

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA
ÉS A
MAGYAR KATONAI
KATASZTRÓFAORVOSTANI
TÁRSASÁG LAPJA



Szerkesztőbizottság

Elnök:

Dr. Svéd László

Elnökbélyettes:

Dr. Orgován György

Főszerkesztő:

Dr. Hideg János

Tagok:

Dr. Berky Mihály,

Dr. Birkás János,

Dr. Faludi Gábor,

Dr. Farkas József,

Dr. Fűrész József,

Dr. Grósz Andor,

Dr. Hetei Péter,

Dr. Horváth István,

Dr. Katona István,

Dr. Kovács Gábor,

Dr. Liptay László,

Dr. Magyar László,

Dr. Németh András,

Dr. Rókusz László,

Dr. Zsiros Lajos

LVII. ÉVFOLYAM
2004/1.

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA
ÉS
A MAGYAR KATONAI-KATASZTRÓFAORVOSTANI
TÁRSASÁG LAPJA

LVII. ÉVFOLYAM
2004/1.

HONVÉDORVOS SZERKESZTŐSÉGE

Dr. Dávid Gábor, Dr. Fiam Béla, Dr. Breznayné F. Ilona

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. vagy 1555 Budapest Pf.: 68.

Telefon: 350-0611/13-12 vagy 18-65 mellék, HM: 161-43 vagy 171-80, Fax: 237-0438

Kiadja: MOHA Nyomdaipari és Kiadó Kft., 1047 Budapest, Tinódi u. 22. Tel.: 390-1029

Kiadásért felelős: Harkai István,

Index: 25376 HU ISSN 0133-879

TARTALOM

Dr. Buda Béla Ph.D., habil.

Segítő és fejlesztő kapcsolatok intézményes és szervezeti problémái „Totális intézmények” kérdései 5

Dr. Szilágyi Zsuzsanna o.ezds., Ph.D.

A kábítószerézés pszichológiai háttértényezőinek feltárása és preventív törekvések a fegyveres testületek állományában 25

Tarnóczy Richárd p.őrgy.

Az Assessment Centre technika alkalmazásának lehetséges aspektusai az ENSZ és NATO missziók személyzetének kiválasztása során 44

Forgó Pál alez.

Az akut miokardiális infarktus ellátásának pszichológiai feladatai a korai aloszcensz szakban 74

Dr. Bagdy Emőke Ph.D.

Mentálhigiéné – korszakok, paradigmák és az ezrdeforduló jellegzetességei 88

Fekete Melinda őrgy.,

Rózsa Sándor

Az új sorozási teszt-battéria alkalmazása során szerzett tapasztalatok 96

Budavári-Takács Ildikó szds.

Bűnözők konfliktus helyzetekben
A Társas Orientációk mögötti burkolt személyiségelméletek 103

Láng Károly őrgy.

Depresszió és öngyilkosság a büntetés-végrehajtásban 123

Dr. Kósa Karolina Ph.D.,

Kovács Dóra

Egészség és egészségkockázati magatartás hátrányos helyzetű gyermekek körében 137

CONTENTS**B. Buda M.D., Ph.D., habil.**

Institutional and oraganizational problems of helping relationships. Issues of „total institutions” 5

Col. Zsuzsanna Szilágyi M.D.M.C., Ph.D.

Revealing the psychological background of drug using behaviour and preventive approaches in the armed forces 25

Maj. R. Tarnóczy

Possible aspects of Assessment Centre method in personnel selection for UN peacekeeping and NATO missions. 44

Lt.Col. P. Forgó

Psychological tasks of treatment of patients in early convalescens period after the myocardial infarction. 74

Emőke Bagdy M.D., Ph.D.

Eras in mental health education, paradigms and the characteristics of the millenium 88

**Maj. Melinda Fekete,
Rózsa Sándor**

Psychometric properties of the new Hungarian testbattery for recruitment 96

Capt. Ildikó Budavári-Takács

Delinquents in conflict situations. Implicit personality theories behind the social orientations 103

Maj. K. Láng

Depression and suicide in implementation of punishment 123

**Karolina Kósa M.D., Ph.D.,
Dóra Kovács**

Health and health behavior in disadvantaged children 137

Segítő és fejlesztő kapcsolatok intézményes és szervezeti problémái. „Totális intézmények” kérdései.

Dr. Buda Béla Ph.D., habil.

Kulcsszavak: segítés, pszichoterápia, társadalmi változás, intézmények, szervezetek, totális intézmények, fegyveres szervezetek, pszichológiai fejlesztés

Korunk a lélektani segítés és terápia korszaka, ez az orvoslásból fejlődött ki, és a magánvilág része volt, és egy ideig ellentétesnek látszott az intézmények és a munkaszervezetek légkörével, amely a benne működő emberekkel szemben magas követelményeket állított. A dolgozat ismerteti az intézmények és szervezetek szociológiai és társadalomlélektani sajátosságait, kitér a „totális intézmények” koncepciójára, amely a fegyveres erőkre és szervezetekre is kiterjed, amelyek igazában hagyományos intézmények. Korunkban a segítés és a terápia is behatol az intézményekbe és szervezetekbe, de azok belső élete is változik, és egyre több szolgáltatást és fejlesztést kínál a benne foglalt embereknek. Ilyen módon a segítés ma már nincs ellentétben a szervezeti szférával, még a szigorú intézményekkel sem. Különösen a fejlesztés koncepciója és szemlélete járult hozzá, hogy a segítés kultúrája ezekbe a rendszerekbe is behatoljon.

A segítő kultúra és a segítő kapcsolatok jelenségköre látszólag ellentmondásban van a fegyveres testületek világával. A fegyveres testületekben a kiválóság, a teljesítmény, a fegyelem áll reflektorfényben, természetes az elittudat, a versengés és az alkalmatlanok vagy testületi szellemiség értékeit és normáit nem képviselő elutasítása (büntetése vagy kizárása). Keménység, erő, egészség a jelszó, a parancs és a ranghierarchia határoz meg mindent. Bár e tekintetben az utóbbi fél évszázad fegyveres testületeiben sok a változás, de alapvetően a régi katonai mentalitás és intézményi kultúra határozza meg a viszonyokat. Elkezdődött bizonyos

humanizáció, ma már kevés helyen képviselik a régi vasfegyelmet, a gyengék megbélyegzését vagy a vak önfeláldozást, növekvő szerepe van az értékazonosságnak, szervezeti identitásnak, az összetartozás és a közös célok tudatának, de a vezénylés és a hatékonyság klasszikus szervezeti szempontjai ma is a legfontosabbak.

Ugyanakkor korunkat segítő társadalomnak is nevezik, a köztudat jelentős mértékben utasítja el a militarista lelkiületet, polgárbarát és szolgáló rendőrséget szeretne, a büntetésvégrehajtásban is megkérdőjelezi az önmagáért való szigort vagy a viszonyok embertelenségét. Ez az egyik

oldal, a másik pedig az a törekvés, hogy mindenki kapjon segítséget alkalmazkodási problémáinak megoldásában is, ne elkülönítés legyen, hanem differenciális felkészítés is, ha ez kell az esélyek egyenlőségéhez, és büntetés vagy kizárás helyett segítő foglalkozás, fejlesztés, akár terápia vegye át az irányítást. Ugyan ez a segítő szemlélet még a legfejlettebb társadalmakban sem érvényesül teljesen, de azért terjed, és eléri a társadalom különféle intézményeit, a teljesen zártakat is, köztük a fegyveres testületeket.

Hogyan oldódnak fel az ellentmondások, hogyan találkozhat a segítő lelkület és a pszichokultúra a fegyveres testületekkel és a többi zárt intézménnyel, milyen fejlemények várhatók e téren?

E kérdések megválaszolására célszerű áttekinteni a segítés történelmi evolúcióját, a segítő kapcsolat jellegét és annak társadalmi kontextusát, ki kell térni az intézmények, s szervezetek szociológiai és társaslélektani lényegének bemutatására, vizsgálni a segítés folyamatait az intézményekben és szervezetekben, megvilágítani a fejlesztés dimenzióját, és annak szervezeti lehetőségeit és kritikusan elemezni korunkat, a posztmodern korszaknak nevezett időszakot, abból a szempontból, hogy történik-e itt valamilyen fordulat vagy csak új illúziókat táplálunk.

1. A segítés evolúciója

Számos megfontolás húzza alá, hogy a kezdeti társadalmak eleve a szolidaritás és a kölcsönös segítés kultúráira épültek, ezt mutatja a kulturális

antropológia és a történelmi néprajz. Ebben a kollektív azonosságtudat játszotta a főszerepet, továbbá a mindennapi életben folyamatosan megmutatózó egymásrautaltság. Így is megjelent az emberi egzisztenciában a kivédhetetlen és megoldhatatlan problémák sora, a betegség, a gyász, a fogyatékoság, és ezzel minden társadalmi alakzatnak kellett valamit kezdenie. Eleinte a vallás keretében jöttek létre a gyógyítás, a vigasztalás és a támogatás ritualizált formái, a segítő szerepek, amelyek lényegében közbenjárni próbáltak a bajban lévő érdekében a természetfeletti erőknél. Mivel az egyszerű társadalmakban nagy fontosságú volt a rend, gyakran a bajban lévőket a vallási eszmék jegyében kirekesztették vagy feláldozták (pl. a súlyos betegeket vagy a magatehetetlen öregeket, ill. a rendszembetűnő megsértőit). A kereszténység megjelenése hozott változást, ugyanis az eredendő bűn és a megváltási szükséglet és aktus mintegy új „antropológiát”, vagyis emberképet terjesztett el, amely szerint a segítésre – legalábbis lelki értelemben – minden ember rászorult és jogosult. Közben kialakultak az adott korszaknak megfelelő civilizációs szinten a tömegtársadalmak, új vetületekben fogalmazódott meg a hatalom ill. az uralom, és a hétköznapok szervezetté, erőszakosan szabályozottá, a felügyelet és a büntetés elvei szerint irányítottá váltak. Ez érvényesült a középkor és újkor központosított hatalmaiban, amelyekben nagy szerepet játszott a félelemkeltés, mint ezt Foucault híres munkájában, a *Surveiller et punir* (Felügyelni és büntetni) című könyvében kimutatta [11].

Ugyanakkor ezekben a társadalmakban már kialakult a polgárság, többek között a protestantizmus hatására, amelyről *Max Weber* írt e vonatkozásban [29], elkezdődött a társadalom individualizációja, vagyis az önrendelkezésének, autonómiájának növekvő szerepe. E folyamatban az egyén kiemelkedett, felértékelődött, és az újkorban, ill. a legújabb korban a polgári világ már egyénközpontú emberképre épült, ennek jegyében szerveződött. E korban jelentek meg a mai intézmények ősei, pl. a jogvédelem az igazságszolgáltatásban, a gyógyítás új szervezetei, a bizalmi viszonyformák a segítségben, és benne a titoktartás (vagyis az egyén érdekeit védő információvédelem) elve.

A pszichoterápia, mint a lelki segítség diszciplináris formája a 19. század végén jelent meg, amikor már a bizalmi orvos-beteg reláció intézményesedett, és az akkorra már kiteljesedett ügyvédi vagy bankári viszonyformák mellett a pszichoterápia is teljesen az egyén szolgálatként koncipiálódott. Az ekkorra kialakult individuális emberkép volt az alapeszme, amelyhez ez a gyakorlat is igazodott.

A 20. században ez a helyzet teljessé vált ki és terjedt el. Bizonyos pszichoterápiás módszerek iránt nagyon megnőtt a társadalmi kereslet és ezek elméletei is nagy befolyást gyakoroltak a közfelfogásra, kultúrára. De kialakultak új módszerek és irányzatok is, a pszichoterápia szakmái mellett különféle más segítő foglalkozási körök is létrejöttek pl. szociális munkások, tanácsadók), oldódott az emberkép individualitásának merev képviselése is, mert az egyén mind-

inkább a társas viszonyok keretében, továbbá fejlődő lélektani rendszerként koncipiálódott, amelyben az egészség és a betegség, az egyensúly és a probléma mindinkább a társas viszonyok állapotának és fejlődéslelektani történetiségének keretében jelent meg. A 20. század végére már ún. psychoboom, vagyis segítési divatkorszak ill. sajátos kultusz alakult ki, már kibontakozó új képpel az emberről, új „antropológiával”.

2. A segítő kapcsolat és annak társadalmi hátterei

Az említett folyamatban a 20. század

- A természetes közösségek szolidaritása és segítési kultúrája, a közös azonosságtudat különböző formáinak szerepe
- Közbenjárás a természetfelettnél – a vallás és a gyógyítás ritualizált formái, a segítő szerep korai változatai
- A kereszténység segítési etikája – antropológiai vonatkozások
- A hétköznapok rideg valósága – a bűn és a büntetés dominanciája – Foucault: *Surveiller et punir...*
- Az individualizáció korának kezdetei – a gyógyítás és a jogi képviselet bizalmi viszonyai
- A polgári társadalom egyénközpontú emberképe, az önrendelkezés értéke, a titoktartás növekvő hangsúlya
- A pszichoterápia megszületése a zárt, individuális emberkép jegyében
- A segítés fogalom- és szerepkörének kitágulása – a „psychoboom” és a segítő társadalom – újabb antropológiai és társadalomfilozófiai dilemmák.

I. táblázat: A segítés evolúciója

második felére lényegében a lelki segítséget a pszichoanalitikus modell jellemezte. Ez a beteg ill. kliens teljes meg-

nyilvánulási szabadságát, a segítő kapcsolat teljes privatizáltságát jelentette. Ez abból indult ki, hogy az egyén maga képes csak a konstruktív változásra, ehhez a terápiás kapcsolat csak hozzásegíti, és így a gyógyulás lényegében az ő dolga.

E modellbe természetesen nem fért bele minden jelenség, amelyben a segítségre szükség volt, ill. amelyben erre kísérletet tettek, erre is vonatkozik a psychoboom kapcsán említett sokféle változás. Nem lehetett pl. e modell szerint elképzelni a gyermekek terápiáját, az ellátási rendszerekben (és kivált a kórházban) folyó segítség is sokban korlátozza a kliens autonómiáját, de az emberek nagy része nem tudja a segítő kapcsolatot pénzügyileg sem fenntartani, ezért pl. biztosító rendszerek támogatására szorul, és ekkor már szükségessé válik a segítő folyamat valamiféle ellenőrzése is. Ugyanez a helyzet, ha a problémás ember – pl. adott életszakaszából eredően – valamilyen meghatározó társadalmi intézmény tagja (iskola, nevelőintézet, katonaság, rendőrségi eljárás, büntetésvégrehajtás, stb.), ilyenkor az intézmény nem enged teljes önállóságot, a segítség felett is gyakorol valamilyen ellenőrzést. Mindez azt jelenti, hogy az eredetileg két-személyes folyamatba valamilyen harmadik ágencia is belép (third party interest), amellyel a terapeutának kapcsolatba kell lépnie, és amellyel a kliens információit valamilyen fokig meg kell osztania.

Lényegében ez a modell mutatja problémásnak vagy akár összeférhetetlennek a segítségi gyakorlatot és a kemény, az egyént bevonó társadal-

mi intézmények, mint pl. a fegyveres testületek légkörével.

De ez a „harmadik szereplő” momentum már mutatja, hogy a hagyományos határok változnak. A terápiás elméletek amúgy is rámutatnak, hogy a segítés klienseit több szempontból sem lehet autonómnak és individuálisnak tekinteni, pl. a terápiáért járó fizetséget nem maguk keresik meg, hanem családjuktól kapják, ill. gyakran eleve nem tudnak együttműködni a terápiás segítséggel, és annak érdekében, hogy mégis lehessen segíteni nekik, valamiféle ellenőrzésre, vagy akár kényszerítésre is szorulnak. Ilyenkor a segítség bonyolulttá, többszörössé válik, a tulajdonképpeni terápiához külső, segítő célú, de a hagyományos segítő kapcsolatoktól eltérő jellegű erőterek és kapcsolatok közreműködése is kell. A 20. század végére már több irányzat kétségbe is vonta, hogy érdemes-e fenntartani az autonóm, egyedi páciens vagy kliens fikcióját, hiszen a segítés rejtett elutasítása nagyon gyakori. E körülménnyel egyébként valamennyire számolt a pszichoanalitikus elmélet is, az ellenállás fogalmával fejezte ezt ki, de ezt feloldhatónak tételezte az egyéni érdekeltség jegyében. Más irányzatok már az emberképen is módosítást javasoltak, utalva arra, hogy a viselkedésben eleve lényeges, esetenként meghatározó a külső információs kontroll és a viselkedési előírások, normák sora, ezek áthálózják a magánszférát (pl. az intim kapcsolatokhoz, vagy a családhoz való alkalmazkodás elvárásaiként), az autonómia tehát eleve korlátozott, a mai világban új meghatározásra szorul.

Egyfelől ez az autonómia lehet nagy, pl. a modern ember jogszerű módon akar rendelkezni saját teste és élete felett (lásd a Mégis, kinek az élete? című híres színdarab dilemmáját – vagyis az eutanáziát –, a nemek átoperálását – a transzszexualizmus jelenségét –, vagy az önkárosítás különféle formáira irányuló igényt), másrészt a gyakorlatban az egyéneken kívül sokan mások dönthetnek arról, hogy valaki szorul-e segítségre, és ha igen, milyenre, és e sorban a közeli hozzátartozóktól intézményeken át egészen az államig terjedhet a beavatkozásra illetékesek listája.

A mai társadalomban tehát változóban van a lelki segítség alapmodellje, a kép kétségtelenül bonyolultabb, de pragmatikusabb. Korábban arra irányult a törekvés, hogy ne minősítések (pl. diagnózisok, intézményes döntések vagy ítéletek) határozzanak a segítsérről, de ez – úgy látszik – nem volt igazán megvalósítható, valamilyen címke, minősítés kell, pl. a betegbiztosításnak, és kivált kell ilyen, ha a nagy társadalmi intézményekben valamilyen felmentés vagy legitimáció is kell a segítséhez. Ezért ma nagyon sokféle megoldás létezik, egyfelől megvannak még a régi individuális elvek, pl. védik a személyiségre vonatkozó adatokat, bizonyos segítségformákat szinte konspiratív biztonsági szabályokkal együtt is igénybe lehet venni, és erőteljes szempont az egyénre irányuló lelki megelőzés és egészségvédelem, de másrészt terjed valamilyen magasabb rendű – ugyan egyénre vonatkoztatott, de – társadalmi érdek uralma, amely a problémás embert mindenképpen

segíteni próbálja. Valamiféle új emberkép körvonalazódik ebből a gyakorlatból is, az önképviselet, a viselkedési kompetencia, az érdekérvényesítő képesség, az adaptációs és önmegvalósítási alkalmasság új felfogása, és ebből származóan a szolidaritás és a közös felelősség új szemlélete. A társadalom által nyújtott és néha erőltetett segítség az emberi méltóság megőrzése és a szükséges kényszer minimalizációja mellett folyik. Ennek az új segítségi filozófiának még nincs kimunkált változata, de az bizonyos, hogy a zárt határáú egyén helyett a kapcsolati mátrixokban élő, szociokulturális erőterben fejlődő ember nyílt rendszerjellegű modellje körvonalazódik. Mindenesetre ebből a felfogásból olyan gyakorlat ered, mint pl. a deviáns viselkedésmódok fokozódó dekriminálizációja, és orvosi vagy pszichiátriai átértelmezése (medikalizációja ill. pszichiatrizációja) és kezelése, tehát segítő megközelítése [24, 26].

3. Intézmények és szervezetek

A helyzet jobb megértése érdekében érdemes közelebbről szemügyre vennünk az intézmény és a szervezet jelenségét ill. fogalmát. A német filozófus, *Jürgen Habermas* heurisztikus kifejezése szerint az egyén saját (főleg szabadidős) magánvilága, az „életvilág” igyekszik elkülönülni a társadalmi élet szervezett oldalaitól, a „rendszerétől” [14]. Rendszer a modern társadalomban sokféle formában működik, és gyakran behatol a magánszférába, az életvilágba is. Totalitárius társadalmakban ez a behatolás gyakran erőteljes és mélyreható, de a legliberálisabb és demok-

- A segítség pszichoanalitikus modelljének uralma a 20. században. A beteg ill. a kliens teljes megnyilvánulási szabadságának elve
- Dilemmák és korlátozó körülmények – gyermekek, ellátási ill. biztosítási rendszerek, intézményes keretek (pl. kórház) ill. a beteg adott életszakaszát meghatározó intézmények (iskola, hadsereg, rendőrség, büntetésvégrehajtás, stb.) szerepe, az ellenőrzés kérdése
- Együttműködés a segítséssel – a segítség szükségletének kettős vagy többszörös meghatározása, a segítség rejtett vagy nyílt elutasítása
- Az információs kontroll és a magánszférába nyúló viselkedési előírások problémája – meddig terjed az autonómia és a magánélet ?
- Mégis, kinek az élete? - a segítség döntési jogai az egyéntől a családon át az intézményekig és az államig
- A minősítés elkerülhetetlensége a segítségben – a segítség távlati implikációi, érdekkorlátozó minősítések (alkalmasság, előítéletek, stb.)
- Régi megoldási kísérletek – a megelőzés elve, a lelki védelem és erősítés (mentálhigiéné), adatvédelmi törvénykezés, konspiratív biztonsági kínálatok
- A segítség indikációinak kiterjedése – a deviáns viselkedésmódok dekriminalizációja – a bűnnel együtt – medikalizációja és pszichiatrizációja.

II. táblázat: *A segítő kapcsolat és annak társadalmi hátterei*

ratikus körülmények között is gyakran érvényesül. A „rendszerek” típusos formái az intézmények és a szervezetek. Szociológiai értelemben az intézmények és a szervezetek hasonlítanak egymásra, mindegyik munkamegosztási rendszer, amely valamilyen feladat lebonyolítására alakult ki, hierarchikus hatalmi viszonyokkal, információáramlási folyamatokkal, szerepekkel és a szerepekhez kapcsolt viselkedési ill. tevékenységi szabályokkal. [9, 15, 23]. A különbség csak az, hogy az intézmények ősi

eredetűek, a modern társadalmak kezdetein létrejöttek, és feladatuk az emberi viselkedés szabályozása vagy fejlesztése, ezzel szemben a szervezetek munkára, adatkezelésre irányulnak, szerkezetük változó, és a civilizáció és a technológia fejlődésével párhuzamosan erőteljesen változnak is, napjainkban különösen. Az intézmények szerkezete ezzel szemben konzervatív, szellemiségük alapvető értékeket tükröz, a szerepek gyakran formálisak és sok olyan előírást tartalmaznak, amelyek az intézményi szerepfeladattal nem állnak (már) szoros összefüggésben. Klaszikus intézmény a hadsereg, az iskola, az egyház, a kórház ill. a gyógyítás viszonykerete, a bíróság, stb. Az intézményekben általában sok a jelkép ill. az emblematikus jelzés, mint pl. az egyenruha (ez sokáig az iskolában is megvolt), ezek általában azt jelzik, hogy az intézményben az egyén szerepe csak másodlagos az intézményhez tartozás után. Történetileg nyilván a sok száz, esetleg ezer éven át fennálló intézmények adták a munkaszervezetek mintáit, csak azokban a szükséges változások megszüntették a formális elemeket és a Max Weber által „célracionálisként” leírt rugalmasság vált uralkodóvá. Az intézményben és a szervezetben egyformán fontos a hatalom, ezért pl. a tekintélyelv, az intézmények egyik jellegzetessége, egészen a legutóbbi időig a szervezetekben is megmaradt. Az intézményekben sok a rituális, szinte kultikus cselekményforma.

Az intézmények közé tartoznak a kultúra rendszerei is, pl. a zene, a tánc, az irodalom, a képzőművészet

szervezetei és fórumai. Itt is ugyanúgy megvan egy sor eredetmítosz, történeti narratíva, viselkedési kód, és itt is valamiképpen a lélektani befolyásolás az intézmények célja, és az ilyen intézményekben is közös, hogy az intézmény tagjává válni általában külön szocializációs folyamat eredménye, amelyben azon túl is kell lelki beállítódásokat és magatartási készségeket tanulni, hogy valaki a saját szerepe és funkciói feladatait el-sajátítja. Minden intézményben külön értékrendje van a fegyelemnek, a sajátos magatartási teljesítményeknek, még ha ezek jellege és belső célja is más.

Ma intézmény a hírközlés, a tömegkommunikáció, a média is, és ez pl. a kultúra intézményeinél nagyobb hatékonysággal járja át a többi intézményt is. Korábban pl. a katonaságot lehetett zárt rendszerként kezelni, kaszárnyákban és bázisokban lehetett úgy tartani egyben a harcosokat, hogy más információt nem kaptak, mint amit előljáróik mondtak nekik (még másfél évtizede pl. ilyen lehetett a nálunk állomásozó szovjet hadsereg helyzete, és ma talán még ilyen az észak-koreai katonaság), de a világ nagyobb részén ez már régen nem lehetséges, és egyre kevésbé lesz az. A hadsereg ezzel kétségtelenül veszített centrális kezelhetőségéből, a vakfegyelem feltételeiből. Ugyanígy a különböző intézmények átjárják egymást, és számos intézmény ma mindinkább szervezetededik, vagyis a karizmatikus eredetű, archaikus szerepeinek száma és hagyományos merevsége csökken, egyre inkább a hatékonyság és a célracionalitás veszi

át az uralmat. A média erre jó példa, noha a rendszeres médiaszereplők és a főbb médiafolyamatok rituális jellege általában feltűnő, a média ma ugyanúgy teremt és terjeszt legendát, mint régen az egyház tette, és úgy oktat, mint az iskola, lelkesít, mint egykor a katonai szellem, stb.

Az intézményekkel és a szervezetekkel kapcsolatosan meg kell említeni, hogy a jutalom és a büntetés a fő szabályozó eszközük a bennük foglalt emberek viselkedését és lojalitását illetően, ilyen értelemben képesek korlátozni az életvilág autonómiáját, de már régen felismerték, hogy a jutalom és a büntetés intézményes szervezeti alkalmazásából következő emberkép (valamiféle utilitarista, racionalista antropológia) nem írja le hűen az emberi viszonyokat, ennél bonyolultabb hatások is érvényesülnek, közvetlenül érintve a modern ember individualizációs törekvéseit.

Ez az individualizációs tendencia szeretné függetleníteni magát az életvilágban a rendszertől, de ezt csak korlátozottan teheti meg. Nemcsak a kultúra fokozódó intézményesedése és szervezetiesedése, ill. az elektronikus eszközök miatti folyamatos „be-kapcsoltság” ill. „bedrótozottság” miatt, hanem az intézmények és a szervezetek szükségletei miatt is. A hivatasos vagy a szolgáló katona pl. nagyon ritkán vonulhat vissza teljesen az életvilágba, egy sor szabály mindig érvényes rá, ugyanez a helyzet a rendőrökkel, az orvosokkal, papokkal, bizonyos mértékig a tanárokkal is, de egy sor szervezeti feladat bármikor behívhatóvá tesz em-

bereket, ismert a mai menedzserek folyamatos elkötelezettsége szervezetüknek, stb. Mindezek fejében valós jutalmak, ösztönzők mellett szimbolikus eszközök is motiválnak, pl. elit-tudat, státus, stb.

Természetesen a szervezet és az egyéni érdek sokféle ellentéte dinamikusan jelenik meg az intézményekben és szervezetekben, itt is sajátos nyilvánosság érvényesül, amit manipulálni lehet, és ezen át befolyásolni lehet a jutalmak és büntetések disztribúcióját és mértékét, stb. Mindezekkel terjedelmes szociológiai és társaslélektani kutatásanyag, szakirodalom foglalkozik. Minél inkább zárt a „rendszer”, pl. a zárt intézményekben, annál erőteljesebb ez a dinamika, két szinten is, mert nemcsak a „megművelni” szándékozott embercsoport küzd valamiféle autonómiáért, „rejtett életvilágért”, hanem az intézmények saját munkatársi gárdája is, amelyet ugyancsak köt az intézmény zártsága [2]. Az intézmények alanyait tekintve *Erving Goffman* totális intézményeknek nevezte azokat az intézményformákat, amelyek a teljes életidővel rendelkezni próbálnak, ilyen a börtön, a katonaság, a nevelőintézet, a szerzetesrend vagy a zárda, az elme-kórház, stb. [12, 13]. Ezekben nagy a hangsúly az adott értékrend szellemében megideologizált fegyvelmen, folyamatos a felügyelet, a lehető legnagyobb az információs kontroll (a bennlakók nem érintkezhetnek szabadon a külvilággal), merevek a szerepek, és sajátos beavatási szertartások, rítusok végzik el az intézményi szocializációt. Ez persze csak kisebb

részben vonatkozik a személyzetre, elsősorban az intézmény alanyait érinti. Többnyire először fel kell adni egyéniségüket és a feladatok főleg ennek megtanítására irányulnak. A katonaságnál az alaki gyakorlatok, menetek, riadók, nevelőintézetben a foglalkozások, zárdákban az ima és a lelkigyakorlatok, stb. Valamiféle közös ellittudat épül viszont az új szerepeket, az intézményes státust illetően *Goffman* a „magánén” leépítését degradációs ceremóniának, az új identitás kialakítását pedig az egyszerű kultúrákban más téren is nagy szerepet kapó iniciációs rítusoknak nevezte.

Mindezekről már a művelt köztudat is sokat tud, és a mai „rendszer-
valóság” itt sokféle érdekes variációt mutat, nemcsak az intézmények szervezetednek, de számos szervezet is intézményesül, pl. felerősödik benne a kontroll, a tekintélyelv. Talán a „való világ” típusú műsorok népszerűségét azzal is lehetne magyarázni, hogy ez a műsorstruktúra játékosan, groteszk módon, de „rájátszott” az életvilág és a rendszer mai dinamikájára a társadalomban, és ezzel olyan jelképes átélési és lelki elaborációs teret nyitott meg, amely a mindennapokban nehezen tudatosítható, még kevésbé verbalizálható ill. tehető a közbeszéd tárgyává.

4. Segítés az intézményekben és a szervezetekben

Mindezt azért volt célszerű elmondani, mert olyan vetületeire mutat rá a mai életnek, amelyek nagyon lényegesek a fegyveres testületek szempontjából is (szinte minden tétel, min-

- A magánvilág és az autonómia kibontakozása Habermas „életvilág” és „rendszer” koncepciója szerint, a „rendszerek” intézményesedése
- Intézmény = társadalmi alapfunkciók biztosításának szervezeti és eszmei keretei, az emberek változtatása – szervezet = munkamegosztás, szerepek, hatalom, eszmék = értékek, minták, rítusok – a kultúra strukturálódása
- Intézményformák = iskola, egyház, hivatal (politika), jog, hadsereg, stb. és ezek differenciálódásai, a kultúra intézményei. A hagyomány szerepe, a státusok és funkciók karizmatikus eredete, a szocializációs feladatok ill. hatások. A „fegyelem” elméletei
- Szervezet = a célracionális és hatékonyság növekvő szerepe ill. a szervezeti aspektus önállósodása az intézményeken belül, a munkaszervezet, mint a mai „rendszer” egyik fő életközege
- A jutalom és a büntetés sajátos antropológiája
- Az intézmények és a szervezetek behatolása az életvilágba ill. a folyamatos elhatárolódás törekvése az individualizáció során. Státus-előírások, elitűdud, hivatási szerepek, sajátos intézményi ill. szervezeti jogköörök
- Szervezeti és egyéni érdekellentétek az intézményekben és munkaszervezetekben. Küzdelem a szervezeti nyilvánosság körül, a jutalmak és büntetések alkalmazása ill. manipulációja vetületében
- A „totális intézmények” (Goffman) és ezek különféle formái – az egyéniség háttérbe szorítása, a státus- és szerepviszonyok „kimerevítése”, az iniciációs (degradációs) ceremóniák, a felügyelet és az információs kontroll. „Rejtett életvilág”.

III. táblázat: *Intézmények és szervezetek*

den állítás érdekesen, de távolról sem lezárhatóan, sokkal inkább vitára ingerlően lenne továbbvezethető ebbe az irányba), de még inkább a segítés, és jelesül a fegyveres testületek viszonyai között folyó segítés vonatkozásában.

Mint említettük, a klasszikus pszichoanalitikus modell a lelki és viselkedési problémákat (még ha azok a társadalom rendszereiben is jelentkeztek vagy mutatkoztak) egyértelműen az életvilág területére utalta, és még inkább ide lokalizálta a segítést. A

segítő és a kliens viszonya autonóm magánegyezmény a klasszikus pszichoterápiában. Mint említettük, ez a betegbiztosítással, a segítő szervezetek elterjedésével változott meg. A „rendszerben” a segítség általában valamilyen minősítéssel, stigmán át valósult meg, tehát pl. valakit pszichiátriai betegnek vagy szociálisan gondozottnak kellett nyilvánítani, és akkor a társadalmi hagyomány valamilyen totális intézménybe utalta, amilyen régen a klasszikus elmekegyszórház volt, és amilyen bizonyos fokig ma is a pszichiátriai osztály, és akkor az életvilág erőteljesen beszűkült (Goffman eredetileg zárt elmekegyszórház osztályok megfigyelése alapján írta le a totális intézmények sajátosságait). A minősítéssel a zárt társadalmi rendszerközegek „kiskorúsító” eljárása indult be, felügyelet, ellenőrzés, jogkorlátozás, stb. A közvetlen, a társadalmi akciót szolgáló stigma gyakran a személyiségen tartósan megmaradt, mint büntetett előélet vagy mint pszichiátriai anamnézis. A segítő intézmények általában a „renddel” igyekeztek reszocializálni, a totális intézményekben sajátos, gyakran ősi, szinte atavisztikusnak tűnő „filozófiák”, emberképek élnek és hatnak. Mitikussá emelkedik a rend mellett a közösség, a felelősség, az új lelkiület eszméje, stb.

Ilyen módon a segítés az intézményekbe és szervezetekbe nehezen tudott behatolni, és a vázolt körülmények között a „rendszerek” világával szinte antagonisztikusnak tűnt. A 20. század második felének fejlődései, változásai a társadalomban azonban ezen is lassan változtatni

kezdték. Míg korábban az a helyzet-minősítés, hogy valaki lelki segítségre szorult, tehát alkalmazkodási és viselkedési problémái vannak, az alkalmatlanság jeleként értelmeződött, és általában az intézményből és a szervezetből való kirekesztéssel járt. Lassan azonban a szervezeti szükségletek kérdésessé tették ezt a kirekesztést, jellemző módon, nem valamilyen humanista megfontolásból, hanem mert gazdaságilag hátrányosnak bizonyult a problémás intézményi és szervezeti tagok kompetenciájának, képzettségének pótlása. Leginkább a munkaszervezetekben jelentkezett ez, ezért elkezdtek a szervezeti keretekben történő segítséssel, kezeléssel is foglalkozni. Előbb a „human relations” irányzat keretében kezdtek el segítően foglalkozni a munkaeörvel, és ez később része lett a „humán erőforrás kezelés” gyakorlatának, és ennek érdekében pszichológusokat és szociális munkásokat alkalmaztak. Majd a hatvanas évektől kezdve Amerikában és egyes nyugat-európai országokban elterjedtek az ún. Employee Assistance Programok (EAP), ezek magatartási problémákban nyújtottak korai, diszkrét és a munkahely biztonságát megőrző kezelést. Ennek különösen a korai alkoholkezelés terén volt nagy jelentősége, a mértéktelen ill. rendszeres ivás először a munkateljesítményben mutat változást, és ezek észlelése beavatkozási lehetőségeket nyit meg, és ezzel korai – igen hatékony – kezelés válik lehetségessé, amely egyben hatékony másodlagos megelőzés is (job-based early alcohol treatment, Alkoholbehandlung am Arbeitsplatz). Az EAP programok a vállalatoknak költ-

ségeket takarítanak meg, ugyanis a munkaeör elvesztése ill. pótlása, ill. az alkohol miatti üzemi károk többbe kerülnek, mint a kezelés [4]. Elsősorban tehát a szervezetek aktívak az ilyen programok terén, és ez az aktivitás nem elsődlegesen humanista megfontolásokból, hanem érdekből fakad, de mindenképpen ez a megközelítés hidat jelent az intézmények és szervezetek eredendően szankcionáló és kirekesztő mentalitása és a segítő viszonyulás között.

A munkaszervezet és a segítség kapcsolódását sok más körülmény is nehezíti, pl. a szervezeti „rendszer” olyan módon is behatol az életvilágba, hogy minél több személyes adatot kíván megtudni, ha pl. fizet a betegbiztosításért, annak adatait is kívánja ellenőrizni, tehát az említett „third party interest” gyakran a munkaszervezettől ered, ezen kívül a munkaidő alatt a dolgozók között gyakran megfigyeléseket is végeznek (nagyon elterjedt pl. a munkahelyi levelezés és elektronikus posta ellenőrzése, a zártláncú televíziós – CCV – megfigyelés, stb.).

