 Jelenleg munkája mellett tanul-e?.....	63
1.12 Közlekedéssel eltöltött idő naponta.....	64
1.13 Háztartási munkával eltöltött idő naponta....	66
1.14 Újságolvasás.....	68
1.15 Szépirodalom olvasása.....	70
1.16 Szakirodalom olvasása.....	72
1.17 TV nézés.....	74
1.18 Rádióhallgatás.....	76
1.19 Mozilátogatás.....	77
1.20 Családi állapota.....	78
1.21 Hányadik házassága.....	80
1.22 Hányszor vált el.....	82
1.23 A közös háztartásban élő családtagok száma...	84
1.24 A közös háztartásban élő aktív keresők száma.	86
1.25 A közös háztartásban élő eltartottak száma...	88
1.26 Saját jövedelem havonta.....	90

1.27	A közös háztartásban élők összjövedelme.....	92
1.28	A lakáshasználat jogcíme.....	94
1.29	A lakás komfortfokozata.....	96
1.30	Van-e munkahelyi barátja?.....	98
1.31	Van-e gyerekkori barátja?.....	99
1.32	A közös háztartásban élőkkal viszonya?.....	100
1.33	Van-e a házban haragosa?.....	101
1.34	Alkoholfogyasztás otthon.....	102
1.35	Alkoholfogyasztás vendégségben.....	104
1.36	Alkoholfogyasztás kocsmában.....	106
1.37	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt tömény szesz- ből?.....	108
1.38	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt borból?.....	110
1.39	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt sörből?.....	112
1.40	Volt-e részeg az utóbbi 3 évben?.....	114
1.41	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben magasvér- nyomással?.....	116
1.42	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben cukorbeteg- séggel?.....	117
1.43	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben szívbete- géssel?.....	118
1.44	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben májmegbete- gedéssel?.....	119
1.45	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben gyomorbe- tegséggel?.....	120
1.46	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben ideg- vagy elmebetegséggel?.....	121
1.47	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben egyéb beteg- séggel?.....	122
1.48	Vannak-e szubjektív panaszai, melyekkel nem for- dult még orvoshoz?.....	123
1.49	Volt-e öngyilkossági kísérlete?.....	124
1.50	Volt-e a családban öngyilkosság?.....	125
1.51	Milyen gyakorissággal fáj a feje?.....	126
1.52	Könnyen alszik-e el?.....	128

1.53	Milyen az alvása?.....	129
1.54	Reggel pihenten ébred-e?.....	130
1.55	Érez-e indokolatlan félelmet, szorongást?.....	131
1.56	Vannak-e tartós hangulatváltozásai?.....	132
1.57	Szokott-e tartósan türelmetlen lenni?.....	133
1.58	Volt-e olyan periódusa, amikor a munkaképessége csökkent?.....	134
1.59	Szívtáji szűrást, szívdobogást érez-e?.....	136
1.60	Érez-e gyomorfájdalmat?.....	137
2.	<u>Alkoholfogyasztás</u>	138
2.1	Alkoholfogyasztás otthon.....	139
2.1.1	Nemenkénti megoszlás.....	140
2.1.2	Életkor szerinti megoszlás.....	141
2.1.3	Iskolai végzettség szerinti megoszlás.....	142
2.1.4	Foglalkozási viszony szerinti megoszlás.....	143
2.1.5	Alkalmazási minőség.....	144
2.1.6	Jelenlegi munkahelyén mióta dolgozik?.....	146
2.1.7	Hány műszakban dolgozik?.....	147
2.1.8	Az utóbbi 10 évben hány munkahelye volt?.....	148
2.1.9	Utazással eltöltött idő naponta.....	149
2.1.10	Háztartási munkával eltöltött idő.....	150
2.1.11	Jelenleg, munkája mellett tanul-e?.....	151
2.1.12	Családi állapot szerinti megoszlás.....	152
2.1.13	Hányadik házassága?.....	154
2.1.14	Hányszor vált el?.....	155
2.1.15	A közös háztartásban élő aktív keresők száma.....	156
2.1.16	A közös háztartásban élő passzív keresők száma....	157
2.1.17	A közös háztartásban élő eltartottak száma.....	158
2.1.18	Saját kereset, jövedelem havonta.....	159
2.1.19	A közös háztartásban élők összjövedelme.....	160
2.1.20	Lakáshasználat jogcíme.....	161
2.1.21	A lakás komfortfokozata.....	162
2.1.22	Egy-egy alkalommal mennyi tömény szeszt fogyaszt?.	163

2.1.23	Egy-egy alkalommal mennyi bort fogyaszt?.....	164
2.1.24	Egy-egy alkalommal mennyi sört fogyaszt?.....	165
2.1.25	Volt-e részeg az utóbbi 3 évben?.....	166
2.1.26	Alkoholfogyasztás miatt volt-e fegyelmi- je?.....	167
2.1.27	Alkoholfogyasztás miatt folyt-e ellene rendőrsé- gi eljárás?.....	168
2.1.28	Alkoholfogyasztás miatt volt-e bírósági eljárás?.	169
2.1.29	Alkoholfogyasztás miatt volt-e családi veszeke- dés?.....	170
2.1.30	Alkoholfogyasztás miatti tettlegesség.....	171
2.2	Alkoholfogyasztás kocsmában.....	172
2.2.1	Nemenkénti megoszlás.....	173
2.2.2	Kor szerinti megoszlás.....	174
2.2.3	Iskolai végzettség.....	175
2.2.4	Foglalkozási viszony.....	177
2.2.5	Alkalmazási minőség.....	179
2.2.6	Hány műszakban dolgozik?.....	181
2.2.7	Hány munkahelye volt az utóbbi 10 évben?.....	182
2.2.8	Közlekedéssel eltöltött idő (naponta).....	813
2.2.9	Háztartási munkával eltöltött idő.....	184
2.2.10	Családi állapota.....	185
2.2.11	Hányadik házassága?.....	186
2.2.12	Hányszor vált el?.....	187
2.2.13	A közös háztartásban élő családtagok száma.....	188
2.2.14	A közös háztartásban élő aktív keresők száma.....	189
2.2.15	A közös háztartásban élő eltartottak száma.....	190
2.2.16	Saját jövedelem havonta.....	191
2.2.17	A közös háztartásban élők összjövedelme.....	192
2.2.18	A lakáshasználat jogcíme.....	193
2.2.19	A lakás komfortfokozata.....	194
2.2.20	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt tömény szesz- ből?.....	195
2.2.21	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt borból?.....	196

	Oldal
2.2.22 Egy-egy alkalommal mennyi fogyaszt sörből?.....	197
2.2.23 Volt-e részeg az utóbbi 3 évben.....	198
3. <u>Öngyilkossági kísérlet</u>	200
3.1/a Nemek szerinti megoszlás	201/a
3.1/b Kor szerinti megoszlás.....	201/b
3.2 Iskolai végzettség.....	202
3.3 Foglalkozási viszony.....	203
3.4 Alkalmazási minőség.....	204
3.5 Mióta dolgozik jelenlegi munkahelyén?.....	205
3.6 Hány műszakban dolgozik?.....	206
3.7 Hány munkahelye volt az utóbbi 10 évben?.....	207
3.8 Közlekedéssel eltöltött idő naponta.....	208
3.9 Háztartási munkával eltöltött idő naponta.....	209
3.10 Jelenleg munkája mellett tanul-e?.....	210.
3.11 Családi állapota.....	211
3.12 Hányadik házassága?.....	212
3.13 Hányszor vált el?.....	213
3.14 A közös háztartásban élő aktív keresők száma.....	214
3.15 A közös háztartásban élő passzív keresők száma...	215
3.16 A közös háztartásban élő családtagok száma.....	216
3.17 A közös háztartásban élő nem családtagok száma...	217
3.18 A közös háztartásban élő eltartottak száma.....	218
3.19 A közös háztartásban élők összjövedelme.....	219
3.20 A lakáshasználat jogcíme.....	220
3.21 A lakás komfortfokozata.....	221
3.22 Viszonya a közös háztartásban élőkkel.....	222
3.23 Van-e a házban haragosa?.....	223
3.24 Van-e a munkahelyén haragosa?.....	223
3.25 Munkahelyi barátja van?.....	224
3.26 Alkalmi ismerőse?.....	224
3.27 Utcai, vendéglői, kocsmai ismerősei vannak-e?....	225
3.28 Rokonságból barátja van?.....	225
3.29 Alkoholfogyasztás otthon.....	226

	Oldal
3.30	Alkoholfogyasztás vendégségben..... 227
3.31	Alkoholfogyasztás kocsmában..... 228
3.32	Alkoholfogyasztás munkahelyen..... 229
3.33	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt tömény szesz- ből?..... 230
3.34	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt sörből?..... 231
3.35	Egy-egy alkalommal mennyit fogyaszt borból?..... 232
3.36	Volt-e részeg az utóbbi 3 évben?..... 233
3.37	Alkoholfogyasztás miatt volt-e fegyelmije?..... 234
3.38	Alkoholfogyasztás miatt állt-e rendőrségi eljárás alatt?..... 234
3.39	Alkoholfogyasztás miatt állt-e bírósági eljárás alatt?..... 235
3.40	Alkoholfogyasztás miatt volt-e családi veszeke- dés?..... 235
3.41	Alkoholfogyasztás miatt tettlegesség..... 236
3.42	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben szívbeteg- séggel?..... 237
3.43	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben májmegbe- tegedéssel?..... 237
3.44	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben magasvér- nyomással?..... 238
3.45	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben cukorbe- tegséggel?..... 238
3.46	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben gyomorbe- tegséggel?..... 239
3.47	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben ideg- vagy elmebetegséggel?..... 239
3.48	Állt-e kezelés alatt az utóbbi 3 évben egyéb be- tegséggel?..... 240
3.49	Vannak-e szubjektív panaszai, melyekkel nem for- dult még orvoshoz?..... 240
3.50	Nemek szerinti megoszlás..... 241

	Oldal
3.51	Volt-e a családban öngyilkosság..... 241
3.52	Milyen gyakorisággal fáj a feje?..... 242
3.53	Könnyen alszik-e el?..... 243
3.54	Milyen az alváása?..... 243
3.55	Reggel pihenten ébred-e?..... 244
3.56	Érez-e indokolatlan félelmet, szorongást?..... 245
3.57	Vannak-e tartós (2-4 hétig tartó) hangulatváltozások (lehangoltság)?..... 245
3.58	Szokott-e tartósan (1-2 hétig) türelmetlen lenni?. 246
3.59	Volt-e olyan periódusa (min. 1 hét), amikor a munkaképessége csökkent? (konkrét betegség nélkül)... 247
3.60	Szívtáji szúrást, szívdobogást érez-e?..... 248
3.61	Érez-e gyomorfájdalmat?..... 248
3.62	Neurózis..... 249

Előszó

Juhász Pál professzor vezetésével 1979 második és 1980 első felében a SOTE Pszichiátriai Klinika huszonegy munkatársa teljes körű pszichiátriai epidemiológiai felmérést végzett Budapest Józsefváros két orvosi körzetében.

A kötetben ennek a felmérésnek egyedülállóan értékes adatait adjuk közre.

Budapest Józsefváros két orvosi körzetének pszichiátriai epidemiológiai vizsgálata

Kopp Mária

Korábbi tanulmányunkban (Huszár, Kopp, 1985) a Budapest Józsefváros két orvosi körzetében végzett teljes körű felmérés alapján az érzelmi funkciózavarok és az öngyilkossági kísérletek néhány település-szociológiai összefüggését elemeztük.

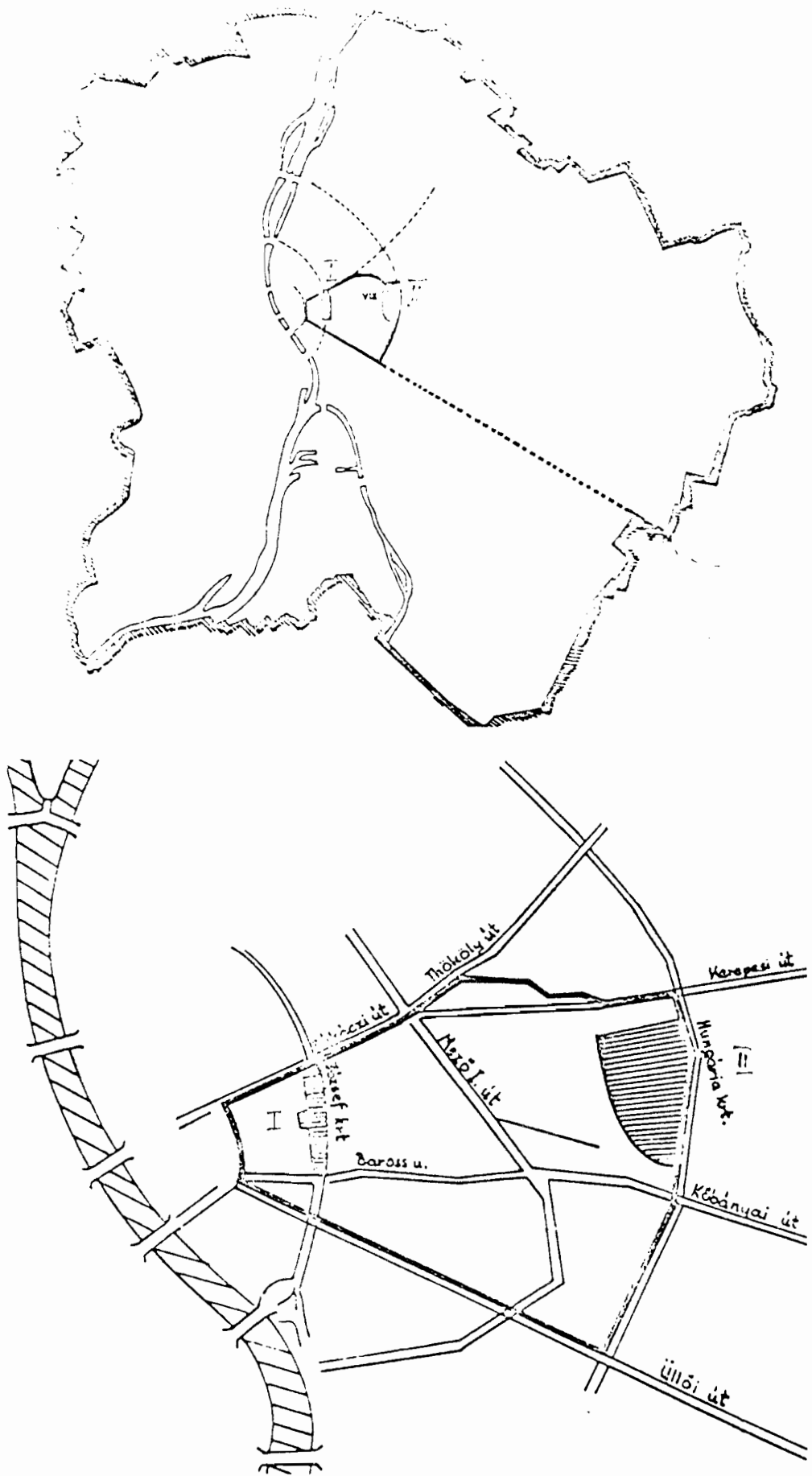
Jelen kötet célja a felmérés adatainak közreadása, forrásanyagként, további felhasználás céljából. Ezért a módszertan ismertetése után csupán néhány lényeges összefüggést emelek ki.