Ennek ellenére a huszadik század utolsó negyedére a segítő munka az intézményekbe és a szervezetekbe is behatolt, miután a lelki egészség is részben az egészségügyi ellátás része lett, és ebből az intézményes és szervezeti struktúráknak is részt kellett vállalni, és mivel az emberiség vagy a problémamegoldó célszerűség szükségessé tett segítő ellátási alrendszereket vagy belső funkciókat (pl. az iskolában az iskolapszichológusokat a gyors problémakezelés, a közvetlen megoldások kedvéért is al-

kalmazták). Fontos szempont lett a megelőzés, az intézményekben és a szervezetekben alkalmazott segítő szakemberektől igényelték a lelki megterheléseket okozó rendszerfolyamatok felismerését és megelőző átalakításának koncipiálását (pl. a túlzott stresszmegterhelés kikapcsolásának vagy ellensúlyozásának folyamatait), ill. a már említett másodlagos megelőzést, vagyis a lelki, viselkedési problémák szempontjából már veszélyeztetett emberek korai kezelésbevételét (amely ilyenkor hatékonyabb is, és megelőzheti a súlyosbodás és esetleg a szervezet egyensúlyát is zavaró tüneti megnyilvánulások kialakulását).

Ilyen módon a fegyveres szervezetekbe is kerültek pszichológusok, szociális munkások, nem csupán az ott felmerülő munkaerő kiválasztási, személyzeti ill. problémaminősítési feladatok végrehajtására, hanem segítő szerepekben is. Az intézményes kötelek természetesen okoztak nehézségeket a segítő munkában, ezzel az ilyen szervezeti keretekben folyó tanácsadás vagy terápia szakirodalmat sokat foglalkozott [6]. Ezek főleg abból eredtek, hogy a segítő maga is a „rendszer” része, és általában ugyanazok a normatív kötelek vonatkoznak rá is, mint a segítettre, a segítő kapcsolatot eleve lehetetlen az „életvilág” keretei között, tehát teljesen bizalmas és magánlétkörben tartani. A szervezeti rendszer gyakorolhat befolyást a segítőre, ill. ilyen befolyásra a segített gyanakodhat (és félhet pl. az intézmény betekintésétől bizalmas dolgaiba, vagyis kételkedhet segítő szakmai titoktartásában).

Ennek ellenére a személyes – konzultatív ill. terápiás – segítség behatolt még a totális jellegű intézményekbe is, sőt, kiterjedt pl. a büntetés-végrehajtási rendszer fogvatartottjaira is [8, 25], és a kialakult helyzetben a különböző nehézségeket, amelyek a „rendszerek” „penetranciájából” származnak, egy sor hagyományos (vagyis a tanácsadás ill. a pszichoterápia gyakorlatában egyébként is használatos) módszerrel próbálják áthidalni.

Ezek a *hagyományos módozatok* a következők

- a. A „vizontáttételes” munka – a segítő a saját lelki reakcióit dolgozza magában fel, amelyeket az intézményes ill. szervezeti megkötésekre ő maga ad (ill. amelyeket a kliens bizalmatlansága, elzárkózása, ellenállása miatt érez). Esetleg ehhez a belső munkához szupervíziót is igénybe vesz, és ezzel lényegében felkészül a nehézségekre, megerősíti magát [22].
- b. Átlátva a „rendszerhatások” összefüggéseit ezt korán és részletesen tematizálja, megbeszéli a klienssel, közös egyezményt alkot mintegy kiterjeszti a szokott – általában jelképes – terápiás „szerződést”. Ezt a megoldást pl. a tranzakcionális analízis megközelítésmódja ajánlja [1, 16]. Ilyenkor az intézmény szervezeti és kommunikációs erőterét a terápiában megvilágítják, érthetővé teszik.
- c. Mint az említettekből kitűnik, senki sem teljesen szabad a saját életvilágában, az élettörténet folyamán ilyenfajta kötések, gyakran a terápia idejében élő „rendszer viszonyok-

hoz" hasonlók már korábban is előfordulnak, ill. esetleg más relációkban fenn is állnak. Így az egész kötöttségi problematika reflektorfénybe állítható, az ún. „valóságelv” jegyében. Ez a megközelítés sokban rokon az előzővel, csak kiterjesztetebb. Ezt pl. az egzisztencialista pszichoterápia módszertana alkalmazza [22].

d. A legelterjedtebb a segítség ill. a terápia értelmezésének korlátozása, rendszerint a viselkedésterápiás ill. a kognitív-viselkedésterápiás szemlélet jegyében. Régebben az amerikai irodalomban ezt „behavioral engineering”-nek is nevezték, amikor a cél szorosan véve a viselkedés változtatása volt valamilyen kívánatos irányba. Ma az alkalmazott egészségpszichológia, a magatartásorvoslás vagy a „pszichorekreáció” kategóriáiban írják le ezeket a beavatkozásokat, amelyek programszerűek, szolgáltatási kínálatok, „csomagok”, amelyeket igénybe lehet venni. Ez a mód már elszakad az orvoslás hagyományos modelljétől, itt nem a gyógyítás a cél, hanem a segítség abban az értelemben, hogy valami „jobb” legyen a kliensben, közérzete, toleranciája, viselkedése, stb. [7]. Ezek a technikák általában személytelenek, rendszerint olyan problémákra irányulnak, amelyeket a kliens nem akar – ill. nem is nagyon tud – titokban tartani (pl. ha túlzottan zaklatott, ha akaratlan mozgásai – „tikkjei” – vagy más viselkedési tünetei vannak), és ezekre kap „egyenszabatos” segítséget.

5. A fejlesztés dimenziója és szervezeti lehetőségei

A fejlesztés koncepciójának előtérbe kerülése nemcsak a fejlődéslélektani dimenziót ill. a személyiség vagy az identitás ún. növekedés (growth) modelljét terjesztette el, hanem jelentős előrelépést engedett meg a lelki problémák ún. „normalizációja” iránt.

Segítés az intézményekben és a szervezetekben

- Segítő szervezetek – totális intézményi elemek, az autonómia korlátozásának fokai, „kiskorúsítási” mozzanatok, közvetlen és távlati stigmák. Reszocializációs „filozófiák” és „antropológiák”.
- A segítségre szoruló ember az intézményekben és szervezetekben – a deviáns értelmezés elsődlegessége, a kirekesztés veszélye, átmeneti szerepek kínálata a munkaszervezetekben (pl. a munkahelyi bázisú korai alkoholkezelés ill. az EAP = Employee Assistance Programs példái), segítő alrendszerek (pl. pszichológiai, szociális munkás, stb. ellátás).
- A segítő szakmák dilemmái az intézményekben és a szervezetekben – az „illetékes külső érdeklődés” (third party interest) formák és fokozatai a szervezetekben. Az „életvilág” „rendszerkontaktusai” és az intézményi ill. szervezeti „érdeklődés” (hivatalos adatok, elektronikus adatforgalom, rutinszerű megfigyelések, pl. CCV). A kliensek bizalmatlansága és ellenállása.
- Hagományos megoldási módok – I.: a „viszontáttételes” vetület, a segítő saját szervezeti kötelmeinek átgondolása és tematizációja
- Hagományos megoldási módok – II.: Az intézmény ill. a szervezet kapcsolati és kommunikációs erőtereinek feldolgozása és a segítő kapcsolat (re)definíciója ennek jegyében.
- Hagományos megoldási módok – III.: A kliens életvilágbeli rejtett (mintegy „intézményes”) kötelmeinek figyelembevétele és tematizációja
- Hagományos megoldási módok – IV.: „behavioral engineering” - a segítés szolgáltatási értelmezése: kognitív-viselkedésterápiás „csomagok”, egészségpszichológiai beavatkozások, „pszichorekreációs” szervezeti kínálatok.

nyába, az intézményeken és a szervezeten belül is. Már a klasszikus pszichoanalitikus modell is tett erre kísérletet, szerette volna kikapcsolni a minősítést, a stigmát. A lelki problémákat, pszichés betegségeket nem minőségi, hanem mennyiségi képletként fogta fel, a hétköznapi életet is feszültségek, elégtelenségek, tüneti megnyilvánulások terének mutatta be (Freud ezért írt külön könyvet az álomról, a mindennapi tévcselekvésekről, stb.), amelyek akkor válnak zavaróvá és igényelnek segítséget, ha túl nagy mértékben, számban és hosszú ideig jelentkeznek. Freud híres mondása ezt érzékelteti: a lelki beteg azokban a problémákban betegszik meg, amelyekben az egészséges ember szenved [3]. Az „egészséges ember” esetleg éppen egyensúlyban van, és jól érzi magát, de később valamilyen megterhelés beteggé teheti. A személyiség nyílt rendszer modellje szerint folyamatos fejlődés zajlik az emberben az önazonosság építésének jegyében és ez egyre erőteljesebb rendszerállapotokat teremt, amelyekkel a felmerülő életproblémákat adaptív és kreatív módon megoldhatóvá vagy elviselhetővé teszi számára [20, 21]. A terápiák, tanácsadások – erre már a korábbi kutatások is felhívtak – gyakran egyébként is nem a „reparáció”, a korrekció, a „helyreállítás” jegyében működnek, hanem igazi hatásuk a fejlesztés, az elakadt pszichológiai fejlődés, identitás-szerveződés elakadásainak vagy problémáinak megoldása. Franz Alexander híres hasonlata, a fausztatás, éppen ezt fejezi ki (az elakadt farönköket nem kell egyenként kiszedni, átrendezni, csak ott kell beavatkozni, ahol az

elakadás történt). A fejlődést előtérbe állító szakmai gondolkodás azután ezt a kibontakozási dimenziót behatóbban kimunkálta és ennek értelmében számos korábbi segítségi koncepciót átértelmezett.

Pl. a lelki egészség, a normalitás vagy az alkalmasság meghatározását. Ezeket a testi viszonyok analógiájára korábban hajlamos volt a tudomány létezőként (ontológiailag) felfogni, holott ezek nagyon viszonylagos dolgok. Ezeket elkezdtek nem a deficitek, a negatív minősítések szerint megfogalmazni, hanem inkább pozitív kategóriákban, arra tekintettel, milyen fejlesztési formák és műveletek szükségesek ahhoz, hogy a személyiség erősödjön, teljesítőképes legyen. Ma a normalizációs felfogás pl. a gyógy-pedagógiában is kevésbé arra figyel, hogy a fogyatékos mértékét és oki hátterét definiálja, hanem az érdeklődik, hogy mit kell az esetben „beletenni” oktatásban, fejlesztésben, támogatásban, hogy a lehetséges viselkedési szinteket, képességeket valaki elérje [18].

Ugyanez a szemlélet vált mára uralkodóvá a tanácsadásban, a szociális munkában vagy a pszichoterápiában. Ennek nagy szemléleti jelentősége abban is megmutatkozik, hogy régebben a probléma felelősségét a kliensre allokálták (azért olyan, mert beteg...), most a segítőnek kell megtalálni a megoldást, utár a kell menni, ha erre van szükség, stb. (lásd az ún. „felkereső” - outreach – ellátást, az „alacsonyküszöbűséget” ill. az ártalomcsökkentést a szenvedélyproblémák ellátásában, az „utcai szociális munkát”, stb.). Ma terjed az a szemlélet, amely szerint a felnőttkori sze-

mélyiségfejlődés is igen nagy távlatú, a személyiség tanulás, gyakorlás, külső támogatások révén nagy mértékben fejleszthető, és ez a fejlesztés terápiás értékű, esetenként nagyarányú viselkedésváltozást, teljesítménynövekedést biztosító lehet [5, 20]. Ez a tézis az általános közbeszédbe és kultúrába is mindinkább behatol, és elérte előbb a szervezeteket, majd az intézményeket is.

A szervezetekben ez úgy jelentkezik, hogy kisebb a hangsúly az alkalmazási kiválasztáson, és nagyobb a felkészítő, fejlesztő megközelítésen, amely esélyeket adhat, ill. problémás jelenségeket korrigálhat. Ennek során módosítani lehet a jutalmazási és büntetési feltételeket, pl. a nagy nyomtaték a jutalmazáson, annak alkalmazásán és ösztönző kontingencia viszonyain.

Ezt kulturális szemléletváltozások is motiválják. Az iparilag fejlett, demokratikus országokban a „rendszerek” kénytelenek jobban respektálni bizonyos egyéni érdekeket, felértékelődtek pl. az emberi ill. személyiségi jogok, az esélyegyenlőségi „politikák”, a szó lokális, intézményi és ügyrendi értelmében (policy), fontossá vált a megkülönböztetések lebontása ill. a hátrányok kompenzációja, és ezeket a fejlesztési törekvések megfelelően képviselik.

A fejlesztések ma a legkülönbözőbbek. Általában alapvető viselkedési készségeket, képességeket (skills) tanítanak, és ezek pozitív (önértékelést, önhatékonysági érzést erősítő) hatásán át fejlesztenek, de sokféle élményfeldolgozási, önszabályozó új él-

ményminőségeket közvetítő gyakorlatokat is kínálnak. Ezek hasonlítanak a kognitív-viselkedésterápiás ill. az egészséglélektani kezelésmódokra abban, hogy meghatározott programokat hajtanak végre, inkább optimális kereteket adnak a változáshoz, mintsem egyénre szabott sajátos foglalkozásokat, és általában csoportokban is zajlanak. Éppen a terápiák – újabban világosabban felismert és kiemelt – fejlesztési hatásai miatt a gyógymódok, tanácsadási formák és fejlesztések között sok a fedés, a nagy különbség azonban a minősítés, a diagnózis hiánya és az, hogy a fejlesztést különösebb tünet vagy probléma nélküli emberek is vállalják, felkészülésként akár bizonyos intézményi vagy szervezeti feladatkörökre, pl. az emberekkel történő hatékony (humánus, konfliktusmentes, esetleg fejlesztő vagy segítő) foglalkozásra. Történetileg a fejlesztő technikák először a vezetőképzésben honosodtak meg, majd a nem diplomás segítő szerepkörökben. Érzelmi rezonanciakészség, kommunikációs képesség, empátia, önérvényesítő viselkedés, társas ill. csoportos érzékenység, feszültségkezelés, testi és érzelmi élmények előhívása és szabályozása, stb. képezi a fejlesztő, elterjedtebb nevükön tréning ill. „találkozási” (encounter) technikák lényegét. Ezeknek nagyon sokféle változata ismeretes, ezek lélektani irányzatokhoz és módszerekhez ill. sajátos alkalmazási területekhez kötődnek, és a hagyomány ill. a képzési és szolgáltatási szervezeti háttér szerint kapják nevüket ill. különülnek el. A nagy kínálatok a nagy ipari országokban, ma elsősorban az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában van-

nak [5, 31]. A módszerek általában csoportosak, a csoportközeg, a csoporton belüli természetes emberi kommunikációs és interakciós folyamatok erősítik fel és közvetítik az egyes hatáselemeket. Újabb egyéni módszerek is terjednek, pl. konzultatív, tutoriális „kísérő” segítség az új lélektani készségeket igénylő feladatkörökben folyó munka kapcsán, vagy az egyéni, szinte edzői felkészítés a szükséges képességekre, az egyéni erősségek és hiányosságok számításba vétele alapján. Ez utóbbi módszert „coachingnak” (edzés) is nevezik [30].

Újabb az intézményekben és a szervezetekben kifejeződik az a szemlélet is, hogy a fejlesztés összekapcsolható a munkaerő felkészítésével és továbbképzésével, és azáltal is hasznos a szervezet számára, hogy megelőzési és egészségfejlesztési eredményeket is lehet elérni, és a munkaerőt érzelmileg is lehet kötni az intézményhez vagy szerkezethez (tehát érvényesül a PR – „public relations” - szempont) és a szervezet is jobban működhet a jobb kommunikáció, a zökkenőmentesebb csoportélet, a megnövekedett kreativitás és adaptációs képességek révén.

Még egy szempont jelentkezik, mint kulturális változás, fejlemény. Az egészség, a lelki képességek és kompetenciák értéke folyamatosan nő a mai társadalomban, ez a terület a fogyasztói mentalitás irányítása alá is került, piaci viszonyok is átszövik, így a lelki egészség és az önmegvalósítás, önkiteljesítés gazdasági érték is lett. Az intézményes és a szervezeti ösztönzők, jutalmazások kö-

zött tehát ezek kínálata is mindinkább szerepel, mintegy sajátos extra juttatás (fringe benefit), fizetés kiegészítés is jelentkezik. Helyenként már olyan gondok jelentkeznek, hogy a sokféle fejlesztési lehetőség, amelyek némelyike határozott szervezeti elvárással, némi erőltetéssel is jelentkezik, sok ember számára külön feladat, külön megterhelés.

Mindenképpen azonban eltűnőben van a pszichés problémákkal kapcsolatos stigma, a közbeszéd ezekkel ma már szabadon foglalkozik, a „psycho-boom” is kulturális köztudati elemeket termelt ki (pl. a pszichoanalízis a köztudat része, komplexusokról, neurózisokról, szexuális jelenségekről ma már sokat tudnak az emberek) és a modern gyógyszeres terápiák a súlyos mentális betegségek társadalmi normalizációja, destigmatizációja irányába hatnak, és a betegségek maradványtünetei ill. a gyógyszerek mellékhatásai is inkább fejlesztő foglalkozások indikációivá válnak, pl. a skizofrénia maradványtünetével, a beteg társadalmi beilleszkedésével az ún. pszichoedukációs megközelítés foglalkozik [10].

6. Posztmodern fordulat vagy új illúziók?

Mindez azt eredményezte, hogy a segítő gyakorlat és kultúra – ha elsősorban a fejlesztő vonatkozásokban is – erőteljesen behatolt a „rendszerekbe”, a korábban zárt és kontrollált intézményekbe is, mint amilyenek a fegyveres testületek. A helyzetet azonban nem könnyű megítélni, mert folyamatokról, trendekről, viszonyítási kérdésekről van szó. Ami nagyon

- A segítség alapdilemmája: az egészség, normalitás, alkalmasság meghatározása ill. ennek pozitív osztályozási lehetőségei, ill. a segítségi szükséglet megfogalmazása e definíciók jegyében
- A lélektani ill. pszichoszociális fejlődés (különösen a felnőttkori sz: emélyiségfejlődés) ill. a tanulás és gyakorlat vetületének növekvő hangsúlya – mind az általában, mind a szervezeti kultúrában
- Fejlesztési orientáció a szervezetekben – esélyadó fejlődési/fejlesztési alkalmak, korrekatív visszajelző és jutalmazó rendszerek, a jutalmazó kontingencia-viszonyok felértékelődése
- Az emberi ill. személyiségi jogok növekvő súlya a „rendszer”-ben – antidiszkriminációs, kompenzatív, esélyegyenlőségi „politikák” (=policy) az intézményekben és szervezetekben és ezek ösztönző hatása a fejlesztési szemléletre és eljárás módokra
- Fejlesztési kínálatok az intézmény ill. a szervezet érdekében, belső (tovább)képzések és ezek jutalom-aspektusai, a kommunikáció, a csoportviselkedés, a kreativitás, stb. vonatkozásában. Dilemmák: fejlődési alkalom versus extra megterhelés
- „Fringe benefit” ill. „wellness” kínálatok – a segítség és a fejlesztés összekapcsolódásának előnyös lehetőségei.

V. táblázat: *A fejlesztés dimenziója és szervezeti lehetőségei*

szembetűnő, az a fejlett országokban történt, és csak következtethető, hogy a modernizáció és a globalizáció elterjeszti ezeket a világon, de egy sor országban, köztük a posztkommunista országokban, és így nálunk is, még lassúak a változások. Nálunk azonban már jól láthatók a pszichokulturális haladás jelei. Különösen a szemléleti, értékrendi változások fontosak, pl. a humán erőforrásgazdálkodás fejlesztési orientációja, az emberközpontú személyzeti politika, ill. az ügyfélbarát ill. az emberi (szemé-

lyiségi) jogokra figyelő beállítódás terjedése. Mint a világban általában, a klasszikus intézményeken belül is különválnak a legfontosabb szervezeti aspektusok, és ezek a hatékonyság, a probléma megelőzés és -megoldás miatt gyorsabban változnak, a hagyományos értékelemek és viselkedési rítusok mindinkább jelképekké válnak és ritualizálódnak. A társadalom vitatja egy sor intézményi forma – és még inkább ügymenet és viselkedési gyakorlat – létjogosultságát napjainkban. Előrehalad pl. a hagyományos intézményi ideológiák ún. dekonstrukciója, vagyis alapos vizsgálata és megkérdőjelezése, és ennek az elemzésnek nem destruktív célja van, hanem a valóban fontos értéktényezők kiemelése és hatékony képviselése, esetleg még külön erősítése is. Ez együtt jár a szervezeti oldal erősödésével. Olyan változás pl., hogy a börtön lehet magánvállalkozás, a kórházakat vagy az egyes egészségügyi ellátási ágakat lehet privatizálni, a hadsereg lehet professzionális, általában ilyen viták után indul meg, és egy ideig ezek a viták tovább folynak, hiszen minden változásnak az intézmények terén nagyon mélyreható társadalmi implikációi vannak, általában egészen a korábbi emberképekig (a már – Gadamer nyomán – többször említett „antropológiáig”) menően. Általában a régiekhez hasonló újelvek és új eszmék ritkán kristályosodnak ki.

Mindenesetre az intézményeknek is fokozottan el kell számolniuk működésükkel a társadalom felé, nem csupán a politikának, hanem a társadalmi nyilvánosságának is, fontossá válik

a minőségbiztosítás és minőségfejlesztés, ezért az intézményekben is előtérbe kerül a szervezetfejlesztés a legváltozatosabb formákban [19, 28] és ezen belül a szervezetkonzultáció, a szupervízió (szervezeti értelemben) és az említett coaching.

Az intézményekbe és a szervezetekbe is kezd behatolni a testi és lelki egészségért és ennek fejlesztéséért viselt társadalmi felelősség szemlélete, így a fokozott egészség tudatosság. A munkával, intézményi ill. szervezeti étellel kapcsolatos stressz csökkentése, megoldása (stresszredukció, „stressz-menedzsment”) pl. fontos szemponttá válik, hovatovább egyfajta munkavállalói jog lesz, amelyre pl. a szakszervezet is ügyel. Az emberrel foglalkozó intézményekben és szervezetekben, ahol a személyzet és ügyfelek közötti kontaktus rendszeres és folyamatos, lényeges munkaszervezési szempont pl. a személyzet ún. kiégésének (burnout) – vagyis érzelmi kifáradásának, motivációvesztésének – megelőzése.

A változás méretei a „totális intézményekben” a legszembetűnőbbek, bár ezekben figyelhetők meg az átalakulással kapcsolatosan a legnagyobb válságok és feszültségek is, ill. egyes országokban itt látszanak a nagy elmaradások is. Nálunk pl. a rendszerváltozás előtti modernizációból az intézmények, kivált a fegyveres testületek jóformán kimaradtak, és ennek az elmúlt kb. 15 évben azután sok vajdás és probléma lett a következménye, a szervezetiesedés és az értéktranszformáció gyakran csak külsődleges vagy felemás. Az ideológiák dekonstrukciója csak részben ment végbe. Mindennek az a következmé-

nye, hogy a személyzet kivált vagy felhígult, és az intézmény hatása a bennük megforduló emberekre (pl. a hadseregnek a sorkatonákra) csekély. Az intézmények belső rendje és a munkaorganizációk szervezeti rendje között csökken a különbség.

Ezek miatt az intézmények hagyományos „étosa” már kevésbé hangsúlyozza a fegyelmet és a keménységet (csak mellékesen megjegyezve, a fegyveres intézmények régebben szinte kizárólag férfiakból álltak, és akkor a fegyelemnek volt egyfajta férfiassági arculata is, amely ma már nem emelhető ki, hiszen már itt is megindult a nőiesedés, amely az iskolákat, a vallási intézményeket vagy az egészségügyet már áthatotta, nem is beszélve a kultúra intézményformáiról), nem lehet következetes az értékrendi kiválasztásban és szocializációban, tehát nem áll ellen a segítség kultúrájának sem, sőt, gyakran ennek valamiféle befogadásával tud legkönnyebben eleget tenni a modernizációs követelményeknek (pl. pszichológust alkalmaz, tréningfoglalkozásokat, konzultációkat, EAP programokat rendel meg, stb.).

Ilyen körülmények között elképzelhető, hogy valódi kulturális fejlődés, változás előtt állunk a segítségi viszonyok terén. Különösen, ha hozzávesszük, hogy a személyiségi jogi öntudatosodás az emberekben az „életvilág” valamiféle védekezési mozgalmát is elindította. Nagyobbak a magánéleti erőforrások, az egyén védekezési lehetőségei a „rendszerrel” szemben nagyobbak, pl. a jóléti társadalom miatt is, hiszen a rendszerekben gyakran a megélhetési (még inkább a fogyasztói normák miatti)

kényszer következtében vesznek részt az emberek, pl. ezért vállalnak munkát. Ma nagyon sokat „kiszállnak” vagy „leállnak”, abbahagyják korábbi foglalkozásukat és szerényebb, egyszerűbb körülmények között, kevesebb vagy jelképes jutalmazások keretében élnek tovább. Az említett „dekonstrukció” a fogyasztói társadalom egészével és a teljesítményorientált „rendszerkultúrákkal” kapcsolatosan is halad előre a köztudatban.

Egy másik védekezési forma az „életvilág önkéntes rendszerképzésének” mondható, ez a civil szervezetek fejlődésében, a közösségi (pl. szomszéd-sági, vallási vagy érték-közösségi) önszerveződésekben, az önszervezés és az önkéntes érdekképviseletek terjedésében, vagy az önismeret, az önazonosság tudatosság, a világszemlélet felértékelődésének kulturális mozgalmában nyilvánul meg. Egyedül pl. az önszervezés óriási változásokat eredményezett a civil társadalmakban, a hasonlóság (pl. a súlyos egzisztenciális bajok, hátrányok, problémák élethelyzeti hasonlósága) olyan kommunikációs és interakciós mozgásokat indított el a civil társadalomban, amely az életvilág és a rendszer könnyen elfogadható és flexibilis illeszkedését teszi lehetővé, vagyis megvannak a rendszer előnyei a szervezett munkamegosztás, a kölcsönös együttműködés vagy a rend szempontjából, de az életvilág szabadon marad az önkéntesség ill. jól definiált, időleges vállalások miatt [17].

A társadalomban a változások igen sokrétűek és eredetükben is és távlatokban is gyakran beláthatatlanok. Az utóbbi kb. 15 évben pl. az elek-

- Az intézmények és szervezetek értékrendi változásai – emberközpontú (ügyfélbarát) ill. humán erőforrásgazdálkodó politikák, a szervezeti aspektus különválása az intézményekben, a rejtett ideológiák feltárása és „dekonstrukciója”, a fontos értékelemek nyílt képviselete
- Az intézmények és szervezetek kényszerű és célszerű önrevíziója, önkritikája – a minőségbiztosítás humán oldala ill. folyamatai, a szervezetfejlesztés lehetőségei, szupervízió, konzultáció, coaching.
- A társadalmi felelősség új meghatározásai – a megelőzés elve, testi és lelki egészség tudat ill. egészségfejlesztés az intézményekben és szervezetekben, stresszredukció, „stressz-menedzsment”.
- A „totális intézmények” átalakulása, dekonstrukciója és szervezetiesedése, relativizálódása
- A magánéleti – életvilági – erőforrások és védekezési lehetőségek széles palettája – alternatív életformák és mozgalmak, „leállások” és változtatási lehetőségek (a fogyasztói ill. teljesítményorientált „rendszerkultúra” kritikus tudatosítása), önszervezés, civil szervezetek, érdekképviseletek, önismeret és önazonossági tudatosság
- Új viselkedési és kommunikációs kultúra – ennek előnyei az intézményes és szervezeti viselkedésre és részvételre, újfajta kommunikációs sémák, fogalmak, metaforák és szimbólumok.

VI. táblázat: *Posztmodern fordulat vagy új illúziók ?*

tronikus kultúra (internet, mobiltelefonok, műholdas és kábeltelevíziózás, stb.) is szerepet játszhat abban, hogy újfajta viselkedés és kommunikációs sémák terjednek el. Ezek a hatások az intézményekben és szervezetekben éppúgy nagy befolyást gyakorolnak, mint a magánszférában, és pl. a segítségi viszonyokat könnyítik, a „rendszerellenállásokat” csökkentik, pl. a segítő viszonyulási mintákat ill. attitűdöket közvetíthetik. Egyáltalán az emberi kommunikáció, érzelmvilág és viszonyrendszer jobban bekerül a közbeszédbe, a személyiséggel, az ön-

azonossággal és a viselkedési ill. élményproblémákkal kapcsolatosan új fogalmak, metaforák és szimbólumok jelennek meg és terjednek.

Ezeket a változásokat még nem tudjuk kellően értékelni, és lehet, hogy az intézményes hagyományok mégis merevnek bizonyulnak, és nem oldódnak könnyen a kirekesztési és stigmatizációs szokások, és a segítői kultúra inkább csak a felszín marad, tehát nem állunk igazi korszakváltás előtt. Plus ça change, plus est la meme chose – mondja a francia bonmot, amely nyilván a fejlődéssel szembeni túlzott várakozások csalódásai nyomán alakult ki. Bárhogyan is lesz, a fegyveres testületek nyitottá válnak a segítség és a fejlesztés gyakorlatai számára, valószínűleg előbb és nagyobb mértékben, mint a többi „totális intézmény”, talán ezért is, mert szervezetiesedésüket a társadalmi és technológiai változások sürgetőbben követelik meg.

IRODALOM

- [1] *Berne, E.*: Transactional Analysis in Psychotherapy. A Systematic Individual and Social Psychiatry. 1961, Grove Press, New York, Evergreen Books, London.
- [2] *Boros J., Csetneky L.*: Börtönpszichológia. 2002. (második kiadás), Rejtjel, Budapest.
- [3] *Buda B. (szerk.)*: A pszichoanalízis és modern irányzatai. 1971, Gondolat, Budapest.
- [4] *Buda B.*: Az alkoholológia új távlatai. Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbe vételéhez. (Válogatott tanulmányok) 1992, Alkoholizmus Elleni Bizottság, Budapest.
- [5] *Buda B.*: A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichoterápiában. (Válogatott tanulmányok) 2001, (harmadik kiadás), Országos Alkoholológiai Intézet, Budapest.
- [6] *Buda B.*: A pszichoterápia néhány gyakorlati kérdése. Reflexiók *Ed McBain* özvegyek című könyvének eseteírásához. Pszichoterápia, 2002, 11(3): 215-227.
- [7] *Camic, P., Knight, S. (eds.)*: Clinical Handbook of Health Psychology. A Practical Guide to Effective Interventions. 1998, Hogrefe & Huber, Seattle, Toronto, Bern, Göttingen.
- [8] *Cordess, Ch., Cox, M. (eds.)*: Forensic Psychotherapy. Crime. Psychodynamics and the Offender Patient. Vol. 1-2. 1996. Jessica Kingsley, London, Bristol.
- [9] *Csepe Gy.*: A szervezkedő ember. A szervezeti élet szociálpszichológiája. 2001, Osiris, Budapest.
- [10] *Falloon, J.R.H. és mtsai*: A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája. Pszichoterápia. 1998, VII. Suppl. 6-15.
- [11] *Foucault, M.*: Surveiller et punir: Naissance de la prison. 1975, Gallimard, Paris.
- [12] *Goffman, E.*: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. 1961, Doubleday, New York.
- [13] *Goffman, E.*: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. (Tanulmányok) 1980, Gondolat, Budapest.
- [14] *Habermas, J.*: Theorie der kommunikativen Handlung. 1981, Bd. 1-2. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- [15] *Hinshelwood, R.D. (ed.)*: Thinking About Institutions. Millieux and Madness. 2001, Jessica Kingsley, London, Philadelphia.
- [16] *Játszmák nélkül. Tranzakcióanalízis a gyakorlatban.* 1999, Helikon, Budapest.
- [17] *Katz, A.H. et al. (eds.)*: Self-Help. Concepts and Applications. 1992, The Charles Press, Philadelphia.
- [18] *Lányiné Engelmayr Á.*: Értelmi fogyatékosok pszichológiája. 1. kötet. Régi nézetek új megközelítésben. 1996. Bárcozy Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.

- [19] *Lawrence, G.W.(ed.): Exploring Individual and Organizational Boundaries. A Tavistock Open Systems Approach. 1979, Wiley, Chichester, New York.*
- [20] *Mahoney, M.J.: Human Change Processes. The Scientific Foundations of Psychotherapy. 1991, Basic Books, New York.*
- [21] *Maslow, A.H.: Toward a Psychology of Being. 1963, Van Nostrand, Toronto.*
- [22] *Mitchell, S.A., Black, M.J.: A modern pszichoanalitikus gondolkodás története. 2000, Animula, Budapest.*
- [23] *Perrow, Ch.: Szervezetszociológia. 1997, Osiris, Budapest.*
- [24] *Pikó B. (szerk.): A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban. 2002, JATE Press, Szeged.*
- [25] *Prins, H.: Offenders, Deviants, or Patients? 1995 (sec. ed.) Routledge, London, New York.*
- [26] *Rácz J. (szerk.): Devianciák. Szabálykövet(él)ők és bajkeverők. Bevezetés a devianciák szociológiájába. 2001, Új Mandátum, Budapest.*
- [27] *Spinelli, E.: Demystifying Therapy. 1994, Constable, London.*
- [28] *Varga K.: Az emberi és szervezeti erőforrások fejlesztése. Szervezeti akciókutatások eredményei és tanulságai. 1986, Akadémiai Kiadó, Budapest.*
- [29] *Weber, M.: A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme 1986, Gondolat, Budapest.*
- [30] *Wilker, F-W. (Hrsg.): Supervision und Coaching. Aus der Praxis für die Praxis. 1995. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.*
- [31] *Zeig, J.K., Munion, W.M. (eds.): What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives. 1990, Jossey-Bass, San Francisco, London.*

B. Buda M.D., Ph.D. habil

Institutional and oraganizational problems of helping relationships. Issues of „total institutions“.

Our age is the age of psychological helping and therapy, this has evolved from the medicine and became part of the private world and for a long time it has seemed contradictory with the atmosphere of institutions and organizations which have had set high standards towards their members. The paper outlines the sociological and social psychological characteristics of the institutions and organizations, highlighting the concept of the „total institutions“, which refers also to armed forces and their institutions. Nowadays helping and therapy enter also the institutions and organizations, which also change and offer more and more services and training for the people working in them. Therefore now helping is accepted in the organizational frameworks, even within the armed forces, where discipline is so important. The concept and approach of training and development contributed a lot to this situation, i.e. to the entrance of the culture of therapy and helping into these social structures.

*Dr. Buda Béla
1537 Budapest, Pf. 434.*

A kábítószerelés pszichológiai háttértényezőinek feltárása és preventív törekvések a fegyveres testületek állományában

Dr. Szilágyi Zsuzsanna orvosezredes, Ph.D.

Kulcsszavak: drog-prevenció, pszichológiai hatótényezők, társas környezet szerepe

A tanulmányunk célja, hogy azokat a Magyar Honvédség sorállományában végzett kutatási tapasztalatainkat bemutassuk, amelyek feltárják a kábítószerelés megelőzésének pszichológiai irányait. Ezen vizsgálatok kapcsán a fegyveres testületek sorállományára speciálisan jellemző pszichológiai háttértényezők feltárására törekedtünk. Hosszú távú célkitűzésünk a kábítószer fogyasztásra való hajlamot okozó háttértényezők preventív korrigálása. A kapcsolódó mintavétel 1155 sorállományú katona (átlag életkoruk 21 év) kérdőíves megkérdezésével folyt 2003-ban. A minta reprezentatív korcsoportra nézve. Eredményeink azt mutatják, hogy számos olyan, a kábítószer kipróbálásának szempontjából pszichológiai és életmódbeli hajlamot, illetve protektív tényezőkről beszélhetünk, amelyek alakulása kifejezetten a fegyveres testületekre jellemző. Ezek a faktorok többek között az életkörülmények változása, a tolerancia, a kábítószer-fogyasztók személyiségbeli eltérő megítélése, a társas orientáció és a segítségnyújtás szerkezete.

Összességében elmondható, hogy a fent említett személyiségbeli és életmódbeli tényezők megismerésével képessé válhatunk a kábítószer-fogyasztás szempontjából kifejezetten veszélyeztetett fiatalok szűrésére és a drog fogyasztásuk kialakulásának preventív kezelésére.

Bevezetés

A deviáns magatartásformák – amelyek közül vizsgálatunkban a kábítószerkipróbálásával foglalkozunk – kutatásakor mindig szem előtt kell tartani, hogy a „deviancia” kifejezés

a társadalom többségétől való eltérésre hívja fel a figyelmet, gyakran felzaklatják és nyugtalanítják a közvéleményt, felgerjesztik a személyes fenyegetettség érzését. Ez még inkább érvényes a Magyar Honvédség állományára, a sorkatonákra. Éppen azért, hogy ne, mint ismeretlen veszélyre tekintsünk a sorállományú katonák esetleges deviáns magatartásformáira, minél többet meg kell tudnunk a kábítószerkipróbálás háttértényezőiről és a katonák pszichológiai viszonyulásáról, attitűdjeiről a drog-fogyasztással kapcsolatosan.

Ehhez szükségünk van a sorállományú katonák kábítószerfogyasztási szokásaik felmérésére, a kábítószerrel kapcsolatos ismereteik átfogó vizsgálatára. Annál is inkább, mivel pontosabban, felkészültebben közvetíthetnénk a kábítószer-kipróbálást negatív fényben megvilágító attitűdöket a katonák felé, illetve akár meggyőzhetnénk őket a fogyasztás veszélyeiről. Sokkal inkább segíthetnénk a drog-prevencióban, illetve a fogyasztás és kipróbálás elkerülésében, mint az adott kortárs csoportok, illetve baráti társaságok.

Mivel nem kérdéses (*I. táblázat*), hogy a kábítószerfogyasztásra irányuló szándék jelen van a katonák körében, a Magyar Honvédség keretében végzendő vizsgálatoknak nem az a feladata, hogy megbélyegezze ezeket az egyéneket, hanem ahhoz hogy kezelni, a megelőzés szempontjából pozitívan befolyásolni tudjuk, a kábítószer kipróbálására vonatkozó szándékról minél többet meg kell tudnunk. Meg kell ismernünk a fogyasztás hátterében meghúzódó okokat, akár a kipróbálásra ösztönző úgynevezett kockázati, avagy hajlamosító faktorokról, akár az éppen a védettséget biztosító protektív tényezőkről van szó.

A teljesen drogmentes társadalom nem lehet reális jövőkép, ugyanakkor a drogmentes életet igenis elérendő célként kell kitűznünk. Ehhez esélyt kell teremteni arra, hogy a fiatalok képessé váljanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok viszszautasítására, tehát azon tényezőterületeket kell megismernünk, ame-

lyek a kábítószerfogyasztásra hajlamosítanak, illetve védettséget biztosítanak. Annak érdekében tesszük mindezt, hogy az esetlegesen kockázati tényezők helyett „produktívabb alternatívákat” ajánlhassunk fel, kitűzve ezzel a kábítószer prevenció irányelveit. A probléma megoldását az emberi viselkedés pszichológiai mozgatórugóiban kell keresnünk, azokban a személyiségbeli vonásokban, motivációkban, véleményekben, értékekben és attitűdökben, amelyek a drog-fogyasztó cselekvést előkészítik, illetve a kábítószer-kipróbáló viselkedést meghatározzák.

A kábítószerfogyasztásra hajlamosító és védő tényezők áttekintése

Magát a kábítószerfogyasztást számos megközelítésből próbálták ez idáig magyarázni. Régóta hangoztatják a kutatók, hogy az élet valamely szakaszában megnő annak a kockázata, hogy az egyén elkezd valamilyen kábítószerrel használni (ezt az időszakot leginkább a serdülőkorra tették). Egyértelműen kimutatták, hogy összefüggés van az egyéni jellemvonások, környezeti feltételek, ha úgy tetszik életmódbeli hatások, valamint a kábítószer fogyasztó viselkedés kialakulása között. A kábítószeres fiatalokkal foglalkozó szakemberek gyakran tapasztalják, hogy a kábítószer megkezdésének esélye különbözik egyénenként, még akkor is, ha például két fiatal esetében egyébként azonosak a környezeti feltételek. Ez azt jelentheti, hogy az egyik fiatal ugyanolyan körülmények között kábítószerfüggővé válhat, a másik viszont ellenáll és talán észébe sem jut

kipróbálni valamilyen kábítószer.

Sokan vizsgálták ezen egyéni eltérések okait, és ennek eredményeként számos individuális kockázati faktort tártak fel, amelyek megléte, vagy éppen hiánya befolyásolhatja a kábítószer-szerzés kialakulását. Ezek közül a következőket érdemes kiemelni:

Családtörténet

A kábítószerfogyasztás kialakulásában szinte minden kutató első helyre sorolja a családot, mint protektív környezeti tényező kiesését (pl. szülők válása vagy mindkét szülő elvesztése) vagy a családi rendszer nem kielégítő működését. Vizsgálatok bizonyították, hogy ha a család történetében (szülők, nagyszülők, közeli vérrokonok) jelen van a kábítószerhasználat, a gyermek esetében a kábítószerfogyasztóvá válás valószínűsége megnövekszik.

Emellett a családi nevelési stílusnak is komoly szerepe van abban, hogy kábítószerfogyasztóvá válhat a fiatal. A túlzottan szigorú, vagy éppen túlzottan engedékeny szülői magatartás is előrejelzője lehet a kipróbálásnak. Ekkor a túlzott szigor elől menekül vagy a szabadidő eltöltését nem ellenőrzik, vagy strukturálják a szülők kellőképpen.

Autonómiára vonatkozó fokozott igény

Az autonómia, illetve az ezért folytatott küzdelem a serdülőkorban, de még a fiatal felnőttkorban is jelentős tényező lehet. Gondoljunk csak arra, hogy a sorállományú katonák bár már életkorukban kinőttek a serdülő-

lőkorból, azonban sem anyagi, sem szocializációs körülményeik nem különböznek oly mértékben a serdülőlőkéttől, mint azt sok fiatal szeretné. Szüleikre kell támaszkodniuk mind anyagi, mind erkölcsi tekintetben ahhoz, hogy fenn tudják tartani magukat. Sok fiatal szeretne ezzel egy időben a szüleitől elszakadni, meghatározni önmagát, jövőbeli céljait, munkáját, hivatását és társas kapcsolatait másoktól függetlenül. A kábítószerhasználatának választása úgy tűnik, hogy számos fiatal számára az önállóság, a saját sors irányításának egy fontos megnyilvánulása lehet.

A teljesítmény szerepe

Bár egy sorállományú katonának életkorából fakadóan igen fontos lehet az autonómiáért folyó törekvés, az intim kapcsolatok, barátságok megalapozása, azonban minden fiatalra valamely mértékben meghatározóan hat a tanulmányi, illetve munkahelyi (a katonák esetében a Magyar Honvédségnél nyújtott) teljesítménye. A tanulási tapasztalatai, katonai teljesítményének sikeressége vagy éppen sikertelensége szerepet játszhat a kábítószerhasználatában vagy elutasításában. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyenge tanulmányi teljesítmény növeli a kábítószerkipróbálásának valószínűségét. Az ilyen fajta kábítószerhasználat mögött sok esetben a kudarc áll, nem a fiatal értelmi képessége. Sokkal fontosabb, hogy a fiatal képes-e megküzdeni a kudarcral és be tud-e illeszkedni az új környezetbe, vagy a kudarcot fokozott stresszként éli át, és a kábítószer-szerzésbe menekül.

A kortárscsoport szerepe

Nagy hatású lehet a barátok, katonatársak szerepe is, mivel számos fiatalnak igen fontos valamilyen csoportba tartozás. Ha abban a csoportban, amely számára kifejezetten vonzó, a kábítószer fogyasztás megszo- kott, sőt alapkövetelmény, akkor úgy fogja érezni, hogy neki is kell fogyasztania. Nem akar kilógni a sorból, azonosulni akar a csoport tagjaival, egy ilyen helyzetben a csoportból eredő nyomás igen jelentős lehet. Így hát számos esetben a baráti környezet váltja ki a kábítószer-fogyasztást, hiszen vagy a csoportba való bekerülés vagy éppen a bennmaradás feltétele a kábítószerfogyasztás.

A kockázati faktorok csoportja

A kábítószerfogyasztás kialakulásában szerepet játszhat több kockázati faktor egyidejű, tartós, illetve egymást követő összekapcsolódása. Jelen kutatásban olyan kockázati tényezőket vizsgáltam a katonák esetében, amelyek a személyiségükben, toleranciájukban, társas orientációjukban és életmódjukban jelenhetnek meg speciális mintázatban kifejezetten a kábítószer fogyasztókra vagy kipróbálási szándékkal rendelkezőkre jellemzően. A következőkben áttekintjük azokat a pszichológiai háttértényező-csoportokat, amelyek jelen vizsgálatunk eredményei alapján szerepet játszhatnak a kábítószer kipróbálásában.

De ezt megelőzően át kell tekintenünk azokat a vizsgálatokat, amelyek a kábítószer kipróbálására vonatkozó

hajlamosító tényezők és a protektív faktorok kölcsönhatásáról szólnak. Ez a megközelítés arra vonatkozik, hogy a kockázati és a védő faktorok jelenlétének aránya és súlypontja jellemző lehet a kábítószer kipróbáló magatartásban. Ennek feltárására három lehetséges megközelítési módot különböztetnek meg, amelyben a rizikó tényezők és a protektív tényezők szerepét egymáshoz viszonyítva elemzik.

A „*rizikó-protektív*” mechanizmus szerint ha az egyén esetében egyszerre több hajlamosító tényező van jelen, attól még környezete, saját értékrendje és/vagy személyisége adhat olyan megerősítő, protektív válaszokat, amely védő funkciót tölthet be a fiatal számára. Például a szülői kötődés dominánsabb volta védheti a fiatalot a deviáns kortárscsoport hatásától.

A „*protektív-protektív*” mechanizmus esetében túlsúlyban vannak a védő mechanizmusok, veszélyeztető tényezőkről szinte nem is beszélhetünk, nincsenek jelen vagy csak elhanyagolható mértékben fejtik ki hatásukat.

„*Rizikó-rizikó*” mechanizmus esetében a hajlamosító tényezők halmozottan vannak jelen, viszonyukra az egymásra épülés jellemző. Egyik kockázati tényező a másik kialakulásában játszhat döntő szerepet, vagy felé tolhatja a fiatalot. Például a deviáns kortárscsoporthoz való kötődés a gyenge tanulmányi, illetve munkahelyi teljesítményben jelenik meg, amely a sorozatos kudarc hatására önértékelési zavarhoz vezethet, amely később az egyén személyiségvonásaiba és értékrendszerébe is beépülhet.

A kábítószerkipróbálást befolyásoló pszichológiai háttér tényezők

A személyiség szerepe – „Big Five” vizsgálat

A személyiség jellemzésére szolgáló független dimenziók az ún. „Big Five” megközelítés [11] alapján a következők: extravertió, együttműködés, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás és nyitottság. A „Big Five” kérdőívek a fenti öt dimenzió mentén azokat az általános személyiségvonásokat próbálják megragadni, amelyek lehetőséget nyújtanak a személy alapvető emocionális, interperszonális, motivációs és tapasztalati különbségeinek megragadására és átfogó leírására. A személyiség igen összetett, amely genetikai meghatározottságán (pl. temperamentum) túl olyan általános összetevők mentén írható le, amelyek vizsgálata lehetőséget ad arra, hogy specifikus tényezőkkel, jelen esetben a drogfogyasztó magatartással összefüggésben keressük a jellegzetes és megragadható személyiség-sajátosságok specifikus mintázatát. Szerettünk volna képet kapni a katonák általános személyiségjellemzőinek vizsgálatán túl a drogfogyasztó magatartás sajátos „személyiségprofiljáról” illetve a nem fogyasztóktól való „eltérés” irányáról és mértékéről.

A kérdőívben az ehhez kapcsolódó kérdések a következők voltak:

Mennyire pontosan illik egy kábítószerfűgőre:

- hogy gondoskodó, segítőkész, együttműködő,

- hogy pontos, céltudatos, határozott,
- hogy érzelmileg kiegyensúlyozott, higgadt,
- hogy ragaszkodik a szokásaihoz,
- hogy a bevált dolgokat előnyben részesíti az újakkal szemben,
- hogy gondoskodó, segítőkész, együttműködő,
- hogy pontos, céltudatos, határozott,
- hogy csendes, visszahúzódo, szeret egyedül lenni,
- hogy érzelmileg csapongó, félénk, szorongó,
- hogy kíváncsi, élénk fantáziájú, kedveli a változatosságot,
- hogy önző, ellenséges, kötözködő.

Azt feltételeztük, hogy az eltérő drogfogyasztó magatartással jellemezhető katonák a vizsgált öt dimenzió mentén eltérő profilt fognak mutatni. Az extravertió, együttműködés, lelkiismeretesség, emocionális stabilitás és nyitottság területén egy sajátos hangsúlyeltolódás jelenhet meg a drogfogyasztással, s az ehhez köthető viselkedéssel, értékekkel, érzelmi, társas-kapcsolati jellemzőkkel, teljesítménnyel összefüggésben.

A segítségkérés kapcsolata a kábítószerkipróbáló viselkedéssel

Segítségnyújtás kérése, illetve az öröm megosztása másokkal feszült helyzetben érzelmi támaszt nyújt. Vitathatatlan, hogy a kielégítő és jó minőségű kommunikáció hiánya súlyos következményekkel járhat pszi-

chés jólétünkre és fizikai egészségünkre nézve [12], depresszióhoz vezető krónikus magányt [13], alkoholizmust és kábítószer-függőséget okozhat [14]. A katonák vizsgálatában mind az általános, mindennapi kommunikációt, a lelki problémával és az anyagi problémával kapcsolatos segítségkérést, illetve a kábítószerrel összefüggő aktív kommunikációt vizsgáltuk. A társas támasz kérdésénél abból indultunk ki, hogy ha a fiatalok segítségnyújtást várhatnak és kérnek számukra fontos személyektől, akkor ez egy feszült, problémás helyzetben érzelmi támaszt nyújt.

A társas orientáció szerepe a kábítószer kipróbálásában

A társas orientáció kérdése az individualizmus és kollektívizmus fogalmain keresztül vizsgálható leginkább, amelyek már számos területen [15] és összefüggésben felmerültek [16]. A kábítószer-kipróbáló katonák esetében érdemes megvizsgálnunk, hogy hogyan viszonyulnak a társaikhoz, mennyire befolyásolhatók, illetve mennyire érzik fontosnak, hogy a csoportjukat kövessék.

A kollektivisták inkább a közösség összetartását, fontosságát hangsúlyozzák, míg az individualisták a szórakozást, az izgalmas életet részesítik előnyben. Az individualistákra jellemző továbbá, hogy saját céljaik megvalósítását helyezik előtérbe, ezért készek versengésre is, akár a csoporttól való elszakadás árán is (versengő individualizmus). A fiatalok általában a könnyű, szórakozó életmódot részesítik előnyben (hedonista individualizmus), mint a fele-

lősséget igénylő, csoportjukat (jelen esetben az egyes katonai szervezeteiket, illetve magát a Magyar Honvédséget) összetartó tevékenységeket. Az önmeghatározás szempontjából a kollektivisták esetében első helyen áll a csoporthoz való tartozás (család, munkahely, valamilyen szervezet – pl. a Magyar Honvédség), míg az individualisták esetében ez kevésbé fontos.

Feltételeztük, hogy a kollektivista beállítottság hangsúlyozása védő faktorként szerepelhet a kábítószer kipróbálása ellen. Elképzelhető, hogy egy „egészséges” csoporthoz való tartozás, a közös időtöltések megóvhatják a katonákat a kábítószer kipróbálásától.

A kábítószer kipróbálásával és a kábítószerfüggőkkel kapcsolatos tolerancia alakulása

Számos olyan embernél, akinél kialakult a kábítószerfüggőség, a segítő, rehabilitációs folyamat során kiderült, hogy komoly családi problémákkal kellett megküzdenie, nem csak a gyerekkorban, de a közelmúltban is. Nehezen tudják problémáikat megoldani, gondjaikat megosztani másokkal, valamint esetenként segítséget kérni. Ha az egyének nem képesek elfogadni, hogy társaik másként viselkednek, illetve másként látják, értékelik ugyanazon szituációt – mint ők maguk – akkor az ilyen személyek számára olyan helyzetek is stressz-keltők lesznek, olyan helyzetek is problémát jelentenek majd, amelyek a többség számára könnyedén kezelhetők. Mivel képtelenek megoldani problémájukat és nem tudnak segítséget kérni – hiszen sok esetben

hiányzik számukra a támogató környezet – ez eredményezi azt, hogy helyzetüket „kilátástalannak” tartják. A „megoldhatatlan” körülmények, problémák elhalványítására, pillanatnyi megoldására használják sokan a kábítószer kipróbálását.

Összegezve tehát annak ismerete, hogy a katonák, illetve a belőlük képződött katonai csoportok milyen szinten tudják elfogadni, tolerálni a kábítószerrel való érintkezés jelenségét több szempontból jelentőséggel bír, nemcsak a társas helyzeteket illetően, de a drog-gal kapcsolatos veszélyeztetettség miatt is. Ismeretük birtokában lehetőségünk nyílna arra, hogy fel tudjuk tárni attitűdjeiket, s ezáltal megbecsülhessük bizonyos viselkedések megjelenési valószínűségeit. El tudjuk helyezni őket az elfogadás (tolerancia) dimenziójában, és így jó közelítéssel meg tudjuk határozni azt, hogy mennyire lesznek képesek kezelni a kábítószerrel kapcsolatosan esetlegesen megjelenő problematikus helyzeteket.

Az életkörülmények szerepe

Megvizsgáltuk bizonyos környezeti és életmódbeli sajátosságok egy csoportját, amelyek elősegíthetik, illetve gátolhatják a kábítószer kipróbálására vonatkozó hajlandóságot a sorállományú katonák körében. Arra kerestük a választ, hogy a katonák életvitelében, szabadidős tevékenységében feltárhatók-e olyan elemek, amelyek hajlamosíthatnak a kábítószer használatára, illetve melyek azok a szabadidős tevékenységek, amelyek a droghasználatra hajlamosító hatások ellen „dolgoznak”.

Az életmódra vonatkozó kérdések a következők voltak:

Az életvitelre és szabadidős tevékenységekre irányuló kérdéscsoportok (a bevonulás előtti időszakra vonatkozóan):

- Mennyi időt töltött tanulással a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött pénzkereséssel a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött sporttal a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött tévézéssel a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött számítógépezéssel a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött hobbival a bevonulás előtt?
- Mennyi időt töltött egyéb szórakozással a bevonulás előtt?

Az életvitelre és szabadidős tevékenységekre irányuló kérdéscsoportok (a szolgálati időre vonatkozóan):

- Mennyi időt tölt tanulással jelenleg?
- Mennyi időt tölt pénzkereséssel jelenleg?
- Mennyi időt tölt sporttal jelenleg?
- Mennyi időt tölt tévézéssel jelenleg?
- Mennyi időt tölt számítógépezéssel jelenleg?
- Mennyi időt tölt hobbival jelenleg?
- Mennyi időt tölt egyéb szórakozással jelenleg?

A vizsgálat menete

A vizsgálat 1155 sorállományú katonára kérdőíves megkérdezéssel folyt 2003 évben. A minta reprezentatív korra nézve, a katonák átlagéletkora 21 év volt. A kérdőív kitöltése önkéntes volt és név nélkül történt. A kérdőívek felépítésében elsőként a szociális orientációval, a katonák társas kapcsolataival összefüggő kérdéseket tettünk fel, amelyeket a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos pszichológiai kérdésekkel folytattunk. A demográfiai kérdések háttérváltozóként, összehasonlítási alapként jelentkeztek elemzéseink során. A válaszokat a témaköröknek megfelelően kábítószerrel kapcsolatos csoportonkénti felosztásban (pl. kábítószerrel kipróbált és kábítószerrel nem használó katonák összehasonlítása) SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával értékeltük.

A metodológiai eredmények összegzéseként elmondhatjuk, hogy a kutatás során a katonák együttműködése kielégítő volt, a részvételi hajlandóság szintén. A kérdőív kitöltésének időtartama, valamint a befejezetlen kérdőívek aránya is utal arra, hogy a kérdőívek megértése nem okozott problémát a célcsoportnak.

Eredmények

Azt az eredményt kaptuk, hogy a sorállományú katonák körében az első drogkipróbálás (a választ adó katonák 28,8 %-ára értve) átlagosan 17 éves korra tehető.

A katonák majdnem fele soha nem szándékozik kipróbálni a kábítószerrel,

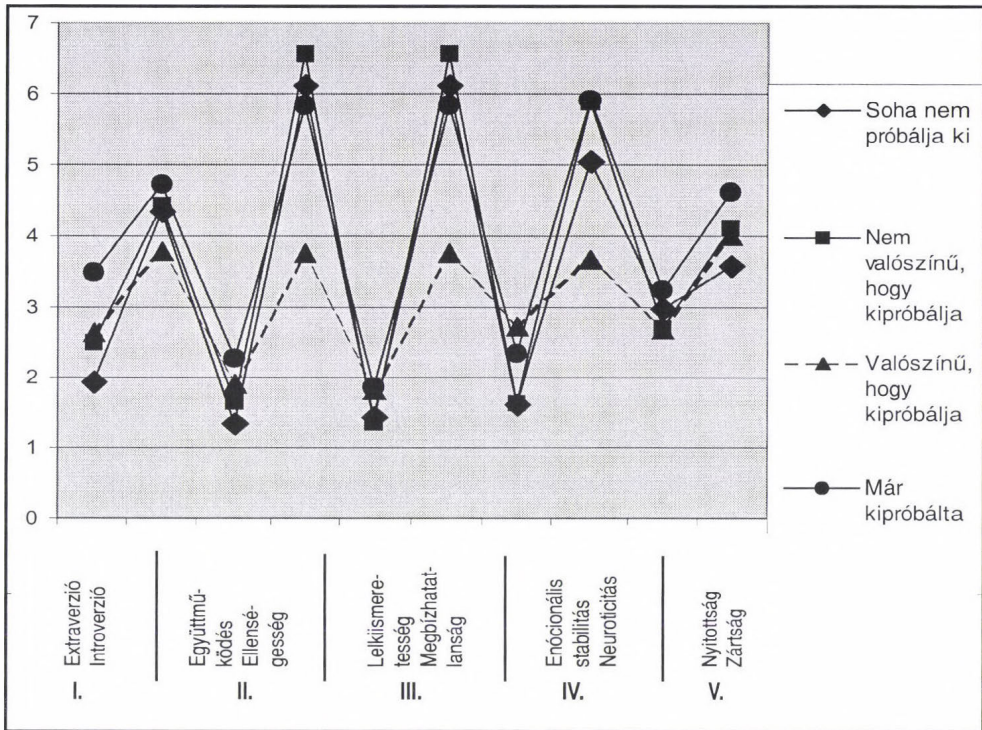
azonban a fennmaradó jelentős rész (kivéve a nem válaszoló 3,5%, akikről

Mit gondol, ki fogja próbálni a kábítószerrel?	Gyakorisági megoszlás	Százalékos megoszlás
Soha nem próbálja ki	494	42,8%
Nem valószínű, hogy kipróbálja	250	21,6%
Valószínű, hogy kipróbálja	38	3,3%
Már kipróbálta	333	28,8%
Összesen válaszolt	1115	96,5%
Nem válaszolt	40	3,5%
Teljes mintanagyság	1155	100,0%

I. táblázat: A kábítószerrel való viselkedés megjelenése a katonák körében

nincs kezelhető adatunk) hezitál (nem valószínű, vagy valószínű, hogy kipróbálja a kábítószerrel 24,9%), illetve már ki is próbálta 28,8%. A számunkra igazán jelentős az a 24,9 %, akik fontolgatják a kábítószer kipróbálását, illetve azon katonák csoportja, akik biztosan nem akarják kipróbálni a szert a későbbiekben. Erre a két csoportra jellemző lehet egy bizonyos, a kábítószerrel való kipróbálásával kapcsolatosan eltérő attitűd, amely segítségünkre lehet a kábítószerrel való megelőzésben.

Az 1. ábráról leolvasható, hogy extravertiós, együttműködés, lelkiismeretesség, emocionális stabilitás és nyitottság (a „Big Five” dimenziók) mentén kifejezetten eltérő, jellegzetes profilt adnak a kábítószer-fogyasztókra a kábítószerrel való kipróbálásában leginkább veszélyeztetett katonák, akiknek szándékukban van kipróbálni a kábítószerrel a jövőben. Legkisebb eltérések az extravertiós és a nyitott-



1. ábra: A kábítószeresek megítélése és a kipróbálás összefüggése

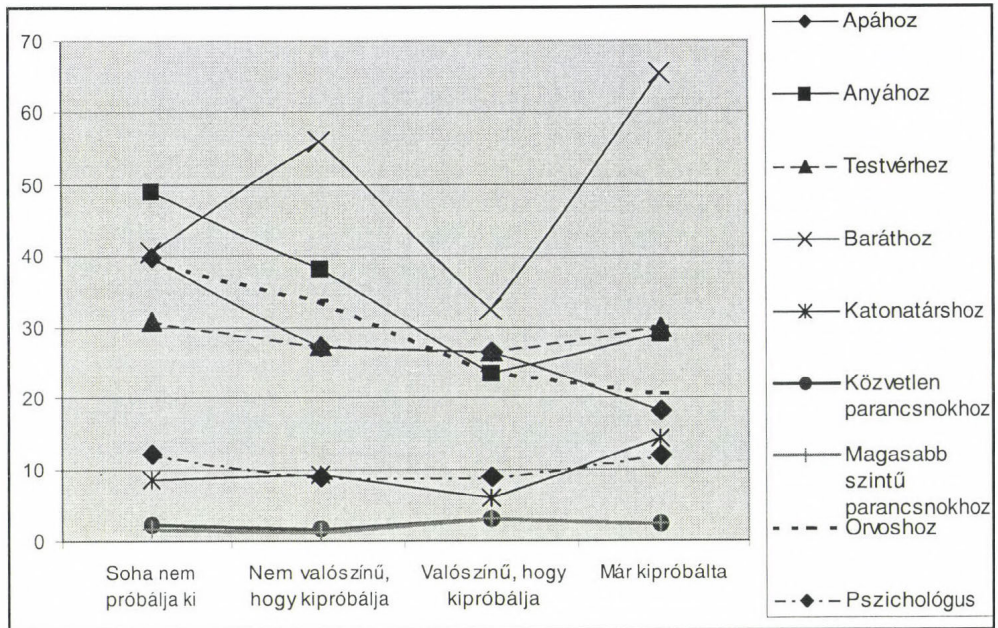
ság dimenziók mentén tapasztalhatóak, a másik három „Big Five” dimenziók negatív pólusaiban (ellenességesség, megbízhatatlanság, neuroticitás) a veszélyeztetett csoport még a kipróbálóknál is pozitívabban ítéli meg a kábítószer-fogyasztókat.

Láthatjuk, hogy a kábítószer kipróbálása szempontjából 4 eltérő csoport (már kipróbált, valószínű, hogy kipróbáló, nem valószínű, hogy kipróbáló és a soha nem próbáló), hogyan látja a kábítószer-fogyasztók személyiségét. A hezitáló csoport („valószínű, hogy kipróbálja”) a többi csoporttól nagyon eltérőképpen ítéli meg a kábítószer-fogyasztók személyiségét.

Ez a veszélyeztetett csoport („való-

színű, hogy kipróbálom a kábítószer”) valószínűleg tényleg ki fogja próbálni a kábítószer, mivel még a kábítószer már kipróbált csoportnál sokkal pozitívabban ítéli a fogyasztókat. Míg a többi három csoport szinte egyöntetűen ellenségesnek, megbízhatatlannak, neuroticitásra hajlamosnak tartja a kábítószer-fogyasztókat, addig a veszélyeztetett hezitáló csoport sokkal kevésbé tartja jellemzőnek rájuk ezeket a negatív személyiség-vonásokat.

A már drogot kipróbált csoport csak ott tér el a többi csoporttól, hogy extrovertáltabbnak, társaságkedvelőnek, illetve beszédesnek és aktívnak ítéli meg a kábítószer-fogyasztókat. De ezzel párhuzamosan zártabbnak, olyan személynek tartanak egy kábí-

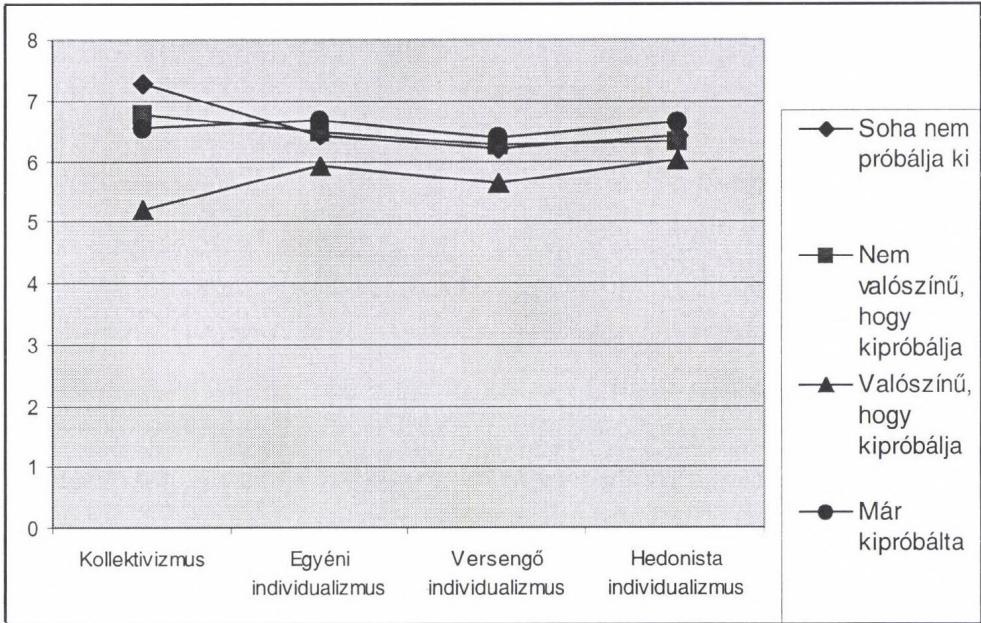


2. ábra: A kábítószerrel kapcsolatos segítségkérés és a kábítószer kipróbálása

tószer használót, aki ragaszkodik a szokásaihoz, bevált dolgaihoz. Ez valószínűleg a fogyasztással járó kötöttséggel, a rituáléval jár együtt, ami a már kipróbálók számára ismerős. Úgy tűnik, hogy a már kábítószer próbált személyek személyiség ítéletét lehet leginkább figyelembe venni a kábítószeresekre vonatkozóan, ez a kép tűnik a legrealisabbnak.

A sorállományú katonák a kábítószer kipróbálásától függetlenül tendenciaszerűen a legtöbb segítséget a barátjuktól várják (*lsd.* 2. ábrát). Kivéve azokat a katonákat, akik még nem próbálták ki a drogot, mivel ők leginkább édesanyjukhoz fordulnának kábítószerrel kapcsolatos problémájukkal. A barátjuk mellett testvérükhöz, szüleikhez és orvoshoz fordulnának leginkább azok a katonák, akik már kipróbálták a kábítószer.

A kábítószerrel már kipróbált, valószínűleg használó katonák sokkal inkább bíznak a barátjukban (tehát az ő esetükben a droggal kapcsolatos problémával való másokhoz fordulás nem csak teoretikus, mint a többi három csoport esetében). Felértékelődik a katonatársak szerepe is, sőt feltételezhető, hogy a sorkatonai szolgálat alatti fő baráti kör a katonatársak köréből kerül ki. Tehát a kábítószerrel már találkozott csoport tagjai a droggal kapcsolatosan felmerülő esetleges kérdéseiket nem szakemberrel (az orvoshoz való fordulás itt a legalacsonyabb százalékban van jelen), hanem önmagukhoz hasonlóan ugyanúgy a kábítószeres veszélyeit kevésbé ismerő, vagy éppen esetlegesen félrevezető személyekkel kerül függőségi kapcsolatba. A segítségkérés azért is igen fontos terület, mivel ezek az eredmények azt jelzik,



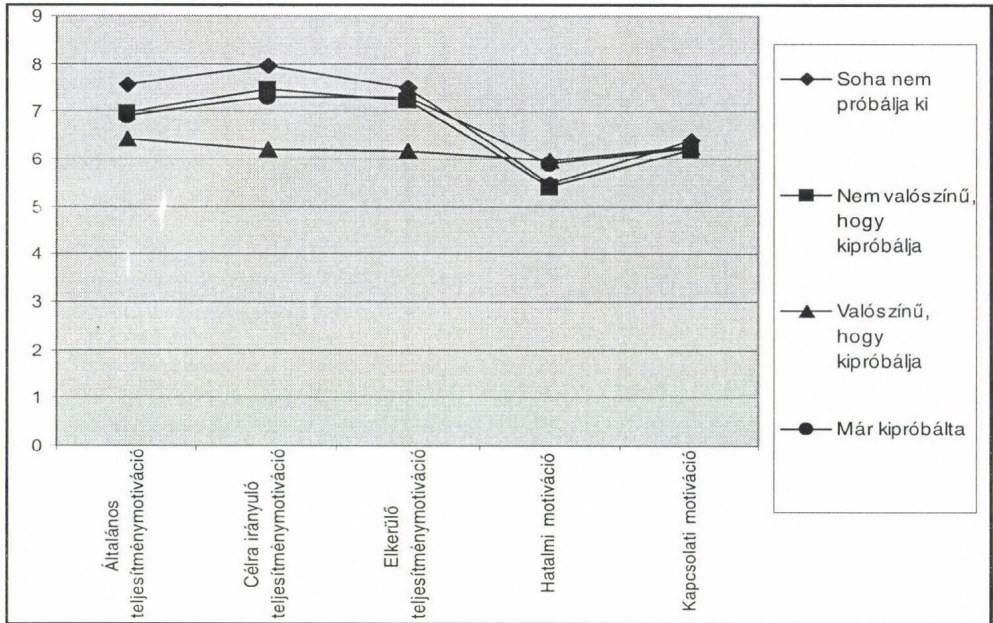
3. ábra: A társas orientáció és a kábítószerkipróbálás kapcsolata

hogy kortárs (katonák körében létrehozott) csoport felvilágosítása igen szükséges a sorállomány körében.

A kábítószer még nem próbált, de hezitáló csoportok („nem valószínű, hogy kipróbálja” vagy a „valószínű, hogy kipróbálja” hozzáállást mutató csoportok) tagjai körében is érdekes segítségkérési konstelláció alakul. A kábítószer nagy valószínűséggel kipróbálók a legnehezebben megközelíthető csoportnak tűnnek, vagyis ők kommunikálnak legkevésbé, ők azok, akik a barátaikhoz is kevésbé fordulnának, mint a többi csoport tagjai. Őket kellene valahogyan elérni, és mivel a barátok szerepe itt is kifejezett, ez leginkább a barátokon, a katonatársakon keresztül vihető véghez. A kissé ellenállóbb hezitálók csoportja („nem valószínű, hogy kipróbálják a kábítószer” véleményt adók) esetében is felértékelődik a barátok

szerpe, de emellett a kifejezett ellenállók csoportjához hasonlóan („soha nem próbálom ki a kábítószer”) esetükben a szülők, sőt kifejezetten az anya szerepe jelentős. Katonai vezetőhöz, közvetlen vagy magasabb szintű parancsnokhoz igen kis százalékban fordulnának a katonák (5% alatt). Pszichológushoz a két szélsőséges csoport (már kipróbálók és a soha nem próbálók) egyaránt 12%-ban fordulnának.

A 3. ábrán látható, hogy a kábítószer még nem próbált katonák, de a drogot a jövőben valószínűleg kipróbálók rendelkeznek egy olyan speciális társas orientációval, amely csak rájuk jellemző, vagyis egyszerre mutatnak a többi csoporthoz képest alacsonyabb érdeklődést a társas világgal szemben, mind a kollektivista, mind az individualista beállítottság mentén. A kábítószer nem próbált



4. ábra: A társas motivációk és a kábítószerkipróbálás kapcsolata

katonák kifejezetten kollektivisták beállítottságot mutatnak, számukra a legfontosabb a közösség összetartása és a csoportjuk.

A legvédelebbernek tűnő csoport, a biztosan nem próbálók rendelkeznek a mintán belül a legmagasabb kollektívizmussal, vagyis ők azok, akik a mások döntéseit leginkább tiszteletben tartják, szeretnek jóban lenni másokkal, fontos számukra, hogy környezetükben másoknak ne sérüljenek az érdekei, és arra törekednek, hogy harmóniában együttműködő csoport vegye őket körül. Ez sok esetben együtt járhat magasabb szintű alkalmazkodóképességgel, magasabb empátiával és konfliktuskezelési hajlammal.

A kábítószer szempontjából leginkább veszélyeztetett csoport, akik a jövőben valószínűleg szándékukban áll kipróbálni a drogot eltérő motivációs

tendenciákat mutatnak (Izd. 4. ábra) a többi csoporttól. Ez az eltérés a tel- kipróbálják a drogot, úgy tűnik, hogy kevésbé érdeklődnek a társas környezetük iránt, mint a többi csoport tagjai. A segítségkérés szerkezetéhez hasonlóan (Izd. 2. ábra) kevésbé kommunikálnak, nem figyelnek társas környezetükre, magukba zárkoznak és nem kérnek problémáik megoldásához segítséget másoktól. A többi csoporthoz képest kevésbé kollektivisták, nem akarnak egy közösséghez tartozni, leginkább a hedonista beállítottság jellemző rájuk (pl. szeretik a kényelmes életet, és ennek érdekében szívesen barátkoznak befolyásos emberekkel).