A vizsgálat célkitűzése

Budapest VIII.kerülete a SOTE Pszichiátriai Klinika ellátási körzete. 1979 második és 1980 első félévében a kerület két orvosi körzetében végzett pszichiátriai epidemiológiai felmérést Juhász Pál professzor szervezte. A vizsgálatot a klinika huszonegy munkatársa végezte el. A felmérés célja egyrészt a klinika ellátási körzetének jobb megismerése volt - másrészt a jó személyes kapcsolat alapján egyedülálló lehetőséget biztosított teljes körű felmérés elvégzésére, a neurózis, öngyilkossági kísérletek, alkoholfogyasztási szokások demográfiai és szociális összefüggéseinek elemzésére. A felmérést igen alapos előkészítő munka előzte meg, a vizsgálati kérdőív összeállítása team munka keretében, a korábbi csengersimai felmérések kérdőíveinek kiegészítésével készült el.

A vizsgált népesség

A VIII. kerület több mint ötven körzeti orvosa közül két körzeti orvos (dr.Bíró Lajos és dr.Prekop András) ellátási körzetét vizsgálták a klinika munkatársai.



1. ábra Budapest VIII. kerületének vizsgált két körzete (KK):
 József körút: belső (B), Hungária körút: Külső (K) körzet
 (mindkettő satírozott terület)

A két körzet település-szociológiai szempontból jelentősen különbözik egymástól. Az I. belső józsefvárosi körzet (dr. Bíró Lajos) a belvároshoz csatlakozik a József körút mentén (ld. térkép), a másik (II.) külváros jellegű körzet a Hungária körút mentén helyezkedik el, Korábbi tanulmányunkban (Huszár, Kopp, 1985) részletesen elemeztük a két körzet település-szociológiai jellemzőit. Az iskolai végzettség, az alkalmazás minősége, beosztás, a saját és összjövedelem alapján a belső körzet lényegesen magasabb társadalmi státusú, mint a külső körzet. A külső körzetet az urbanizálódás alacsonyabb foka jellemzi, erre mutat a családi házak, saját lakások magasabb aránya, lényegesen rosszabb komfortjellemzőkkel, mint a belső körzet lakásaiban. A külső körzetben lényegesen alacsonyabb a felsőfokú végzettségű nők aránya, magasabb a gyermekgondozási segélyt igénybevevők aránya. A külső körzetben több az utcai, lakóhelyi környezetből származó ismerős. A két körzet beépítettsége igen különböző, az egy lakosra eső terület lényegesen több a külső körzetben, kb. négyszer nagyobb alapterületen él ugyanannyi ember, mint a belső körzetben. Ez a különbség a kertes, és a földszintes vagy kétszintes házak nagyobb arányából adódik - ugyanakkor a külső körzetben - az országos átlaghoz és a belső körzethez viszonyítva - rendkívül magas az egyszobás lakások aránya (74%).

A családnagyság az urbanizációs index lényeges összetevője (Város-szociológia, 1973). A külső körzetben a családok lényegesen kisebbek az országos átlagnál és a belső körzetnél, a négy vagy többtagú családok aránya 21%, az országos arány 30%. A külső körzetben többen élnek magányosan (19%), a belső körzetben 13% (országos átlag 19%). A külső körzetben tehát a kevés gyermek és a sok magányos öreg sajátos, egyoldalú urbanizációs folyamatot tükröz.

Az egy főre eső átlagjövedelem azonos szintű a két körzetben, tehát a belső körzet magasabb státusának anyagi előnyeit jövedelem tekintetében a külső körzetben a kevés gyermek ellensúlyozza.

A lakosok együttműködési készsége mindkét körzetben igen jó volt, a kimaradók aránya csupán 2.5%, így a felvétel a két körzetben teljeskörűnek tekinthető. A felmérés ilyen szempontból egyedülálló, valamennyi hasonló epidemiológiai felmérésnél lényegesen magasabb a visszautasítások aránya.

A belső (I.) körzetben 1887, a külső (II.) körzetben 1991 személy vett részt a vizsgálatban. A 16 évnél fiatalabbakról nem készült részletes felvétel, így a 16 éves vagy idősebb lakosok közül a belső (I.) körzetben 1592, a külső (II.) körzetben 1710 személy vizsgálata történt meg.

A vizsgálati módszer (Juhász Pál (1982) jelentése alapján)

A vizsgálatot a körzeti orvos és a házfelügyelő, valamint a lakóbizottság segítette és készítette elő. Előzetes értesítés alapján általában egy délután, illetve este folyamán egy-két családot kerestek fel a klinika munkatársai. Egy személlyel az interjú felvétele 30 perctől 3 óra hosszát tartott. A vizsgálat ideje azért változott ilyen nagy mértékben, mert a klinika munkatársai a kikérdezés során az egyén szociális és egészségügyi problémáinak megbeszélését is feladatnak tekintették. Lehetőség szerint a segítségnyújtásra is kísérletet tettek. 21 esetben hívták fel írásban a VIII. kerületi Tanács Szociálpolitikai osztályának figyelmét a vizsgált személy veszélyeztetett szociális helyzetére. A szűrés során feltárt betegség jellegének tisztázása érdekében 66 személyre hívtuk fel a körzeti orvos figyelmét. A neurológiai és pszichiátriai szűrés alapján feltételezett betegség részletes vizsgálata céljából a klinikára 279 személyt hívtunk be. Nyolc beteget utaltunk a kerületi ideggondozó ellátásba, 11 gyermeket gyermekpszichiátriai rendelésre.

Ez a szociális és egészségügyi segítségnyújtás tette lehetővé, hogy munkatársainkat a családok nemcsak megértéssel fogadták, hanem készséggel és vendégszeretettel álltak rendelkezésre. Egy-egy bérházban az első családok látogatását követően a többi család már előre

szorgalmazta felkeresésüket. Klinikánk speciális helyzete eredményezte azt is, hogy nem egyszer már nálunk kezelt, volt betegünket látogathattuk meg.

Elzárkózást a családok kivételesen mutattak. Csaknem valamennyien kezelés alatt álló paranoid betegek, akiknek interjú anyagát a rendelkezésre álló kórrajz, vagy ideggondozói kárton alapján töltöttük ki. Nagyon kis százalékban - többszöri megkeresés ellenére - egyes lakókkal nem tudtunk találkozni.

A szűrővizsgálathoz strukturált interjút használtunk (1.1 mellékleten), ennek szempontjai: személyi adatok és iskolázottság (5-10. kérdés), foglalkozás, munkaköri, munkahelyi adatok és ehhez való viszonyulás (11-19), szabadidő felhasználás (20-33.), családi kapcsolat, emberközi kapcsolatok szubjektív véleményezése (56-63), alkoholfogyasztás (64-67), utolsó három év szomatikus megbetegedése (68-69), öngyilkosság (70-71), neurózis (72-81), pszichózis (82-98) kérdések.

Szűrővizsgálataink során legtöbb problémát az alkoholizmus felderítése jelentett. Nem okozott nehézséget, ha a kérdezett személy alkohol elvonókúrán van, vagy az Alkoholgondozó Intézet ellátásában részesült. Egyébként az interjú rendelkezésre álló adatai alapján - indirekt úton - kellett az alkoholizmust felderítenünk, hiszen a házfelügyelő, vagy szomszédok értékelő megállapítását éppúgy nem fogadhatjuk el hitelesnek, mint ahogyan az egyénnek erre vonatkozó állítását. A családi közösségben felvett interjú ugyanakkor - nem egyszer - felszínre hozott a négy szemközti beszélgetés során elhallgatott eseményeket és tényeket.

Suicidium vonatkozásában a kísérleteket vettük számításba és nem vizsgáltuk a családban előforduló halálos kimenetelű öngyilkosságokat, mint ahogyan a családban előforduló egyéb halálokok sem képezték vizsgálatunk tárgyát. Egyébként is a végzetes öngyilkosságokról országosan pontos adatok állnak rendelkezésre.

A neurózis értékelése szempontjából Juhász, Kopp, Veér féle neurózis szűrővizsgálat kérdőívet iktattunk be az interjúba (72-81 kérdések). Ezt az értékelő skálát klinikánk dolgozta ki közel 1000 klinikai vizsgálattal történő egyeztetés alapján és megfelelőnek tartjuk a neurózis szűrővizsgálata szempontjából (Ideggyógyászati Szemle 1978, 31:292-309). Szomatikus vegetatív-(fejfájás, alvászavar, kardiális és gyomorpanaszok), hangulati (szorongás, depresszió), viselkedési zavarok (türelmetlenség), valamint teljesítménycsökkenés figyelembevételével és a különböző panaszokat empirikus mérlegeléssel súlypontozva a skála 0-4 pontszám mellett nagy valószínűséggel nem jelent neurózist, 7 és felette lévő értékek nagy valószínűséggel neurózist fejeznek ki.

A pszichózis értékelésében Factor Constuction Rating Scalet (FCRS) használtunk. Célzott szűrővizsgálatokra nemzetközileg elfogadott értékelő skálát jelent (Overall, 1972). Empirikus kiindulású fenomenológiai tipológiára törekszik és öt tünet leíró kategóriát eredményez. Syndromatológiai és így nozológiai elhatárolást nem tesz lehetővé, de biztonsággal jelzi a súlyos viselkedési zavarokat és pszichózisokat. A skála szerint a vizsgált lakosság mintegy 1%-ánál állapíthatunk meg kóros értékeket. Mivel az így kiszűrt személyek száma igen alacsony, és a skála nozológiai besorolást nem tesz lehetővé, a részletes összefüggéseket nem közöljük.

Neurózis

Mivel a felmérés elsődleges célja a neurózis előfordulási gyakoriságának, összefüggéseinek vizsgálata volt, részletesebben csupán a neurózissal kapcsolatos néhány összefüggést emelünk ki a táblázatok alapján.

A Juhász féle Neurózis Kérdőív értékelését, más epidemiológiai felmérések eredményeivel való összehasonlíthatóságát részletesen elemeztük korábban (Kopp, Skrabski, 1987, 1988). A számítógépes feldolgozás során a józsefvárosi felmérés neurózisra vonatkozó adatait a korábbiak szerint a következő csoportosításban tárgyaljuk:

Teljesen tünetmentes (0 pont a Neurózis Pontozó Skála szerint) Nem neurotikus (1-4 pont)

Átmeneti (5-6 pont)

Neurózis első súlyossági fokozat (7-9 pont) Neurózis I.

Neurózis második vagy súlyosabb fokozat (10 vagy több pont). Neurózis II.

Ez a felosztás lehetővé teszi a józsefvárosi adatok és az országos reprezentatív felmérés eredményeinek összehasonlítását. A neurózis második vagy súlyosabb fokozatába, mint korábban a nemzetközi adatokkal összevetve tárgyaltuk, a feltétlenül kezelésre szoruló neurotikusok tartoznak, így ez a szűrővizsgálati adat az egészségügyi ellátás számára fontos információ.

A fő szempont, amelyet vizsgálunk, hogy a két körzet közötti társadalmi státusz, urbanizációs index alapján leírható jelentős különbség mutat-e kapcsolatot a neurózis előfordulásával. A vizsgálat két, önmagában homogénnek tekinthető, jelentősen különböző régió teljes körű összehasonlítása, egyben igen jól jelzi, hogy egy látszólagos területi egységen belül (Budapest Józsefváros) milyen jelentősen különböző népességcsoportok találhatóak - ez a szempont a társadalmi beilleszkedési zavarok regionális eltéréseinek kutatásában fontos tényező.

Vizsgáljuk továbbá, hogy hol és milyen irányban térnek el a józsefvárosi felmérés eredményei a hasonló módszerrel végzett országos reprezentatív felmérés eredményeitől (Kopp, Skrabski, 1987, 1988).

A neurotikus veszélyeztetettek aránya közel azonos a két körzetben, a belső körzetben 27%, a külső körzetben 30%. Mindkét arány magasabb, mint az országos reprezentatív mintában észlelt 23%. A második, vagy súlyosabb fokú, feltétlenül kezelésre szoruló neurotikusok aránya a belső körzetben 13%, a külső körzetben 17%, ez is magasabb, mint az országos felmérés szerinti 10%. A továbbiakban csupán a neurózis második vagy súlyosabb fokozatának megoszlását vizsgáljuk.

A nők közötti jelentősen gyakoribb neurózis olyan nyilvánvaló tény, mely fölött könnyen elsiklunk, pedig további elemzést igényelne. A két józsefvárosi körzetben a férfiak 6.3%, illetve 6.6%-a szenved második vagy súlyosabb fokú neurózistól, ez az arány megfelel az országos átlagnak. Ezzel szemben a belső körzetben a nők 18%-a, a külső körzetben 24%-a feltétlenül kezelésre szoruló neurotikus - szemben az országos 15%-os átlaggal. Az átlagok tehát jelentős rétegekülönbségeket takarnak, a külső körzetben élő nők fokozottan veszélyeztetettek.

Melyek a további, súlyosan veszélyeztetett rétegek?

Életkor szerint mindkét körzetben az 56-60 év közötti, nyugdíj körüli korcsoportban legmagasab a súlyosan neurotikusok aránya, bár 16-25 év között már 9-10%-os ez az arány, messze meghaladva az országos átlagot.

Az iskolai végzettség és a neurotikus veszélyeztetettség között mindkét józsefvárosi körzetben érvényesül a sokszor leírt szabályszerűség: a nyolc általánosnál kevesebbet végzettek 19-24%-a súlyos neurotikus. A társadalmi környezet hatása talán abban követhető, hogy a magasabb iskolázottságú belső körzetben a nyolc általánost végzettek között is arányuknál magasabb, a külső körzetben pedig alacsonyabb a súlyos neurózis előfordulása. A belső körzetben - az országos trendnek megfelelően - az érettségivel és tanfolyammal rendelkezők között az átlagosnál több a súlyos neurotikus - a külső körzetben ez az összefüggés nem érvényesül. A szakmunkásképzőt végzettek a Józsefvárosban is viszonylag védett réteg, a neurózisarányok közöttük az átlagosnál alacsonyabbak. A Józsefvárosban - szemben az országos arányokkal - valamennyi iskolázottsági réteg közül a felsőfokú végzettségűek között legalacsonyabb a súlyos neurotikusok aránya (6-5%).

Ha nem az iskolázottságot, hanem az alkalmazás minőségét vizsgáljuk, a Józsefvárosban is a szakmunkások között legalacsonyabb a súlyos neurotikusok aránya, ezzel szemben igen magas a segédmunkások és betanított munkások között.

A józsefvárosi felmérés is felhívja a figyelmet a rokkantnyugdíjasokra, mint különlegesen veszélyeztetett rétegre. Míg a nyugdíjasok között nem magasabb a súlyos neurotikusok aránya az átlagosnál, a rokkantnyugdíjasok több mint egyharmada, mindkét körzetben 36-37%-a panaszkodik súlyos neurózisról.

Az eddig elemzett különbségek mind szignifikáns eltéréseket jeleztek. Érdekes módon a munkahelyi beosztással, a munkahelyen töltött évek számával egyik körzetben sem áll szignifikáns kapcsolatban a neurózis előfordulása.

A belső körzetben a két, illetve három műszakban dolgozók között igen szignifikánsan gyakoribb a súlyos neurózis, a külső körzetben ilyen összefüggés nem állapítható meg. Nyilvánvalóan kétirányú az összefüggés, mégis a munkahelyi mentálhigiéné fontos szerepére utal, hogy a munkatársaival való rossz viszonyra panaszkodók között közel kétszer gyakoribb a súlyos neurózis.

A Józsefvárosban csupán a külső körzetben érvényesül az az országosan kimutatható összefüggés, hogy a munkahelyükre hosszabb ideig utazók szignifikánsan kevésbé neurotikusak. - Itt valószínűleg szintén kétirányú összefüggésről van szó, a kevésbé neurotikusok inkább választanak távolabbi munkahelyet is, ha az megfelelőbb lehetőségeket kínál. -

A szabadidő tevékenységek közül a rendszeres újságolvasás, szépirodalom, szakirodalom olvasása, TV nézés, rádióhallgatás mindkét körzetben negatív kapcsolatot mutat a neurózis előfordulásával, bár a TV nézéssel, szépirodalom olvasással, mozilátogatással kapcsolatban szignifikáns összefüggés csak a külső körzetben mutatható ki. Mindkét körzetben igen szignifikáns a kapcsolat a napi házimunka mennyisége és a neurózis előfordulása között, a napi egy óránál több házimunkát végzők között mindkét körzetben kétszer gyakoribb a súlyos neurózis előfordulása, mint a kevesebb házimunkát végzők között. Bár ebben az adatban nyilvánvalóan a férfiak-nők közötti neurózisarányok eltérése tükröződik elsősorban - kérdés, hogy a nők túlterheltsége, a második műszak mi-

lyen mértékben járul hozzá a közöttük tapasztalt magas neurózisarányokhoz. A nyolc általánosnál kevesebb iskolát végzett férfiak is kiugróan sok házimunkát végeznek - neurózisarányaik megközelítik a női átlagot.

A belső körzet lakóinak 43%-a, a külső körzet 44%-a végez napi 1 óránál több házimunkát, a súlyos neurotikusok között ez az arány mindkét körzetben 70%.

A családi állapot és a neurózis közötti kölcsönhatás mindkét józsefvárosi körzetben hasonló az országos jellemzőkhöz, az elváltak és különélők között igen szignifikánsan gyakoribb a súlyos neurózis. A közös háztartásban élő családtagok számával a külső körzetben igen szignifikáns negatív összefüggést mutat a neurózis előfordulása - az egyedül élők egyharmada súlyos neurotikus, a családnagysággal fordított arányban csökken a neurotikusok aránya. Bár nem ennyire markánsan, de hasonlóan szignifikáns összefüggés a belső körzetben is megfigyelhető. Mivel - mint a bevezetőben kiemeltük - a magányosok aránya a külső körzetben magasabb, ott kevesebb a gyermek - az elmagányosodással kapcsolatos érzelmi funkciózavarok szerepe ebben a körzetben jelentősebbnek látszik - ebből a szempontból tehát a két körzet eltér egymástól. A fenti összefüggésnek megfelelően a külső körzetben a közös háztartásban élő eltartottak számának emelkedésével arányosan szignifikánsan csökken a neurotikusok aránya.

A saját jövedelem, a család jövedelme és a neurózis között (az adatok 1979/80-ból származnak) a külső körzetben igen szignifikáns, egyenesarányú kapcsolat van, az alacsony jövedelem és a súlyos neurózis közötti szoros összefüggés nyilván kétirányú.

A szociális kapcsolatok és a neurózis kétirányú kapcsolata nyilvánvaló, így természetes, hogy szignifikánsan kevésbé neurotikusok, akiknek van gyermekkori vagy munkahelyi barátjuk, akiknek jó a közös háztartásban élőkkal való viszonya. Maguk az arányok megdöbbentőek, a belső körzet 53%-ának, külső körzet 60%-ának nincs gyermekkori barátja.

Mindkét józsefvárosi körzetben, ugyanúgy mint az országos mintában a rendszeres alkoholfogyasztás a legáltalánosabban alkalmazott szorongásoldó, neurózis öngyógyító módszer. A rendszeresen, naponta alkoholt fogyasztók mindkét körzetben szignifikánsan kevésbé panaszkodnak a neurózis tüneteiről, mint az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók. Ebben az eltérésben nyilván a férfiak-nők közötti neurózis-alkoholfogyasztási eltérések tükröződnek elsősorban. A kocsmai alkoholfogyasztás esetén a fenti összefüggés nem szignifikáns. A napi 3 dl-nél több tömény alkoholt fogyasztók között is magas a neurotikusok aránya, ebben az esetben az alkohol szorongást oldó hatása már nem érvényesül.

Az utolsó három év alatti magasvérnyomás, szívbetegség, májbetegség, gyomorbetegség miatt kezelés alatt állók között mindkét körzetben szignifikánsan magasabb a súlyos neurotikusok aránya. A súlyos neurotikusok közül a belső körzetből 42%, a külső körzetből 45% állt orvosi kezelés alatt ideg-elmebetegség miatt, az ideg-elmebetegség miatt kezelés alatt állók 60-64%-a neurotikus.

Öngyilkosságot a belső körzet lakóinak 3.3%-a, a külső körzetből 2.4% kísérelt meg. Ez az arány lényegesen magasabb a neurotikusok között, a belső körzetben a súlyos neurotikusok 10,6%-a, a külső körzetből 7,7%-uk kísérelt meg élete során öngyilkosságot. Az öngyilkosságot megkísérlők 42%-a, illetve 54%-a súlyos neurotikus, további 17%-uk enyhébb (I.fokú) neurotikus mindkét körzetben.

Igen érdekes a súlyos neurózis és a családban előfordult öngyilkosság igen szignifikáns kapcsolata. Mindkét körzetben a súlyos neurotikusok 11.5%-ának családjában fordult elő öngyilkosság, szignifikánsan gyakrabban, mint a nem neurotikusok családjában.

Az egyes neurotikus tünetek közül a gyakori indokolatlan félelem, szorongás a két körzetben 8%, illetve 8.7%, a tartós hangulatváltozás, lehangoltság (depresszió) 21%, illetve 24%, a munkaképesség gyakori, tartós, szervi betegség nélküli csökkenése 14-14%, szervi betegség nélküli gyakori szívpanaszok előfordulása 13%-14%, szervi betegség

nélkül gyomorpanaszok 7-6%. Ezeknek a tüneteknek az előfordulása tehát nem különbözik, csupán a gyakori fejfájás (27%) fordult elő többször a külső körzetben, mint a belső körzetben (21%). Ez egyben azt is jelenti, hogy az alacsonyabb urbanizációs mutatókkal jellemezhető külső körzetben a neurózis tüneti képe nem tér el jelentősen a belső körzettől.

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztási mutatókkal kapcsolatban lényeges kiemelnünk, mint korábban részletesen elemeztük (Kopp, Skrabski, 1987, 1988), hogy itt elsősorban a lakosság alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdjeit vizsgáljuk. Bizonyos rétegek - így pl. az idősebb nők feltehetően a valóságosnál kevesebb alkoholfogyasztásról számolnak be. Ezzel szemben más rétegekben - ahol a nagyívás csoportnorma - ellenkező irányú torzítással is találkozhatunk.

A férfiak között az alkoholfogyasztás ma is lényegesen magasabb, mint a nők között - ha az arányokat vizsgáljuk, a nők közötti súlyos, kezelésre szoruló neurózis arányával a férfiak fokozott alkoholfogyasztása közel azonos arányú.

A nők közötti magasabb neurózis arányokkal a férfiak között ma is a társadalmilag elfogadott "öngyógyítás", a szorongás, depresszió alkohollal oldása, alkoholba fojtása áll szemben. Ugyanakkor a férfitársadalom legtöbb rétegében a közös ivás elfogadott közösségi forma is. Ilyen szempontból a kocsmai alkoholfogyasztással kapcsolatos adataink sokatmondóak. Mindkét körzet lakosainak 14%-a fogyaszt alkalmilag kocsmában alkoholt. A rendszeresen kocsmában alkoholt fogyasztók - legalább hetenként - aránya mindkét körzetben 4.6%, a férfiak között 9%, a nők között 1.4%.

Mind az otthoni, mind a kocsmai alkoholfogyasztás esetén az arányokat az adott körzet lakosainak arányában adjuk meg. (Tehát úgy, hogy a 16 év feletti lakóság 100%.)

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos összefüggéseket korábbi tanulmányban (Huszár, Kopp, 1985) elemeztük, így csupán néhány további jellemzőt emelünk ki.

Egy alkalommal 1 dl-nél több tömény alkoholt fogyaszt 9%-a a belső, 11%-a a külső körzetből, 0.5 liternél több bort fogyaszt a megkérdezettek 11.5%-a a belső, 13.6%-a a külső körzetből, 1 l-nél több sört a belső körzet lakóinak 17%-a, a külsőből 18% iszik meg egy alkalommal. Saját bevallása szerint havonként vagy gyakrabban részeg a belső körzet 2.2%-a, a külső körzet lakóinak 3.6%-a. A külső körzetben tehát ez az arány lényegesen magasabb, lehet azonban, hogy az alacsonyabb szociális státusú külső körzetben inkább elfogadható magatartás a lerészegedés, ez az arány mindenképp tükrözi a részegséggel kapcsolatos attitűdöt is. További 10%, illetve 11.4% vallja be, hogy legalább évente lerészegedik.

Összefoglalva

Budapest Józsefváros mindkét orvosi körzetében, különösen a külső, alacsony társadalmi státusú körzetben a súlyos, kezelésre szoruló neurotikus nők aránya magasabb az országos átlagnál, a férfiak között ilyen eltérés nem tapasztalható.

Mindkét körzetben az 56-60 év közötti, nyugdíj körüli korcsoportban legmagasabb a súlyos neurotikusok aránya, de igen magasak a neurózis arányok a 16-25 éves korosztályban is.

A napi egy óránál több házimunkát végzők között mindkét körzetben kétszer gyakoribb a súlyos neurotikus tünetegyüttes, mint a kevesebb házimunkát végzők között. Igen sok házimunkát a nők egyes csoportjai és a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűek végeznek - tehát a neurózis szempontjából ismert módon fokozottan veszélyeztetett rétegek. Kérdés, hogy a túlterheltség, a második műszak milyen mértékben járul hozzá a közöttük tapasztalt magas neurózisarányokhoz.

A neurotikus tünetegyüttes gyakorisága mindkét körzetben szignifikáns negatív kapcsolatban áll a családnagysággal, az elmagányosodással kapcsolatos érzelmi funkciózavarok elsősorban a külső körzetre jellemzőek.

A neurózis tüneti képe nem különbözik a két körzet között, tehát az az összefüggés, hogy a magasabb szociális státusú rétegekben inkább a pszichés, míg az alacsonyabb státusú rétegekben inkább a szomatikus panaszok jellemzőek, a két józsefvárosi körzetben nem érvényesül. Ezzel szemben a korábbi, csengersimai vizsgálatokban a neurózis szomatikus panaszainak előtérbe kerülése egyértelmű volt (Juhász, Kopp, Veér, 1978), ilyen szempontból tehát a két budapesti körzet homogénnek tekinthető.

Mindkét körzetben a férfiak 9%-a fogyaszt rendszeresen kocsmában alkoholt, 9-14% iszik meg egy alkalommal károsító mennyiségű alkoholt. Súlyos neurotikus tünetegyüttesről panaszodik a férfiak 6-7%-a. A két csoport között csak az igen súlyos, gyakori alkoholfogyasztás esetén van átfedés. "Problémás ivó", illetve súlyos neurotikus együttesen tehát a férfiak közül kb. 15-21%. A nők közül rendszeresen kocsmában fogyaszt alkoholt 1.4%, súlyos neurotikus tünetegyüttesről panaszodik országos átlagban 15%, Józsefvárosban 21%, együttesen 16-22% a nők között.