A kábítószer fogyasztás szempontjából kifejezetten veszélyeztetett csoport, azok a katonák, akiknek a jövőben valószínűleg szándékukban áll kipróbálni a drogot eltérő motivációs tendenciákat mutatnak (Izd. 4. ábra) a többi csoporttól. Ez az eltérés a tel-

Kábítószer kipróbálására ható kipróbálókra vonatkozó tolerancia	β	Szign.
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer a családjában?	0,001	0,968
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer a barátai körül?	0,433	0,000
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer a közvetlen katonatársai közül?	0,075	0,117
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer a bővebb katonai egységbeli (pl. laktanya) társai közül?	-0,022	0,620
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer a kedvenc szórakozóhelyen?	0,122	0,002
Mennyire fogadná el, ha valaki az Ön tudomásával kipróbálná a kábítószer szűkebb lakóhelyen?	-0,087	0,930

II. táblázat: *A saját kipróbálást valószínűsítő kábítószerhez való elfogadó hozzáállás*

jesítménymotivációk terén a legmarkánsabb, az általános, a célra irányuló és az elkerülő teljesítménymotivációjuk a legalacsonyabb a vizsgált csoportok között, ellentétben a kábítószer nem próbálókkal, akik a legmagasabb teljesítménymotivációs szinttel rendelkeznek

A kábítószer fogyasztáshoz eltérően viszonyuló 4 csoport tehát eltér a társas motivációjuk szempontjából. A veszélyeztetett hezitáló csoport (akik valószínű, hogy kipróbálják a kábítószer) úgy tűnik a teljesítményre való törekvésben térnek el leginkább a többi csoporttól. Ők nem törekednek a teljesítmény elérésére, nem igazán jellemző rájuk, hogy szeretnének előző teljesítményeiken javítani, nem akarnak keményen és pontosan dolgozni és nem fontos számukra, hogy amit elkezdtek, azt be is fejezzék.

De emellett a mintán belül aránylag magas hatalmi motivációval rendelkeznek, bár ők maguk nem törekednek a teljesítményre, mások munka-

végzését azonban szeretnék irányítani és szervezni, „uralkodni” másokon és befolyással lenni rájuk. Ezzel ellentétben azok, akik soha nem akarják kipróbálni a kábítószer, igen fontosnak tartják a teljesítményüket, nem rettennek vissza a nehézségektől, tudnak az elvégzendő feladataikra koncentrálni, és mindent megtesznek azért, hogy javíthassanak előző teljesítményükön.

A II. táblázat megmutatja, hogy a kábítószer kipróbálására leginkább az hajlamosít, ha a katonák a barátok közötti és a szórakozóhelyen történő kábítószerfogyasztást tolerálják, sőt még erőteljesebben jelentkezik ez a hatás, mivel kifejezetten a katonák tudomásával történik a kipróbálás.

A III. táblázatból leolvasható, hogy a kábítószerfüggők iránti tolerancia kifejezetten akkor jelent hajlamosító faktort a katonák körében, ha a tolerancia a kábítószer-kipróbálók elfogadásához hasonlóan a barátokra és a szórakozóhelyen megjelenő kábítószerfüggő személyre vonatkozik.

Kábítószer kipróbálására ható függőkre vonatkozó tolerancia	β	Szign.
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a szűkebb családjában?	0,021	0,984
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a barátai közül?	0,173	0,001
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a közvetlen katonatársai között?	0,012	0,803
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a bővebb katonai egységbeli (pl. laktanya) társai közül?	0,019	0,714
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a kedvenc szórakozóhelyén?	0,117	0,022
Mennyire fogadná el, ha valaki kábítószerfüggő lenne a szűkebb lakóhelyén?	0,024	0,603

III. táblázat: *A saját kipróbálást valószínűsítő kábítószerfüggőkhöz való elfogadó hozzáállás*

Az életkörülmények változásának vizsgálata során látható (lsd. IV. táblázat), hogy a katonák bevonulásuk előtti életkörülményeik alapján sokkal nagyobb különbséget mutatnak a kipróbálás szempontjából. Ez egyrészt annak köszönhető, hogy a sorálmányból már kábítószer próbáltak (28,8%) jórészt 18 éves kora előtt próbálta ki először a drogot (átlagosan 17 éves korra tehető a kipróbálás életkora). Másrészt a jelenlegi életkörülmények megítélése már jóval kevés-

bé okoz kipróbálásra való hajlandóságot (még a jelenlegi életkörülményüket nagyon rossznak ítéelők közül is 34,1% gondolja úgy, hogy soha nem fogja kipróbálni a kábítószer).

Azonban a hezitálók („nem valószínű, hogy kipróbálják” vagy a „valószínű, hogy kipróbálják” véleményt mutatók csoportjai) sokkal nagyobb számban vannak azon katonák között, akik a jelenlegi életkörülményeket nagyon rossznak tartják. Ez arra

Életkörülmény % a bevonulás előtt	Ki fogja-e próbálni a kábítószer?			
	Soha nem fogom kipróbálni	Nem valószínű, hogy kipróbálom	Valószínű, hogy kipróbálom	Már kipróbáltam
Nagyon rossz	13,3	6,7	–	80,0
Roszs	30,0	16,7	6,7	46,7
Elfogadható	39,5	22,3	2,6	35,6
Jó	44,3	24,8	3,6	27,3
Nagyon jó	53,2	17,6	3,8	25,5

Chi-négyzet érték=41,674 , df = 16 , p < 0,000

IV. táblázat: *A kábítószer kipróbálása és az életkörülmények alakulása a bevonulás előtt*

Jelenlegi Életkörülmény	%	Ki fogja-e próbálni a kábítószer?			
		Soha nem fogom kipróbálni	Nem valószínű, hogy kipróbálok	Valószínű, hogy kipróbálok	Már kipróbáltam
Nagyon rossz		34,1	22,2	7,4	36,3
Rossz		37,9	21,5	3,6	37,0
Elfogadható		45,7	23,9	2,0	28,4
Jó		50,5	22,1	3,9	23,5
Nagyon jó		65,8	10,6	5,2	18,4

Chi-négyzet érték=45,486, df = 16 , p < 0,001

V. táblázat: A kábítószer kipróbálása és az életkörülmények alakulása a bevonulás után

enged következtetni, hogy a nem megfelelőnek tartott körülmények hajlamosíthatják a katonákat arra, hogy a droghoz nyúljanak, mintegy a körülmények feledtetésére és kárpótlására. Ezzel összhangban az is igaz, hogy azon katonák közül, akik jelenlegi körülményeiket jónak vagy nagyon jónak tartják, szignifikánsan kevesebben nyúlnának kábítószerhez.

Összességében az életkörülmények befolyásolóan hatnak a katonák kábítószer kipróbálási attitűdjére. A bevonulás előtti életkörülmények főleg a családi, illetve baráti szocializációs háttérre visszavezethetően. Azonban a jelenlegi (bevonulás utáni) életkörülmények megítélése miatt lehet fontos, hogy sok katona számára a sorállományi szolgálat az első olyan helyzet, amikor távol kerül a megszokott környezetétől, és új körülmények és normák veszik körül. Ezzel együtt ez a rendre, rendszeresre épülő szocializációs környezet számos esetben elősegítheti, míg mások esetében gátolhatja a kábítószer kipróbálására való hajlamot.

Az V. táblázat eredményeiből az új életmódhoz való alkalmazkodás kimeneteleit láthatjuk, mint a kábítószer kipróbálására való hajlamosító és protektív faktorokat. Úgy tűnik, hogy a szórakozás hajszolása, mint fő időtöltési tényező nagymértékben meghatározza már a bevonulás előtt is a katonák kábítószerhez való viszonyát. Ezzel együtt a bevonulás utáni szórakozással eltöltött sok idő is kockázati tényezőnek számít, ezért javasolt a katonák foglalkoztatása, a szabadidejük értelmes eltöltése, illetve olyan alternatívák adása, amely nemcsak a kábítószer, illetve egyéb egészségkárosító tényezők használatára épül.

Fő prediktorok (lineáris regresszió vizsgálat)

Az előzőekben áttekintett hajlamosító és védő tényezők (a viselkedés és vélemény, illetve a személyiség-szintű változók) vizsgálata mellett a szabadidős tevékenységeket egy közös modellben elemeztük, lineáris regresszió vizsgálat elvégzésével.

A függő változónál (a kábítószer kipróbálása) a négy lehetséges válaszlehetőséget (soha nem próbálja ki; nem valószínű, hogy kipróbálja; valószínű, hogy kipróbálja és már kipróbálta a válaszadó a kábítószer) kettőre szűkítettük, vagyis két részre bontottuk a mintát: egyikbe azok a katonák tartoztak, akik kipróbálták már a kábítószer, a másikba, pedig akik még nem próbálták ki. A független változókat csoportokba rendeztük és kapcsolatukat ezekben a csoportokban vizsgáltuk lineáris regresszióval. A szignifikánsnak bizonyult változókat és a kipróbálásra gyakorolt hatásukat jelző standardizált regressziós együtthatók az alábbiakban láthatóak.

Hajlamosító tényezők – kockázati faktorok

Szórakozás bevonulás előtt: minél többet járt szórakozóhelyekre bevonulása előtt a katona, annál inkább kipróbálja a kábítószer (Béta = 0,115** ; szign.: 0,003).

Szórakozás jelenleg: minél több időt tölt szórakozással a katona, annál inkább valószínű, hogy kipróbálja a kábítószer (Béta = 0,090* ; szign.: 0,022).

Protektív tényezők – védő faktorok

Tanulás bevonulás előtt: minél többet tanult bevonulás előtt a fiatal, annál kevésbé próbálna ki a kábítószer (Béta = - 0,067* ; szign.: 0,026).

Jelenlegi hobbi: minél több időt tölt hobbijával a szolgálati idő alatt, annál kevésbé próbálna ki a kábítószer (Béta = -0,080* ; szign.: 0,042).

A fenti szabadidős tevékenységek befolyásoló szerepét bemutató értékek

közül a szignifikánsnak (* = $p \leq 0,05$; illetve ** = $p \leq 0,01$) bizonyult hatásokat láthatjuk. A kapcsolatok erősségét jelző számok standardizált regressziós együtthatók. Például a „tanulás a bevonulás előtt” és a „jelenlegi hobbi” esetén a negatív értékek azt jelentik, hogy tanulással és hobbijuk gyakorlásával több időt töltő katonák kevésbé próbálnák ki a kábítószer, mint az említett tevékenységekkel kevesebbet foglalkozó társaik.

A regressziós értékekből leolvasható, hogy protektív megoldási tényező lehet a szabadidő hasznos eltöltésére a hobbi gyakorlása, illetve a tanulás. Bár a lineáris regressziós vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a tanulás csak a bevonulás előtt hathat védő faktorként, a bevonulás után a hobbi léphet fel a tanulást helyettesítő védő faktorként. Ezt a jelenséget úgy is magyarázhatjuk, hogy mivel a bevonulás előtti legfőbb hasznos időtöltésnek a tanulás valószínűsíthető, a katonai szolgálat után tanulásra még azok körében, ahol igény lenne rá sincs minden esetben megfelelő lehetőség, ezért jelenhet meg a hobbi gyakorlása mintegy a tanulást helyettesítő protektív tényezőként.

Összegzés

A hajlamosító és protektív személyiségbeli és szocio-kulturális jegyek áttekintése még inkább erősíti azt a benyomást, hogy igen nagy szerepük van a kábítószer kipróbálásában. A kábítószeresek személyiségének eltérő megítélése, a segítségkérés szerkezete, a társakhoz való viszonyulás (társas orientáció és motiváció) mindez, a kábítószer kipróbálásával és

a kábítószer-függőkkel kapcsolatos tolerancia alakulása, az életkörülmények megítélése mind-mind a kábítószer kipróbálásának szempontjából fontos viselkedéses és vélemény szintű változók. Voltaképpen ezek fejtik ki leginkább hatásukat a kábítószer kipróbálására, vagyis a személyiség mindig jelen van, azonban a viselkedés és vélemény szinten jelentkező megnyilvánulások általában könnyebben megragadják a kutatók figyelmét.

Az eredmények alapján feltételezhető továbbá, hogy a kábítószer kipróbálása után megváltozik a katonák véleménye a kábítószeresekkel kapcsolatosan, mivel a kognitív diszsonancia elméletére utalva [17] valószínűleg nem szívesen tekintenek károsnak és negatívnak olyan dolgokat, amit már ők is megtettek, illetve esetlegesen nap mint nap megtesznek. Ezen jelenségnek van még egy további járulékos veszélye, mivel jelen vizsgálat egyik, a segítségkérés szerkezetében megmutatózó eredménye szerint a kábítószerrel még nem próbált, de a jövőben valószínűleg kipróbáló katonák leginkább barátjukhoz, kortárscsoporthoz fordulnának lelki, illetve droggal kapcsolatos problémájuk esetén. Ezzel együtt fennállhat annak a veszélye, hogy a kábítószerrel már kipróbált katonák a szerrel még nem próbált társaik véleményét is elfogadóbbá formálják a kábítószerrel kapcsolatosan.

A jelen vizsgálat jelentősége emellett még, hogy lépéseket tett a kábítószer kipróbálására hajlamosító speciális, csak a fegyveres testületekre jellemző

pszichológiai és szocio-kulturális tényezők feltárására a Magyar Honvédség katonáinak körében. Elmondható, hogy bár a kábítószer kipróbálását vizsgálva igen bonyolult jelenséggel állunk szemben, azonban a megfelelő személyiség, vélemény és viselkedéses tényezők feltárásával közelebb juthatunk ezen kérdés megválaszolásához. Ez még inkább érvényessé és fontossá válik a sorkatonai szolgálatról való áttérés után az önkéntes haderő állományára nézve, hiszen eredményeink szinte teljes mértékben átvihetők, sőt feltétlenül felhasználásra javasoltak az önkéntes állomány körében folytatandó drogprevenációs törekvések és vizsgálatok során is.

Az eredményeink megbízható alkalmazhatóságára az enged következtetni, hogy kifejezetten a fegyveres testületekre és ezzel együtt minden szervezetre és csoportra jellemző (az esetek többségében a társas kapcsolatokra hangsúlyt fektető) vizsgálati faktorokat használtunk fel a kutatásunk során. Ide tartoznak többek között a tolerancia, közös szabadidős tevékenységek társas motivációk és társas orientáció jelenségek felmérése és speciális mintázatának feltérképezése.

Végezetül azt mindenképpen érdemes megjegyeznünk, hogy ezek a pszichológiai és szocio-kulturális ható-tényezők (kockázati vagy hajlamosító tényezők) sohasem önmagukban hatnak, hanem az életkörülmények és a szabadidős tevékenységek megváltozása nagymértékben befolyásolják (amely jelenség vitat-

hatatlanul jelen van és az önkéntes haderőre való áttérés után, a jövőben is megjelenik a Magyar Honvédség kereteiben tevékenykedők esetében). Tehát egy vagy két, a kábítószer kipróbálására hajlamosító vélemény vagy viselkedéses szintű tényező megjelenése nem feltétlenül jelenti a kipróbálás tényét, sokkal inkább globálisan, rendszerben kezelendők ezen tényezők a kábítószer prevenció folyamata során.

IRODALOM

- [1] Jávor É. (szerk.): Drogcsapda. Poginarmicum Kiadó, 2001, Budapest.
- [2] Block, J. H., Keyes, S.: Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 1988, 59: 336-355.
- [3] Bácskai E.: A protektív tényezők szerepe a drogmegelőzés hatékonyságában. Kandidátusi értekezés, 1993, Budapest.
- [4] Kindermann, W.: Drogveszély és drogfüggőség. Magyar Karitás, 1998, Budapest.
- [5] Newcomb, M. D., Maddahian, E., Bentler, P. M.: Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 1986, 76: 525-531.
- [6] Anglin, M. D., Thompson, J. P., Fisher, D. G.: Parental, personality, and peer correlates of psychoactive mushroom use. *Journal of Drug Education*, 1986, 16(3): 265-285.
- [7] Newcomb, M. D., Bentler, P. M.: Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults. Newbury Park, 1988, CA: Sage.
- [8] Domokos T., Kulcsár L.: Kábítószerhasználattal kapcsolatos tanulói és pedagógusvizsgálat Miskolcon. Kutatási beszámoló. 1999, Echo Oktatási Műhely.
- [9] Burkett, S. R., Jensen, E. L.: Conventional ties, peer influence, and the fear of apprehension: A study of adolescent marijuana use. *Sociological Quarterly*, 1995, 16: 522-533.
- [10] Moncher, M. S., Holden, G. W., Schinke, S. P.: Psychosocial correlates of adolescent substance use: A review of current etiologic constructs. *The International Journal of the Addictions*, 1991, 26(4): 377-414.
- [11] Costa, P. T., McCrae, R. R.: Four Ways Five Factors Are Basic. *Personality and Individual Differences*, 1992, 13: 653-665.
- [12] Berkowitz, L., Daniels, L. R.: Responsibility and dependency. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, 66: 429-436.
- [13] Latané, B. & Dabbs, J. M.: Sex, group size and helping in the cities. *Sociometry*, 1975, 38: 180-194.
- [14] Piliavin, J. A.: Addiction to Altruism? *American Sociological Review*, 1982, 48: 560-568.
- [15] Triandis, H. C.: Individualism and collectivism. Boulder, 1985, CO: Westview Press.
- [16] Gelfand, M. J., Triandis, H. C., Chan, D. K.S.: Individualism versus collectivism or versus authoritarianism? *European Journal of Social Psychology*, 1996, 26: 397-410.
- [17] Festinger, L.: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, 1962, California.

Col. Zsuzsanna Szilágyi
M.D.M.C., Ph.D.

Revealing the psychological background of drug using behaviour and preventive approaches in the armed forces

The major aim of the recent study is to present the results of the research conducted in the Hungarian Army in 2003 which reveals the special psychological background and aspects of drug prevention. In the long run we are pursuing to apply the results into drug prevention attempts. The referring research using questionnaire method was conducted among 1555 regulars of the Hungarian Army. Summarising the results of the study

it can be stated that several predictive and protective factors exist (psychological and behavioural as well) which are typical of the armed forces. These factors among others the interpretation of changes in circumstances, toleration toward drug using behaviour, social orientation and motivation and the special structure of social support. Getting to know the more about the above mentioned personality and behavioural concepts the more we are going to be able to screen and treat the explicitly endangered group of regulars in a more efficient and preventive way.

Dr. Szilágyi Zsuzsanna o.ezds.
1555 Budapest, Pf. 68.

Az Assessment Centre technika alkalmazásának lehetséges aspektusai az ENSZ és NATO missziók személyzetének kiválasztása során

Tarnóczi Richárd őrnagy

Kulcsszavak: katonai kiválasztás, alkalmasságvizsgálat, kompetencia alapú módszerek, prediktorok, Assessment Centre

*„Ott ismerhetjük meg az embert, ahol alkalma van megnyilatkozni.”
(Harkai Schiller Pál, 1935.)*

A professzionális hadsereg alappillére a megfelelő képességekkel, kompetenciákkal rendelkező állomány. Elengedhetetlen a jelenleg alkalmazott rendszer működési alapelveinek újraértelmezése a kompetencia alapú kiválasztási felfogás alkalmazása. A területet illetően a cikk célkitűzései: a kiválasztás során alkalmazott pszichológiai módszerek értelmezéséhez elméleti háttér bemutatása (elméleti modellek, mérőszámok, döntéshozás prediktorok alapján). Alkalmat ad arra, hogy bemutassa a szerző szemszögéből a napjaink katonai kiválasztásának dinamikáját, továbbá a kompetencia alapú kiválasztás egyik jól alkalmazható módszerének, az Assessment Centre leírása után (történetiség, elméleti háttér) egy esetet mutat be, amely során alkalmazásra került az A.C. technika a Magyar Honvédségben.

A hatékonyságot választó szervezetek egyértelműen elismerik a humán tőke fontosságát. Humán szó jelenti a formát (emberi formát) a tőke, pedig a tartalmat. Ennek következményeként értelmezhetjük, a munkaerő felvételnél elsősorban nem eggyel több emberre, hanem eggyel több teljesítményforrásra irányul a kiválasztás szándéka. Ez azonban egyáltalán nem teszi elhanyagolhatóvá azt a tényt, hogy a tőke formája speciális: a teljesítmény hordozója az ember [29].

A Magyar Honvédség már több átalakuláson ment keresztül és jelenleg

is dinamikus átalakulás jellemzi. Ez óhatatlanul érinti a hadsereg humánpolitikai megfontolásait is, amelyen belül a kiválasztás külön specifikumként értelmezendő. Tendenciaként jelentkezik a szerződéses katonák alkalmazásának egyre növekvő aránya, amely gyakorlatilag felváltja a jelenleg sorkötelezettségen alapuló szolgálatteljesítést. Ez közel két éven belül várható.

A professzionális hadsereg alappillére „high tech” haditechnikai eszközök alkalmazásán túl, a magas szinten képzett és megfelelő képessé-

gekkel, kompetenciákkal rendelkező állomány. Az ilyen jellegű kompetencia alapú kiválasztás gyakorlatilag paradigmaváltást igényel a katonai személyzeti vezetés felől.

Napjainkban az alkalmasságot két szempont alapján mérlegelik: orvosi és pszichológiai vizsgálatokról beszélhetünk. A betegségközpontú alkalmasságvizsgálat több évtizedes tapasztalatra tekint vissza a Magyar Honvédség, illetve elődje a Magyar Néphadsereg részéről.

Több évre visszatekintve az érvényes törvényi szabályzó (9/2002 HM rendelet) egyértelműen azon kritériumokat fogalmazták meg, amelyek az alkalmatlanságot értelmezik, vagyis olyan munkavállalói kritériumokat vizsgál, amely a munkafeladatokat nem, vagy csak kis mértékben teljesítő munkavállalóra jellemző. Erre jó példa a sorozási tevékenység, de a hivatásos állomány kiválasztása is hasonló elvek alapján történt.

A kompetencia alapú kiválasztás felfogásrendszerében kritériumként alkalmazott kompetencia fogalmát úgy határozhatjuk meg, mint egy személy azon alapvető, meghatározó jellemzőit, amelyek okozati kapcsolatban állnak a kritérium- (követelmény)szintnek megfelelő, hatékony és kiváló teljesítménnyel. A kompetenciát tehát a következők alapján értelmezzük:

- Alapvetően az, amit egy munkakörben a legjobban teljesítők leggyakrabban, a legtöbb helyzetben, a legjobb eredménnyel tesznek;

- Azon jellemzők, amelyek megkülönböztetik a kiválóan teljesítőket az átlagosaktól.

Összességében tehát le kell cserélni a „ha nem beteg, akkor alkalmas” felfogást a kompetencia alapú kiválasztási felfogással.

2003 év elején megjelent 4/2003-as HM rendelkezés már módosításokat tartalmaz pszichológiai téren, mivel igen nagy arányú létszámmozgás várható egyrészt a szerződéses katonák kiválasztása, másrészt a külföldi katonai missziók állományába történő kiválasztás alkalmával. A korábbi elvek kevésbé hatékonyan alkalmazhatók e területen.

A cikk a következő célokat tűzi ki maga elé:

- a kiválasztás során alkalmazott pszichológiai módszerek értelmezéséhez elméleti háttér bemutatása (elméleti modellek, mérőszámok, döntéshozás prediktorok alapján),
- bemutassa a szerző szemszögéből a napjaink katonai kiválasztásának dinamikáját,
- a kompetencia alapú kiválasztás egyik jól alkalmazható módszerének, az Assessment Centre bemutatása (történetiség, elméleti háttér),
- végül egy esetet mutat be, amely során alkalmazásra került az A.C. technika a Magyar Honvédségben.

Klasszikus és modern kiválasztási modellek

Thorndike modellje

A szakirodalom két alapvető elgondolást tárgyal a kiválasztás során [27]:

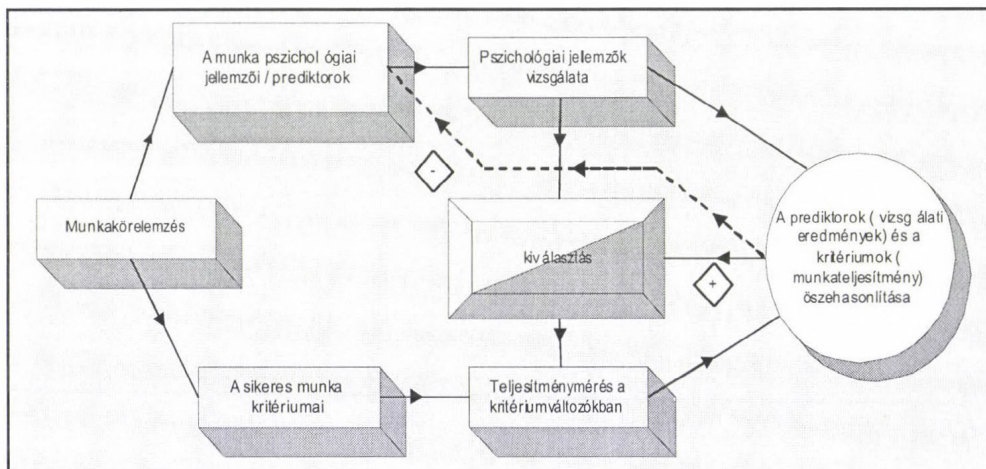
- Az előrejelző (prediktív) validitás modellje: az eljárás jellegzetessége, hogy úgy ad bejósolást a munkaeő bevlására, hogy az alkalmazást megelőzi egy kiválasztási folyamat. Az itt feltárt eredmények és a munkában történő bevlását vetik egybe, a prediktorok alapján kiválasztásra került munkavállalók nyomon követésével (follow up) feltárt adatait egybevetik a kiválasztási eljárás eredményeivel.
- Az egyidejű (konkurrens) validitás modellje alapján a vizsgálaton résztvevő csoport tagjai már a szervezetnél dolgoznak, és a feltárt eredményeket gyakorlatilag időbeli eltérés nélkül tudják egybevetni. Amennyiben az eredmények validnak nevezhetők, abban az esetben a kiválasztási eljárást lehet használni.

A továbbiakban a prediktív validitás szemléletét veszem mérvadónak a kiválasztási rendszerek értelmezésében.

A XX. század közepe táján fogalmazódott meg a legkorábbi kiválasztási modell, mely Thorndike nevéhez kapcsolódik [31]. A modell annak ellenére, hogy elviekben már idejétmúlt, minden további modell kiinduló elméleteként szolgál (1. ábra)

A folyamat munkakörelemzéssel indul, ahol feltárára kerülnek a munka jellegzetességei és a sikeres munkavégzés kritériumai. Ez a fázis adja a prediktorok kialakításához szükséges információkat.

Mindezek után mind a pszichológiai jellemzőket, mind pedig a kritériumváltozók alapján megfogalmazott teljesítményt mérik. Ezt követően a mért értékeket egybevetik, és amennyiben az alkalmazott vizsgálati módszer mérőszámai (mint prediktorok) pozitív korrelációt mutatnak a sikeres munkavégzés kritériumainak mérőszámaival, abban az esetben a kivá-



1. ábra: Thorndike kiválasztási modellje (1949)

lasztási módszer érvényes, alkalmasnak bizonyul arra, hogy kellő módon bejósolja a munkavállaló alkalmasságát.

Természetesen újabb munka előtt áll a fejlesztő, ha nincs együtt járás a fent említett változók között: ebben az esetben vagy a prediktorok vagy a kritériumok korrekciója szükséges.

A modell kapcsán több kritika is megfogalmazódott [22]:

- A teljesítményben mutatkozó különbségek vizsgálata az egyén képességeinek és személyiségének állandó, statikus szemléletét alkalmazta. A szemlélet hiányosságot mutat abból a szempontból, hogy nem veszi figyelembe az egyén céljait, motivációját.
- A modell abban az időszakban született, mikor a tesztek kidolgozása és alkalmazása aranykorát élte, így a teljesítménymérés a prediktorok validálását szolgálta.
- A kritérium-adatok elsősorban a vezetőik dolgozóira irányuló értékeléséből származtak. Egydimenziós, más néven alapvető (ultimate) kritériumot használ a metódus, ahol a kiválasztásban résztvevő vagy megfelel, vagy nem.
- Fontos egy kiválasztás során, hogy a változó követelmények mellett folyamatos korrekció legyen jelen a kiválasztási rendszerben.
- Nem foglalkozik a jelölt beilleszkedésével, a személy és munka kölcsönös megfelelésével.

A fenti vélemények megfogalma-

zására a gyakorlati alkalmazás felmerülő kritikái alapján került sor. A korábbi statikus felfogást felváltja az a szemlélet, ami figyelembe veszi azon szükségleteket és elvárásokat, melyeket az egyén támaszt a munkájával és a szervezettel szemben, továbbá azon lehetőségeket, amit a munka nyújt az egyén számára.

Egy újabb gondolatmenet fogalmazódott meg e területen, amely egyre inkább érvényt szerzett annak az egyre erősödő igénynek, hogy a személy és a munka/munkahely között oda-vissza irányú kapcsolatra épített metódusok hordozzák magukban a sikeres beválást.

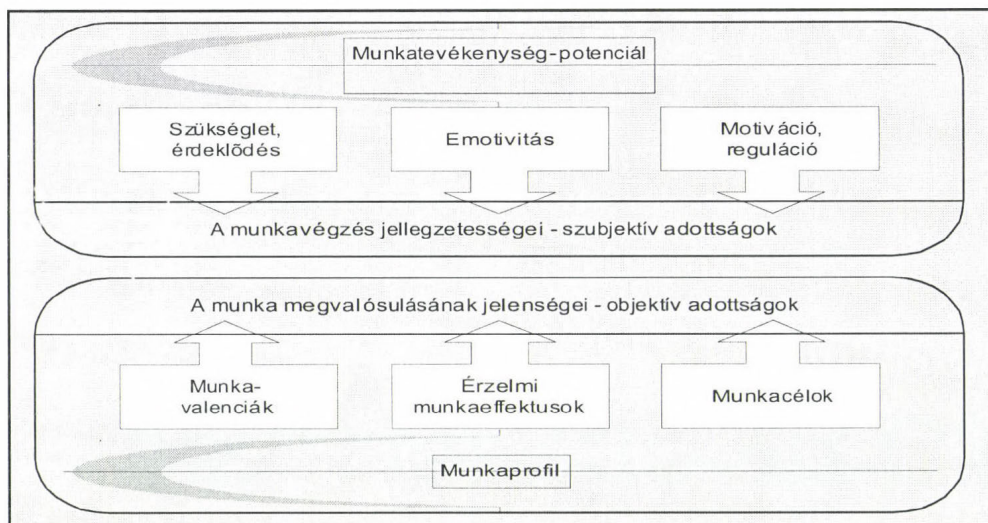
Csirszka modellje: az alkalmasság tényezőinek megfelelése

A dinamikus kiválasztási modellek erőssége abban rejlik, hogy elfogadják, és figyelembe veszik a szervezet és munkakörök kritériumainak együttlátását.

Hazánkban, mint más országokban hasonló kritikák és ezen alapuló elméleti újítások jelentek meg. *Csirszka János* munkássága mérvadó e területen. 1966-ban fogalmazta meg a munka-kaadottságok objektív és a személyiség szubjektív feltételeinek dinamikus összhangjáról szóló elméletét [5].

A *Csirszka*-féle modell horizontális tagolódást mutat, ami azt jelenti, hogy a munka és személy oldalán található tényezők egymással kölcsönösen összeillenek (2. ábra).

A munkaprofil a munka jellegzetességeinek összessége.



2. ábra: Az alkalmasság tényezőinek megfelelése – Csirszka modell

A munka valenciája a munka sajátosságait értelmezi, ami egy munkát megkülönböztet a másiktól. Ide tartozik a munka anyaga, munkaeszközök, munkamód, milyen fajta munkáról van szó, ergonómiai jellemzők és az erkölcsi értékek. A személy akkor tudja ezt a munkafeltételt kielégíteni, ha rendelkezik megfelelő érdeklődéssel, szükségletekkel, képességekkel, készségekkel, ismeretekkel és szaktudással [20].

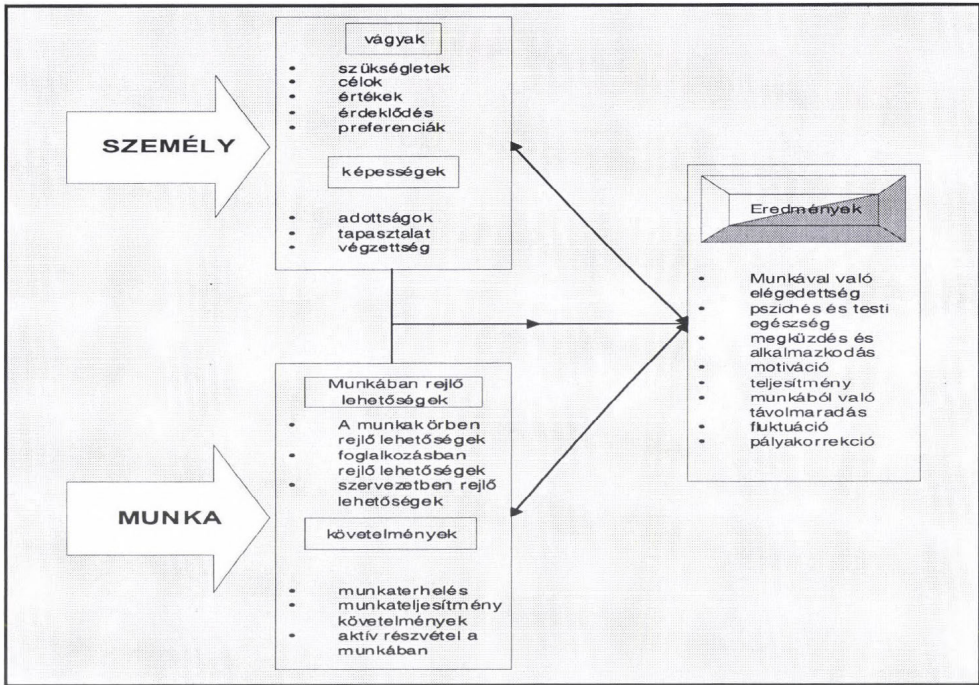
Érzelmi munkaeffektusok: érzelemkeltő és érzelmet kiváltó effektusok. Ide tartoznak a mikroklíma, a munkahely esztétikai és komfortképe, szociális klíma, a vezető személyisége és kulturális hatások. Személyiségfüggő ez a faktor, hiszen míg az egyik munkavállaló elfogadhatatlannak tartja az általa betöltött munkakört, mások számára viszont kimondottan vonzó.

Munkacélok alatt a munka természetéhez kapcsolódó célokat értjük, de kiegészülhetnek más kapcsolatos

célkitűzéssel is. Amennyiben a munkavállaló ismeri a munkavégzés céljait, továbbá az egybeesik személyes céljaival, akkor ennek nagy mértékű motiváló ereje lehet.

Csirszka az összeillés és így az alkalmasság fokozatait is meghatározza. Minél nagyobb a megfelelés a szubjektív és objektív adottságok között, annál nagyobb mértékű az összeillés. Az összeillés mértékéből valószínűsítjük a beválást, ami a munkavállaló és a munkavégzés közötti valóságos megfelelést jelenti. Arról a munkavállalóról mondhatjuk el ezen fel fogás alapján, hogy bevált, aki legalább közepes szinten képes eleget tenni a szervezeti követelményeknek, egyenletes teljesítmény színvonalon fizikai és pszichés károsodás nélkül. Mindezek alapján a következő kategóriák kerültek definiálásra:

- **Abszolút alkalmasság:** ideális megfelelés állapot, a beválást egyértelműen maga után vonja.



3. ábra: Személy-munka megfelelés modell (Edwards, 1991)

- **Jó, illetve kiváló alkalmasság:** a szükséges kritériumokon felül a személyiség oldalán átlagon felüli értékes adottságok és funkciók vannak, mely segítségével az adott munka során kedvezően érvényesülhet.
- **Átlagos alkalmasság:** minden szükséges kritérium megléte, amely az átlagos beválást hordozza magában.
- **Gyenge alkalmasság:** azon kritériumok meglétét jelenti, amelyek hiányában már alkalmatlanság állna fenn, itt az alkalmazás csak szükségszerű.
- **Elégtelen alkalmasság:** a beválás nem lehetetlen, ám ennek valószínűsége igen csekély.

Jól látható, e modellnél már felmerül a gondolat; amennyiben valaki képes az adott munkakört betölteni, nem

egyértelműen jár együtt alkalmassággal. Ami az emberei erőforrás gazdálkodás számára hasznot jelent, az a beválás, amely a valóságos megfelelést mutatja. Mind a munkavállalói mind, pedig a munkáltató között dinamikus kapcsolat jól működő összeállása esetén nagyobb arányú beválásról beszélünk.

Edwards: Személy-munka megfelelés modellje

A korábbi eredmények összegzésén alapul Edwards továbbfejlesztett elmélete, ahol a személy és a munka közötti interakció mellett az interakció eredményességét emeli ki [8]. Az interakció biztosítja az elméleten alapuló kiválasztás dinamikáját, hiszen az oda-vissza irányú csatolás szabályozást és korrekciót tesz lehetővé.

A személy-munka közötti összeillés jelenti a munkavállaló képességei, készségei, és hiedelmei (beliefs) illeszkedését a munka mennyiségi és minőségi követelményeivel, másrészt az egyén részéről megjelenő értékek, vágyak és szükségletek illeszkedése a munkatevékenységben rejlő lehetőségekkel és kihívásokkal [44] (3. ábra).

Akkor beszélünk az egyén és szervezet legjobb illeszkedéséről, ha a legjobb teljesítménnyel képes az adott feladatot elvégezni, elégedett, és a munka során keletkező stressz is kis mértékű.

Ennek a pozitív kapcsolatnak a gyümölcse lehet a munkavállalói elégedettség, ami magában hordozza a szervezeti elköteleződést, mentális és fizikai teherbírást, hatékonyan alkalmazott coping a stressz megjelenés során, hatékony munkateljesítményt, motivációt és karrierfejlődést. Metaanalízis módszerével vizsgálták a P-J-összeillés és az elégedettség mértékének összeállítását. Az eredmények 0.38 korrelációt igazoltak [1].

Ellenkező esetben, mikor az összeillés hiánya jellemző (lack of fit), csökkent munkateljesítmény, elégedetlenség (dissatisfaction), és nagy mértékű stressz jelenségével számolhatunk, amely kiváltja a munkakörnyezet és személy értékeinek, vágyainak, vagy céljainak össze nem illését.

A személy-munka közötti összeillés modellje kétirányú megközelítést fogalmaz meg. Egyrészt értelmezzük az egyén illeszkedését a szervezethez és feladathoz (fitting to the job), mely esetben lényeges szerepet tölt be a

kiválasztás és a képzés.

A másik szempont a feladat illeszkedése az egyénhez (fitting the job to the person). Itt kiemelkedő szerepe van a munkatervezésnek és az ergonómiai elveknek [44].

Ellenkező esetben kicsi, vagy elégtelen az összeillés, melynek leggyakrabban formája a hiányzás vagy a fluktuáció, esetlegesen pályakorrekció.

Napjainkban használt kiválasztási módszerek

A módszerek jelzőszámai

Elsődleges szempont, hogy pontosítsuk, milyen dimenziók alapján tehetünk különbséget a kiválasztási módszerek között. A következő tényezők mentén értelmezzük a kiválasztási módszereket [23]:

- **Érvényesség (validitás):** jelzi, milyen szoros az adott prediktor és a kritérium közötti statisztikai kapcsolat, vagyis milyen pontosan képes bejósolni az adott munkakört betöltő munkavállaló beválasztását. Ezen belül is megkülönböztetünk:
 - **Előrejelző érvényességet (predictive validity):** definiált külső kritériumon alapul. A leggyakrabban ezt az értéket vesszük figyelembe.
 - **Tartalmi vagy terjedelmi érvényesség (content validity):** mennyire fogja át a módszer a mérendő fogalom jelentéstartományát.
 - **Szerkezeti vagy konstrukciós érvényesség (construct validity):** milyen kapcsolat van a mérőeszköz és az elmélet többi változója között.

- **Arculati érvényesség (face validity):** a prediktor által mért fogalom illeszkedik-e a közmegegyezéshez arról, ami az emberek többségében él (*Babbie 1996, in. Juhász*).
- **Megbízhatóság:** a tesztfelvétel és a belső konzisztencia statisztikai eredményei megismételt eljárás alkalmazás milyen mértékben egyezik meg a korábbi vizsgálatokkal.
- **Korrektség:** mennyire tárgyilagos a teszt a jelölt nemi és etnikai hovatartozásától függetlenül.
- **Használhatóság:** milyen széles spektrumban van lehetőség az adott kiválasztási módszert alkalmazni populárisabb vagy specifikus munkaköri kiválasztásoknál.
- **Költség:** a gazdálkodó szervezet kiválasztási döntéseit meghatározza a rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások nagysága. Manapság egyre inkább alkalmazott módszer, hogy külső és egyben nehezebben megfizethető tanácsadók helyett inkább belső munkatársat alkalmaznak. E tekintetben az utóbbi eset kapcsán jelentősen mérsékeltebb költségek értelmezhetők a kiválasztás során.

Prediktorok kialakítása és típusai

A *Thordike*-i modell metodikája elavultnak nevezhető, ám alapelveit tekintve gyakorlatilag minden napjainkban alkalmazott kiválasztási eljárás követi ezeket [28].

A kiválasztás elméleti alapja, hogy különbséget tudjunk tenni individu-
um szintjén. A munkatevékenység

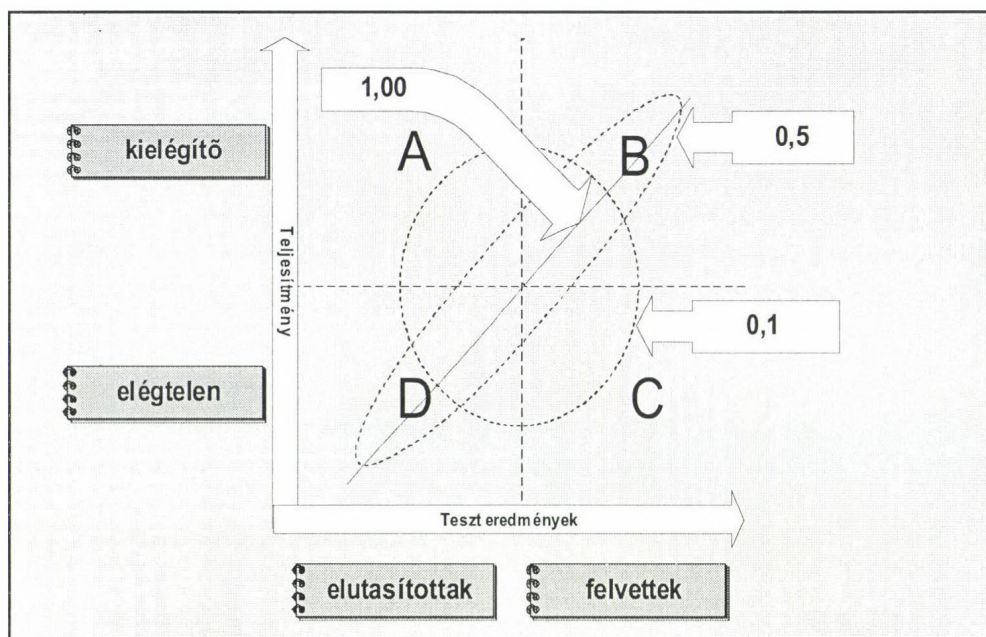
elemzése után a kritériumok és a prediktorok meghatározása a következő fontos lépés. Egyszerűen megfogalmazva, míg a prediktor úgy jellemezhető, mint állapot, „ahol most van” a jelölt, addig a kritériumok foglalják magukba azt, „ahová el kell jutni”.

A prediktorok típusainak két nagy csoportját tárgyaljuk:

- **Minta (sample) típusú prediktorok:** „doing” típusú munkakörök esetében alkalmazzák (operatív munka, kétkézi munkavégzés) a munkapróba teszteket. Itt konkrét visszajelzést kapunk a jelölt képességeiről. A prediktorok felépítésében itt nagymértékű egyezés van a kritérium struktúrával. A mért teljesítmény megegyezik a munkateljesítménnyel, hiszen a végzett feladat analóg a munkafeladattal.
- **Sign típusú prediktorok:** a jelöltek között pszichés tényezők alapján képes különbséget tenni és bejósolást adni teljesítményükre. Absztrakt szimbolikus rendszerben történik, így lehetőség nyílik arra, hogy szélesebb körben használják. Határozottan jönnek nevezhető az előrejelző képessége az olyan munkakörökben, ahol a tudás birtoklása és alkalmazása fontos („knowing” típusú munkakörökben). Ide értendők az általános és specifikus képesség tesztek, így például az intelligencia tesztek, személyiségtesztek és más specifikus képességmérő tesztek.

Döntéshozás prediktorok alapján

A fent tárgyaltak ismeretében a kiválasztással kapcsolatos döntés prob-



4. ábra: A validitási hányados befolyása a kiválasztási döntés során

lémája nem tekinthető egyértelműen megoldottnak. Alapvetően fontos a prediktív validitás mutatójának alakulása egy kiválasztási módszer alkalmazása során.

Egy példán keresztül szeretném ezt bemutatni. Napjainkban is népszerűnek számítanak az intelligencia tesztek a kiválasztási folyamatban.

Logikus döntésnek tűnhet, ha a teszten elért eredmény (pontszám vagy kategória) alapján megállapíthatóvá válik a munkavállaló alkalmassága a meghatározott munkakörben. Tehát a magas értékkel rendelkező jelöltek felvétele nyugodt szívvel megtörténhet, míg az alacsony értéket produkáló munkavállaló elutasítása egyértelmű. A fenti ábra „D” és „B” kvadránsai értelmezhetők itt (4. ábra).

Az elgondolást alapul véve azt a hi-

bás döntést hozhatnánk, hogy az „A” és „C” kvadránsba eső jelölteket nem megfelelően értékelnénk, vagyis a döntés áldozatai lennének. Az „A” esetben olyan munkavállalót utasítanánk el, aki nagy valószínűséggel beválna, ám a szervezet már nem profitál belőlük.

A „C” esetében, pedig olyan ember kerül be a szervezetbe, aki kevésbé alkalmas a munkakör betöltésére. Itt a szervezeti célok elérése nehezített a munkavállaló alkalmatlansága miatt. Ilyen hiba esetén az alkalmazott kiválasztási módszereket felül kell bírálni, tartalmi validitásukat, vagy a beválaszási kritériumokat újra kell értékelnünk.

Az ábrán a kék vonallal jelölt esetben a teszt eredménye és a munkában nyújtott teljesítmény mutatói a legnagyobb együtt járást mutatják, korrelációs együtthatója 1,00 (kék vo-

nal). A gyakorlati életben ilyen értékkel nem találkozhatunk.

Vannak olyan módszerek, ahol a validitási mutató (korrelációs együttható) magas. Már magasnak nevezhető a 0, 5-ös korrelációs együttható. Az ábrán ezt a kapcsolatot mutatja a piros szaggatott ellipszissel jelölt terület.

A harmadik esetet mutató fekete szaggatott vonallal behatárolt terület esetében gyenge validitási értéket láthatunk, tehát ebben az esetben elengedhetetlen a kiválasztási módszer felülvizsgálata, hiszen gyakorlatilag alig beszélhetünk bejóságról.

Napjainkban leggyakrabban használt kiválasztási módszerek

A Magyarországon alkalmazott kiválasztási módszerek áttekintő értékelésével kapcsolatosan 1992-es adatok tekinthetők a legfrissebbeknek. Mindez *Smith* és *Abrahamsen* kutatási adatait foglalja össze, amely kiegészül egy hazai vizsgálat eredményével [42].

Mint ahogy látszik a felmérés eredményéből, Magyarország vonatkozásában domináns kiválasztási módszer

volt az interjú, ezt követte az önéletrajz használata. Mindez nemzetközi szinten is általánosnak tekinthető.

Más országok esetében hasonlóan preferáltak az előbb említett kiválasztási eljárások, de ott heterogénebb kép bontakozott ki. Lemaradás mutatkozik az ajánlatok alkalmazásában.

A próbamunka módszer fenntartásokkal hasonlítható össze a felmérésben résztvevő országok eredményeivel. Akkoriban egyáltalán nem használt kiválasztási eljárás volt az Assessment Centre és a Biodata.

A grafológia és az asztrológia úgyszintén nem jellemző, a hivatkozó irodalmi adatok nem igazolják a munkaerő bevételét (*Robertson*, 1992. [37]).

Nagy valószínűséggel napjainkban felhasznált eljárások profilja már színesebb képet mutatna, ám vonatkozó pontos adatok nincsenek. Kizárólagosan tendenciákról esik szó [32]. Például az Assessment Centre technika egyre nagyobb arányban használatos a Magyar Posta Részvénytársaság, illetve a Magyar Olaj és Gázipari Részvénytársaság esetében.

Kiválasztási eszköz	Érvényesség	Korrekttség	Használhatóság	Költség
Intelligencia tesztek	Mérsékelt	Mérsékelt	Magas	Alacsony
Képesség tesztek	Mérsékelt	Magas	Mérsékelt	Alacsony
Személyiség kérdőívek	Mérsékelt	Magas	Alacsony	Mérsékelt
Interjú	Alacsony	Mérsékelt	Magas	Mérsékelt
Munka-minta tesztek	Magas	Magas	Alacsony	Magas
Biográfiai (életrajzi) adatok	Magas	Mérsékelt	Magas	Alacsony
Egymás értékelése	Magas	Mérsékelt	Alacsony	Alacsony
Önértékelés	Alacsony	Magas	Mérsékelt	Alacsony
Értékelő Központ	Magas	Magas	Alacsony	Magas
Referencia levél	Alacsony	Nem ismert	Magas	Alacsony

I. táblázat: Az egyes módszerek érvényesség, korrektség, használhatóság és költség jellemzői (forrás: *Juhász*, 2002)

A következőkben a leggyakrabban alkalmazott kiválasztási eljárások kerülnek áttekintésre (I. táblázat). A módszereket a következő táblázat foglalja egybe, mely kategóriákat definiál az adott módszer vonatkozásában a következő területeken: érvényesség, korrektség, használhatóság és költség.

A katonai kiválasztási problematikája napjainkban:

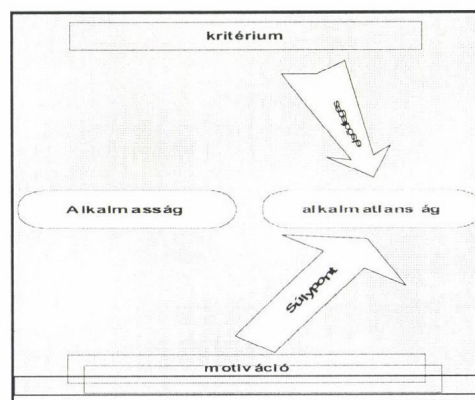
A korábban említetteknek megfelelően a Magyarországon alkalmazott katonai kiválasztás erőteljes klinikai megközelítést használt, amellyel kapcsolatos felfogás napjainkban kezd elmozdulni a munkaalkalmasság irányába.

A katonai alkalmasság a BNO 10 által definiált betegség kritériumokat használja, így a leendő katonával kapcsolatosan a vizsgálatok során arra keressük a választ, milyen betegség kritériumainak felel meg. Amennyiben a betegség igazolható, az alkalmatlanság megalapozottnak tekinthető. Erre jó példa a sorozáson történő vizsgálat, ahol mindezek alapján alkalmatlanság vizsgálat történik.

A hivatásos katonáknak jelentkezők esetében mindezen felül egyfajta alkalmassági kritériumrendszer is megfogalmazódik (intellektuális szint mérése, reakcióidő és figyelmi koncentráció mérése, stb.), amely revizálása időszerű.

A NATO és ENSZ missziókba jelentkező katonák, a katonai tanintézetek állományába jelentkezők, és a sorozás között alapvető különbség mutatkozik a motiváció vonatkozásában.

A tanintézeti hallgatóknak és külszolgálatra jelentkezőknek, illetve más hivatásos és szerződéses állomány esetében arra irányul a motivációjuk, hogy egészséges ember képét fessék magukról, így gyakorlatilag ösztönözve vannak arra, hogy esetleges orvosi és patológiás pszichológiai problémáikat elfedjék. A sorozások alkalmával ennek ellenkezőjéről kell beszámolnunk, hiszen a sorköteles motivációja, hogy minden betegségét felnagyítsa, esetleg a vizsgálatokon szimulálja még a nem létező betegségeit, így eleget téve az alkalmatlanság kritériumainak (5. ábra).



5. ábra: A sorozásokon alkalmazott kiválasztási rendszer dinamikája

A sorkatonaság és így a sorozás intézménye a közeljövőben felfüggesztésre kerül, így a terület alkalmasságvizsgálati szempontból egyre kevésbé kap hangsúlyt. Míg a sorozási rendszer a szimulációnak, addig a hivatásos és szerződéses állomány alkalmasságvizsgálati rendszere a disszimulációnak kedvez. Olyan magyar állampolgárok válhatnak katonává, akik a betegségalapú szűrőrendszeren esetleges alkalmasságukat kizáró betegségeket eltitkolják, később ezt felfedve

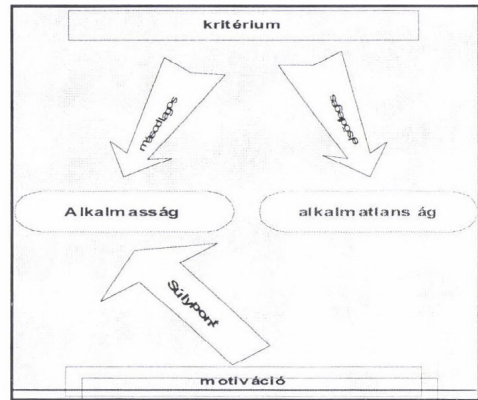
kérhetik alkalmatlanságuk alapján lezserelésüket. A kiképzés költségei így felesleges penzkidobássá válnak.

Mínt hogy a jövőben cél a profesz-szionális hadsereg kialakítása, melyben évente közel 3200 főt érintő külföldi katonai missziója várható (3 hónapos külföldi katonai szolgálati idő során ez 6400 főt érintene), így ennek megfelelően a hivatásos és szerződéses katonai kiválasztás válik preferált területté. A magyar katonák alkalmazása békefenntartási béketeremtő, tehát fegyveres harci cselekményeket is tartalmazó feladatokban is jellemző lesz. Míg napjainkban túljelentkezés van külszolgálatra, néhány éven belül azzal is számolnunk kell, hogy nem áll rendelkezésre megfelelő létszámú személyzet (kevés jelentkező, csökkenő motiváció, munkahelyi leterheltség, stb.)

A jelenlegi külszolgálatra történő kiválasztási rendszer beválási arányáról nem állnak rendelkezésre szakirodalmi adatok. Azon katonákat tekintik beválnak, akik a külszolgálat időtartamát képesek végigszolgálni. Az alkalmasságnak ez meglehetősen „kényelmes” felfogása, hiszen a külszolgálat alatti feladatvégzés között is lehetnek minőségi különbségek.

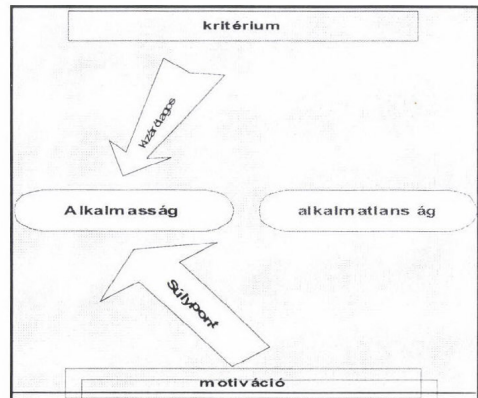
A különböző missziók között eltérések is mutatkoznak specifikáció vonatkozásában (6. ábra). Míg a ciprusi misszió esetében nagy szerepe lehet a monotonia tűrésnek, addig az esetleges iraki misszió esetében a frusztrációs tolerancia kaphat nagyobb hangsúlyt.

A kompetenciaalapú kiválasztás adekvát megoldást kínál a személyzeti biztosítás számára, mely felfogás a jelen-



6. ábra: A külföldi katonai missziók személyzetének kiválasztási dinamikája napjainkban

leg alkalmazott kiválasztási módszer újraértelmezését igényli (7. ábra).



7. ábra: A külföldi katonai missziók személyzetének célszerű jövőbeni kiválasztási dinamikája

Az új kiválasztási rendszer során alapvetően figyelembe kell venni a következő igényeket, amely egyben a jelenleg alkalmazott kiválasztási módszer kritikája is (pszichológiai területen értelmezve):

- A betegség alapú kiválasztás kritériumait fel kell váltani munkaköre-

lemzésen alapuló kompetenciák alapján megfogalmazott kiválasztási kritériumokkal.

- A kiválasztási kritériumok folyamatos korrekciója elengedhetetlen.
- A kiválasztási eljárást módszertani részről fejleszteni kell, azzal a céllal, hogy a kiválasztás megfelelő arányú beválást mutasson.
- Meg kell teremteni a személy-munka kölcsönös megfelelésének lehetőségét.

Olyan kiválasztási elmélet alapján kell megfogalmaznunk, amely a fent említett problémákra megoldást ad, amelyben kellő dinamikát, vezérlés helyett szabályozást érvényesít, és kapcsolatot teremt a kiválasztási rendszer egyes részei között a folyamatos korrekció lehetőségét fenntartva.

Az edwardsi P-J Fit modell biztosítja a vonatkozó elemek kapcsolatát (8. ábra). A külszolgálatot teljesítő katonák kiválasztása itt már kompetenciák alapján történik és a megfelelő kompetenciákkal rendelkező katona a képességeinek megfelelő beosztásba kerül. Ha a személy és a kontingensben biztosított beosztás között összeillés van, abban az esetben kiemelkedő szolgálatteljesítés, mérsékelt stressz szint, adekvát megküzdés és alkalmazkodás van jelen.

Amennyiben nem a kompetenciáknak megfelelő beosztásba kerül a külszolgálatra jelentkező katona, várhatóan következményként jelenhet meg az inadekvát munkateljesítmény, nagy mértékű stressz, fegyelmi vétség és Magyarországra történő visszaküldés.

A Magyar Honvédség személyzeti kiválasztási paradigmaváltásáról tanúskodik a 4/2002. (I. 31.) HM rendelet: „A hivatásos és szerződéses katonák egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságának minősítéséről”, amely 2003. március 21.-én jelent meg.

A rendelkezés már tartalmaz egy munkaköri térképet, amely a következő csoportokra alkalmaz pszichikai alkalmassági követelményeket, mint kritériumokat:

- Általános pszichés státusz (Pa),
- Munkaköri követelmények (Pm),
- Különleges követelmények (Pk),
- Katonai vezetői követelmények (Pv).

Rendkívül jó alapot képez a rendelet megjelenése, és biztosítani látszik a kompetencia alapú katonai kiválasztás háttérét, viszont önmagában ez nem elégséges. Sajnos nem tárgyalja a rendelet a kiválasztáshoz szükséges kiválasztás módszertanát. Olyan kompetenciák, mint a kapcsolatteremtő készség, a szociabilitás, magabiztosság vagy esetlegesen a bajtársiasság, de sorolhatnánk más is, papír-ceruza tesztekkel vagy műszerekkel nem mérhetőek!

Mindez alapján megjelenik új kiválasztási módszerek alkalmazásának igénye. Az Assessment Center technika kellő megoldást nyújt az előzőekben felvetett problémákra.

A továbbiakban ezt a módszert fogom részletesen ismertetni.

Assessment Centre (Értékelő Központ)

Az egyik legkedveltebb szituációs feladatokat tartalmazó kiválasztási módszer. Mind a résztvevőknek, mind pedig az értékelőknek egyaránt pozitív benyomásai vannak, hiszen átláthatóvá válik számukra a munkakör és az Assessment Centre kapcsolata.

A módszer szociális elfogadottsága is kielégítő mértéket mutat. A kiválasztási módszer korrekt megítélése mind a kiválasztás előtt (0,49), mind pedig utána (0,52) magas értéket mutatott [34]. A munkahely és a jelölt egyaránt képes az eredményekből profitálni [40].

Komplex jellege miatt nehezen ítéltető meg a validitása, vonatkozó irodalom ezt 0,41 és 0,43 között határozza meg [36]. Megbízhatósága csak jól kiképzett értékelők esetében biztosítható. Legnagyobb hátránya, hogy rendkívül költséges. Alapvetően jól alkalmazható magasabb vezetői beosztásokra történő kiválasztás során, de különböző országok hadseregei alacsonyabb pozíciók betöltőinek kiválasztására is használják.

Minthogy 1992-ben végzett kutatás alapján [42] Magyarországon nem volt fellelhető Assessment Centre alkalmazás, viszont napjainkban azonban egyre többet alkalmaznak ezt a metodikát, mindenképpen érdemes figyelmet szentelni ennek a módszernek.

Az Assessment Centre története, kialakulása, alkalmazása

Annak ellenére, hogy Magyarországon viszonylag új keletűnek nevez-

hető a kiválasztási módszer, meglehetősen távolra nyúlik vissza a története. Ami meglepőbb, az Értékelő Központok születése katonai kiválasztási célokat szolgált, amely a gyermekbetegségeit és alkalmazhatóságának határait kinőve a gazdasági élet gyakran alkalmazott és elfogadott kiválasztási eljárásává vált.

Már korábban felismerték egy olyan kiválasztási eljárás igényét, ami a legjobb módon modellálja az adott szituációt.

Wehrmacht

Legelőször az I. világháború után a Wehrmachtnál formálták meg és alkalmazták a legelső értékelő központokat. A személyzeti kiválasztás során a szárazföldi, légi és a haditengerészet tisztjeit vizsgálták. Pszichológusok részvételével történtek a kiválasztások. Az A.C.-t követően a pszichológusok szerepe hangsúlyos volt a további tréningezésben és az ún. „morál” építésben.

A leírások alapján az Értékelő Központok alkalmazását 1930-ra kiforrott kiválasztási eljárássá fejlesztették. Az értékelők számára magas szakmai szintet tűztek ki. Nagy mértékű jártasság a személyiség és az attitűd vizsgálatában, PhD. fokozat és hároméves kiválasztási tiszti képzés volt szükséges alapvetően.

Nagy hangsúlyt fektettek a katonai vezetői kiválasztásra. Ennek elméleti alapját a hatékony és sikeres nemzeti vezetők vizsgálata során alkották meg.

Az különböző képességeket verbális és nonverbális tesztekkel, írásbeli fel-

adatokkal illetve in-tray feladatokkal értékelték. Katonai vezetők esetében ez kiegészült életszerű feladathelyzetekkel, ahol folyamatos stressz helyzetben vizsgálták a résztvevőt. Folyamatosan kritizálták az elkövetett hibáit, ezzel fokozva a feladat adta feszültséget. Más feladatokban parancsot kaptak egy harci feladat végrehajtására, ezt kellett egy csoport katona felé továbbítani és végrehajtani. A megfigyelők az arckifejezéseket, szóhasználatot vizsgálták. Az interjún az élettörténeti eseményeket, iskolázottságot és az attitűdöt elemezték [45].

A kiválasztási eljárás két vagy három napig tartott, amelyet két tiszt vezetett (az egyik ezredes volt, ő hozta a végső döntést), egy orvos és három pszichológus segítségével.

A résztvevők számára személyes teljesítményük visszajelzésével zárult a kiválasztás. Magasabb tiszti beosztások betöltői részére ez nem volt kötelező.

A metódus bevalási arányáról nem állnak rendelkezésre adatok.

A II. világháború során a nagy létszámok hatására a kiválasztási standardok és a kiválasztást követő tréningek színvonala rendkívüli mértékben lecsökkent. A II. világháború éveiben egyre nagyobb súlya volt a származásnak (családi kapcsolat), illetve határozottan megjelent a Náci Párt érdeke a kiválasztásban. A kiválasztási eljárás hatékonyságát mindezek alapján azt hiszem jogosan sok kritika érte, mindannak ellenére, hogy a Brit és U.S.A. kiválasztási szakemberek ré-

szerűl egyre nagyobb érdeklődést mutatkozott.

Amit lényeges megfogalmazni a Wehrmacht által alkalmazott kiválasztással kapcsolatban, hogy az első olyan értékelési eljárás megfogalmazója, ami komplex módon vizsgálja a vizsgálati személyt. Többsíkú értékelő technika, mely kiképzett értékelők által gyakorlatilag az alkalmazás során előforduló élethelyzetekkel ekvivalens szituációban szemléli a viselkedést.

British War Office Selection Boards (WOSBs)

A Brit Hadsereg tiszti állományának kiválasztása 1942 nyaráig csupán egy húsz perces interjú alapján történt. A jelöltek jó nevű iskolák és parlamenti képviselők ajánlásával a társadalom egy felsőbb rétegéből kerültek az interjúra. Gyakran az ajánlásokban megfogalmazottak nem takarták a valóságot, így az a tiszti kiválasztás rendkívül gyenge beválását eredményezte.

1941-ben egy nyugalmazott brit katonai attasé szemlélője volt egy a Wehrmacht pszichológusai által végrehajtott kiválasztási programnak. Hazatérve ezt szorgalmazva egy hasonló programot állított fel a Skót Parancsnokság.

Felépítésében megegyezett a német modellel. A kiválasztás egy interjúból, intelligencia tesztből, szituációs gyakorlatokból állt. A kiválasztási program három esetleg négy napig tartott.

Három fázisban történt mindez:

- Egyéni pszichiátriai és pszichológiai

tesztelés és interjú.

- Csoportos feladatmegoldás (tantermi vagy szabadban végzett feladatok, problémamegoldás, vezető nélküli csoportos feladatok, fizikai aktivitást igénylő feladatok, mindez pedig provokált stresszhelyzetben). Alapvetően került értelmezésre a csoporton belüli személyes hatékonyság – vezetői készség – , amelyet három dimenzió alkotott:
- Feladat ellátás szintje: képesség, hogy hozzájáruljon a közös feladatok végrehajtásához (szervezése, tervezése a rendelkezésre álló erőforrásoknak, anyagnak és időnek)
- Csoportos kohézió: a csoport összetartásának képessége a meghatározott feladat érdekében
- Stabilitás: az előző két feladat során a stressztolerancia és frusztrációtűrő képesség
- Összegző értékelés: 17 vezetői dimenzió mentén értékelték a résztvevőt, erősségek és fejlesztendő területek feltárásával, mely a résztvevő számára visszajelzéssel zárult.

A kezdeti próbálkozások sikerrel zárultak. A háború végéig közel 60.000 fő ilyen jellegű kiválasztására került sor. Az értékelést négy illetve öt fő végezte. A rangidős tiszt készítette az interjúkat és hozta meg a végleges döntést. A pszichológus feladata itt a tesztek és felmérések felvétele, kritikus területek indikálása a pszichiáter felé. További résztvevő volt a vizsgáló tiszt (MTO – Military Testing Officer). Az ő szerepe volt, hogy a jelöltekkel együtt éljen (ő ad

ta ki az utasításokat a feladatokra, velük étkezett, aludt, stb.) a kiválasztás alatt, segítségével egyéb olyan informális adatokhoz jutottak, ami a végleges döntést befolyásolhatta.

A kiválasztást követően a felkészítés után az ilyen módon kiválasztott és bevált tisztek beválási aránya 60%-os volt [43]. Az eljárás prediktív validitása 0,51 volt [10].

A WOSBs munkája során az Assessment Centre módszer tovább fejlődött, számos területen történtek pozitív irányú változtatások. Eltávolodott a kis mértékben megfogalmazott német kiválasztási metodustól. Pontosabban definiált hatékony vezetői kritériumok megfogalmazására került sor. A feladatok életszerűbben reprezentálták a situációkat, és újabb feladattípusok kerültek be a kiválasztási feladat repertoárba: csoportos döntéshozás, csoportos fizikai feladatok.

Más államok hadseregei is átvették a módszert és képesek voltak azt hatékonyan használni.

British Civil Service Selection Board

A technika sikerességének köszönhetően hozták létre szintén Nagy-Britanniában a közigazgatásban dolgozó közép- és felső szintű és vezetők kiválasztását végző British Civil Service Selection Board-ot. A módszert külföldi és hazai szolgálatot teljesítők között egyaránt sikerrel alkalmazták.

Első próbálkozás volt a nem katonai környezetben történő felhasználása. Kis mértékű változtatás során, a katonai korlátok oldásával alkalmassá

vált civil alkalmazásra is. A megfigyelést egy pszichológus és két közgazgatási munkatárs végezte.

A CSSB jelentősége abban fejeződik ki eltérően a korábban bemutatott eljárásoktól, hogy az írásbeli és szituációs feladatok eredményeit, továbbá minden rendelkezésre álló információt közösen feldolgozva, közös meg egyezésen alapulva hozták meg döntéseiket. A sikeresség mutatója jó beválást mutatott (61,7%).

Egy 1977-ben befejezett harminc évig tartó nyomonkövetéses vizsgálatban 2427 fős mintát vizsgálva szintén igazoltnak nevezhető az Értékelő Központok hatékonysága: 66% [43].

Az Assessment Centre technika alkalmazására a II. világháború után hangsúlyozottan civil dominancia jellemző (AT&T, IBM, Standard Oil, General Electric, stb.), bár a hadsereg vonatkozásában is fennmaradt a módszer alkalmazása.

Az Assessment Centre amerikai adaptációjára közel hasonló időben, a háború évei alatt került sor [11]. Ez meghatározó volt, mivel gyakorlatilag két vonal kezdett el fejlődni, ami egyértelműen a munkával kapcsolatos magatartást vizsgálja. Ami különbözik a két vonulat tekintetében, hogy tartalmában más feladatokat preferálnak.

Az Assessment Centre ma

A II. világháború utáni elterjedés elsősorban Nagy-Britanniában volt kifejezett. A 90-es évek közepén az Egyesült Királyságban a kiválasztás során közel 50%-ban alkalmaztak

Assessment Centre-t, egyes jelentések napjainkban nagyobb arányról számolnak be. Használata elsősorban az Amerikai Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában jellemző.

A helyi sajátosságok meghatározzák a használati módokat is, két típus alakult ki [12]:

- *Brit típusú A.C.* (British-style A.C.): kijelölt vezetővel végrehajtott csoportos feladatmegoldások, szóbeli feladatmegoldások, amely gyakran kiegészül írásos tesztekkel.

- *Amerikai típusú A.C.* (US-style A.C.): alapvetően interaktív jellegű és a helyzetgyakorlatokra épül. Vezető nélküli csoportos feladatvégzés, menedzsment játékok és kétszemélyes szituációs gyakorlatok dominálnak.

Érdekes egy pillantást venni a *II. táblázatban* foglaltakra. Az eredmények meglehetősen optimisták, inkább a különböző kiválasztási módok beválási biztonságát (prediktív validitását) jellemző értékek között arány informatív. A beválási biztonság (prediktív validitás) alapján szintén az Assessment Centre áll az első helyen.

A módszer validitása függ egyrészt attól, hogy milyen céllal hozták létre az Assessment Centre-t, illetve használatának alapjául szolgáló kritériumoktól.

Az érvényességét befolyásolja, hogy hány fajta gyakorlattípust alkalmaznak. Minél több gyakorlattípus kerül az Assessment Centre menetébe, annál nagyobb prediktív validitás érhető el [33].

Gaugler (1987. [14]) és munkatársai metaanalízisnek vetették alá a módszer. 47 tanulmány eredményeit elemezték, melyben összesen 12235 főt vizsgáltak Assessment Centre technikával.

Több csoportot hoztak létre az Assessment Centre alkalmazás alapján, amelyekhez a következő prediktív validitási átlageredmények kapcsolódnak:

- Előléptetés (0. 30)
- Készségek feltárása (0. 31)
- Kiválasztás (0. 30)
- Fejlesztés (0. 42)

Előléptetések esetén a karrierrel 0,08, munka-teljesítménnyel, pedig 0,26 és 0,28 körüli értékek jellemzőek (egy esetben előfordult 0,74-es érték is).

A kiválasztási eredmények korrelációja a karrierrel, mint kritérium 0,4, a munkában való teljesítménnyel pedig 0,27 és 0,30 között mozog.

A fejlesztés céljából létrehozott Assessment Centre eredményeinek munkateljesítménnyel 0,71 (!), a karrierrel, pedig 0,42 volt a korrelációs együttható.

Az Assessment Centre alkalmazás katonai berkekben, főként a Brit Hadseregben még mindig jellemző. Elsősorban tisztek kiválasztására használják. Szakirodalmi adatok 0. 43-as korrelációt találtak az Assessment Centre mutatói és a csapatoknál nyújtott katonai szakfeladatok során nyújtott teljesítmény között [6].

A prediktív validitási értékek különbözősége felveti az értékelő-értékelt-helyi kultúra, illetve értékelő-értékelt-szervezeti kultúra kérdését. Nem találtam szakirodalmi vonatkozásokat e területen. A téma további kutatás tárgyát is képezheti.

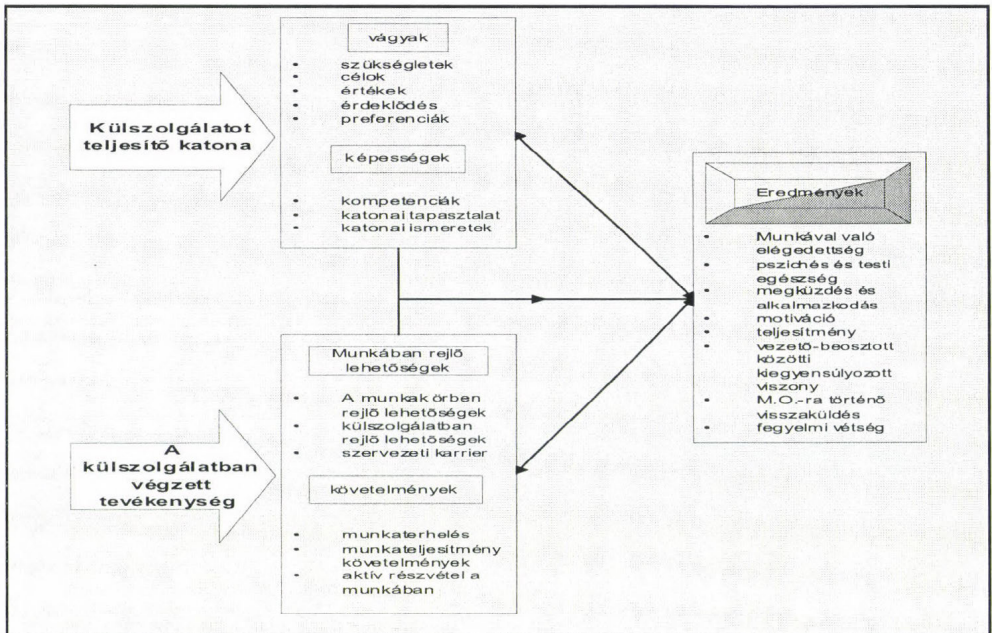
Az Assessment Centre érzékeny pontja maga az értékelő. Nem találtam azzal kapcsolatosan adatokat, hogy milyen személyiségjegyekre milyen döntési mechanizmus jellemző.