A nők inkább "együtt élnek" a szorongással, a neurotikus és vegetatív tünetekkel, a férfiak lényegesen magasabb arányban alkalmazzák az "öngyógyító" alkoholt - úgy tűnik azonban, hogy a két nem között nincs jelentős különbség a pszichés eredetű funkciózavarok arányában, a felnőtt lakosság mintegy 20%-a súlyosan, kezelésre szoruló mértékben veszélyeztetett.

- Huszár I., Kopp M. (1985) Az emocionális funkciózavarok és az öngyilkossági veszélyeztetettség összefüggései, településszociológiai tényezőkkel. TBZ Bulletin, V., 32-74.
- Juhász Pál (1982) Pszichiátriai epidemiológiai vizsgálat Budapest VIII. kerület két orvosi körzete populációjában. Kutatási jelentés
- Juhász, P., Kopp, M., Veér, A. (1978) Módszer a neurózis szűrővizsgálatára, Ideggy. Szemle, 31. 292-299.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1987) A neurózis és az öngyilkossági kísérletek epidemiológiai vizsgálata országos reprezentatív felmérés alapján. TBZ Bulletin, IX. 1-333.
- Kopp, M., Skrabski, Á., (1988) A neurózis szempontjából különösen veszélyeztetett társadalmi csoportok (In: Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról (Szerk: Münnich I.) Kossuth, 143-168.
- Overall, H. (1972) J. Psychiat, Res. 9:87-99.

Gondolatok az ún. gyes-neurózis kérdéshez Ratkóczi Éva

A VIII. kerületi epidemiológiai vizsgálat legelgondolkoztatóbb adatai közé tartoznak a belső és külső körzetbeli gyeses anyák élesen eltérő mentálhigiénés mutatói.

A belső körzeti gyesen lévő anyák csoportjában kiemelkedően magas az emocionális funkciózavarok Ef. aránya (Ef.: 16.7%), 37%-uk panasz-kodik neurotikus tünetekről (1.5/b. tábla), míg a külső körzeten ebben a csoportban a legalacsonyabb az e.f. arány (5.1%), 10% panasz-kodik neurotikus tünetekről. Alkalmazás szerinti bontásban (1.5/b. tábla) a belső (I) körzetben a gyeses anyák a harmadik leginkább veszélyeztetett csoport, ezzel szemben a külső (II) körzetbeli gyeses anyák neurózis aránya az egész minta bármely bontás szerinti, bármely csoportjának értékénél alacsonyabb.

Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek aránya a belső körzetbeli gyeses anyák csoportjában a legmagasabb az egész mintában (21.1 %) (3.5 táblázat), míg a külső körzetben ez az érték a gyeses anyák csoportjában átlag alatti (2.6%) - alacsonyabb, mint a külső körzetbeli nők között általában (3.2%), és a 21-25 éves nők között. (3.6%).

Különösen szembetűnő tehát a külső körzet gyeses anyáinak viszonylagos védettsége, ha adataikat a hasonló korú női populáció adataihoz viszonyítjuk. Méginkább meglepőnek tűnik ez a védettség, ha egyenként számba vesszük a - vizsgálat eredményei szerint - mentálhigiénés szempontból előnyös és hátrányos szociodemográfiai jellemzőket.

A körzet szerinti megoszlás tekintetében a külső körzetben magasabb a súlyos neurotikusok aránya (17%) (1.1 tábla), mint a belsőben (13%). Nemek szerinti bontásban mind a neurotikus tünetegyüttes, mind az öngyilkossági arány magasabb a nők között (mindkét körzetben), mint a férfiak között. A külső körzet kiemelkedően magas neurózis arányát

főleg a nők adják. A külső körzetbeli nők között tehát kiemelkedően magas a neurotikus tünetegyüttes aránya.

Életkori megoszlás tekintetében (mindkét nemben és mindkét körzetben) a 21-25 éves korcsoport látszik a legveszélyeztetettebbnek. Az E.f. 31.4%, az öngyilkossági arány 5.9% ~~ebben~~ a korcsoportban és az alkoholfogyasztás mértéke mindkét nemben magasabb az azonos nemű, idősebb korcsoportokénál; a női fogyasztás is bőven eléri az egészségkárosító mértéket, ijesztően emelkedő tendenciát mutatva. - A külső körzetbeli egyes anyák átlagéletkora alacsonyabb, több közöttük a veszélyeztetett 21-25 éves korcsoportba tartozó, mint a belső körzetbeli egyes nők között.

Végzettség és alkalmazási minőség szerinti bontásban: a speciális szakképesítés nélküliek, az alapfokú iskolai végzettségűek, illetve az alacsony alkalmazási minőségben dolgozók (segédmunkások, betanított munkások, nem vezető beosztású irodai dolgozók) kiemelkedő veszélyeztetettségét tükrözi a vizsgálat. Magas emellett a mentálhigiénés zavarok aránya a 3 műszakban dolgozók és a háztartásbeli nők között is.

A külső körzetben magasabb az alapfokú-, és alacsonyabb a közép- és felsőfokú végzettségűek aránya, mint a belső körzetben; mindkét körzetben alacsonyabb a közép- és felsőfokú végzettség aránya a nők között, mint a férfiak között; a külső körzetbeli nők között ez az arány 1/3-a a belső körzetbeli nőkének és 1/7-e a belső körzetbeli férfiakénak.

A külső körzetben jóval magasabb a segédmunkások és az alacsony beosztású irodai dolgozók, 2-szer annyi a betanított munkások aránya - jóval alacsonyabb az értelmiségiek és vezető beosztásúak aránya, mint a belső körzetben. Különösen magas a betanított- és segédmunkások, valamint a nem vezető beosztású irodai dolgozók aránya a külső körzetbeli nők között; magasabb köztük a 3 műszakban dolgozók aránya is.

Meg kell jegyezni, hogy a továbbtanulási igény is alacsonyabb a külső körzetbeli nők között; 8.7%-uk tanul tovább munka mellett közülük, míg a belső körzeti nők 6.1%-a.

Lakáskörülmények tekintetében lényegesen rosszabb a külső körzet lakóinak helyzete; 73,8% az 1 szobás lakások, 38.7% a komfort nélküliek aránya; kisebb a szobanagyság, több a vizes (42,4%), a sötét (az összes külső körzetbeli lakások 1/3-a) lakás.

Kisebb viszont a lakássűrűség a külső körzetben. A belső körzet lakói sűrűn épített bérháznegyedben, a külső körzet lakói a MÁV lakótelep 20-30m²-es kertes övezetekkel körülvett 1-2 emeletes házaiban laknak, lényegesen nagyobb az egy főre jutó lakóterület ebben a körzetben.

Alacsonyabb a külső körzetben az egy főre jutó személyi jövedelem és az átlagos családi jövedelem, feltehetően ezt kiegyenlítendő kisebb viszont a családnagyság, kevesebb a gyermekek száma. A vizsgálat eredményei szerint mentálhigiénés szempontból mindkét körzetben az 5-6 tagú családlétszám látszik a legelőnyösebbnek. A külső körzetben alacsonyabb az 5-6 tagú családok aránya, mint a belsőben - főleg a kisebb gyermekszám miatt. Ennek ellenére a nők 2,3%-a van gyesen a külső körzetben, míg a belsőben csak 1,1% (a két körzet azonos életkori megoszlású).

Életmódtényezők

Az ártalmas alkoholfogyasztási szokások mindkét körzet lakóit egyenlő mértékben sújtják, különös mértékben ezen belül a fiatal korosztályt és az alacsony foglalkozási és iskolázottsági csoportokat.

A vizsgálat eredményei szerint a kulturális-közéleti érdeklődés mértéke, a sport, hobby, szórakozási, művelődési tevékenységek gyakorisága fordítottan arányos az Ef. értékkel - ezek az érdeklődési körök és tevékenységi formák tehát mentálhigiénés védőfunkciót biztosítanak.

A külső körzet lakói kulturális-közéleti érdeklődésben, és minden szabadidő-tevékenységben mélyen alatta maradnak a belső körzet lakóinak - a védőfunkciót jelentő tevékenységek tehát nagyrészt kiesnek életük-ből.

Ugyancsak védőfunkciót jelentenek a társas kapcsolatok: a baráti kapcsolatok száma szintén fordítottan arányos az Ef. értékkel. E téren viszont a külső körzet lakói vannak lényegesen jobb helyzetben: "Több utcabeli, házbeli, presszóbeli, környékbeli ismerőssel tartanak kapcsolatot".

Mindezeket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a külső körzetbeli gyese anyák csaknem minden mentálhigiénés szempontból jelentős vonatkozásban hátrányos helyzetben vannak. Az általában hátrányosabb helyzetű körzetben élnek, a hátrányosabb helyzetű nemhez, a legveszélyeztetettebbnek látszó korosztályhoz tartoznak. Sok közöttük az alacsony iskolai végzettségű, és az alacsony, illetve hátrányos alkalmazotti minőségben és beosztásban dolgozó (ez természetesen a gyese előtti státuszra vonatkozik, ami feltevésünk szerint nem lényegtelen). Mivel a külső körzetben a férfiak között is magas az alapfokú végzettségűek és az alacsony beosztásúak száma, férjeik között is sok a neurotikus és öngyilkossági veszélyeztetett, valamint magasabb az alkoholizmus feltehető aránya - ami ugyancsak érinti ezeket az asszonyokat. (A gyese anyák többsége KSH adatok szerint házasságban él.)

Kevesebbet sportolnak, kevesebb újságot, könyvet olvasnak, kevesebben járnak közülük moziba, színházba, hangversenyre, kevesebben folytatnak hobbytevékenységet. Alacsonyabb a személyi és családi jövedelmük, többen élnek közülük az ideálisnál kisebb nagyságú családban, kisebb és rosszabb minőségű lakásokban laknak. A külső körzetbeli nők kevesebb gyermeket vállalnak, megszületett gyermekeikkel viszont többen maradnak otthon gyesen, és gyermekeiket - mindennek ellenére - jobb közérzettel nevelik belső körzetbeli társaiknál.

Mindössze két mutató szerint vannak jobb helyzetben ezek az asszonyok: a kisebb lakássűrűség, nagyobb egy főre jutó lakókörzet, és a

lakókörzetbeli kapcsolatok számának tekintetében.

Indirekt módon pozitív hatást fejthet még ki a külső körzet egyes anyáinak közérzetére néhány negatív mutató is: a gyakoribb 3 műszakos beosztás, a rosszabb munkahelyi körülmények, és a továbbtanulási igény hiánya. A fárasztó, megterhelő munkahely után megkönnyebbülés lehet az otthommaradás, amit nem keserít meg a kielégítetlen továbbtanulási és előmeneteli igény.

A belső körzet adatai - legtöbb vonatkozásban - szinte tükörképét mutatják a külső körzet adatainak. Bár a saját körzetbeli férfiakhoz képest itt is több szempontból rosszabb helyzetben vannak a nők, jobb helyzetben vannak viszont a külső körzetbeli nőkhöz képest (végzettség, alkalmazási minőség). Jobbak kulturális jellemzőik, egészségesebben töltik szabadidejüket, viszonylag jobb lakásokban, nagyobb méretű családokban élnek, jobbak anyagi körülményeik. Több gyermeket vállalnak, kevesebben maradnak viszont szülés után otthon, és akik otthon maradnak, rossz közérzettel, fejfájással, alvászavarral, állandó kimerültségérzettel, szorongással, hangulati labilitással, testi panaszokkal küszködve nevelik gyermeküket. Neurotikus veszélyeztetettség terén - az alkalmazás minősége szerint - a két legsúlyosabb helyzetű csoport (rokkantnyugdíjasok, betanított munkások) után következnek; Ef. értékük meghaladja az öregeket (15.7%), és az együttélő elváltakét, megközelíti az elvált különélőket és a házasság nélküli együttélőket. A egyes anyák mentálhigiénés állapota tehát (a belső körzetben) a legalacsonyabb társadalmi presztizsú rétegek, illetve a legizoláltabb demográfiai csoportok helyzetéhez közelít. Az összes társadalmi rétegnél, illetve bármely bontás szerinti, bármely csoport tagjainál többen jutnak el közülük időnként a végső kétségbeesésig. Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek aránya a rokkantnyugdíjasokéhoz (14.4) és a különélő elváltakéhoz (10.5%) - tehát a legelesettebb, legalacsonyabb társadalmi presztizsú csoportokéhoz - áll legközelebb, egyben meghaladva azokat.

Mi védi a külső körzet csaknem minden szempont szerint többszörösen veszélyeztetett helyzetű egyes anyáit, és mi sodorja a belső

körzetben, a gyermeküket otthon nevelő viszonylag jobb helyzetű asszonyokat a legelesettebb, legmagányosabb, legrosszabb presztizshelyzetű csoportokkal azonos mentálhigiénés állapotba? Milyen tényezők közvetítésével ad életet, egészséget a gyermek léte az egyik csoportnak, és miért válik életakadállyá a másiknál?

Pontos, hiteles választ ezekre a kérdésekre majd további kutatások adhatnak, addig csak feltételezéseink lehetnek. Feltételezések kialakításához segítséget nyújthatnak más szociológiai és mentálhigiénés kutatások eredményei, valamint saját pszichoterápiás tapasztalataink és pszichológiai ismereteink.

A pszichológiai és pszichoterápiás irányzatok többsége kiemelt figyelemmel fordul az első életévek lelki történései, ezen belül a korai anya-gyermek kapcsolat felé. Különösen jelentős ismeretanyagot halmoztak fel a modern énszichológiát kifejlesztő mélylélektani iskolák. Megállapításaik részben gyermekterápiák adatain, részben egészséges gyermekeken, illetve anya-gyermek párokon végzett megfigyeléseken alapulnak. E kutatások szerint a személyiségünk központi szervező magját képező alapvető énstruktúrák az anya-gyermek kapcsolat interakciói során alakulnak ki az első életévekben. veleszületett adottságok talaján.