Az értékelők minősítéseit befolyásolja, hogy az adott értékelt kisebbség tagja-e, illetve hatással van a nem (férfi, nő). Kisebbségi tagok esetén alacsonyabb értékek születtek. A kutatások az USA-ban történtek és alapvetően célozták a „Fehérek és Feketék” közötti különbséget. Különbség adódott az elemzés során, ha nőket kellett férfiaknak értékelniük. A legelőnytelenebb értékelés akkor született, ha a jelölt fekete nő volt és fehér férfiak végezték az értékelést.

Hasonló eredmény mutatkozik a nők értékelésével kapcsolatban egy másik kutatás alapján. Főként probléma megoldást igénylő feladatok során kaptak a hölgyek gyengébb értékelést [38].

Feltételezhetően erős sztereotípiák állnak a döntések hátterében. A torzító hatás nem, vagy csak kisebb mértékben mutatkozik, amennyiben az Assessment Centre tagja legalább egy pszichológus. A kor vonatkozásában nem találtak különbséget.

Elérés mutatkozik a megfigyelt kompetenciák számában is. A leghatéko-



8. ábra: P-J Fitt modell katonai kontextusban

nyabb megfigyelést 6 és 8 alkalmazott dimenzió esetén lehet végrehajtani, 9 esetében már jelentős romlás érzékelhető [16].

Napjainkban alkalmazott Assessment Centre felépítése

Az Assessment Centre megfigyelői létszámát úgy határozzák meg, hogy egy megfigyelőre kettő megfigyelt személy jusson. A vizsgálati létszámot tekintve egyes irodalmak 1-24 főről beszélnek. Nyolc fő vizsgálati létszám esetén nagy valószínűséggel jelennek meg passzívak. Öt főnél nagyobb vizsgálati létszám esetében pedig nehezen alakulnak ki a szerepek.

Jelenleg a Magyarországon alkalmazott gyakorlat kisebb létszámú kiválasztási csoportokkal dolgozik. Így mindösszesen négy kiképzett megfigyelő és egy munkapszichológus vesz

részt a levezetésben. A kiválasztással kapcsolatos döntéseket kizárólag konszenzuson alapulva hozzák meg.

A kiválasztás menete a következő lépésekből áll:

a) A vállalati célok felmérése, a szervezet elemzése. A megbízást adó cég szervezeti felépítését, struktúráját, stratégiáját, vezetési stílusát veszik szemügyre. Ez alapvető a pályázóval szemben felállított követelmények megfogalmazása során.

b) Munkafolyamat, munkakörelemzés: egyértelműen tisztában kell lenni a pályázó számára várományos munkakör jellegzetességeivel (szakmai, technikai, fiziológiai és ergonómiai vonatkozások). Mindezek alapján kidolgozhatóvá válik a munkavállalóra vonatkozó feltételek, munkaköri követelmények, és a sikeres munka kri-

tériumai is. A leggyakrabban alkalmazott módszerek, amelyeket esetenként ötvöznek is a következők [26]:

I. Munkaprofil rendszer (WPS:Work Profiling System): egy strukturált kérdőív, amely feltárja azon információkat, ami segítséget nyújt az Assessment Center kritériumok kialakításához, súlyozásához.

II. Kritikus események módszere (The Critical Incidence Technics): azon eseményeket elemzi, amelyek fontosak a munkakör és a szervezet által megkövetelt célok eléréséhez. Általában rendkívüli eseményeket, az átlagos mindennapi, de a munkavégzéshez szorosan kapcsolódó eseteket elemzik.

III. Viselkedési repertoár mátrix (The Repetory Grid Method): a jelöltek felett álló vezetők töltik ki, így kerülnek meghatározásra a leglényegesebb célok és követelmények.

Ennél a mozzanatnál a következő megfigyelési szempontok alkalmazhatók [32]:

- a) Vezetési módszer (dönt, delegál),
- b) Stratégiai gondolkodás (célok kitűzése),
- c) Konfliktusok kezelése (konfliktus tolerancia, menedzselése),
- d) Analitikus gondolkodás (probléma megragadása),
- e) Kommunikációs készség (másokra figyelés, világos kifejezőmód),
- f) Csapatpszellelem (együttműködés),
- g) Fellépés (személyiség, előadásmód),

h) Szervezőképesség (tervezés, rendszerezés),

i) Motivációs képesség (önmaga és mások lelkesítése),

j) Irányítási igény (akarat mások befolyására).

c) Az Assessment Centre kritériumainak meghatározása: magába foglalja az alkalmazott gyakorlatok alkalmával megjelenő azon viselkedési kategóriákat, amelyek jelzésértékűek azzal kapcsolatban, hogy a kritériumként felhasznált tulajdonságok a jelentkezőkben megvannak-e. Problematikus az értékelés kritériumainak száma, mivel az értékelők motivációja csökken meghatározott kritériumszám felett, másrészt az értékelő figyelmi kapacitásának korlátozottsága hibák lehetőségét hordja magában. Ez a kritériumszám már kilenc esetben meglehetősen torzít [15], mások ezt tíz kritériumban határozzák meg [26].

d) Az Assessment Centre tervezése. Itt jelentős szerepet tulajdonítanak a szervezet munkatársainak. Konszenzus alapján meghatározásra kerülnek az Assessment Centre alkalmazásának időbeli és helyszíni sajátosságai, a résztvevők és értékelők száma, a visszajelzés módja, kik juthatnak hozzá a feltárt eredményekhez, illetve az értékelő mátrix is (olyan táblázat, ahol az egyik tengelyen a kritériumok, a másik tengelyén, pedig az adekvát vizsgálati módszerek alkotják) (9. ábra).

e) Az értékelő gyakorlatok kifejlesztése. Ez a fázis nem minden esetben jelenti a fejlesztő-kidolgozó munkát,

Assessment Centre Grid		Name <u>Ruth Naylor</u>		Number <u>03</u>			
Measure	Group Negotiation	Group Problem Solving	In-Tray	Analytical	Subordinate One-to-One	Interview	RESULT
Dimension							
Breadth of Awareness		5	3	4		5	1 2 3 4 5
Incisiveness	4	3	4	3			1 2 3 4 5
Imagination	2		3	3	4		1 2 3 4 5
Organization		3	1	2	2		1 2 3 4 5
Drive		4	3		5	4	1 2 3 4 5
Self-Confidence	5	4	3		4		1 2 3 4 5
Sensitivity	2		3	3	2		1 2 3 4 5
Co-operativeness		1	3		2	1	1 2 3 4 5
Patience	4		4	3		3	1 2 3 4 5
ASSESSOR	NM	JLV	CNC	JLV	CNC	NM	
FINAL RESULT							

9. ábra: Értékelő mátrix (forrás: Woodruffe, 1998)

mivel vannak olyan tanácsadó cégek, amelyek előre elkészített sablon feladatokat tudnak megrendelőiknek felkínálni. Ezek módosíthatók a megrendelői igényeknek megfelelően. Ami kevésbé gyakori, hogy egy teljesen új feladat vagy feladatsor kerül kidolgozásra. Lényeges szempont e gyakorlatok esetében az objektivitás és a mérés megbízhatósága.

f) Az Assessment Centre programjának kipróbálása. Ebben a fázisban eldől, hogy a feladatok összeállítása és a kidolgozott új feladatok valóban a célpopulációnak megfelelőek a nehézség, érvényesség, és más egyéb tényezők vonatkozásában. Gyakorlatilag ez a fázis a „puding próbája”. Pontosítható a feladatsor, időszámvetés és esetlegesen a helyszín. Hasonló szervezeti hierarchia szinten lévő munkatársakkal kell ezt elvégezni, akik számára kevésbé jelent kritikus kimenetelt a feladatban való részvétel. Egyes esetekben felhasználják az értékelők kiválasztására is.

Az Assessment Centre alkalmával a következő gyakorlat típusokkal találkozhatunk:

- Csoportos gyakorlat: általában (felkészüléssel együtt) egy órát vesz igénybe. A feladatok jellemzően valamilyen konkrét problémára vonatkoznak, amelyben a csoportnak konszenzusos döntést kell hoznia. Következtetések vonhatók le a jelöltek értekezleten várható viselkedéséről, csapatmunkájáról, vezetői készségeiről, kommunikációs stílusáról, stb.. Vannak előre meghatározott szerepek alapján végzendő feladatok, ám lehetséges a vezető nélkül végzett csoportos feladatmegoldás is, mint ahogy azt láttuk az angol típusú A.C. esetében.
- Irratárca-gyakorlat (másik nevén: postabontás). Egyéni gyakorlat, két-három órán keresztül tart, az értékelése komoly szakmai felkészült-

Kiválasztási módszer	Bevélási biztonság
Assessment Centre	65%
Munkapéldák tesztejei	54%
Kognitív (pld.: intelligencia) tesztek	53%
Modern személyiségtesztek	39%
Biodata (életrajzi adatok elemzése)	38%
Referenciák	23%
Interjúk	19%

II. táblázat: *Brit tapasztalatok alapján a bevélási biztonsága különböző kiválasztási módszerek alkalmazása során (P&BERT, 2001)*

seget kíván. Mindezek ellenére lehetőségét nyújt a jelölt vezetői stílusának feltérképezésére. A kiválasztáson résztvevő munkatárs feladata lehet például, hogy be kell ugrania egy frissen szabadságra ment/megbetegedett/áthelyezett vezető helyére, átvegye annak feladatait, rendet tegyen az iratok közt, és cselekvési tervet állapítson meg, döntéseket hozzon. Elsősorban a vezetői munka adminisztratív részét szimulálja, következtetések vonhatók le a jelölt tervezői-szervezői, döntéshozói és elemzői képességeire is.

- Elemző-előadó gyakorlat. Hasonlít az irattárca-gyakorlatéhoz az első részét tekintve, ám az elemző szakaszt követően a jelöltnek prezentációt kell tartania a megadott kérdésekből. Ily módon ez a gyakorlat-típus az elemző készségen kívül a prezentációs készséget és kommunikációs készséget méri.
- Tényfeltáró gyakorlat. Egyéni gyakorlatitípusról van szó. A kiválasztáson résztvevő munkatárs számára eleinte viszonylag kevés információ áll rendelkezésre, s egy független informátortól megfelelő kérdészi stratégiával kell kiderítenie a té-

nyeket. A gyakorlat specifikuma, hogy egy ponton a jelöltnek döntést kell hoznia az általa összegyűjtött információk alapján, majd később az összes információ alapján módosíthatja döntését. Elemző készség döntéshozatal, kommunikáció dimenziók mérésére alkalmas leginkább.

- Szerepjáték-gyakorlat. Hasonló a tényfeltáró gyakorlathoz, azonban különbségként mutatkozik, hogy itt a független informátor szerepet játszik, emiatt aztán nem is rendelkezik az összes információval, hanem annak csak egy speciálisan torzított változatával. Kommunikáció, ügyfélközpontúság, probléma megoldási készség vizsgálható ilyen jellegű gyakorlatokkal.
- További alkalmazásra kerülő gyakorlatok a fentiekén túlmenően:
 - Csoportdinamikai gyakorlatok (pl. toronyépítés),
 - Menedzsmentjáték (ügyvezetői megbeszélés),
 - Problémamegoldó feladatok (pl. információhiány esetében),
 - Kreatív feladatok,

- Szabadtéri gyakorlatok,
- Előadások (előkészítve vagy rögtönözve – „szűzbeszéd”),
- Esettanulmányok (komplex kérdésfelvetés),
- Interjúk (a szakmai életút),
- Pszichodiagnosztikai tesztek.

g) Az értékelők kiválasztás és képzése. Az Assessment Centre vezetését végezheti külső vagy belső tanácsadó, illetve a szervezet HR. munkatársa. A legnagyobb haszonnal azon eljárás jár, amelyik külső és belső forrást is felhasznál a kiválasztás során. Az értékelőknek lehetőség szerint két szinttel magasabban kell elhelyezkednie a vállalati hierarchiában, mint az értékelt munkatárs, továbbá rendelkezzen megfelelő műveltséggel. Legyen határozott, rendelkezzen az emberi viselkedés megfigyelésének és a gyors döntés képességével. A résztvevőknek részt kell venni egy felkészítési programon, amely a következő elemeket foglalja magába:

- a) Megismerik az Assessment Centre lényeges elemeit, célját,
- b) időbeosztását, dokumentumait,
- c) az értékelésen alkalmazott kritériumokat,
- d) ennek megfelelően a vonatkozó képességek fejlesztésén vesznek részt az értékelők,
- h) Az értékelő központ lebonyolítása. A korábbiakban megtervezett feladatok lebonyolítása a korábbiakban említett 1-24 jelölt értékelése folyhat

egyszerre, de inkább 6-8-10 fő értékelése a legelterjedtebb. A gyakorlat lebonyolítása 1-5 napig terjedhet, amely végén az értékelők az értékelési szempontok alapján rangsorolják az értékelésen résztvevőket. Miután befejezték a gyakorlatokat, a résztvevők először egyedül értékelnek minden résztvevőt. Ezután közösen jutnak egyezésre minden egyes résztvevőt illetően. Elengedhetetlen, hogy ez egyértelműen konszenzuson alapuló döntés kell legyen az értékelő csapat részéről. Nem az osztályzatok vannak előtérben, hanem a viselkedési jegyek. Ezeket az eredményeket jegyzőkönyvbe veszik.

i) Visszajelzés. Egy képzett HR. munkatárs visszajelzést ad a kiválasztáson részt vett jelölteknek. A visszajelzést végző munkatárs szerepe rendkívül fontos. A pozitív és negatív jegyek visszajelzése egyaránt megtörténik. A visszajelzés után az értékelők az integrációs ülés és az egyéni értékelés alapján jelentést készítenek a résztvevőkről. Ez a későbbiek során segíti a döntéshozatalt. Ez néhány nappal az A.C. lebonyolítás után elkészül.

j) Az Assessment Centre érvényességének vizsgálata. Ennek segítségével van mód fenntartani a prediktív validitását. A résztvevők véleményét kéri ki az értékelés után a módszer igazságosságáról, korrektségéről és objektivitásáról, hogy milyen mértékben kapcsolódik az adott munkakörhöz, számukra milyen személyes haszonnal járt a részvétel [34]. Az eredményeket elemzések (statisztikai és tartalmi) útján dol-

gozzák fel és használják egy későbbi Assessment Centre kivitelezése során.

k) Az Assessment Centre „karbantartása”. Mondhatni, nem tart minden örökké. Az előbbi fázis eredményei alapján a modul rendszerrel kidolgozott feladatokat egy, esetleg két évente felül kell vizsgálni, a szükséges korrekciókat végre kell hajtani, illetve új feladatokat kell kifejleszteni.

Az Assessment Centre technika előnyei és hátrányai:

Előnyök

- Egy jelöltről nagyobb tapasztalata van az értékelőnek, mint esetlegesen kizárólag papír-ceruza teszt és interjú alkalmazása során.
- Hatékonyan modellálja az adott élethelyzetet, ami hatékony bejósolást tesz lehetővé.
- Több értékelő ugyanazt a teljesítményt méri, így a megfigyelt teljesítmény összehasonlításával objektívebb kép kialakítása lehetséges.
- Rugalmasan alakítható a kijelölt céloknak megfelelően.
- A jelöltek egyenlő viszonyban is bemutatathatják szociális képességeiket.
- A jelölteknek módjuk nyílik tapasztalati úton információt szerezni a rájuk váró konkrét feladatokról (katonák esetében a külszolgálattal kapcsolatos feladatokról).
- Az elutasított jelentkezők könnyebben elfogadják a több személy által alkotott véleményt, mint egy személy ítéletét.
- Nem csak minősítést, hanem visszajelzést is kapnak a résztvevők a teljesítményükről. Ez hozzájárul a későbbi fejlesztések meghatározásához.

Gyengeségek

- Nagy felkészülést igényel.
- A kiválasztási eljárás költségei nagyobbak az általánosan alkalmazott kiválasztási eljárásokénál (a Magyar Honvédség keretein belül ez nem értelmezhető, hiszen belső szakemberek vezénylése minimális többletköltséget jelent!).
- Nagyobb arányú időfelhasználást igényel.
- Torzító hatásokkal is számolni kell, amit csak jól megtervezett Értékelő Központtal és jól felkészített értékelőkkel lehetséges megvalósítani.
- Többségi nyomás: a kisebbségben lévő résztvevők igazodnak a többség véleményéhez.
- Tekintély nyomása: egy magasabb pozíciójú résztvevő véleménye befolyásolja a többiek véleményét, ezért a katonai alkalmazás esetében a nagy rendfokozati különbség hátrányos lehet az értékelők között.
- Illetékesség nyomása: a megítélő személy átveszi a jártas szakember véleményét.
- Érzelmi hatások is befolyásolhatják az értékelőket.

Végül egy Assessment Centerrel kapcsolatos kísérlet kapcsán mutatom be a folyamatot, amelyet a Magyar Hon-

védség Egészségvédelmi Intézete segítségével végeztem a Magyar Honvédség 5. Bocskai István Gépesített lövészdandár Skopjébe kiutazó állománya körében.

Assessment Centre alkalmazása a katonai kiválasztás során (esetleírás)

Az Assessment Centre-t 2003. február 19-21. között végeztem.

Alapvető cél volt olyan módszer kipróbálása, amely nagyobb prediktív validitást biztosít a korábban alkalmazott kiválasztási módszereket illetően.

Három nap során a kiképzésben szereplő pszichológiai felkészítés folyt négy csoportban (csoportonként 14-15 fő), ami közel hatvan főt jelent. Ebből 40 fő került ki külszolgálatra. Az állományból 14-en már vettek részt külföldi katonai szolgálaton.

Az Assessment Centre célja volt olyan beosztott katonák jellemzőinek feltárása, akik felállított örként vagy járőrként teljesítenek majd szolgálatot a skopjei bázison.

A kiválasztás kizárólag kísérleti jellegű volt, tehát gyakorlatban nem a feltárt eredmények alapján történt a kiválasztás.

A parancsnoki állomány (raj-, szakasz- és századparancsnokok) került kijelölésre, mint olyan csoport, akik segítségét kérték a módszer alkalmazása folyamán, továbbá közülük kerültek ki az értékelők.

1. A szervezet elemzése. Munkafolyamat, munkakörelemzés. Itt alapvető információt biztosított a 4/2003

HM rendelet, hiszen jól értelmezhető a különböző beosztásokkal kapcsolatos kompetenciák. Jelen esetben nem igényelt külön vizsgálatot.

2. Az Értékelő központ kritériumainak meghatározása: A rendelkezésre álló rendeleten kívül a kritériumok meghatározásában meghatározó szerepet töltöttek be maguk a katonák. Egy külön csoportot hoztak létre azok, akik már legalább egy alkalommal vettek részt misszióban. Ők 4-5 fős csoportban dolgoztak. A következő feladatot kellett elvégeznük:

a. Kritikus eseményeket kellett összegyűjteniük, amiket átéltek vagy távoli szemlélői voltak. Ezek nem voltak életveszélyes szituációk, inkább csak az ENSZ rendszabályok megsértése.

b. Ezek alapján meg kellett határozniuk azokat a kompetenciákat, amelyek szükségesek abban, hogy a feltárt és további lehetséges szituációból megfelelően kerüljön ki a katoná.

Az így létrejött listát a rendelet meghatározott kompetenciáival összevetették. Ilyen módon került meghatározásra nyolc kritérium:

- Szabálytudat, fegyelmezettség,
- Határozottság, magabiztosság,
- Együttműködési készség,
- Konfliktuskezelés,
- Rugalmasság,
- Önállóság,
- Feladat és problémamegoldás,

- Kommunikációs készség (mások meghallgatása, verbális kommunikáció).

3. Az Assessment Centre tervezése. Nevetségesnek tűnik, mégis a legnehezebb feladatnak bizonyult egy olyan helyiség megszerzése, amely ideális körülményeket biztosított a feladatok végzéséhez. Másrészt pontos időbeni összehangolás volt szükséges más trénerekkel, hogy ne zavarják a tréning menetét.

4. Az értékelő gyakorlatok kifejlesztése. A feltárt problémák és az értékelők ismeretében két feladat került kidolgozásra:

- Az egyik feladat során egy időnormás feladatot kaptak, katonai gépjárműveket kellett elosztani konszenzusos megegyezéssel. Itt nem volt vezető a csoportban és mindenkinek szereplap alapján kellett az érdekeit érvényesíteni.
- A másik feladatban még szorosabb időnormát kaptak. Egy szolgálatvezénylést kellett elkészíteni. Vezetőjük volt (az egyik értékelőnek be kellett a feladatba lépni, és magához ragadni a vezetést). Mikor a csoportban a szerepek és a feladatok rendeződtek a vezető körül (ennél a feladatnál közel 10 perc), a vezetőt kiragadtuk a csoportból.

5. Az Assessment Centre programjának kipróbálása. A fent említett feladatok kerültek alkalmazásra. Mivel szinte minden értékelő volt már korábban alacsonyabb beosztásban, a kiválasztáson résztvevő célpopuláció szemléletmódja gyakorlatilag tekint-

hető ekvivalensnek is. Mindkét feladatot elvégezték az értékelői kiválasztásra jelölt csoport tagjai.

6. Az értékelők kiválasztása és képzése. A résztvevők közül az elvégzett feladatok alatti viselkedés alapján az Értékelő Központot vezető pszichológus kiválasztotta azokat, akikből megfelelő értékelő lesz. A kiválasztás során a következőket vettem figyelembe: kellő szociális érzék, mások iránti tolerancia és a feladat iránti érdeklődés. Az így kijelölt értékelők (6 férfi, 1 nő; 1 tiszt, 6 tiszthelyettes) részt vettek egy felkészítési programon, amely a következő elemeket foglalja magába:

a) Megismerték a módszer rövid történetét, felépítését, általános céljait,

b) az Assessment Centre időbeosztását, dokumentumait,

c) az értékelésen alkalmazott kritériumokat pontosítottuk és ez alapján egy mini kompetencia-szótárt hoztunk közös megegyezéssel létre, ez segítség volt az értékelők számára. Az ebben foglalt kategóriák, és fokozatok egységes szemléletének kialakítása elengedhetetlen volt. Az értékeléshez szükséges képességek fejlesztése a közös gyakorlat és visszajelzés után nem volt szükséges.

7. Az értékelő központ lebonyolítása. Az Assessment Centre-ben három alkalommal vett részt 7 fő (21 fő összesen), akik a korábban megtervezett feladatokat végezték el. A csoportok esetében a feladatok végrehajtása nem jelentett többet, mint két óra.

8. Értékelés. A feladatok után következett az inkább időigényes feladat, az értékelés. Mintegy 3-4 órát vett igénybe egy csoport résztvevőinek konszenzusos kiértékelése. Az értékelők ezt a fázist vélték a legmegterhelőbbnek és egyben a legunalmasabbnak. Az értékelés dinamikájában esetenként megjelent a rendfokozati különbség. A kontingenst vezető tiszt határozott véleményére nem mertek ellenérveket felsorakoztatni a tiszthelyettes értékelők. Ilyen esetekben szükséges volt részemről a visszajelzés adása a résztvevőknek, másrészt az „ördög ügyvédje” szerepét szükséges volt játszanom. Az értékelés összegzésre került, a feltárt eredményeket értékelési mátrixon rögzítették a résztvevők. Az értékelési jegyzőkönyveket és az értékelő mátrixokat begyűjtöttem a közös munka végével.

9. Visszajelzés. A feltárt adatok alapján jómagam adtam négyszemközti visszajelzést. Egyenként négyszemközt volt mód a résztvevőknek ismeretet kapni magukról. A 21 főből csupán 3 fő volt az, akit nem érdekelt a kritériumok alapján róla kialakított értékelés. A résztvevők nagytöbbsége egyetértett a megállapított eredményekkel, és a módszerrel kapcsolatban is merültek fel kérdések.

10. Az Assessment Centre érvényességének vizsgálata. Célszerű a külszolgálat alatt a beosztott katonákat közvetlen parancsnokuk és két szinttel magasabban elhelyezkedő vezetőjük értékel egy előre megszerkesztett és a katonai munkatevékenységhez szorosan kapcsolódó

kérdőíven a külszolgálat 3. és 6. hónapjában. Ezt hasznos kiegészíteni a társak ön és egymásra irányuló jellemzésével. Ennek kapcsán lehetőség nyílik egybevetni a jelenlegi kiválasztás és az alkalmazott Assessment Centre technika prediktív validitását a külszolgálat alatti sikeres munkatevékenység kritériumaival. A statisztikai adatok kis száma miatt azonban erről le kellett mondanom, erre a későbbiekben egy másik alakulat kapcsán nyílik lehetőség.

További irányok

A jelen próbálkozás, mint ahogy a költők kezdeti verseit is nevezni szokták, méltán tekinthető „zsenigének”, amely mindenekelőtt egy járatlan úton az első lépéseket jelenti.

A fentiekben bemutatott kísérlet egyes mozzanatait feltétlenül tovább kell tökéletesíteni, gondolok itt elsősorban az értékelő állomány kiválasztására és kiképzésére, illetve az indoor jellegű feladatokat szándékozom felváltani a külszolgálatok alatt gyakran előforduló szabadban vagy városi harchelyzeteket szimuláló szituációkkal.

Ehhez szóbeli megegyezés alapján segítségemre lesz a Debrecenben székelő 5. Bocskai István gl.dd. állománya. A dandár vezetése által megfogalmazott probléma, hogy az alkalmasságvizsgálatokon megfelelő katonák külföldi missziók beosztásba helyezése nem megoldott. Az általam felvázolt lehetőségek összeillesztést biztosítanak a helyi katonai érdekek és a kompetencia alapú kiválasztás elvei között.

A beválás vizsgálatok által nyújtott rendelkezésre álló bizonyítékok a külszolgálati állomány kiválasztásán túl további lehetséges alkalmazási irányok fogalmazódhatnak meg:

- előmeneteli bizottságok döntéshozásához szükséges információs háttér biztosítása,
- tiszték és tiszthelyettesek kiválasztása beiskolázás előtt,
- katonai vezető kiválasztás,
- speciális beosztásokra történő kiválasztás.

IRODALOM

- [1] Assuline, M., Meir, E.: Meta-analysis of the relationship between congruence and well being measures. *Journal of Vocational Behaviour*. 1987, 28.
- [2] Atkinson, R. et al.: *Pszichológia, OSIRIS-SZÁZADVÉG*, Budapest, 1994
- [3] Bakacsi, Gy. et al.: *Stratégiai emberi erőforrás menedzsment. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest, 2000.*
- [4] Baltay K., Tomcsányi P.: Az interjútechnikával történő kiválasztás metodikája a gyakorlatban. *Munkaügyi Szemle*, 1998, június.
- [5] Csirszka, J.: *A személyiség munkatevékenységének pszichológiája. Akadémiai kiadó, Budapest, 1985.*
- [6] Dobson, P., Williams, A.: The validation of the selection of male British Army Officers. *Journal of Occupational Psychology*, 1989, No.: 62.
- [7] Downs, S.: Job Sample and trainability tests. in.: Herriot, P.: *Assessment and Selection in Organizations. Methods and Practice for Recruitment and Appraisal.* JOHN WILEY & SONS Ltd., Chichester, 1989.
- [8] Edwards, I. R.: „Person-Job Fit: Literature Review, and Methodological Critique” in: *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, edited by C. L. Cooper and I. T. Robertson, John Wiley & Sons Ltd., 1991.
- [9] Elbert, F. N. et al.: *Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest, 2001.*
- [10] Feltham, R.: Validity of a police assessment centre: A 1-19-year follow-up. *Journal of Occupational Psychology*, 1988, 61: 2.
- [11] Feltham, R.: Validity of a police assessment centre: A 1-19-year follow-up. *Journal of Occupational Psychology*, 1988, No.:6.
- [12] Furnham, A.: Vocational Preference and P-O Fit: Reflections on Holland's Theory of vocational Choice. in: *Applied Psychology: An International Review*, 2001.
- [13] Garret, H.: The Army Tests: Alpha, Beta and AGCT. in.: *Great experiments in psychology*, Appleton-Century-Crofts Inc., New York, 1958.
- [14] Gaugler, B., Rosenthal, D.B., Thornton, G. C., Bentson, C.: Meta-Analysis of Assessment Center Validity. in.: *Journal of Applied Psychology*, 1987, 72: 3.
- [15] Gaugler, B., Rosenthal, D.B., Thornton, G.C.: Number of assessment center dimensions as a determinant of assessor accuracy. in.: *Journal of Applied Psychology*, 1989, 74: 4.
- [16] Gaugler, B.B., Thornton G.C.: Number of assessment Center Dimensions as a Determinant of Assessor accuracy. *Journal of Applied Psychology*, 1989, 74: 4.
- [17] Geutner, U.: *Militärpsychologie*, in.: Lück, H.E., Miller, R.(Hg.): *Illustrierte Geschichte der Psychologie. Quintessenz*, München, 1993.
- [18] Honvédelmi Minisztérium: *Betegségek színlelésének kérdése, különös tekintettel a honvéd egészségügyi szolgálatra – segédlet*, Budapest, 1951. október 6.

- [19] József I.: Szerződéses katonák alkalmazásvizsgálatának és munkahelyi szocializációjának elemzése a Magyar Honvédségben, Phd. értekezés (tervezet), ZMNE, Budapest, 2003.
- [20] Juhász M.: Assessment Center. BME Munka- és szervezetpszichológus szakképzés. Előadás pp. háttéranyag. Budapest 2002.
- [21] Juhász M.: The analysis of person-job fit in the public inquiry service at the Hungarian Telecom Organization experiences of a validation process. *Periodica Politechnica Ser. Soc. Man. Sci.* 7: 2.
- [22] Juhász M.: A Big Five faktorok és skálák alkalmazása a személyzeti kiválasztásban és teljesítmény értékelésben. Az előrejelző érvényességet meghatározó kritériumok módosulása a vezetői teljesítményértékelés tükrében. Phd. disszertáció, ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, 2002.
- [23] Juhász M.: A kiválasztás pszichológiai alapjai. Oktatási segédlet. BME Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest, 2002.
- [24] Juhász M.: A személyiség szerepe a teljesítmény előrejelzésében, Oktatási segédlet, BME Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest, 2002.
- [25] Kiss Gy.: A munkalélektan története. Távközlési Munkalélektan és Üzemegészségügy Egyesülés, 1998.
- [26] Klein, S.: Értékelő Központok tervezése. Kézirat. SHL Hungary, Budapest, 2001.
- [27] Klein, S.: Munkapszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1987.
- [28] Kovács J. E.: Az alkalmazottak kiválasztásának alapelvei és módszerei a munkalélektanban, in: Fejezetek az alkalmazott lélektan köréből. Szöveggyűjtemény. KLTE Pszichológiai Intézet, Debrecen, 1996.
- [29] Körösi K.: A kiválasztásról I.-II., in: Humánpolitikai Szemle, 1998, No. 9-10.
- [30] Kun M., Szegedi M.: Az intelligencia mérése. Akadémia Kiadó, Budapest, 1978.
- [31] Nemeskéri Gy., Fruttus, I.: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana. Ergofit Kft., Budapest, 2001.
- [32] P&BERT Management Consultation Group: Assessment Center-csoportos kiválasztási módszer. In.: Munkaügyi Szemle, 2001, XLV.2.
- [33] Pynes, J. E., Bernardin, H.J.: Predictive Validity of an Entry-Level Police Officer Assessment Center. *Journal of Applied Psychology*, 1989, 74, No.:5.
- [34] Randhofer, T.: The Social Acceptance of the Assessment Center Technique – An Empirical Analysis. Seventh EAWOP – Congress, Győr, 1995 április 19-22.
- [35] Robbins, S. P.: *Organizational Behavior*, Ninth Edition, <http://www.prenhall.com/managementzone/robbinsob9/main.html>.
- [36] Robertson, I.T. et al: Personnel selection methods. in: *Advances in Selection and Assessment*. Edited by Smith, M. et al., John Wiley & Sons Ltd., 1989.
- [37] Robertson, I.T. et al: Personnel selection methods: Workshop on Psycho-social Aspects of Employment, Sofia, 1992.
- [38] Russel, Craig J.: Individual decision Process in an Assessment Center, *Journal of Applied Psychology*, 1985, 70: 4.
- [39] SHL Group: Assessment and development materials. Budapest, 2000.
- [40] Somoskői S.: Assessment Center. Budapest Training handout, 1997.
- [41] Stewart C.J et al.: *Interviewing Principles and Practices*. Wm. C. Rown Communication Inc. 1994.
- [42] Székely V.: A hazai munkaadók munkaerő toborzási és kiválasztási gyakorlata. in: *Ipargazdaság*, 1996/3-4, XLVII évfolyam 3-4. szám
- [43] Thornton, G. C. ; Byham, W.C.: *Assessment Centers and Managerial Performance*. Academic Press Inc., Orlando, 1982.
- [44] Vianen, Annelies E.M.: Person-Organisation Fit: The match between theory and methodology: Introduction to the special issue, in: *Applied Psychology – An international review*, 2001, 50: 1.

[45] Woodruffe, C.: Assessment Centres. Institute of Personnel and Development. London, 1998.

Maj. R. Tarnóczy

Possible aspects of Assessment Centre method in personnel selection for UN peacekeeping and NATO missions

The Hungarian Army had made the first step to become a professional army instead of enlisted one. Technical equipments and re-arranged organizational structure is not enough to reach desired goals. One of the most important amongst organizational strategies is strategy of Human Resources. Nowadays in the Hungarian Army personnel input has got a very simplified selection system based on medical and clinical psychological illnesses. To get the right man to the right place concept is significant in personnel selection system.

These days unfit model (examination for illnesses are criterions for unfit) has to be changed to the fit reception. Person-Job Fit model and competency based personnel selection system provides an adequate solution in order of using fit reception.

The Assessment Centre technique is a suitable method for competency based military personnel selection.

Aims of article are:

- An introduce about the main personnel selection concepts and models,
- Personnel selection system of Hungarian Army – nowadays,
- Presents the features of most frequently used methods in selection, its characteristics, especially Assessment Centre,
- Presents a military example for A.C. at a unit of Hungarian Defense Forces 5th Mechanized Infantry Brigade.

Tarnóczy Richárd őrgy.
1555 Bp. Pf.: 68.

Az akut miokardiális infarktus ellátásának pszichológiai feladatai a korai konvaleszcensz szakban

Forgó Pál alezredes

Kulcsszavak: akut miokardiális infarktus, korai konvaleszcensz szak, multidiszciplináris medicina, premorbid személyiség, pszichológiai rehabilitáció

Az Intézetben az akut szívizom infarktusos betegek pszichológiai vizsgálatára, a korai konvaleszcensz szakban a Budapest-kérdőív használatos. Az értékelés során 12, az infarktus kialakulásában és kimenetelében szerepet játszó tényező jelenlétére, súlyossági fokára ad választ.

Meghatározott szempontok szerint válogatott, tesztelt 213 beteg vizsgálatára került sor. A tesztelt betegek 58%-a férfi, 42%-a nő. Az átlag életkor a nők esetében 44,6 év, a férfiak esetében 45,9 év volt. A kapott eredmények rámutatnak arra, hogy a betegek 17%-ának alapszorongása már a betegséget megelőzően is kezelést igénylően magas volt. A kezelést igénylő, állapotfüggő, aktuális szorongási szint 39%-ra nőtt. Depressziója miatt 37%, nem megfelelő betegségtudata miatt 65% kezelést igényelt. Rizikó személyiségként kezelhető 55%, nem rendelkezik megfelelő frusztrációs tolerancia képességgel 67%. Az aktuális stresszhatások 62%-ban jelentettek kezelést igénylő problémát. Az infarktus kialakulásában jelentős szerep tulajdonítódik a családi problémáknak, amely ez esetben 7%-ban jelzett értékelhető elváltozást. A munkahelyi problémák szerepe a betegek 21%-nál tekinthető a betegség kialakulásában közrejátszó tényezőnek.

A teszteredmények alapot adnak a rehabilitációs tevékenység megtervezésére, egyben segítséget nyújtanak a betegségmegelőzési, egészségnevelési tevékenység tervezéséhez, megvalósításához is.

Bevezetés

Az 1970-es évektől a halálozási statisztikák szerint 23 európai ország közül a 35 és 54 év közötti férfiak és nők közül Magyarországon hálnak meg legnagyobb arányban ischaemiás szívbetegség (ISZB) következtében.

A 2000. évi magyarországi statisztikai

adatok alapján az ezer lakosra jutó kórházból elbocsátott szív és érrendszeri betegek száma (35,4 fő) egyedül meghaladja az ugyan ezen időszakban kibocsátott daganatos megbetegedések (18,9 fő) és baleset, mérgezés miatt kezelt és elbocsátott (15,4 fő) betegek számát (összesen: 34,3).