Így az alapvető énfunkciók kialakulásának elengedhetetlen feltétele az egyenletes, érzelmileg telített, biztonságos anya-gyermek viszony, melyben az anya megfelelő empátiával képes követni gyermeke testi-lelki igényeit, majd a gyermek számára elviselhető és követhető mértékben adagolja a fejlődéshez szintén szükséges frusztrációkat és elvárásokat. Mindig rendelkezésre álló érzelmi melegséget és biztonságot nyújt számára, ugyanakkor nem telepszik rá érzelmeivel, nem láncolja magához túl szorosan, nem béklyózza meg túlzott féltésével, elegendő szabadságot biztosít önállósága kialakulásához is. Örömmel, elismeréssel követi önálló akcióit, dicséri eredményeit, tanáccsal, biztatással, megértéssel támogatja kudarcaival szemben, reális visszajelzésekkel segíti önismerete, identitása kialakulását.

Egészséges genetikus adottságok mellett, a megfelelő anya-gyermek kapcsolat teszi lehetővé, hogy a fejlődő csecsemő felismerje énhatárait, el tudja különíteni önindította akcióit az anyai akcióktól, a kívülről származó ingereket a belsőktől. Az egészséges énefejlődés legfontosabb korai feladatai közé tartozik a külső és belső ingerek származásának, jelentésének és érzelmi minőségének helyes identifikálása és kódolása, majd mindezeknek az információknak a rendszerezése, integrálása. Csak ezek után lehet zavartalan a további énfunkciók kialakulása: az indulati szabályozás, a késleltetés, a feszültségtűrés, a tervszerű, önirányított viselkedés képességnek fokozatos elsajátítása. Hibás korai énefejlődés esetén az énhatárok könnyen átjárhatóvá válhatnak, a valóságot súlyosan torzító kognitív mechanizmusok jöhetnek létre, kialakulatlan maradhat az integratív működés. Mindezek következtében képtelen lesz a személy mind önmagáról, mind a külvilágról, főleg a számára fontos személyekről egységes, integrált, differenciált képet kialakítani, képtelen lesz a saját lelki funkciók integrálására és a saját viselkedés tervezett irányítására is. Az integrációs működés hiánya, a torzító kognitív mechanizmusok zavaró szerepe, az indulati szabályozás és feszültségtűrés hiánya, a céltartó-kitartó viselkedésre való képtelenség adják az éretlen, fejlődésében gátolt személy alkalmazkodásképtelenségét. Az egészséges énfunkciókkal összefüggésben fejlődnek a felettesénfunkciók is, tehát a szülők által közvetített társadalmi normák beépülése, valamint a külső visszajelzésektől függetlenné váló belső önbüntető-önjutalmazó lelki működések (a lelkiismereti funkciók) kialakulása is zavart szenvedhet. Mind a valóságészlelést-integrációt-önirányítást biztosító énfunkciók, mind a társadalmi normák hatékonyságát biztosító felettesénfunkciók a korai anya-gyermek kapcsolatban indulnak fejlődésnek, hogy később a szélesebb családi kapcsolatokban, majd a családon kívüli kapcsolatokban erősödjenek és differenciálódjanak tovább fejlett én- és felettesénfunkciókká. A tanuláselmélet és a kognitív pszichológia talaján álló irányzatok - bár nem használják az "én" és "felettesén" kifejezést - ugyan-csak nagy jelentőséget tulajdonítanak az első életévben beépült reakcióformáknak, és a korán kialakuló kognitív mechanizmusoknak.

Könnyű belátni, hogy a kívánatos anyai viselkedésre csak az érett, egészséges személyiségű, érzelmileg kiegyensúlyozott anyák képesek ma-
radéktalanul, azok, akik odaadással, örömmel, szorongásmentesen tudnak
gyermekükre figyelni, saját konfliktusaikat, bizonytalanságukat nem
terhelik a gyermekre. Az is nyilvánvaló, hogy mindez részben az anya
saját neveltetésétől, a nevelés során kialakult saját személyiségétől
és a nevelés során kapott anyai mintától függ, másrészt az anya aktuá-
lis helyzetétől, körülményeitől. Minél érettebb, stabilabb az anya
személyisége, annál kisebb az aktuális tényezők befolyása - de akkor
sem jelentéktelen. A valóságban a fiatal anyák többségénél számolnunk
kell kisebb-nagyobb személyiségproblémákkal és éretlenségi jegyekkel.
Különösen érvényes ez a vizsgált korosztályra, mely még a gyes-rendel-
kezés előtt született. Feltehetően többségük 6 hónapos korától bölcső-
dében nevelkedett. Számukra az anyai gondoskodás az esti néhány órára
korlátozódott a személyiségfejlődés e fontos korszakában - és termé-
szetesen később is. A neurotikus tünetek kialakulása szempontjából nem
közömbös a bölcsődés gyermekek közismerten rendkívül gyakori beteges-
kedése sem. Mivel ezek a gyermekek éppen a betegségük idején kapják
vissza egész napra anyjukat, a betegség és a testi szenvedés pozitív
érzelmi következményekkel kapcsolódik össze - ami elősegítheti később
a neurotikus testi tünetek kialakulását, illetve fennmaradását. A sze-
mélyiség fejlődésében elakadt vagy sérült személynek sokkal nagyobb
szüksége van a közvetlen környezet személyes támogatására, és a társa-
dalmi megbecsültség tudatára, mint az egészséges, autonom személyiség-
nek - bár sem közvetlen személyes kapcsolatok nélkül, sem a társadalom
megbecsülésén tartósan kívül maradván nem képzelhető el egészséges em-
beri élet. A szociálpszichológiai iskolák érdeme a környezeti hatások
előtérbe helyezése; mint minden egyéni viselkedést, így az anyai vi-
selkedést is az egész család rendszerébe helyezve, a családok életét
pedig a társadalom szociológiai jellemzőivel összefüggésben vizsgál-
ják.

A szociológusok, szociálpszichológusok által gyakran emlegetett
urbanizációs jelenség: a régi nagycsaládok felbomlása, nukleáris csa-
ládára való szétesése, és a gazdasági funkció kivonódása a család közös

méretű és hirtelenebb változások történtek a család szerkezetében. A család, ahol a gyermekek egész nap állami intézményekben tartózkodnak, ahol a szülők egész nap a családon kívül tevékenykednek, ahol a férfi a közös családi tevékenységek körén egészen kívül marad - még nukleáris családnak sem nevezhető. A családok közös tevékenységi köréből nemcsak a gazdasági funkció vonódott ki, hanem a reprodukív funkció is - mivel a humán egyed reprodukciója nem a szüléssel végződik, hanem ott kezdődik.

Magyarországon a 45 utáni erőltetett iparosítás az asszonyok tömeges munkavállalását igényelte - egyéni oldalról pedig a megélhetés gondja kényszerítette ugyanerre a családokat. Ezzel párhuzamosan a család kénytelen volt kezéből kiadni, állami intézményeknek engedve át a gyermekek nevelését. Mindezt a kényszert az "egyenjogúság" nyugaton is elterjedt hamis eszméje segítette megkönnyíteni és megszépíteni, mely nem a női szerepfunkciókat és személyiségtulajdonságokat egyenrangúsította a férfiakéval, hanem a férfiszerepe és férfi-tulajdonságok átruházásával "emelte" egyenrangúvá a nőt. Ezzel párhuzamosan az eredeti női funkciók leértékelődtek. Bár ez a téveszme nem magyar társadalmi tudatban, nálunk tovább tartja magát a társadalmi tudatban - akkor is, amikor nyugaton már leáldozóban van, és akkor is, amikor a gazdaságirányítás már nem igényelné. (Kiderült ugyanis - KSH adatok, 1985 - hogy az állami intézmények fenntartása sokkal költségesebb az állam számára, mint a családon belüli nevelés biztosítása - és ebben még nincsenek benne a gyakori betegségek költségei). Míg nyugaton már az apa-szerep szüléstől kezdődő fontosságának felismerésénél tartanak, nálunk az anya-szerep presztizsvesztése még mindig széleskörben hatékony eleme a társadalmi tudatnak.

A GYES intézményének 1967-es bevezetése, majd az ezt követő 1985-ös GYED intézkedés meghatározó lépés volt a család reprodukív funkciójának visszaállítása érdekében. Nyilvánvaló azonban e lépések korlátozott hatékonysága - a következő tényezőkkel összefüggésben:

- 1./ A GYES csak az első 3 évre adja vissza az otthoni nevelés lehetőségét.

- 2./ Csak az anya, és nem az egész család számára adja vissza a lehetőséget. A család létfenntartása még a gyes, vagy a gyed folyósítása mellett is csak a férfi 8 órán túlmenő munkavállalásával biztosítható a legtöbb esetben - de már a közlekedéssel kiegészülő 8 órás munkaidő is alaposan beszűkíti az apa-szerep gyakorlásának lehetőségét. (A munkaidő valamelyes csökkentése nem feltétlenül járna együtt a munka mennyiségének és minőségének, társadalmi hasznának csökkenésével.) Még rosszabb a helyzet a tömegeket jelentő ingázók esetében. A gazdasági okok mellett igen jelentős a probléma tudati oldala is, mely a család együttes tevékenységéből kiszoruló férfiszerepekkel, az új szerepmegosztás hiányával függ össze.
A hagyományos családi szerepmegosztás közvetlen nevelői funkciót biztosított az apa számára, mivel az ő dolga volt a létfenntartó gazdasági tevékenység szakismereteinek közvetlen átadása - ami csak folyamatos kommunikáció mellett volt lehetséges. Mára ez a nevelői funkció az esti néhány órára szorítkozó, futólagos ellenőrző szerepre szűkült. Az otthoni házitevékenységeket és a tulajdonképpeni nevelést, a férfi nem érzi szerepköréhez tartozónak. A fő szerepelvárás - azaz a keresőtevékenység - teljesítése után, az esti néhány órát is szívesebben tölti a haverokkal, munkatársakkal a kocsmában, akikkel több időt tölt együtt, többet kommunikál, több közös gondja, témája van, mint a családjával - és nem érzi, hogy ott még valami dolga lenne, szükség lenne rá.

- 3./ Akkor adta vissza a GYES intézménye az anya számára a nevelés lehetőségét, amikor már a hagyományos anyai szerepkör elvesztette társadalmi értékét a munkahelyi keresőtevékenységgel szemben.

hagyományos anya-szerep társadalmi presztizscsökkenése minden bizonnyal hozzájárul a gyeses anyák rossz közérzetéhez. E rossz közérzet társadalmi tudatból származó meghatározóira az ismert értékrend-vizsgálatok adatai alapján következtethetünk.

Losonczi Ágnes 2000 családra kiterjedő 1968-70-es életmódkutatásából emelnék ki néhány adatot (Losonczi Á. 1977.). A vizsgálat eredményei szerint minden társadalmi réteg értékrendjében központi helyet foglal el a munka - de más-más jelentéstartalommal. A segédmunkás réteg a mennyiségi teljesítményt becsüli a munkában, központi személyiségértéke a szorgalom. A szakmunkás réteg az anyagi javak, a jólét megszerzésének igazságos eszközét látja a munkában, központi értéke a "jó élet, igazság, kiállítás, ésszerűség". A középszintű alkalmazott és szellemi munkás rétegnek nincs határozott életszervező elve, központi értéke a mértékletesség, a jövedelemmel arányos élet. A munka itt is eszköz szerepet tölt be más igények kielégítéséhez, a mértékletes anyagi igények itt a műveltség, művelődés igényével egészülnek ki. Egyedül az értelmiségi rétegben válik a munka tartalma értékévé - mint "örömgalósítás", illetve mint "szolgálat" - és a vezetők rétegében, mint "a társadalom jövőjének meghatározója". Ezen kívül csak az idős parasztemberekénél találtak a kutatók a munka tartalmi értékének említésével, azzal a szemlélettel, melyben a munka "valaminek a megteremtőjeként, létrehozójaként" jelenik meg. Talán többek között (az új ideológiákkal szembeni ellenállás mellett), ezzel a munkaszemlélettel is összefügg az, hogy még leginkább a paraszti származású, illetve paraszti életformában élő embereknél maradt meg az anyai szerepkör régi jelentése és értéke.

A társadalom széles rétegeiben "az emberek anyagi tárgyakon mérik értéküket és munkájuk értelmét, és nem a munka értelmén mérik saját maguk érdemét. Circulus vitiosus alakul ki: mindent tárgyokban mérnek, tárgyakra dolgoznak... a tárgyak érdekében háttérbe kell szoruljon az emberi képesség..."

Az említett érétszemléletek többsége nem kedvez tehát a gyesegek anyák presztizshelyzetének: "csak" pusztán életnevelő, személyiségteremtő munkájuk - ebben az értékrendben - nem lehet egyenértékű sem a kemény fizikai állóképességet, szorgalmat igénylő mennyiségi munkával, sem a tárgyokban mért, anyagi javakat biztosító munkával.

Jól tükrözi társadalmunk és társadalomszervezőink értékszempléletét az anyai szerepkörhöz közelálló foglalkozási ágak alacsony anyagi-erőkölcsi megbecsülése: a tanároké, a tanítóké, az óvónőké, a bölcsődei nevelőké és gondozóké, a szociális gondozónőké, az ápolóké. Különösen feltűnő a tanítók és ápolónők 1945 utáni társadalmi presztizscsökkenése. Azt hiszem, mindannyian tapasztaljuk, hogyan hat vissza e munkakörök - valaha hivatások - alacsony megbecsülése a munka minőségére.

Az egyéni önértékelés nem válhat tartósan külön - és főleg társadalmi méretekben nem - a társadalmi megbecsüléstől. A gyermekét otthon nevelő anya, aki nem végez kereső munkát, aki nem hoz a családnak a konyhára, aki az államtól "segélyt" kap, mint máshol a munkanélküliek^x, maga is úgy érzi, kevesebbet ér, mint a 8 órás keresőmunka után még mellékállást vállaló férje, vagy mint a munkapad mellett álló asszonyok. Maga is úgy érzi, nincs joga panaszra, nem lehet igénye pihenésre, kikapcsolódásra, szórakozásra, nem kívánhatja, hogy férje még az otthoni tevékenységekben és a gyermekgondokban is részt vegyen - hiszen ő úgyis "csak" otthon van, furcsa lenne, ha még e könnyű munkát se tudná panasz és segítség nélkül ellátni.