Ugyanezen időszakban a szív és érrendszeri betegségben meghaltak száma százezer lakosra vonatkoztatva 403,2 fő, a daganatos és más külső okok miatt meghaltak száma százezer lakosra vonatkoztatva 288,8 fő [1].

A rendelkezésre álló összehasonlító statisztikai adatok alapján az európai országok közül a szív és érrendszeri betegségben meghaltak aránya Csehországban (604,1), Horvátországban (408,0), Oroszországban (554,5), Romániában (547,0), Szlovákiában (431,0) magasabb [1].

A középkorú férfiak közül minden harmadik szívinfarktusban hal meg.

Tekintettel arra, hogy a Magyar Honvédség tagjai is részesei, alkotói ennek a társadalomnak, ezért immár 26 éve önálló Kardiológiai Rehabilitációs Intézet – régebben szanatórium – áll rendelkezésre az ellátás érdekében.

A rehabilitáció az a tudatos, folyamatos tevékenység, amellyel a beteg számára az optimális orvosi, élettani, pszichológiai, szociális helyzetet, foglalkozásbeli és szabadidő kihasználási lehetőséget biztosítjuk.

A rehabilitáció célkitűzése: elérni a betegség előtti állapotot, valamint az elért javulás fenntartása, biztosítani az egyén számára a zökkenőmentes visszatérést a családi és társadalmi életbe.

Intézetünk, mint ma már minden katonára egészségügyi intézmény, nyitott, az ország egész területéről fogad betegeket, az OEP által finanszírozott

és fizetőbeteg ellátás keretein belül egyaránt.

Az egészségügyi ellátás keretében Magyarországon a kardiológiai betegek rehabilitációja során, hosszú időn keresztül eléggé háttérbe szorultak a pszichológiai rehabilitáció kérdései.

Intézetünkbe a betegek többsége a betegség korai konvaleszcensz szakaszában (2-12 hét), az eseményt követő 10-14 napon belül érkezik az ország minden részéből.

A rehabilitáció során a betegek számára optimális orvosi, élettani, pszichológiai, szociális helyzetet és a szabadidő hatékony kihasználási lehetőségét kívánjuk biztosítani, a szív funkcionális állapotának figyelembe vételével, multidiszciplináris medicina keretében.

A rehabilitáció célkitűzései a betegség különböző fázisaiban állandóan változnak. A rehabilitáció a leghatékonyabb akkor, ha az akut szaktól kezdődően történik megszakítás nélkül, multidiszciplináris csoportmunka formájában. Ehhez szükséges az orvosi, egészségügyi személyzet szakmai tevékenysége mellett a beteg akarata, saját erőfeszítése.

A rehabilitációt konvencionálisan három szakaszra osztjuk

I. Az első fázis: a betegség akut szakasza, amikor az ellátás színtere az intenzív, illetve a kardiológiai osztály, amelynek az időtartama az első két hétre esik, amikor az orvosi kezelés elsődlegessége megkérdőjelezhetetlen. Itt rehabilitációs tevékenység csak szűkebb értelemben érvényesít

hető, azonban már ekkor is foglalkozni kell az emocionális reakciókkal (szorongás, önbizalomvesztés, korai depresszió). Az akut miokardiális infarktus utáni első napok meghatározó jelentőséggel bírnak a betegség további folyamatában (reális betegségtudat kialakulása, az életmódváltozással kapcsolatos döntések meghozatala, stb.).

II. *A második fázis:* a betegség konvaleszcensz szakasza, helye a fekvőbeteg rehabilitációs osztály, intézet, vagy szakambulancia.

– *A korai szakasz* a 2.-12. hét közé esik: ebben a szakaszban a feladat folyamatos orvosi kezelés mellett a klinikai állapotnak megfelelő mozgáskezelés, életvitel, tevékenység megismerése, a betegséggel kapcsolatos ismeretek megtanítása, rizikófaktorok kiküszöbölésének folytatása, pszichoszociális problémák feltárása, kezelése

– *A késői szakasz* a 4.-12. hónap közé esik: folyamatos orvosi ellenőrzés mellett folytatott edzésprogram, a funkcionális állapot visszaállítása céljából, a munkába állás előkészítése, egészségnevelési program folytatása

III. *Posztkonvaleszcensz,* vagy fenntartó szakasz: folyamatosan, önszerveződő klubokban, egyesületekben, a tanulak gyakorlati hasznosítása életvitelszerűen, a rizikófaktorok módosítása, az elért eredmények fenntartása [10].

A rehabilitáció történhet intézetben, illetve ambuláns rehabilitáció keretében.

Intézetünk elsődlegesen e korai konvaleszcensz szakaszban végez reha-

bilitációt, de a betegek nagy száma, illetve a fogadóképesség korlátai miatt nem ritka a késői, illetve a posztkonvaleszcensz szakaszban végzett rehabilitációs tevékenység sem.

Módszer

A szívinfarktus ténye és tudata igen súlyos mértékben érinti a beteg személyiségét. Nagy hatással van a beteg élményvilágára, életfelfogására és további életvitelére. A rehabilitáció, a terápiás tevékenység kialakításához a lehető legteljesebb mértékben meg kell ismernünk a beteg személyiségét. Ahhoz, hogy a bekövetkezett változásokat feltérképezzük, ismernünk kell a beteg premorbid személyiségét, ami igen nehéz, így az esetek jelentős részében meg kell elégednünk az aktuális állapot feltérképezésével, illetve az abból levonható következtetésekkel. A korai konvaleszcensz szakaszban elvégzett pszichés állapotfelmérés még lehetőséget adhat a premorbid személyiség megismerésére. Ez is azt igényli, hogy minél korábbi időpontban kerüljön sor az exploráció végrehajtására, hogy a betegség előidézte változások ellenére minél megbízhatóbb információhoz jussunk [5].

A szakmai protokoll figyelembevételével [9], az AMI kezelése során indokolt:

1. Az akut betegségélmény feldolgozása, a szomatopszichés reakciók kezelése: különösen súlyos szorongás, depresszió vagy a betegség tagadása esetén.

2. A másodlagos megelőzésben, a

rizikófaktorok elleni küzdelemben, a káros szenvedélyekről való leszoktatásban (dohányzás), az életmód változások elfogadásában, az A-típusú viselkedés módosításában való közreműködés.

3. Az invazív vizsgálatok, vagy műtétek pszichológiai előkészítésében való részvétel.

4. A motiváció elősegítése a komplex rehabilitációban való részvételre.

Az infarktusos betegek pszichológiai vizsgálatára alapvetően a Budapesti alap, és utánkövető kérdőívet [5, 9, 10] alkalmazzuk. A kérdőív tartalma miatt csak kardiológiai betegek vizsgálatára alkalmas.

A kérdőív alkalmas arra, hogy feltárja a beteg legfontosabb pszichés reakcióit, érzéseit, magatartásának és személyiségének néhány jellegzetes sajátosságát. A kérdőív egy-egy problémát több oldalról is megközelít, így az összetartozó kérdésekre adott válaszok együttese a beteg pszichoszociális világának egy-egy faktoráról ad felvilágosítást.

A vizsgálat során 12 olyan faktor konstruálható, amelyek segítségével az infarktus létrejöttében és kimene- telében fontosnak ítélt tényező jelenlétére, illetve a súlyossága mértékére keresünk választ.

A 12 faktor a következő:

1. alapszorongás (A)
2. állapotfüggő, vagy aktuális szorogás (B)
3. gyermekkori problémák (C)
4. depresszió (D)

5. kapcsolatteremtési problémák (E)
6. családi problémák (F)
7. betegségtudat (I)
8. rizikó személyiség (P)
9. aktuális stressz (S)
10. frusztrációs tolerancia (T)
11. munkahelyi problémák (W)
12. a szexuális élet (X)

A vizsgálatba bevont betegek

A vizsgálatba olyan betegek kerültek kiválasztásra, akik első infarktusukat szenvedték el, az infarktus bekövetkeztétől nem telt el több mint 30 nap, még nem vettek részt semmilyen rehabilitációs programban. A válogatás feltételeit oly mértékben sikerült tartani, hogy valamennyi beteg az infarktust követő 20 napon belül került vizsgálatra.

A vizsgálat során 213 beteg eredményei kerültek feldolgozásra, ebből 89 fő, a betegek 42%-a nő, 124 fő, azaz

N=213	FŐ	%	ÁTLAG ÉLETKOR
FÉRFI	124	58	45,9 év
NŐ	89	42	44,6 év

I. táblázat: *A vizsgálatba bevont betegek nemek szerinti megoszlása és átlag életkora*

Munka- viszony	Aktív	Nyugdíjas	Munka- nélküli
FÉRFI	57	5	1
NŐ	20	13	4
ÖSSZ.	77	18	5

II. táblázat: *Munkaviszony alakulása a betegség bekövetkeztekor (%)*

Faktorértékek	0,0–0,5	0,6–1,5	1,6–2,5	2,6–3,5	3,6–4,0
Tartalmi értékelés	Egészséges, probléma-mentes	Egészen enyhe, még fiziológiás eltérés	Közepes, esetleg már kezelést igénylő elvált	Súlyos elváltozás	Igen súlyos állapot

III. táblázat: A faktorértékek, értékelési sávhatárok

52% férfi. Az átlag életkor nők esetében 44,6 év, férfiaknál 45,9 év. (I. táblázat)

A megbetegedés időszakában munkaviszonnal rendelkezett a betegek 77%-a, nyugdíjas volt 18%, munkanélküli 5%. (II. táblázat)

Az elvégzett vizsgálat eredményei

A vizsgálat során kapott faktorértékek megadott sávhatárok között kerülnek tartalmi értékelésre. Az ennek megfelelő faktorértékeket és a hozzá tartozó értékelést a III. táblázat tartalmazza. Kivételt képeznek a betegségtudat alakulásának faktorértékei, mivel a betegségtudat értékei két irányban is eltérhetnek az ideális értéktől.

Mint már említésre került, hogy a beteg premorbid személyiségére való következtetés igen fontos feladat. Ehhez nyújt segítséget a beteg szorongás szintjének meghatározása.

A szorongást két részre oszthatjuk, mint:

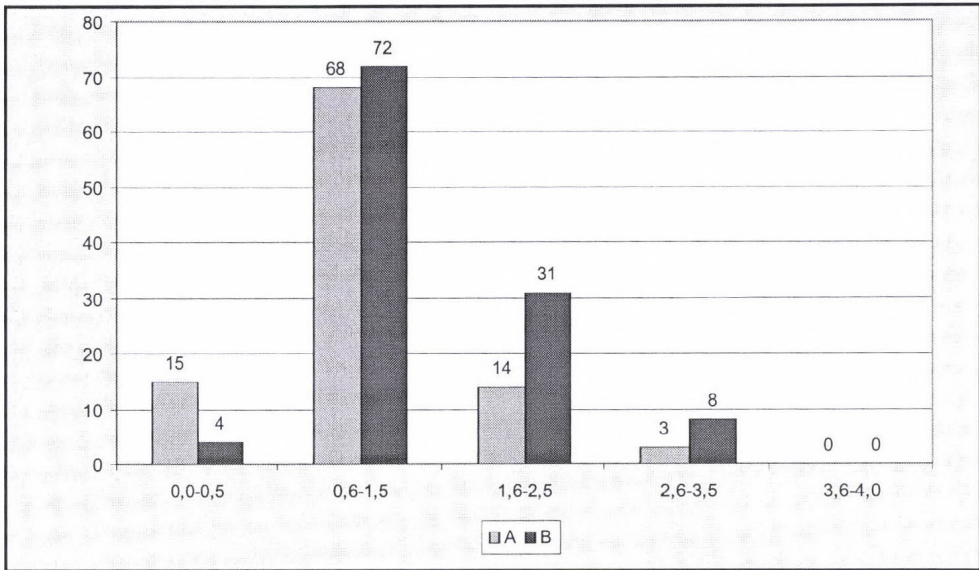
- az egyén általános szorongásszintjére,
- alapszorongásra-, amit vonásszorongásnak is szokás nevezni, mert a

tapasztalatok szerint ez az egész életünkön végighúzó, a különböző, általános helyzetekben megnyilvánuló, az egyénre jellemző tulajdonság, része az alapszemélyiségnek.

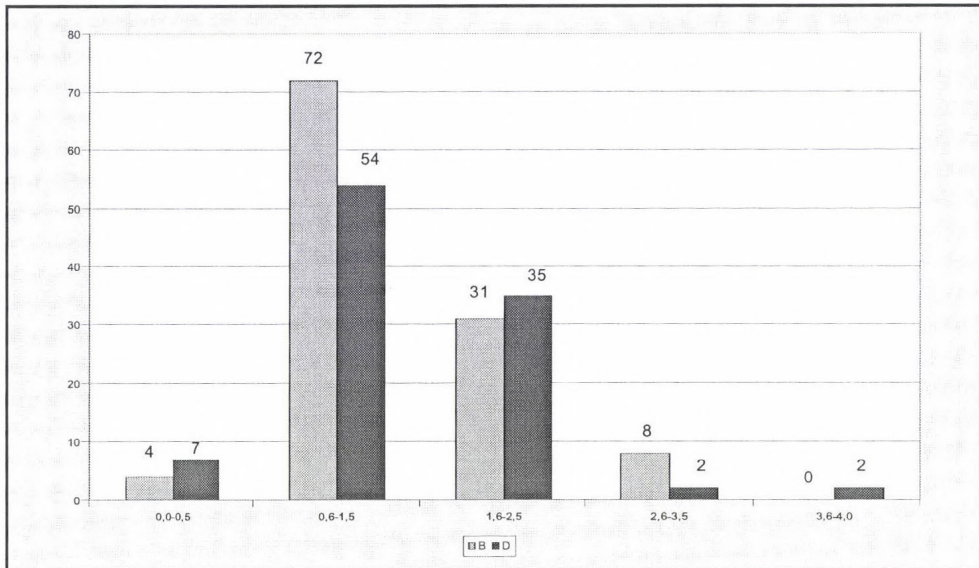
– Az emberek különböző helyzeteket tekintenek magukra nézve fenyegetőnek, veszélyesnek. Az így megélt, megítélt helyzetekben megjelenő szorongást nevezzük helyzeti, vagy állapotsszorongásnak – állapotfüggő vagy aktuális szorongásnak.

Az alapszorongás (A) értékei alapján a vizsgált betegek mindössze 15%-a mondható e szempontból egészségesnek, 68%-nál található enyhe, de még fiziológiásnak mondható eltérés, 14% esetében már kezelés szükségessége is felmerül, 3% pedig egyértelműen súlyos, kezelést igénylő állapotot jelzett. Vagyis: szorongásai miatt a vizsgált betegek 17%-a már a megbetegedése előtt kezelést igényelt volna.

Az AMI hatására az állapotfüggő szorongás (B) értékei jelentős változást jeleznek. Az egészségesnek mondható szorongási szint 11%-kal, 4%-ra csökkent. Az enyhe változást jelzők aránya 72%-ra emelkedett, ugyanakkor több mint duplájára, 31%-ra emelkedett a közepes, már



1. ábra: Az alap (A) és állapotfüggő szorongás (B) alakulása (%)



2. ábra: Az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D) alakulása a konvaleszcensz szakban (%)

kezelést igénylők és a súlyos, kezelést igénylők aránya. Az alapszorongás 17%-os arányához képest az infarktust követő 20 napon belül 39%-ra emelkedett a szorongása miatt kezelést igénylők aránya (1. ábra).

Ennek az emelkedésnek a tapasztalatok szerint az a magyarázata, hogy ekkorra, a betegség tudatosulásával, a veszély anticipálásával szörnyű lelki teher nehezedik a betegre. Bajával magára hagyottnak érzi magát, min-

denkivel szemben bizalmatlan, gyakori a valós vagy vélt visszatérő mellkasi fájdalom, állandósul a feszültség, melynek hatására képtelen megszabadulni a betegség nyomasztó gondolatától [5].

A neurotikus szorongás rendkívül sok pszichés energiát igényel, amelyhez a szocializáció különböző, főleg kezdeti szakaszaiban megtanult elhárító mechanizmusokat igyekszik mozgósítani a feszültséget, kóros szorongást ébresztő gondolatok tudatból való kiszorítására. A nem megfelelő feldolgozás miatt visszatérő emlékek, gondolatok megzavarják a gondolkodást, a viselkedést, a környezethez való alkalmazkodást, alapot adva a depresszió kialakulásához is. Ezt jelzi az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D) alakulásának a vizsgálat során tapasztalható igen szoros együtt alakulása is (2. ábra).

A megküzdő viselkedés egyik fontos funkciója az emóciók szabályozása, a stressz által okozott érzelmek kontrollálása, a külső és belső feszültség tűrése, csökkentése. A betegeknél kialakuló fokozottan negatív érzelmek ennek a hiányos, vagy sikertelen megküzdő képességnek lehetnek következményei [3].

Az egészség elvesztése, a betegség miatti presztizsvesztés bekövetkeztenek felismerése, előrevetülése, a szociális szerepek módosulásának, megváltozásának lehetősége, valamint a korábbi örömforrások kényszerű elhagyása, illetve extrém fokú lecsökkenése nagyon fontos szerepet játszik ebben az időszakban, a depresszió kialakulásában [5].

A vizsgált betegek között – AMI után 20 napon belül – mindössze 7%-ra volt tehető azok aránya, akiknél depresszió (D) egyáltalán nem volt megállapítható, 54%-ban már rendelkeztek a depresszió enyhe tüneteivel, azonban ezek a tünetek nem uralták a kórképet.

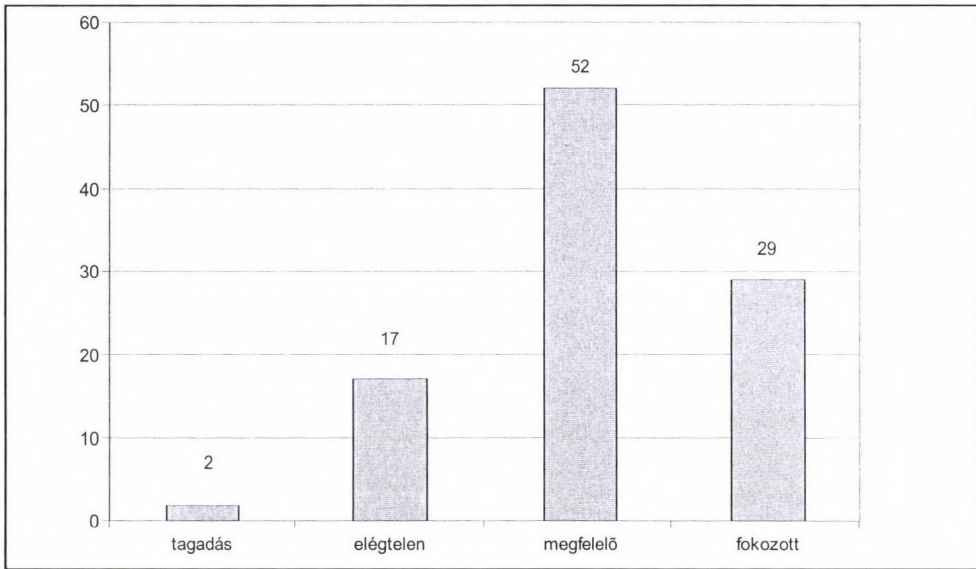
A vizsgált betegek 39%-a rendelkezett olyan tünetekkel, amelynek alapján a depresszió egyértelműen megállapítható volt, 35%-ban közepes, 2-2%-ban súlyos, illetve nagyon súlyos formában (2. ábra).

Ez a rehabilitáció szempontjából azért is fontos, mert a rossz hangulat, a negatív gondolatok elhatalmasodása, a kezdeményező képesség hiánya, a passzivitás, a feleslegesség érzése, a belső nyugtalanság és az akaratgyengeség rendkívüli mértékben visszafogja a beteget a gyógyulásban, akadályozza a rehabilitációs tevékenység hatékonyságát [5].

A beteg reális vagy neurotikus szorongása kihat a betegség megélésére is.

A betegség kialakulására nem lehet felkészülni. A betegség robbanásszerű, váratlan megjelenése rémületet, kétségbeesést vált ki. A betegséggel kapcsolatos állásfoglalást a betegségtől határozza meg, és mindkettőt determinálja a premorbid személyiség.

A betegségtől a beteg magatartásának és a környezethez való viszonyának érzelmi megnyilvánulása. Ebben megjelennek a beteg ember hangulati, gondolkodási, önértéke-



3. ábra: A betegségtudat (I) (%)

Faktorértékek	0,0-0,5	0,6-1,5	1,6-2,5	2,6-3,5	3,6-4,0
Tartalmi értékelés	A betegség tudat hiánya, a betegség tagadása	Elégtelen betegségtudat	Megfelelő betegségtudat	Fokozott betegségtudat	Kórosan eltúlzott betegségtudat

IV. táblázat: A faktorértékek, értékelési sávhatárok a betegségtudat(I) megítéléséhez

lési, valamint a környezet iránti megváltozott értékelései.

A vizsgált betegek 52%-a rendelkezett aktuális állapotának megfelelő betegségtudattal (I), 48%-uk betegségtudatának alakulása nem megfelelő, irreális (4. táblázat, 3. ábra).

A nem megfelelő betegségtudattal rendelkezők 2%-ánál a betegség tagadása volt kimutatható.

Elégtelen betegségtudatról beszélhetünk a vizsgált betegek 17%-ánál,

amelynek okai a megemelkedett szorongásszintben keresendők: a beteg reális betegségtudat hiányában összekeveri vágyait a valósággal, így próbálja meg elhárítani azt a feszültséget, amit az infarktusz okozta fenyegettség jelent számára. A beteg ebben az esetben nem képes, vagy nem akar megfelelő következtetéseket levonni állapotáról, nem érez motivációt szokásainak, életmódjának megváltoztatására.

Ha a beteg a fenyegető veszélyt nagy mértékűnek érzi, értékeli, nem meg-

felelő alkalmazkodása túlzott reakciókat eredményez, kóros viselkedés, nagymérvű és felesleges energiavesztés következik be. Ezek a betegség kialakulásában és kimenetelében egyaránt nagy figyelmet érdemelnek [5].

A fokozott betegségtudattal rendelkezőknek (29%) nem sikerült a betegség aktuális állapotára, kimenetelére vonatkozó információkat pozitív kimenetellel feldolgozni. A fokozott, vagy túlzott betegségtudat alakulását egyéb súlyos konfliktusok, előny szerzési tendenciák is irányítják.

A vizsgált betegek 55%-a rizikó személyiségre (P) utaló jegyeket mutatott. (4. ábra) Ez alapvetően az A-típusú személyiségjegyek azonosítása. Azt pedig tudjuk, hogy az A-típusú személyiség a megküzdő stratégiák viszonylag szűk tartományával rendelkezik, ezért csökkent mértékben képes megküzdni a fenyegető helyzetekkel, negatív tartalmú érzelmekkel. A megbetegedett személyeknél a megküzdő stratégiák többnyire sikertelenek [3].

A frusztrációs tolerancia vizsgálatának eredményei is ezt jelzik. A vizsgáltak 67%-a nem rendelkezik megfelelő frusztrációs toleranciával (T), vagyis a cselekvés, viselkedés akadályoztatásának tűrése, a kudarc-tűrő képesség nem alakult ki megfelelő mértékben, (4. ábra) aminek következtében létre jöhet agresszív megnyilvánulás is. Ez az agresszív megnyilvánulás irányulhat tárgy ellen (rombolás), illetve személy ellen. A személy elleni agresszió fordulhat önmaga ellen (autoagresszió) vagy más

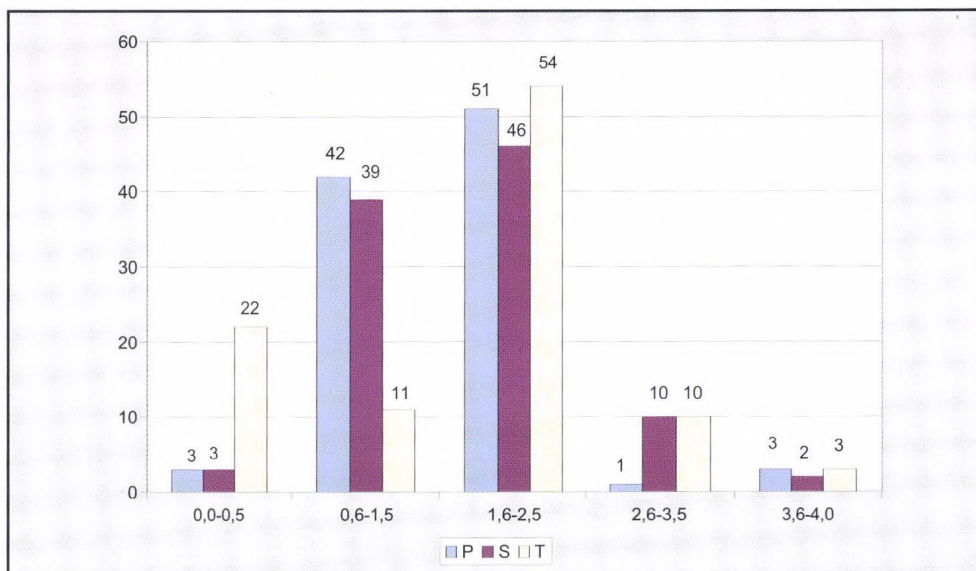
személy ellen is (heteroagresszió), ami megnyilvánulhat verbális vagy fizikai formában egyaránt.

A betegség kialakulásában a vizsgált betegek esetében 58%-ban játszottak szerepet az aktuális stresszhatások (S), amelyek a pszichés, emocionális válaszok formájában is megnyilvánulnak. (szorongás, harag, agresszió, fásultság, depresszió, kognitív károsodás).

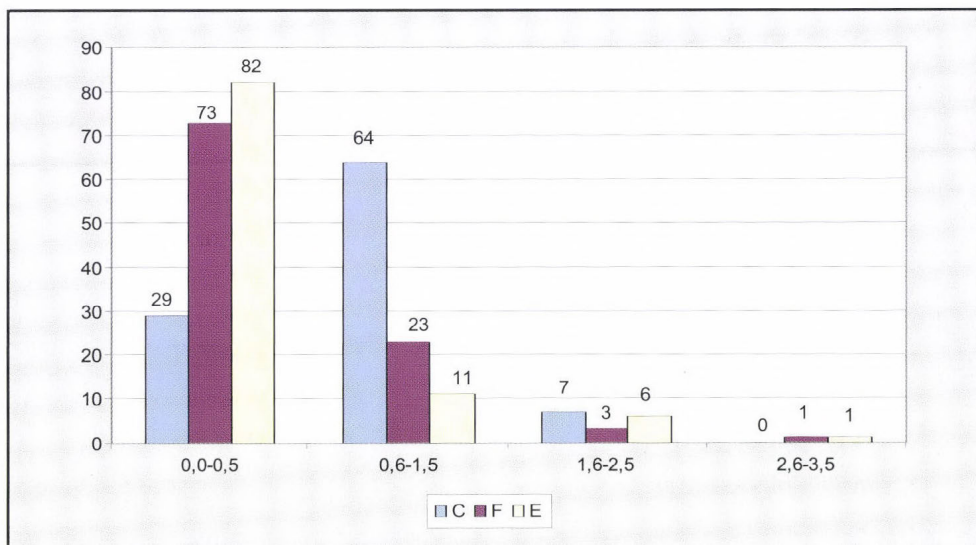
A vizsgált esetekben a gyermekkori problémák (C) 29% esetében nem jelentkeztek. Enyhe, de még elfogadható problémát jelzett a vizsgált betegek 64%-a, mindössze 7% jelzett közepes problémákkal terhelt gyermekkort (5. ábra).

A gyermekkori események (C), a gyermekkorban elszenvedett pszichotraumák súlyos személyiség fejlődési zavarok kiváltói lehetnek. A szülői magatartásformák, a szocializáció korai szakasza meghatározhatja a beteg magatartás alakulását. A gyermekkorban megélt szülői szívbetegséggel, illetve a halállal kapcsolatos élmények összekapcsolódva az aktuális állapotot kiváltotta élményekkel igen súlyos szorongás, depresszió forrásai lehetnek.

A jelenlegi vizsgálatba bevont betegek esetében kapcsolatteremtéssel (F) és a családi problémákkal (E) kapcsolatos eredmények nagyfokú rendezettségére utalnak. Közepes és súlyos kapcsolatteremtési problémáról az érintettek mindössze 4%-a, ugyanilyen mérvű családi problémákról pedig 7% számolt be.



4. ábra: A rizikó személyiség (P), az aktuális stressz (S) és a frusztrációs tolerancia (T) alakulása (%)



5. ábra: A rizikó személyiség (P), az aktuális stressz (S) és a frusztrációs tolerancia (T) alakulása (%)

A család az egyetlen olyan közösség, amelynek egyaránt tagja lehet az egészséges és a beteg ember, de a családban elfoglalt szerep megváltozása miatti trauma (eltartóból eltar-

tott, „rokkant”) megélését csak megértő, segítő családi háttér képes elensúlyozni. Éppen ezért ebben a korai időpontban a család szerepe felértékelődik, az esetleges családi prob-

lémák értékelése megváltozik. A segítő család feledteteti, illetve csökkenti a fennálló feszültségek megélését, segíti az átértékelést. A beteg által véltén, vagy valósan közömbös, meg nem értést, esetleg ellenséges magatartást tanúsító családtagok viszont a fennálló problémák további éleződését, egyben a betegségtudat irreális alakulását segítik elő. A betegség tagadásával egyfajta kísérlet történik a státuszvesztés megakadályozására, az elért státusz megtartására. A fokozott betegségtudat megélése viszont mintegy kétségbeesett próbálkozás is lehet a környezet együttérzésének, támogató magatartásának megszerzése, megtartása érdekében. Ebben a korai időszakban viszonylag ritka a beteg családtagtól való elfordulás, a szociális szerep megváltozása miatt átélt feszültségek kiéleződése a hazatérés után, annak valós megélésével válik meghatározóvá. Ezek a betegség kialakulásában és kimenetelében egyaránt nagy figyelmet érdemelnek.

A rehabilitáció szerepe a beteg munkaképességének helyreállítása, hiszen a társadalomhoz való viszonyát nagymértékben a munka határozza meg.

A betegség miatti pozícióvesztés elviselését nagyban befolyásolja a beteg munkahelyével kapcsolatos érzései, az elszenvedett sérelmek, izgalmak, a munkával járó feszültség megélése, a munkatársakkal való kapcsolat, illetve a betegsége miatt a szociális helyzetében való változások lehetősége [5].

A jelenlegi vizsgálatban résztvevők 47%-a volt minden tekintetben elégedett munkahelyével (W), 32%-nak

fenntartásai voltak, 7%-ban közepes, 14%-ban súlyos munkahelyi problémákról számoltak be (6. ábra).

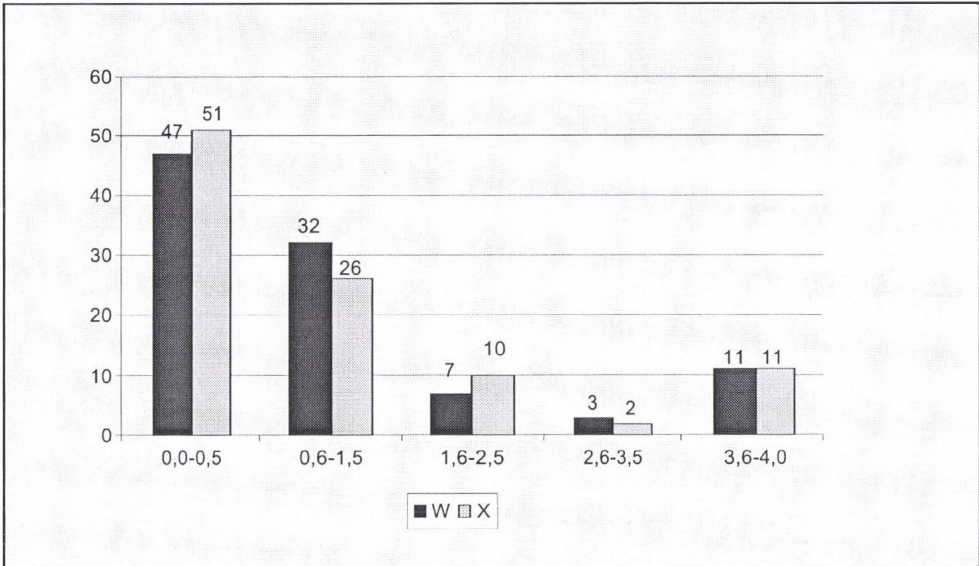
A megbetegedés időszakában – mint arról már volt szó – munkaviszonyral rendelkezett a betegek 77%-a, nyugdíjas volt 18%, munkanélküli 5%.

A betegséggel kapcsolatos szexuális probléma megjelenéséről a vizsgált betegek 49%-a számolt be.

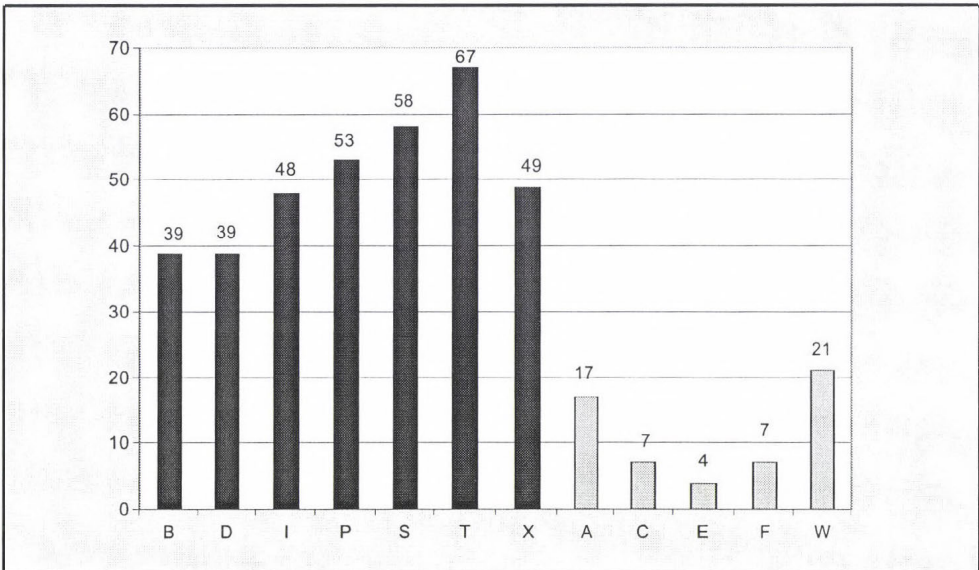
A szexuális problémák esetében a további exploráció során feltétlenül szükséges tisztázni, hogy a megbetegedés előtt volt-e valódi aktivitás, vagyis, hogy összefüggésbe hozható-e jelenlegi csökkent, vagy megszűnt szexuális aktivitása aktuális állapotával. Azonban függetlenül attól, hogy a probléma összefügg vagy nem a betegséggel, nagyon nagy odafigyelést igényel, hiszen a szexuális aktivitás elvesztése – főleg férfiak esetében – nagymértékben emelheti a szorongást a teljesítmény elmaradása miatt, illetve a betegségre való hivatkozás lehetősége a betegségtudat irreális fokozódását is elősegítheti.

Összegzés

A vizsgálat eredménye alapján egyértelműsíthető, hogy a frusztrációs tolerancia (T) alacsony szintje, az aktuális stressz (S), a rizikó személyiség (P), a nem megfelelő betegségtudat (I), valamint az állapotfüggő szorongás (B) és a depresszió (D), a szexuális élet (X) problémái kiemelten fontos szerepet játszanak a betegek pszichológiai rehabilitációjának megtervezésében (7. ábra).



6. ábra: A munkahelyi (W) és a szexuális problémák (X) alakulása (%)



7. ábra: A 12 faktor egészségestől való eltérési arányainak alakulása (%)

A többi faktor szerepe sem elhanyagolható, hiszen az alapszorongás (A), a gyermekkori (C), a kapcsolat-teremtési (E), a családi (F) és munka-

helyi (W) problémák okozta változások hatása az előzőekben felsorolt faktorok alakulásában felfedezhetők. A rehabilitáció e korai időszakában

azonban nem oldható meg egyszerre minden probléma.

A pszichés terhelés, a kockázati tényezők eredményes befolyásolása érdekében tehát elérhető célként:

- a beteg pszichés egyensúlyának javítását,
- reális önismeret elérését,
- megfelelő betegségtudat, beteg magatartás kialakítását,
- az A-személyiség típus módosítás megkezdését,
- egészségnevelési feladatok végzését.

tűzhetjük ki, természetesen a faktorok személyre szóló értékelését követő döntés alapján, a továbbiakban pedig szekunder prevencióként a már kialakult betegség további romlását, illetve a recidívák elkerülését jelölhetjük meg [5, 9].