Indirekt módon utalnak az anyai tevékenység értékelésére, és a gyermek iránti attitűdre azok az adatok, melyek a függőségi emberi viszonyok iránti elvárásokra vonatkoznak - a Losonczy vizsgálatban. Míg a vizsgált személyek többsége az orvostól és a tanácsi vezetőtől "a humanus, megértő bánásmódot és gondoskodást" várta el elsősorban, a tanítóval szemben a "szigorúság" állt első követelményként a megkérdezettek többségénél. Mintha a gyermeknevelésben is a kontrolláló funk-

^x A munkanélküliek között közismerten kiemelkedően magas az öngyilkosságok aránya. Az ide vonatkozó kutatások szerint azonban a rossz gazdasági időszakokban - amikor sok a munkanélküli - viszonylagosan csökken a munkanélküliek között az öngyilkosságok aránya, míg a jó gazdasági időszakokban - mikor kevés a munkanélküli - növekszik. A munkanélküliek öngyilkossági veszélyeztetettségének mértéke tehát nem az anyagi helyzetükkel függ össze elsősorban, hanem az önértékcsökkenés és kitaszítottság mértékével. Sok munkanélküli között kisebb az önértékcsökkenés és kitaszítottság érzése. (S.Platt 1986)

Hasonló okokból lehet nálunk kiemelten veszélyeztetett a rokkantnyugdíjasok csoportja, ellentétben a kor szerinti nyugdíjasokkal.

ció lenne a legfontosabb, és mintha hiányozna ezekből a válaszokból a gyermek iránti nyitottság, a gyermeket elfogadó szeretet.

Mindezzel látszólag ellentétben éppen a család jelent meg ugyancsak minden rétegre kiterjedő központi értéként - a munka mellett - a vizsgálatban. Közelebbről nézve azonban kiderül, hogy ez nem a család társadalmi funkciójának magasra értékelését jelenti, nem is a családi együttlét örömét, vagy a családtagok személyes megbecsülését. A családi életről szóló közelebbi beszámolók a viszálykodás és elégedetlenség túlsúlyáról, az öröm, megértés, megbecsülés hiányáról tettek tanúbizonyságot. Losonczi Ágnes szerint - az esetek többségében - az eszme nélküli lét hátországát, utolsó mentsvárát jelenti a család, a társadalmi célokból kiszorult ember egyetlen lehetőségét élete igazolására. - A "a családjáért élni, dolgozni" jelszó egyedüli és kikezdhetetlen indoka átgyűrűlt életüknek. E hangoztatott absztrakt eszme azonban nem telik meg a válaszokban hiteles, érzelemtelített konkrét tartalommal. Meglepően sivár képet mutatnak általában az emberi kapcsolatok iránti attitűdre utaló válaszok - melyek nyilván a családi kapcsolatokra is vonatkoznak. "Tömegesen uralkodó, tipikus magatartás... melyet leginkább így jellemezhetünk, hogy "a szolidaritás minimalizálása ... alójában minden emberi kapcsolatra vonatkozik... az ember éljen úgy, hogy a legkisebb kellemetlenséget okozza embertársainak. Ebben az igényben sem támasz, sem szeretet, sem szolidaritás, de még az együttélés tartalmi igénye sem jelentkezik, hanem egyszerűen a kellemetlenségek minimalizálásának igénye. Én sem bántok senkit, más se bántson engem. A praktikus minimalizálás... inkább a rossznak a tagadása érvényesül benne, mint valami pozitívnek az igénylése. Az együttélés tartalmi igényeiben valahol a teljesítmény-viszonyás érdeke dominál. Az emocionális szegénység, a szűken kiépített érzelmek belső világa áthatóan kong, és a differenciált érzékelés, vagy érzelmi képesség nem tűnik elő, hogy áthassa az emberi viszonyokat. S ahogy jó formán sehol sem szerepel az öröm, boldogság, mint életérték, úgy nem szerepel az együttélés célszerűségén és viszonylagos nyugalma kívül, és az elvont, nem cselekvő emberszeretet mellett semmi más olyan igény, mely mélyebbre hatna, feltárhatna, kifejleszthetne új képességeket."

Fontos adat még témánk szempontjából a női-férfi értékorientáció éles eltérése a befelé, illetve kifelé forduló életformatípusok megítélése tekintetében. Az általános családközpontú orientáció mellett, a férfiak a társasági élet, a nők a magányos, önmagára utalt életmód pozitívabb megítélésének irányában tértek el az átlagtól. E válaszok a férfiak nagyobb családon kívüli mozgásterét, a nők magukra utalódását tükrözik.

A 20 évvel ezelőtt felvett Losonczi féle vizsgálat tükrében tehát a család értéke elsősorban bár, de kellő fedezet nélkül hangoztatott értékként jelenik meg, a pszichológiai szempontból kívánatos anyai magatartás fontos elemei pedig - mint az érzelmi érzékenység, megértés, az emberi kapcsolatok öröme, a nem adom-veszem alapú, cselekvő szeretet - egyáltalán nem jelenik meg értékként az emberek gondolkodásában. Kérdés, hogy a mai huszoneves anyáknak hol volt lehetőségük ezeket a képességeket elsajátítani, és értékként regisztrálni? Mennyire jelent számukra támaszt egy olyan környezet, ahol ezek az értékek háttérbe szorulnak?

A jelenlegi egyes anyák értékrendjére és gondjaira vonatkozóan figyelemre méltó adatokat találunk Komáromi Andrásné 1985-ös szakdolgozatában (Komáromi A.-né 1985), melyben a szerző 53 egyesén lévő anya kérdőíves vizsgálatának eredményeiről számol be. Ezek közül emelek ki néhányat.

A vizsgált 53 személyből 36-an nyilatkoztak úgy, hogy a "gyermekneveléshez le kell valamiről mondani" - 25-en tartották intézményesíthetőnek a család funkcióit - 24-en tartották úgy, hogy az otthoni gyermeknevelés szellemi beszűküléshez vezet - 24-en állították, hogy egyáltalán nincs szabad idejük (a szellemi beszűkülést jelzők többsége a szabad idő nélküliek közül került ki!) - A "női egyenrangúság" alatt 9-en értik az egyenlő munkáért juttatott egyenlő bért, 9-en az egyenlő iskolai végzettség lehetőségét, 9-en az egyenlő előmenetelhez való jogot, 19-en az anya-szerep vállalásának lehetőségét. Arra a kérdésre, hogy vállalnák-e a főfoglalkozású anyaságot gyermekük 14 éves

koráig (ha lehetne), az 53 személyből 19-en válaszoltak igennel; ezek közül 22 volt felsőfokú végzettségű, 3 középfokú, 1 általános iskolai végzettségű.

Bár a vizsgálat nem tekinthető természetesen reprezentatívan, adatai mégis elgondolkoztatóak. Egyrészt ellentmondásos, és talán változó értékrendre, anyasággal kapcsolatos attitűdre utalnak a mai fiatal nők körében, másrészt súlyos gondokat sejtetnek a gyese anyák életében.

Az utolsó kérdésre adott válaszok - egyéb tapasztalatokkal egybehangzóan - talán egy induló értékrendbeli változást jeleznek, mely főleg a magasabb iskolai végzettségű réteget jellemezné. E jelenség lehetséges magyarázata a réteg nagyobb nyitottsága a modern nyugati szemlélet és a pszichológiai ismeretek iránt, valamint valamelyest megnövekedett lehetősége otthoni szellemi munkavégzés vállalására (szellemi bedolgozás, GMK-k).

Mindenesetre, a feltételezett attitűdváltozás összhangban áll mind a KSH adataival, mind a VIII. ker. kutatás ide vonatkozó adataival (a gyese anyák átlagos iskolai végzettsége mindkét körzetben kissé meghaladta az adott körzet női átlagát).

A KSH adatok szerint, a GYFS-rendelkezést követő években mind az igénybevételek száma, mind az igénybevétel ideje lényegesen alacsonyabb volt a szellemi dolgozók, mint a fizikai dolgozók körében. Ez a különbség a következő években fokozatosan, majd a GYED bevezetése után hirtelen és élesen csökkent - miközben minden rétegben nőtt az igénybevételek száma és ideje.

Iskolai végzettség	Igénybevételek száma az élve szült nők százalékában	
	1969	1986
általános iskola	71,6%	88,6%
középfokú végzettség	59,9%	91%
felsőfokú végzettség	32,6%	81,8%

Úgyszintén ugrásszerű volt az igénybevétel emelkedése a mezőgazdasági dolgozók körében is (63 %-ról 84%), a GYED bevezetése után. Ismerve, hogy még a mezőgazdasági foglalkozású lakosság tartotta meg leginkább régi értékén az anyaszerepet, inkább a régebbi alacsony igénybevételen kell csodálkoznunk, mint az emelkedésen. A változás ez esetben azt mutatja, hogy a GYED bevezetése előtt éppen az a réteg engedhette meg magának nehezen a gyes igénybevételét, amely a hagyományos értékrend talaján állva, szíve szerint leginkább igénybe vette volna.

Dr.Pető Zoltán és munkatársai, 1980-as közleményükben (Pető-Gárdián-Makai 1980) falusi és városi lakótelepi anyák összehasonlító vizsgálatáról számolnak be, pszichopatológiai tünetekre és életmódjellemzőkre vonatkozóan. A városi anyáknál lényegesen több pszichopatológiai eltérést (szorongás, hangulati zavar, neurotikus tünetek) találtak, mint a falusiaknál - a falusi anyák nagyobb megterhelése ellenére (gazdasági tevékenységek). Ezt a különbséget értékrendbeli és életmódbeli tényezőkkel sikerül párhuzamba állítaniuk. "Falun a nők családon belüli pozíciója mást takar... a tradíciók értelmében a gyermek nevelését tartja elsődlegesnek, utána jöhet a tanulás, a munkahelyi előmenetel. Első a gyermek, a család... falun a mai napig is sokkal jobban preferálják a családi, otthoni tevékenységet, mint a városban. Ez a faluról lakótelepre nemrégén került anyáknál is kimutatható. A falusi, tanyasi kismama még ha vállalja is a munka melletti tanulást, a szülés után, GYES-en is, a korábbi tradícióknak megfelelően él, és neveli a gyermekét. Falun általában elérhető közelségben van egy-két nagymama is, sok a jó szomszéd, akik időnként ügyelnek a gyerekekre. Falun több a rokoni, szomszédi összejövetel... a rokonsági közvetlen és közvetett kapcsolatok nyíltabbak. A faluban a nők gazdasági tevékenysége sokszor családon, lakóhelyen belül valósul meg". A városban nagyobb a kifeléfordulás, a kapcsolattartás igénye, ugyanakkor több az akadályoztatás, a munkahelyüket elvesztett anyák magukra maradnak. "A városi anyák többen panaszkodnak időhiányra, arra, hogy még a TV-t sem tudják nézni, ugyanakkor szeretnének eljutni moziba, színházba is. Feltűnő náluk az utazás vágya, egész évben gyűjtenek, hogy részt vehessenek az uta-

zási irodák által meghirdetett utakon. Ilyenkor a gyermeket nagyszülőkre (vagy másokra) hagyva menekülnek az idegenbe, hogy kis időre fedelni tudják a környezet és magányosság millió gondját". "A városi nők a gyes melletti munkavállalást szorgalmazzák, a falusi anyák tevékenységében a gazdasági funkció benne van".

E kutatás adatai szerint tehát a falusi anyákat a hagyományos értékrend, az anya szerep magasabb presztízse, a megtartott gazdasági funkció, a környezeti kapcsolatok védik a "gyes-neurózistól", míg a városiakat. a náluk kevésbé központi helyen álló anya szerepen kívüli egyéb igények kielégítetlensége, és a kapcsolatok hiánya taszítja bele.

Számos külföldi kutatás foglalkozik a kisgyermekes anyák neurotikus, depressziós tünetei és a társas kapcsolatok mennyiségi-minőségi hiányossága közötti összefüggésekkel. Lyanne A. Hall és munkatársai (Lyanne A. Hall, Earl S. Schaffer, and Raymond S. Greenberg 1987) 214 hátrányos szociális helyzetű kisgyermekes anya kérdőíves vizsgálata során szignifikáns fordított összefüggést találtak a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága és társas kapcsolatok minősége és mennyisége között. A házas-, illetve élettárssal való kapcsolat minősége és a pszichoszomatikus tünetek között csak azokban az esetekben mutatkozott összefüggés, ahol a vizsgálati személyek nem jelöltek meg más, számukra fontos kapcsolatot.

Társas kapcsolatokra mindenkinek, és az egész élete során szüksége van, lelki egészsége fenntartásához, az anyává válás idején azonban különösen megnő a kapcsolati háló jelentősége.

Pető Zoltán, már említett közleményében olvashatjuk a következőket: "Lakótelepi környezetben... a védőnők észrevétele szerint, majdnem minden kisgyermekes család könyvespolcán, asztalán ott a legmodernebb gyermekgondozási könyv. Érdekes ennek a falusi környezetben való megfogalmazása: általában van idősebb asszony, aki megnyugtatóan irányítja a fiatalabb tevékenységét." Azt hiszem, nem kell magyarázni

annak az érzelmi többletnek a jelentőségét, melyet a személyes emberi irányítás jelent az élettelen könyv tanácsaival szemben.

A gyermekellátás gondjain túlmenően maga az anyává válás, az anyai pozíció is különleges próbatételt jelent a személyiség számára. Az érett, felnőtt viselkedést, stabil önértékelést, kiegyensúlyozott érzelmi állapotot igénylő, felelősségteljes helyzetben könnyen felszínre kerülhetnek a személyiség rejtett konfliktusai, gyengeségei. A hagyományos nagycsaládi rendszerben a család idősebb tagjai megosztották a felelősség terhét, és szükség esetén erősítést jelentettek az esetleg éretlenebb személyiségű fiatal anya gyenge énje számára. A mai városi anyák éppen ebben a nehéz helyzetben maradnak magukra, minden társas kapcsolattól elszakadva. A szerencsés körülmények között életprogramot, kreativitási lehetőséget, örömet hozó anyaság, a gyermekkel és a saját személyiségproblémákkal összezárt, magukra hagyott anyák esetében megoszthatatlan és bevallhatatlan teherré válhat: lemondást, bezártságot, kötelességet jelentve. Az anya-gyermek kapcsolatból kiszorul az öröm, ambivalencia, szorongás, labilis indulatok, vagy a gyermekkel szembeni rejtett elutasítás, kompenzáló túlféltés, vagy a nevelésben való teljesítményhajszolás lépnek helyére. Az anya-gyermek viszony súlyos torzulást szenvedhet tehát, örök nyomot hagyva a fejlődő gyermek személyiségében. Az anya megoldatlan lelki feszültsége ugyanakkor neurotikus tünetekhez, depresszióhoz kilátástalanságérzethez vezethet, alkoholizmusba, gyógyszerfüggőségbe, öngyilkosságba torkollhat - tovább rontva a gyermek egészséges fejlődésének esélyeit.

Visszatérve a VIII. kerületi kutatáshoz: az előzőek alapján joggal feltételezhetjük, hogy a külső körzet egyes anyái elsősorban a gazdagabb környezeti kapcsolatoknak köszönhetik jobb mentálhigiénés helyzetüket. A közeli, bármikor elérhető, folyamatos kontaktuslehetőséget biztosító lakókörzeti kapcsolatok olyan támaszt jelentenek a személyiség számára, mely támasz az anyaság idején sok egyéb tényezőnél fontosabbá válhat, és az összes egyéb hátrányos körülmény ellenében is mentálhigiénés védőfunkciót biztosíthat. A jobb kapcsolati lehetőséggel is összefüggésben, ugyancsak védőfunkció tulajdonítható a kisebb

lakássűrűségnek és az építészeti viszonyoknak is. A külső körzet 1-2 emeletes házaihoz aprócska kertek tartoznak. A szűkös, rossz minőségű lakása ajtaján kilépő, gyermekét tologató anya nem egyenesen a személytelen városi forgalom közepébe kerül, hanem magáénak érzett, magaművelte, ismerős világba. Nem kell a játszótérig buszon utazni, idegen gyermekek és idegen szülők közé; a ház körüli kis kertbe gyermekét egyedül is leengedheti, a házbeli kicsikkel jól eljátszik, közben az ablakból figyelheti, kontaktusban maradhat vele, vagy rábízhatja a szomszéd mamára, akinek máskor visszaadja e segítséget. Az emberléptékű, áttekinthető, belakható lakókörnyezet kiterjeszti az otthonok szűk határait, megnöveli a szabadságot, a biztonságos, ismerős életteret. A VIII. kerületi kutatás ide vonatkozó adatai összhangban állnak más megfigyelésekkel: Kopp Mária már 1985-ös kutatási jelentésében (Kopp 1985) utal Pordán Éva 1985-ös szakdolgozatára: "Egy budapesti kertvárosban a védőnők nem tudnak a gyés-neurózisról, míg a lakótelepi körzetben magas a gyés-neurózis arány."

Szerepe lehet még a külső körzetbeli anyák jobb közérzetének biztosításában az anya-szerep esetlegesen magasabb presztízisének is. A körzet alacsonyabb urbanizációs fokot tükröző adatai (nők alacsonyabb iskolázottsági foka és tanulási igénye, szűkebb kulturális, szórakozási, sportolási igények) alapján feltételezhetjük, hogy a körzet lakói közelebb állnak a hagyományos értékrendhez az anyaszerep fontosságának megítélése terén is, mint a belső körzet lakói. Pető Zoltán - a már említett kutatása során - nemcsak a falun élő, hanem a faluról beköltözött anyák között is kevesebb pszichopatológiai eltérést talált - és ezt a faluról hozott tradicionális értékrenddel, a gyermeknevelés központi fontosságával magyarázta. Valószínű, hogy a külső budapesti körzetekben több faluról származó család él, mint a belső körzetben.

A belső körzet lakossága ezzel szemben, feltehetően nagyobb mértékben távolodott el a hagyományos értékrendtől, és az otthoni asszonyi tevékenység értéke számukra alacsonyabb a munkahelyi keresőtevékenység értékénél; a gyermeknevelés már nem jelent központi célt az anyák számára, egyéb igényeik ugyanakkor kielégíthetetlenek, az anyaság

idején különösen fontos támogató kapcsolati hálóból pedig kiszakadtak. Eredeti családjuktól már eltávolodtak, munkahelyi kapcsolataikat elvesztették, férjeik keveset vannak otthon és kevés részt vállalnak gondjaikból (ebben a körzetben is igen magas a fiatal férfiak alkoholfogyasztása, ezen belül a kocsmai fogyasztás), egyéb kapcsolataik ápolására a gyermek mellől nem tudnak elszabadulni, lakásközeleli kapcsolatok kialakításának viszont a lakókörnyezet nem kedvez. Ilyen körülmények között a gyermek léte életértékből életakadályá válhat.

A gyese anyák helyzete iránti nagyobb odafigyelést nemcsak a kutatások adatai sürgetik, hanem mindennapos pszichiátriai-pszichoterápiás gyakorlatunk is.

Egyre ritkábban találkozunk tiszta neurotikus kórképekkel, klasszikus neurotikus személyiségzavarokkal és egyre gyakrabban az ennél súlyosabb, korán induló személyiségfejlődési zavarra utaló határeseti kórképekkel, illetve általában, korai személyiségproblematika keveredésével. Különösen érvényes ez a serdülő-fiatal korosztályra. Az esetek többségében már nem az érett személyiség szerkezet belső konfliktusai állnak a tünetek mögött, hanem a lelki szerkezet alapvető hiányossága, fejletlensége, az énfunkciók és felettesénfunkciók éretlensége, gyengesége, integrálatlansága. A rendőr, a szociológus és a mindennapok embere a devianciák, az alkoholizmus, drogfogyasztás, beilleszkedési zavarok szaporodásával, a céltalanság, tehetetlenség rossz közérzet terjedésével találkozik a fiatal korosztályban - a pszichoterápiával foglalkozó szakember viszont a személyiségfejlődés korán induló, súlyos zavarára utaló lelki mechanizmusokat talál e jelenségek mögött. Mindezen nem lehet meglepődnünk, ha végiggondoljuk, hogy fiataljaink múltjából immár 3 nemzedékre visszamenően hiányzik a megfelelő idejű és minőségű anyai gondoskodás. (Nem szabad elfelejteni, hogy a 60-as 70-es évek gyese anyáinak többsége még bölcsődében, megfelelő anyai minta nélkül nevelkedett). Ezt a hiányt egészíti ki a kellő idejű és involváltságú apai jelenlét hiánya, majd a teljesítményközpontú és személytelen iskolai nevelés ártalmi, hiányosságai. A hiányok sorát a nem deviáns vontakoztatási csoportok, kisközösségek hiánya és a hitelesen képviselt társadalmi eszmék, értékek, a követésre alkalmas példaképek, modellszemélyek hiánya zárja.

A korai személyiségfejlődés hibáit, hiányosságait bizonyos mértékig pótolhatják, korrigálhatják a későbbi hatások. A jelenlegi családi, iskolai, és általános társadalmi körülmények nem kellően alkalmasak a személyiségfejlődés további lépcsőfokainak egyengetésére sem, még kevésbé a korai zavarok korrekciójára. Mindez méginkább megnöveli a korai fejlődés és általában az anya-gyermek viszony meghatározó jelentőségét.

Maguk a gyeses anyák ritkán kerülnek a tünetek kialakulásának idején pszichoterápiás kezelésre. Részben, mert a gyermek mellől nem tudnak kezelésre járni, részben, mert a lelki tünetek kezdetben még nem elég látványosak, és a szomatizációs, illetve pszichoszomatikus tünetek jelenléte pedig inkább a szomatikus kezelés vágányára tereli a betegek sorsát. A mégis hozzánk kerülő esetek így is jelentős tanulsággal szolgálnak.

Minden pszichopatológiai tünetet mutató kisgyermekes anya esetében megtaláltuk a gyermekkel való kapcsolat zavarát is: leggyakrabban türelmetlenséget, agresszivitást, érzelmi kettősséget, vagy túlféltést, túlkövetelést, túlzott kölcsönös függőséget. Minden esetben csorbult az anya-gyermek viszony kölcsönös öröme, sok esetben keserű gyűrközés-sé, vagy szorongással kísért teljesítményközpontú kötelességteljesítéssé silányulva. Számos esetben talákoztunk már a gyermekeknél, az egészen kicsi csecsemőknél is neurotikus tünetekkel és viselkedésmódokkal. Az anyára nézve sikeres terápia minden esetben változást hozott a saját gyermek iránti érzelmi viszonyulásban, és az anya-gyermek kapcsolatban is - maga után vonva a gyermekek tüneti javulását és egészséges irányba forduló fejlődését. Így ezekben az esetekben még a különösen időigényes terápiák is igen "gazdaságosnak" mondhatók, hiszen egyetlen embernek nyújtott segítség több ember egészségét, sorsát fordítja meg.

Égetően szükség lenne a pszichoterápiás segítségnyújtás lehetőségének biztosítására, a korai felismerésre, a pszichoterápiás rendelők és a megfelelően képzett szakemberek számának megsokszorozására. Mindazonáltal a gyeses anyák tömeges problémáinak megoldása természetesen

nem képzelhető el pusztán a pszichoterápia eszközeivel, társadalmi változások, társadalmi segítségnyújtás nélkül.

Nem egészen független talán az anyaság társadalmi megbecsülésétől az sem, hogy egy társadalom mennyire akar és képes, egészséges, igényes emberi életet biztosítani a gyermeküket nevelő anyák számára. Sem a hagyományos értékrend, sem a hagyományos nagycsaládi rendszer nem állítható vissza többé eredeti formájában. Mind az értékek helyre állása, mind a támogató kapcsolati háló kiépítése csak új utakon képzelhető el, és nem lehet többé elfeledkezni a ~~nők megőrzött~~ kulturális-művelődési, előmenetel igényeiről sem.

Bár semmiféle idegen minta nem vehető át egyenesen, mégis érdemes odafigyelni a külföldi megoldásmódokra. Vécsei Katalin "Gyesen voltam Amerikában" című könyvében (Vécsei 1988) olvashatunk az apaság szerepét, az anyának való támasznyújtást és a gyermekkel való kapcsolatot már a szüléstől vállaló apákról, az anyák és gyermekeik számára egyaránt kellemes, intim hangulatú mama-gyerek csoportokról, az anyák között kialakuló kölcsönös gyermekfelügyeletről, az időnkénti gyermekfelügyeletet vállaló diákokról - a kisgyermekes anyák jóval kisebb házhoz kötöttségéről, több szabad idejéről. Magyarországon csak néhány vallási közösség szervez hasonló közös összejöveteli és gyermekfelügyeleti lehetőséget kisgyermekes anyák számára. Hasonlóan nagy segítséget jelentenek az amerikai áruházak, könyvtárak, múzeumok vonzó gyermekmegőrzői. Ezzel szemben az amerikai anyák - és általában a felnőttek - sokkal toleránsabbak a gyermekek életkori sajátosságaival szemben, a játszótéren pedig az anyák együtt játszanak gyermeikkel, nem dőlnek hátra kimerülten, újság vagy kézimunka mögé bújva, a körben álló padokon. Játszótereinken ismeretlen a gyermekkel együtt játszó szülő képe - a gyermekellátás "kötelezettsége" nem vonatkozik a gyermekkel való közös játéokra. Míg a gyermek egyedül vagy idegen gyerekekkel játszik, az anya úgy érzi, kicsit megszabadulhat - leglább gondolatban.

A GYES-GYED rendelkezés - a KSH adatok szerint - csak átmeneti, illetve mérsékelt hatással volt a születésszám emelkedésére, folyama-

tos és erősödő hatással van viszont az otthoni gyermeknevelés vállalására - a társadalom széles rétegeiben. A gazdasági hatáson túlmenően fontos a GYED kifejezés jelentésudvara is - már nem "segélyt", hanem "díjat" ad a társadalom jövőjének megalapozói kezébe. E rendelkezések, és a GYED várható további kiterjesztése, uttörő jelentőségűnek mondhatók a korai személyiségfejlődés egészségesebb körülményeinek biztosításában. Igazi szerepüket azonban csak akkor fogják betölteni, ha a lehetőség nem válik börtönné, ha megszületnek társadalmunkban a társas támaszt biztosító új közösségek, ha lehetőség nyílik a nők kitágult önmegvaósítási igényeinek biztosítására, és ha az anyaság értéke ismét helyére kerül, az apaszerep családba való visszatalálásával párhuzamosan.

Irodalomjegyzék

Cseh-Szombathy László - Heinz Ervin dr. - Miltényi Károly dr.:

Gyermekgondozási segély. Népeségtudományi Kutató Intézet Közleményei
28. Bp. 1970/2.

Huszár Ilona dr. - Kopp Mária dr.: Az emocionális funkciózavarok és az
öngyilkossági veszélyeztetettség összefüggései településszociológiai
tényezőkkel. TBZ Bulletin, V, 1985. 32-74.

Komáromi Andrásné: A gyermekgondozási segélyt igénybevett nők anyagi és
társadalmi helyzete, különös tekintettel a házasság és a család tár-
sadalmi fontosságára. Szakdolgozat 1985. Egészségügyi Főiskola

Központi Statisztikai Hivatal: A gyermekgondozási segély igénybevétele és
hatásai (1967-1980). Társadalomstatisztikai Közlemények 492. kötet Bp.
1981. július 2/10.

Kopp Mária dr. - Skrabski Árpád: A neurózis szempontjából különösen ve-
szélyeztetett társadalmi csoportok. Tanulmányok a társadalmi beillesz-
kedési zavarokról (Szerk. Münnich I.) Kossuth, 1988.

Kopp Mária, Skrabski Árpád: A társadalmi beilleszkedési zavarok szempont-
jából veszélyeztetett helyzetű csoportok szociálpszichiátriai jellem-
zői. Alkohológia, 1985, 2, 20-24.

Losonczy Ágnes: Az életmód az időben, a tárgyokban és az értékekben.
Gondolat Bp. 1977.

Lyanne A. Hall, Earl S. Schaefer, and Raymond S.Greenberg: Quality ad
quantity of social support as correlates of psychosomatic symptoms
in mothers with young children.
Research in Nursing and Health, 1987.10.287-298.

Miltényi Károly dr., Jobb Sándor dr., Kiss Júlia: A gyermekgondozási
díj igénybevétele és hatásai. Társadalomstatisztikai Közlemények,
Központi Statisztikai Hivatal, Bp. 1988.

Pető Zoltán dr., Gárdián Erzsébet dr., Makai Zsolt dr.: Gyermekgondozá-
si segély, az anyák és a társadalmi környezet. Medicus Universalis
XIII./5. Bp. 1980.

S.Platt: Parasuicide and unemployment. British Journal of Psychiatry (1986)

Vecsenyi Katalin: Gyesen voltam Amerikában Bp. 1988. Magánkiadás.

1. melléklet

1. Felmérés száma:

 1-2

2. Azonosító/sorszám/:

 3-7

3. Kártyaszám:

 1 8

4. Felvétel időpontja:

 9-14
év hó napSzemélyi adatok:

5. Név:.....

6. Lakáscím:.....

7. Neme:

 15

férfi/1/

nő/2/

8. Születés dátuma:

 16-23
év hó nap

9. Iskolai végzettség:

 24

8 általánosnál kevesebb/1/

8 általános/2/

8 általános+tanfolyamok/3/

szakmunkásképző/4/

technikum v. szakközépiskola/5/

gimnáziumi érettségi/6/

érettségi+államvizsgálóval járó tanfolyamok/7/

főiskola vagy egyetem/8/

10. Jelenleg, munkája mellett végez-e tanulmányokat?

 25

igen/1/

nem/2/

Foglalkozási adatok: 26

11. Foglalkozási viszony:

állami alkalmazott/1/

szövetkezeti tag/2/

önálló/3/

segítő családtag/4/

nincs foglalkozási viszonya /eltartott//5/

alkalmi munkás /6/

12. Alkalmazási minőség:

 27

értelmiségi/1/

irodai dolgozó/2/

szakmunkás/3/

betanított munkás /4/

segédmunkás/5/

passzív kereső /leszázalékolt//6/

passzív kereső /nyugdíjas//7/

eltartott /gyermek, beteg//8/

GYES/9/

13. Jelenlegi beosztása:

 28

beosztott/1/

csoportvezető /2/

osztályvezető /3/

magasabb beosztású vezető /4/

Nyugdíjasoknál a legutolsó munkahely adatait kell figyelembe venni!

14. Jelenlegi munkahelyén mióta dolgozik? 29
 0-1 év /1/
 1-5 év /2/
 5-10 év /3/
 több mint 10 éve /4/
15. Hány műszakban dolgozik? 30
 egy műszak /1/
 két műszak /2/
 három műszak /3/
16. Munkatársakkal való viszonya? /szubjektív/
 jó /1/
 tűrhető /2/
 rossz /3/ 31
17. Jelenlegi munkahelyén fegyelmi eljárása? 32
 volt /1/
 nem volt /2/
18. Jelenlegi munkahelyén az utolsó öt évben
 kapott-e dicséretet vagy jutalmat? 33
 igen /1/
 nem /2/
19. Az utolsó 10 évben hány munkahelye volt?
 munkakörök felsorolása /interjú/ 34-35
- | időtartam | munkakör |
|-----------|----------|
| 1..... | |
| 2..... | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| 5..... | |
- Szabadidő /munkakörön kívüli elfoglaltság/
20. Közlekedéssel eltöltött idő naponta? 36
 0-1 óra /1/
 1-3 óra /2/
 3-5 óra /3/
 több /4/
21. Háztartási munkával eltöltött idő naponta? 37
 0-1 óra /1/
 1-3 óra /2/
 3-5 óra /3/
 több /4/
22. Újságolvasás 38
23. Szakirodalom olvasás 39
24. Szépirodalom olvasás 40
25. TV nézés 41
26. Rádióhallgatás 42
27. Zenehallgatás 43
 naponta /1/
 alkalmilag /2/
 nem /3/

28. Színházlátogatás 44
29. Mozilátogatás 45
30. Hangversenylátogatás 46
 rendszeresen /1/
 alkalmilag /2/
 nem /3/
31. Van-e hobbija? /barkács, kertészkedés, állat-
 gondozás, kézimunka, autószerelés, horgászás stb./ 47
 igen /1/
 nem /2/
32. Játék? /kártya, sakk, ping-pong, társasjáték stb./ 48
 igen /1/
 nem /2/
33. Sport? /torna, uszás, turisztika, si, tenisz, stb./ 49
 alkalmilag /1/
 rendszeresen /amatőr//2/
 rendszeresen /egyesület, iskola//3/
- Családi állapot: 50
34. Családi állapot:
 nőtlen v. hajadon /1/
 házas, együttél /2/
 házas, külön él /3/
 élettárs /4/
 elvált, együttél /5/
 elvált, külön él /6/
 özvegy /7/
35. Ha házas, hányadik házassága? 51
36. Ha elvált, hányszor? 52
37. Közös háztartásban élő családtagok száma? 53-54
 egyedül él /1/
 rajta kívül egy családtag /2/
 rajta kívül két családtag /3/
 stb.
38. Közös háztartásban élő nem családtagok száma? 55-56
 egyedül él /1/
 rajta kívül egy idegen /2/
 rajta kívül két idegen /3/
 stb.
39. Közös háztartásban élő aktív keresők száma? 57-58
40. Közös háztartásban élő passzív keresők száma? 59-60
41. Közös háztartásban élő eltartottak száma? 61-62
42. Saját kereset, jövedelem havonta? Ft 63-68
43. Közös háztartásban élők összkeresete? Ft 68-73

44. Lakáshasználat jogcíme: 74
 ideiglenes bérlő /1/ szükséglakás//1/
 munkásszállás /2/
 jogcím nélkül /3/
 szolgálati lakás /4/
 társbérlő /5/
 albérlő /6/
 főbérlő /7/
 tulajdonos /8/
 családtag /9/

45. Szobák száma: 75

46. Lakás komfortfokozata: 76
 komfort nélküli/1/
 félkomfort/2/
 komfort /3/
 összkomfort /4/
 luxus /5/

47. Villany 77

48. Gáz 78

49. Vizvezeték 79

50. Központi fűtés 80
 van /1/
 nincs /2/

51. Felmérés száma: 1-2

52. Azonosító: 3-7

53. Kártyaszám: 8

54. A lakás megvilágítása: 9
 sötét /1/
 világos /2/

55. A lakás falai: 10
 nedvesek /1/
 szárazak /2/

Baráti kör:

56. Gyerekkori barát? 11

57. Munkahelyi barát? /Felnőttkori barát/ 12

58. Alkalmi ismerősök? 13

59. Utcai, vendéglői, kocsmái ismerősök? 14

60. Rokonságból barát? 15
 van /1/
 nincs /2/

61. Közös háztartásban élőkkel viszonya? 16
 jó /1/
 tűrhető /2/
 rossz /3/

62. A házban haragosa? 17

63. A munkahelyén haragosa? 18
 /Akivel nem beszél, akit elkerül/
 van /1/
 nincs /2/

Alkoholfogyasztás:

64. Hol szokott alkoholt fogyasztani, mikor? 19
 Otthon:

Vendégségben: 20

Kocsmában: 21

Munkahelyén: 22

alkalmilag /1/
 hetenként többször /2/
 naponta /3/
 hétvégén /4/
 nem iszik /5/

65. Egy-egy alkalommal miből mennyit fogyaszt? 23
 tömény szeszből?

0,5 - 1 dl /1/
 1 - 3 dl /2/
 3 - 5 dl /3/
 több /4/

borból? 24

1/4 - 1/2 l /1/
 1/2 - 1 l /2/
 1 - 2 l /3/
 több /4/

sörből? 25

1/2 - 1 l /1/
 1 - 3 l /2/
 3 - 5 l /3/
 több /4/

66. Volt-e részeg az utolsó 3 évben? 26

nem /1/
 nagyon ritkán /évente/ /2/
 ritkán /havonként/ /3/
 gyakran /4/

67. Alkoholfogyasztás miatt fegyelmi a munkahelyén: 27

rendőrségi eljárás: 28

birósági eljárás: 29

családi veszekedés: 30

tettlegeesség: 31

volt /1/

nem volt /2/

68. Állott-e kezelés alatt az utolsó 3 évben?
magasvérnyomással 32
cukorbetegséggel 33
szívbetegséggel 34
májmegbetegedéssel 35
gyomorbetegséggel 36
ideg v. elmebetegséggel 37
egyéb betegséggel 38
igen /1/
nem /2/
69. Vannak-e szubjektív panaszai, melyekkel
nem fordult meg orvoshoz? 39
igen /1/
nincsenek /2/
70. Volt-e öngyilkossági kísérlete? 40
igen /1/
nem /2/
71. Volt-e a családban öngyilkosság? 41
igen /1/
nem /2/

Kérdőív a neurosis diagnosishoz:

A kérdőív kitöltésekor minden kérdést végig kell kérdezni.
Vigyázat! Egyes kódszámok súlyozottan szerepelnek. A kitöltés-
kor minden kérdésre válaszolni kell, mert a pontszámok össze-
adásával nyerünk támpontot a diagnosis felállításához.

Ha valamilyen oknál fogva egy kérdésre nem kapunk választ,
a kérdőív értékelhetetlen. Jelen esetben a 0 is értékes szám,
a tünet hiányát jelzi.

72. Milyen gyakorisággal fáj a feje? 42
soha /0/
ritkán /1/
hetente /2/
naponta /3/
állandóan, folyamatosan /4/
73. Könnyen alszik-e el? 43
igen /0/
nem /1/
74. Milyen az alvása? 44
folyamatos, mély /0/
felületes, kis zajra is felébred /1/
szakaszos, gyakran felébred /2/
75. Reggel pihenten ébred-e? 45
igen /0/
nem, de kb. fél óra alatt felfrissül /1/
nem, és tartósan fáradt /2/

76. Érez-e indokolatlan félelmet, szorongást? 46
 nem /0/
 igen ritkán /2/
 gyakran /4/
77. Vannak-e tartós, 2-4 hétig tartó hangulat-
 változásai, elsősorban lehangoltság? 47
 nem /0/
 igen /2/
78. Szokott-e tartósan 2-4 hétig türelmetlen lenni? 48
 nem /0/
 igen /1/
79. Volt-e olyan periódusa, minimálisan 1 hétig,
 amikor munkaképessége csökkent, de konkrét meg-
 betegedés nem volt megállapítható. Pl. fáradtság,
 kimerültség, koncentrációgyengesség, türelmetlenség. 49
 nem /0/
 volt, egyszer /1/
 volt, gyakrabban /2/
 jelenleg is van /3/
80. Szívtáji szurást, szivdobogást érez-e? 50
 /Orvosi vizsgálat szivbetegséget, magasvérnyomást
 nem állapított meg./
 nem /0/
 nagyon ritkán /1/
 gyakran /2/
81. Érez-e gyomorfájdalmat? 51
 /Orvosi vizsgálat gyomorbetegséget nem állapított
 meg. /
 nem /0/
 nagyon ritkán /1/
 gyakran /2/

Factor Constructing Rating Scale /FCRS/

A következő skálán a tüneteket súlyosságuk szerint kell meg-
 teltetni /1 - 7 ig/, és a megfelelő számot az üresen hagyott -be
 beírni!

A hét fokozat a következő:

nincs /1/
 igen gyenge /2/
 gyenge /3/
 mérsékelt /4/
 mérsékelten erős /5/
 erősen /6/
 igen erősen /7/

82. Formai gondolkodászavarok: zavartság, kuszaság, csökkent asszociációk, rossz emlékezet, desorientatio. 52
83. Partalmi gondolkodászavarok: Az észreveves és gondolkodás bizari zavarai, hallucinatio, vagy tev-eszmék. 53
84. Erzelemszegénység: Az emotionalis fogekonyság elvesztése, vagy csökkenése, eltompulás. 54
85. Bizari motoros jelenségek: motoros jelenségek egyes, ritus-szerű vagy ismételt előfordulása /tic-ek kivételével/ 55
86. Psychomotoros meglassubodás: nehézkes, lassu, erőltetett, vagy gyenge beszéd és mozgások. 56
87. Agitatio - izgatottság: Szertelen, vagy tulhajtott motoros aktivitás, hangos, vagy gyors beszéd. 57
88. Agresszió: Bosszuvágyó szándékok, ellenségeskedés, bün-projectio. 58
89. Bűnösség érzések: Bün introjectioja, önkritika, önvád. 59
90. Depresszív hangulat: Kétségbeesés, szomorúság, pesszimizmus, reménytelenség 60
91. Emelkedett hangulat: Tulhajtott elenkység, optimizmus, euphoria 61
92. Passzív önállatlanság: Vezetés és megerősítés keresése, hiányzó bizalom és önbizalom. 62
93. Domináló tartás: Agresszív, rámenős, parancsola, domináló 63
94. Elhárító tartás: Idegenkedés a problémák és konfliktusok psychopatologiai elfogadásától, vagy képtelenség ennek felismerésére. 64
95. Intellektualizálás: Felszines magyarázat valódi megértés, vagy emotionalis részvétel nélkül. 65
96. Tuláradó fellengzősség: Dramatizált, tulhajtott felszines emotionalis részvétel nélkül. 66
97. Neuroticizmus: Üldözési téboly, kényszerek, vagy phobiák. 67
98. Szorongás, feszültség: Belső nyugtalanlás, félelmek, szorongás vagy kellemetlen közérzet, többnyire idegességgel és feszültséggel együtt. 68
99. A kitöltő orvos neve:..... 69-70
100. A vizsgált személy nyugdíjasként dolgozik?
igen /1/
nem /2/ 71