IRODALOM

- [1] A fekvőbetegek- és a járóbeteg szakellátás morbiditási adatainak felhasználási lehetősége a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 2003.
- [2] B. Kakas, G.: Az infarktus lélektana. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1995, Budapest.
- [3] B. Kakas, G. (szerk.): A-típusú viselkedés. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1991, Budapest.
- [4] B. Kakas, G., Ittész, L., Gora, I.: Az A típusú viselkedés és a stresszel való megküzdés. Magyar Pszichológiai Szemle, 1995, 3-4: 209-226.
- [5] Böszörményi, E., Endresz, F., Hoffmann, A.: Szív és érbetegek rehabilitációja. Budapest-Balatonfüred, 1983.
- [6] Császárr, Gy.: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina, 1980, Budapest.
- [7] Császárr, Gy.: Rizikószemélyiség: Egy sikerfogalom kritikája. Magyar Pszichológiai Szemle, 1983, 24: 367-382.
- [8] Császárr, Gy.: Pszichoszomatika a gyakorlatban. Pszichoteam, 1989, Budapest.
- [9] Ittész, L., B. Kakas, G., Hoffmann, A., Kelemen, A.: A kardiológia területén dolgozó klinikai pszichológusok tevékenységének szakmai protokollja betegségek és beavatkozások szerint: célok, tevékenységek, feltételek és minőség ellenőrzés. In: *Bagdy Emőke* (szerk.) A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. Animula, 1998, Budapest.
- [10] Kardiológiai rehabilitáció. Módszertani ajánlás, 1994, Budapest.
- [11] Kulcsár, Zs.: Egészségpszichológia. Eötvös Kiadó, 1997, Budapest.
- [12] Luban, B.-Plozza, W. Pöldinger, F. Kröger: Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban. Animula, 1994, Budapest.
- [13] Molnár, M.: Adatok egy pszichoszomatikus betegség kialakulásának mechanizmusához: J.E. Skinner elmélete a hirtelen szívhalál és a pszichoszociális stressz kapcsolatáról. Pszichológia, 1987, 130-150.
- [14] Williams, R.B., Barefrot, J.E.: A szív és érrendszeri megbetegedésre hajlamosító viselkedés. Az ellenségeskedés egyre növekvő szerepe. In.: B. Kakas, G. (szerk.) A-típusú viselkedés. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1988, Budapest.

Lt.Col. P. Forgó

Psychological tasks of treatment of patients in early convalescens period after the myocardial infarction

In our Institute the Budapest Questioners were used to investigate the psychological status of patients in the convalescent period after a myocardial infarction (MI). Eva-

luating the questioners the presence and seriousness of those 12 factors were investigated which are more important in the development and outcome of MI.

213 patients – selected according to predetermined criteria – were investigated, 58% of the patients were male and 42% female with a mean age of 45,9 and 44,6 year respectively. Previous to before the MI 17% of the patients had already had treatment demanding basic anguish, what increased to 39% as actual situation dependent actual anguish. 37% of the patients required treatment because of depression and 65% because of unsatisfactory consciousness of illness. Risk personalities were observed in

55% and 82% of them did not have suitable capability to tolerate frustrations. The actual stress effects ment treatment demanding problems in 62% of them. The effect of the working place problems played role in the development of MI in 21% of the patients.

The results of the tests were the basis of planning the program of the rehabilitation and the same time they helped us to design and realize the prevention and patient education.

Forgó Pál alez.

8232 Balatonfüred, Pf. 50.

Mentálhigiéné – korszakok, paradigmák és az ezredforduló jellegzetességei

Dr. Bagdy Emőke Ph.D.

Kulcsszavak: mentálhigiéné, paradigma, elmélet, gyakorlat, mentálhigiéné korszakok, aktuális szorítók és cselekvési lehetőségek

A szerző a mentálhigiéné fogalmi, jelentésbeli változásait a XX. század és az ezredforduló paradigma változásainak keretében elemzi. Paradigma-elmélet-gyakorlat hármass rendszerében rámutat a paradigma meghatározó szerepére. Felvázolja a medicinális (medikalizáló), a „pozitív mentálhigiéné” és posztmodern korszakok emberképét és egészség felfogását.

Korunk jellemző „társadalmi közérzetén” át rávilágít a hazai mentálhigiéné kultúra és gyakorlat szükséglete és támogatási hiányosságai közt feszülő ellentmondásra és a „kölsönös egymásrautaltság – kölsönös támasz” elv gyakorlati megvalósításában látja az aktuális kiutat.

A mentálhigiéné a XX. század szülötte. Jelentésére nézve ma már elértük a hazai szakmai konszenzust, miszerint nem mozgalom, hanem potenciális egyéni, közösségi, társadalmi aktivitás. Nem önálló, hanem sokforrású tudomány, nem önálló szakma, de a humán segítő aktivitás sokágú, sok lehetőségű formája; leginkább pedig paradigma: tapasztalati megalapozottságú szemléletmód, és világlátás.

Fogalmának jelentésváltozásai híven tükrözik az emberről, a lelki egészségről (betegségről), a normalitásról (abnormitástól) kialakított nézeteket, szemléleti jellegzetességeket, értékfelfogásokat, normarendszereket. A paradigmák változásainak nyomon követése világossá teheti számunkra, miért változnak a mentálhigiéné

gyakorlatának célkitűzései és milyen alapon beszélhetünk e vonatkozásban „korszakokról”. Paradigma alatt azoknak az elveknek a rendszerét értjük, amelyek egy meghatározott időszakban a tudomány művelői számára a világlátás és problémamegoldás átfogó (meta)modelljéül szolgálnak. (Kuhn, Th. 1984) Minden paradigmához jellegzetes saját foglomtár, szóhasználat tartozik, amelyen át érthető, miért használunk ugyanarra a dologra más elnevezést, mint korábban. Azt tapasztaljuk, ha egyszer egy paradigma polgárjogot nyert, akkor ez arra indít bennünket, hogy a dolgokat, az embert ezen át meghatározott módon szemléljük, „magyarázzuk” és a dolgokat e szókinccsel „nevezzük”, jelöljük meg.

Az elméletek a tények közötti magyarázó összefüggések összetartó fonalát alkotó, lényegmegragadó gondolatrendszerek (Kelemen G. 1995). Eszközök a világmegértéshez; szabályrendszerek, térképek, amelyek érvényét nem befolyásol(hat)ják szubjektív folyamatok. Az elméletek a tudományos valóságmegismerés jellegzetes és egymástól elkülöníthető felfogásmódjaiba (paradigmáiba) ágyazódnak. Az empirizmus pl. megfigyelésre építő induktív tudományfelfogás. A racionalizmus az érzéki tapasztalástól független „lényeg”-et képező „ész”, deduktív módszerrel dolgozó modelleket konstruáló tudománykonceptió. A pozitivizmus szerint a mérés-mérhetőség az objektív valóság-megismerés egyetlen, hiteles kritériuma. A konstruktivizmus felfogásában a valóságot mi magunk „teremtjük”, felfogásunkban „megkreáljuk”, és jelentését ez a kreáció határozza meg. Ennek szociálkonstrukcionista szelidítménye szerint a közösségi kapcsolatrendszer és az interakciókat szolgáló nyelvhasználat – kommunikáció – révén konstruáljuk meg a „világot, mint jelentést”. A rendszerszemlélet a valóság hierarchikus felépítményként való elgondolása, benne: a magasabb szintek vezérlő szerepével, az alacsonyabb szerveződési szintek relatív autonómiájával – a szabályozás cirkuláris visszacsatolási és kölcsönhatási elvének felfogásával. A komplementaritás és határozatlansági reláció szemléleti kereteiben a tudós egyszerre megfigyelője és részese a jelenségnek, nincs objektív megfigyelő, sem pedig semleges nézőpont. A megismerés történetileg meghatáro-

zott paradigmáinak tükröződése és leképződése a mentálhigiénés modellek arculatában is jól nyomonkövethető.

A mentálhigiéné, mint emberszolgáló paradigma, sokforrású tudomány és sok lehetőségű segítő gyakorlat, eleve az ember kettős természetének (természeti-biológiai és társadalmi lény mivoltának) paradoxonát hordozza. Az emberi „természet” és a kultúra egyidejűleg van bennünk jelen. A kölcsönös egymásra-utaltságra, altruizmusra, együttműködésre és a versengő, küzdő, kompetenciára, felülkerekedésre és túlélésre törekvő embert egyképpen magunkban hordjuk. Szembenállás és illeszkedés viszonyában, ezek arányában jelenik meg az ember a társas szintéren, s csupán a szemlélő tudományos optikájának függvénye, hogyan közelíti meg, mit tart fontosabbnak (genetika, evolúció versus kultúra, szocializáció). Az is szemléletmód, és ezen nyugvó döntés kérdése, hogy az empirikus perspektívát választja-e (magyarázni kívánja, mi-miért történik, ellenőrizhető hipotézisek illetve bizonyítható vagy cáfolható empirikus adatok útján), avagy az értelmező megközelítést (az ember, a viselkedés új nézőpontok szerinti meglátása, új magyarázó rendszer és perspektíva kínálása, az alapvető értékek felmutatása, törekvés az eszmei egyetértés kialakítására).

A mentálhigiéné gyakorlata a szak tudományos elméletek fogalmait az egyének és a közösség számára is használható, közhasznú kifejezésekkel fordítja át és a kínált modelleket a

valóságban „teszteli”, kipróbálva értékeli, kreatívan módosíthatja, vagy továbbfejleszti (evaluáció).

Paradigmák – elmélet – gyakorlat összefüggésrendszerében a mentálhigiéné (megítélésem szerint) három nagy korszakra tagolható.

Az *első korszak* a medikális, sőt medikalizáló paradigmát képviseli, a preventív és rehabilitációs (harmadlagos prevenciós) pszichiátria szülötte. Pszichiátriai indíttatása nem kétséges. Clifford Beers 1908-ban a gyógyult elmebetegek közösségi visszailleszkedésének elősegítésére indította (akkor még kétségtelenül mozgalomnak számító) közösségi szervező akcióját. (Beers, Cl. 1956) „Ne légy (ismét) beteg” - üzeni a mentálhigiéné jelszó. Az egészség – eme felfogásban – a betegség hiánya. Az egészség-betegség dichotómia érvényes benne: a betegség a létezés „túlsó partja”, egészség és betegség közt demarkációs vonal, minőségi különbség, vagy-vagy elválasztottság, szakadék tátong. Ez a pozitivista, empirista, az egyénre koncentráló megközelítés szűkösnek bizonyult a (teljes) emberi egészségnek és lelki épség megtartásának a szolgálatára. Lindemann és Caplan kríziskoncepciója is hordozza még a „normatív”, minősítő fogalmakat, noha köztük már hidat próbál építeni a galileánus szemlélet: az időbeli-folyamati változás dinamikai folytonossági feltevése, amely kikezdi az arisztotelianus „szabályozás” címkéző, minősítő, besoroló, diagnosztizáló medikális szemléletét.

A *második korszak* a „pozitív mentálhigiéné” paradigma időszaka (Jahoda,

1958). Ez a nem medikális éra a II. világháború utáni időszakától a 80-as évekig datálható. Az emberhez fenomenológiai, élményközpontú, értelmező-megértő módon közelítő új szemlélet rendszerkeretben ragadja meg az egyéni sors eseményeit. Az egészséges emberből indul ki és az embert potenciálisan egészségesnek tekinti. „Maradj egészséges!” - üzeni e kor mentálhigiéné jelszava. Az USA akkor új, „humanisztikus pszi-chológiai” irányzata által ihletett emberkép és egészségmodell Maslow és Rogers nevével fémjelezhető. Az ember felelős önmagáért és környezetéért, alapvetően jó, minden lehetőség hordozója, önmegvalósításra törekszik, a környezet szerepe a feltételek nyújtása e kibontakozáshoz. Az elfogadó, nem minősítő (negatív címkéket kerülő) empátiás és hiteles (őszinte) emberi kapcsolatban az ember egészségesen fejlődik. Az ember a „legkisebb egység”, az ember az embernél kezdődik, nem alkotórészei, szervei egészségénél (pszichoszomatika, holizmus, Gestalt-elv).

Az egészség mint specifikus minőség jelenik meg e felfogásban, melyben a társsal való „találkozás” (encounter), a közösség megtartó-segítő ereje, a társas támasz és kölcsönösség meghatározó szerepet játszik. Az egészséges ember (full functioning personality), teljességgel jól működő személyiség. A segítő nem „terapeuta”, hanem facilitátor, serkenti és fermentálja a másokban zajló egészséges (természetes) folyamatokat. A „mentálhigiéné” fogalmát is a mental health; health promotion szakkifejezések váltják fel. (Sajátos magyar jelenség az elnevezés konzervatív

Klasszikus medicinális (pszichiátriai)	Nonmedikális, „pozitív mentálhigiéné”
Egészség – Betegség (szembeállítás)	Egészség – Betegség (folytonosság)
páciens, beteg	kliens, problémahordozó, konzultáns
kauzális megközelítés	„dinamikus”, folyamatlemező holisztikus megközelítés
betegség, diagnózis (címke, stigma) az emberi bajok medikalizálhatók	probléma, állapot, helyzet, zavar - Nincs stigmatizáció
terápia, „kezelés” gyógyító modell egyoldalú szakértés modell	konzultáció, intervenció, counseling „edukatív, reedukatív és kompetencia modell” „kölcsonős szakértés” (közös tanulás)
terapeuta, orvos, szakértő	facilitátor, segítő, konzulens, probléma fogadó
„hiányosság-központú” megközelítés a páciens nem felelős „nem tehet róla” alárendelő kapcsolati kontextus, elszenvető helyzet	a meglévő (lehetséges) értékekre építő, a kliens felelős a helyzetért, aktív részt vállal, egyenrangú felek kapcsolata
Egészségügyön belüli (szervezeti-intézményi) elkülönítés, szeparáció, kustodális elv	non medikális (extramurális) non szeparatív „helyben segít”

I. táblázat: *A mentálhigiénére vonatkozó paradigmaváltás jellemzői a kulcsfogalmak mentén*

őrzése, amelyet csak az utóbbi évtizedben váltott fel az egészségfejlesztés.) Ez a non-medikális, edukatív (nevelő-fejlesztő) „kompetencia paradigma” új szókinccset kínált és terjesztett el: kliens, facilitátor, nevelés-újra nevelés, önkülváltoztatás, közösségi, társas támasz, s. i. t. A fenti I. táblázatunkon a pszichiátriai „medikális” és „pozitív mentálhigiénés” paradigma közti különbséget tesszük tételesen áttekinthetővé. („A mentálhigiénére vonatkozó paradigmaváltás jellemzői a kulcsfogalmak mentén”).

A harmadik (posztmodern) korszakot a nyolcvanas évektől az ezredfordulón át napjainkig számolhatjuk. A „jóléti társadalmak” konzumizálódó világa a fogyasztói lét kettős követelményét állítja az ember elé: teljesíts (tanulj, keress pénzt, hogy vásárolhass) és élvezz

(hedonista elv). Az egészség, mint életminőség jelenik meg. „Életet az éveknél”, „Legyen neked jó”, „Legyen értékes célod.” „Légy szívós, küzdőképes, erős!” „Maradj talpon és élj (jól, boldogan)!” - üzenik az újszlogenek. A civilizatórikus betegségek növekedése, a stresszek fenyegető ártalmi, a felgyorsult és eldologiasodott élet a megküzdés és erőnkultusz követelményével áll az egyén elé. Az egészség (legalább) négy tényező meglétét feltételezi.

-Wellness (jól-lét),

- Fitness (alkalmasság, állóképesség, megfelelés, jó kondíció),

- Happiness (boldogság, megelégedettség)

- Hardiness (erő, szívósság).

Hat kritérium (Jahoda, 1985)	Hét indikátor csoport (Becker, 1986)	Nyolc elem (Tudor 1996)
A környezet uralása	Képességek	Megküzdési képesség (coping)
A valóság adekvát érzékelése	Önközpontúság	A feszültség és stressz adekvát kezelése
Integráltság	Jóllét	Önkép és identitás
Pozitív szemlélet	A saját értékek tudata	Önbecsülés
Folyamatos fejlődés az önmegvalósítás felé	Autonómia	Autonómia
Autonómia	Hajtóerő „Társas támasz”	Önfejlődés Változás
		Társadalmi támogatás és ösztönzés

II. táblázat: *A lelki egészség és egészségfejlesztés összehasonlító elemei Tudor (1996) nyomán*

A lelki és magatartási megküzdés-módok (coping mechanizmusok) egyfelől a magatartástudományi, másfelől az „egészségpszichológiai” megközelítést elegyítik és a tréningközpontú „edzés”-modelleket teszik a mentálhigiénés praxis központi tényezőjévé.

Ez a konstruktivista, sőt szociálkonstrukcionista, rendszerszemléletű, értelmező, megértő viszonyulású, az evolúciós meghatározókat is fontosként kezelő új paradigma áthatja napjaink egészségfejlesztési gyakorlatát és meghatározza mentálhigiénés nyelvünket.

Érdemes szemügyre vennünk a lelki egészség és egészségfejlesztés összehasonlítható elemeit szemléltető táblázatot, amely az ötvenes évek „szókincsétől” a III. korszak új paradigmájának „nyelvezetéig” jól il-

lusztrálja a szemléletváltással együtt járó nyelvi (fogalmi) változásokat.

Az ezredforduló új emberideálja és egészségképe a szívós, küzdőképes, erős, „túlélő”, alkalmazkodásra kész, „boldog” (megelégedett) ember (Csíkszentmihályi, 2002).

Az „egészséges” ember erőforrásokat hordozó, szüntelen kibontakozásra, fejlődésre képes, „csúcsra”, „csúcserőművekre” törekvő lény, akinek múltjában a megnyugvás, elfogadás, megelégedés; jelenében a történesekbe való belemerülés, átlényegült önátadó öröm (flow, áramlat) átélése, a „képes”-ség, erő, sikeresség, küzdőképesség megélése a fontos. Jövőjében a „magasabb”, a személyen túli (transzperszonális, spirituális) célok, az optimizmus, derű, remény és bizakodás egyenletessége a szükséges és az (egészségéhez) ígéretes feltétel.

„Magasabbra, gyorsabban, erősebben” (altius, citius, fortius) - az ókori görög olimpia jelszava mint aktuális felhívás jelenik meg, elérése pedig az autotelikus (önmagáért örömteli) élményeken és az önszorgító „edzés” kemény küzdelmén (tréningeken) át lehetséges.

Az igazi egészség-„fejlesztés” valójában önfejlesztés: „tegyél érte valamit, mozdítsd elő” (health promotion) a saját egészség-„ügyedet”. Az egyedi tudás, kultúra az együttélés mikromiliójában és társas rendszereiben a közösségi kultúra részévé válik. E modellben a személyes felelősség központi elvárás.

A „személyes felelősség” kívánalmát azonban érdemes alaposabban szemügyre vennünk. Vajon kin és min múlik a felelősség? Valóban az egyén személyes ügye volna ez? Megítélésem szerint hiába törekszik valaki a felelősségvállalásra, ha élete (különféle okból) kényszerpályán mozog és nincs reális alternatívája. Nem az a legfontosabb kérdés ugyanis, hogy megnyit iszik, dohányzik, és (túl)dolgozik az egyén, hanem az, hogy miért teszi ezt. A táplálkozásnál is felvethető a kérdés, hiszen a legkevésbé egészségesen táplálkozóknak van általában a legkisebb (más)t választási lehetőségük. Arra nézve sincsenek megerősítő adatok, hogy az egészséggel kapcsolatos viselkedés különböző típusai az egészség fenntartásáért érzett felelőségek az aldimenzióját tükröznék (Clemm és Close, 1995).

A mentálhigiéne paradigmái, és általuk megkívánt életgyakorlat a megvalósítás szemszögéből nézvést azt bi-

zonyítja, hogy az egészségmagatartás egy átfogó, a szociális értékeket, a pszichológiai állapotot és az uralkodó kulturális szokások elfogadását tükröző életszemléletből, életstílusból ered (Mechanic, 1985).

A pozitív egészség magatartást úgy támogathatjuk a leghatékonyabban, ha sikeresen integráljuk a kívánt viselkedésmódokat a természetes segítő csoport kultúrájába. Azok a viselkedésmódok, amelyeket a szociális kapcsolatrendszer rendszeresen megerősít, sokkal szilárdabbak, mint a „speciális programok”-kal átadott (új) magatartás-formák (Bagdy, 1999).

Ha jelenünk mentálhigiéne ideálképehez viszonyítjuk a valóságot, akkor nem mehetünk el a „társadalmi közérzet” aktualitásai mellett sem.

Átpolitizált hétköznapjainkban az egyének lelki és közös, osztársadalmi terhelése igen nagy. Székely Mózes (2002) friss adatai szerint csaknem ezer magyar lakos megkérdezése nyomán az alábbiak tűntek ki életminőség-romboló tényezőként:

- Az elidegenedés, szeretetlenség, az emberiségnek és együttműködésnek a hiánya,

- Kilátástalanság, felgyorsult élettempó, globalizáció, az emberiség és a világ pusztulásának fenyegetettsége, a gondolkozásmód hibái,

- A tudományos és technikai fejlődés káros hatásai,

- Az erkölcsi értékek felbomlása, elanyagiasodás, meg nem értés, rosszindulat és gonoszság (Székely M., 2002).

Nyilvánvaló tehát, hogy a – tágabban és szűkebben – bennünket körülvevő természeti, társadalmi, politikai és gazdasági környezet az „egész”-ség(es) közérzetet alapvetően befolyásolja, és ez magában véve szükséges kiinduló pontja lehet a mentálhigiénés teendők megtervezésének.

Sajnálatos, hogy míg a hazai mentálhigiénés törekvések nyilvános hangoztatása erőteljes (Pl. *Johan Béla* népegészségügyi program), a modellkísérletek száma nagy, a civil szervezetek erőfeszítései tiszteletre méltóak, a szemléletformáló képzések volumene tágas, a publikációk száma tetemes, addig ezzel szemben a ráfordítható idő- és pénzforrások csökkennek, a leginkább érintetteket életgondjaik akadályozzák a mentálhigiénés programokban való részvételben. Posztmodern világunkban és gondterhelt jelenünkben „a gyanú hermeneutikájának szellemében” fel kell vetnünk, hogy ellentét feszül a nyilvános retorika és a jövőendő erőfeszítésekhez szükséges programok és ismeretanyag kifejlesztésének finanszírozására való hajlandóság között (*Kézdi, B., 1999*).

Korszak-meghatározó paradigma és azzal kongruens mentálhigiénés (közösségi és egyéni) gyakorlat között egyelőre szakadék tátong. Mégis bizakodhatunk! 1996-ban Londonban Clifford Beers Institut néven létrejött az a nemzetközi kutató, szervező és koordináló intézmény, mely az Európai Unióban nemzetközi feladatként tűzi ki az egészség-előmozdítás paradigmájának leghatékonyabb érvényesítését az egyes országok gya-

korlatában (*Buda B. 2003.*) Az intézmény finansziális, tudományos módszertani szervező és koordinatív segítséget nyújt a mentálhigiéné európai szakemberei (humán segítők, orvosok, pszichológusok, szociális munkások, mentálhigiénikusok) a tömegkommunikáció képviselői és a civil szervezetek önkéntes társulásai számára.

Fontos üzenet a „kölcsonös segítés” elvén alapuló nemzetközi összefogás a hazai gyakorlat számára is. Ha azt a szerteágazó gyakorlatot sikerül integrálnunk, amely (pl. a fegyveres testületek működési színterein) – e konferencia tanulságai szerint is – létezik és fejlődik, akkor öntevékeny aktivitásunk átlendíthet a (pl. pénzügyi, támogatásbeli) szűkösségek és elakadások holtpontjain. Ezt kívánom minden, a mentálhigiénében elkötelezett szakembertársamnak!

IRODALOM

- [1] *Bagdy, E. (szerk.):* Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Animula kiadó, 1999, Budapest.
- [2] *Beers, Cl.:* A mind that founf itself, New York (Önmagát megtalált lélek). In: *Autobiography*. 9. Kiadás, 1956, Doubleday. New York.
- [3] *Buda, B.:* A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései. Nemzeti Tankönyvkiadó, 2003, Budapest.
- [4] *Clemm, A. Close R.:* Mental Health promotion. Theory, Research and Practice. Mcmillan Press. Ltd. Houndmills Basingstoke, 1995, Hampshire, London.
- [5] *Csikszentmihályi, M.:* Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Akadémiai Kiadó, 1991, Budapest.

- [6] Jahoda, I.: Current Concepts of Positive Mental Health. Basic Books, 1958, New York.
- [7] Jenkins, R, McCulloch, H. Parker, C.: Kormányok és politikai meghatározó tényezők támogatása a lelki egészség vonatkozásában. Szenvedélybetegségek. 1995, 7(5): 381-387.
- [8] Kelemen, G.: A mentálhigiéné mentalitásának kérdése és a kérdések funkciója a mentálhigiénében. Pszichoterápia, 1995, 2: 157-163.
- [9] Kézdi, B.: A mentálhigiéné paradigmáiról In: Bagdy E. (szerk.): Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. 11-18 old. Animula kiadó, 1999, Budapest.
- [10] Kuhn, Th.: A tudományos forradalmak szerkezete. Gondolat, 1984, Budapest.
- [11] Mechanic, D.: Health and Behavior Perspectives on Risk Prevention. In: Prevention in Health Psychology Eds.: Rosen, J. C. Solomon, J. J., 1985, 6-17.
- [12] Székely, M.: Világproblémák és megoldásaik tükröződése világképünkben Alkalmazott Pszichológia, 2002, 4(2): 5-27.
- [13] Vidor, K.: Mental Health Promotion. Paradigmas and Practice. 74. pag., Routledge, 1996, London.

Emőke Bagdy M.D., Ph.D.

Eras in mental health education, paradigms and the characteristics of the millenium

The Author presents an analysis of conceptual changes in the field of community health education, relating them to other paradigm changes of the millennium era. The important role of paradigms is emphasized within the three-component system of paradigms, theories and practice. The medical viewpoint, the postmodernist viewpoint and positive community health nursing are compared from two aspects: attitude toward people and health representation. The author describes the discrepancy between requirements of practical work and lack of resources, and suggests the principle „mutual support – interdependence” as the only way to overcome the present problems.

Dr. Bagdy Emőke

1025 Budapest, Kapy u. 38/F

MH Egészségvédelmi Intézet¹,
ELTE Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék²

Az új sorozási tesztbattéria alkalmazása során szerzett tapasztalatok

Fekete Melinda¹ őrnagy,
Rózsa Sándor²

Kulcsszavak: sorozási teszt-battéria, OTIS-II, félprojektív mérőeszköz, szimuláció

A sorkatonai alkalmassági vizsgálatban jól használható és korszerű tesztbattéria kidolgozásának főbb lépéseit és a kapott eredményeket szemléltetjük. A több szakaszból álló munka során mintegy 2.500 sorkötelessel végeztünk különböző típusú felméréseket (pl. validálás, fókusz-csoport, bevalás vizsgálat, standardizálás).

A sorozási tesztbattéria négy fő elemét az alábbi mérőeszközök jelentik: OTIS-II intelligencia teszt, Élettörténeti mutatók, Brengelmann-féle személyiségkérdőív és a Pálcika-ember félprojektív teszt. A mérőeszközökkel végzett vizsgálatok a skálák megbízhatóságát és validitását mutatják. A kidolgozásra kerülő tesztbattéria a személyiségműködés tágabb megközelítését teszi lehetővé, ami a sorozás során alkalmazott személyes interjúval kiegészítve a sorkatonai szolgálatra való pszichés alkalmasság megbízható mérőmódszerének tekinthető.

A sorozáson alkalmazott pszichológiai teszt felvételét első alkalommal az 1993. évi CX. Honvédelmi Törvény írta elő. Ilyen tömeges katonai alkalmasság-vizsgálatnak hazánkban nem voltak hagyományai. A pszichológiai tesztbattéria bevezetésére igen kevés idő és pénz állt rendelkezésre. A katonaegészségügy szakemberei által kidolgozott pszichológiai tesztcsoomag ennek ellenére évekig használatban volt.

Az évek során felgyülemlett tapasztalatok és a mérőeszközzel szemben támasztott kívánalmak miatt azonban

elkerülhetetlenné vált a mérőeszköz helyett egy korszerűbb, pontosabb, a modern kor elvárásainak sokkal inkább megfelelő tesztbattéria kidolgozása és bevezetése. Az alábbiakban ismertetésre kerülő sorkatonai szolgálatra való pszichológiai alkalmassági tesztbattéria kidolgozását gondos mérlegelés és előkészítő munka előzte meg. A tesztbattéria kialakításánál törekedtünk arra, hogy a pszichológiai alkalmasság felmérését megbízható standardizált mérőeszközökkel, több oldalról közelítsük meg.

Az új sorozási tesztbatteria elemei

A sorkötelesek mentális képességeinek felmérésére a már hazai eredményekkel rendelkező OTIS-II intelligencia tesztet alkalmaztuk. Az OTIS-féle értelmi képességet mérő tesztet viszonylag széles körben alkalmazzák a hazai munkalélektani és pályaválasztási gyakorlatban. A tesztnek eredeti változata az amerikai hadseregben használt ún. Army-alfa mentális képességvizsgáló tesztek tartalmi felépítését követi. A teszt két változata (OTIS-I. és OTIS-II.) eltérő mentális képességek tesztelésére alkalmas. Az OTIS-I. elsősorban általános iskolás környezetben alkalmazott teszt, míg az OTIS-II. közepes erősségű mentális tesztnek minősíthető, ami azt jelenti, hogy a teszt különösen jól alkalmazható a középiskola alsóbb osztályaiban, illetve az ennek megfelelő végzettségűek esetében. Az OTIS-II. 46 kérdésből áll, mely szerkezeti felépítését tekintve nagyrészt verbális jellegű és ugyanakkor kis százalékban néhány nem verbális tételt tartalmaz. A mérőeszköz faktorstruktúráját a következő elméleti dimenziók alkotják:

- I. Figyelmi teljesítmény;
- II. Meghatározás;
- III. Rendezés;
- IV. Ellentétes asszociáció;
- V. Kritika;
- VI. Diszkriminációs képesség;
- VII. Analógiás képesség [1, 2].

A családi körülményekre, a testi és lelki egészségre és a sorkatonai szolgálattal kapcsolatos jellemzőkre a már

korábbi sorozások alkalmával is sikeresen használt ún. Élettörténeti mutatók kérdéscsoportot alkalmaztuk. Az egyes kérdések a következő problématerületeket ölelik fel: családi körülmények, fejlődési jellemzők, testi-lelki egészség, öngyilkossági kísérlet, alkohol és drogfogyasztás, törvénnyel való szembehelyezkedés, iskola és foglalkozás, sorkatonai szolgálattal összefüggő motiváció, szexuális beállítódás, családi állapot, valamint az adaptáció. A fenti területeket egyenként 3-4 kérdés fedi le [3].

Az általános személyiségjellemzők feltárására a Brengelmann-féle Személyiségteszt rövidített változatát alkalmaztuk. A rövidített verziót az előzetes vizsgálataink eredményei alapján alakítottuk ki, és kiegészítettük egy ún. szimulációra való törekvés skálával is. Az így kialakított 32 tételes kérdőív 4 skálát tartalmaz: extroverzió, neuroticizmus, rigiditás és szimulációra való törekvés.

Az érzelmi és társas kapcsolatokat feltárására kifejlesztett fél-projektív mérőeszköz 30 tételből áll, amelyben a vizsgálati személynek 5 válaszlehetőség közül kell eldönteni azt, hogy mi történik az adott képen. A „Pál-cika-ember teszt” elnevezésű mérőeszköz az alábbi skálákból áll: agresszió, deviancia, szerhasználat, érzelmi instabilitás, öndestrukción, társas kapcsolatok zavara. A mérőeszköz alapját *Dr. Oláh Attila* kutatásai adták, melyet a sorkötelesekkel szembeni alkalmassági követelményeket figyelembe véve továbbfejlesztettünk. Célkitűzésünk az volt, hogy olyan mérőeszköz alapjait rak-

juk le, amely fél-projektív felülete miatt nem átlátható, így a szándékos manipulálásra érzéketlenebb.

A vizsgálati minták jellemzői

A tesztbatteria végleges kialakításáig több vizsgálati mintán is végeztünk kutatásokat. Az OTIS-II intelligencia teszt konstruktum validitásának vizsgálatához 690 sorkötelessel töltöttük ki a bevezetésre szánt sorozási tesztbatteriót és a *Raven*-féle Progresszív Matrikák intelligencia kérdőívet. Ez a minta lehetőséget biztosított a skálák reliabilitásának vizsgálatára és összehangolására. A kérdőíveket kitöltők átlagéletkora 21 év, a legfiatalabb 18, míg a legidősebb 30 éves. A minta közel 16 %-a 8 általános vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel, mintegy 64 % középfokú és 19% felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezett. 12 esetben nem állt rendelkezésünkre információ a sorköteles legmagasabb iskolai végzettségéről.

Az Élettörténeti mutatók és a *Brenghelmann*-féle Személyiség Kérdőív teszt-reteszt megbízhatóságát és a skálák prediktív erejét egy közel 50 fős nyomon követett mintán vizsgáltuk.

A szimuláció és a sorkatonai szolgálat elsődleges motivációinak alapos vizsgálata érdekében 2 X 15 fős, sorozáson résztvevő fiatalok csoportján ún. fókuszcsoporthoz eljárást alkalmaztunk.

A végleges tesztbatteriót 1.257 fős sorkatonai mintán teszteltük. A minták kiválasztásakor ügyeltünk arra, hogy a felmérésbe bevont fiatalok korban, iskolai végzettségben és

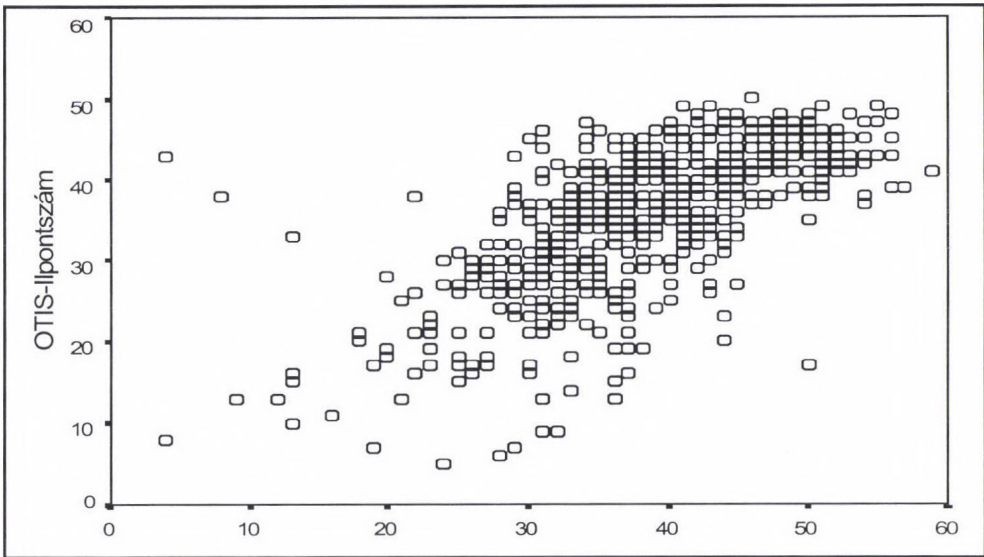
lakóhelyben reprezentálják a bevonuló fiatalok teljes mintáját. Az általános iskolai végzettségűek aránya 32%, a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 49%, míg a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 19% volt.

Főbb eredményeink

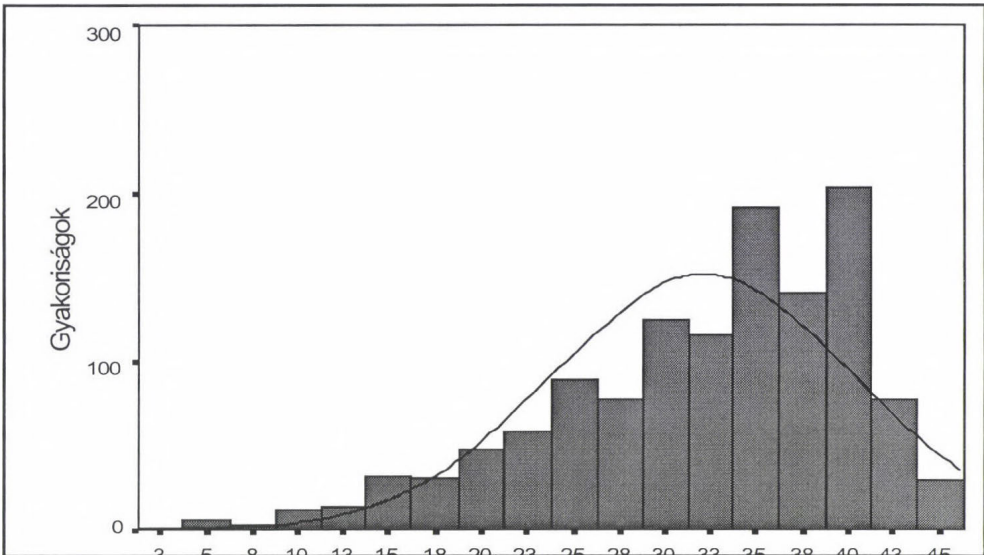
Az OTIS-II intelligencia kérdőív és a *Raven*-féle Progresszív Matrikák között szoros együttjárást találtunk ($r = 0,69^{**}$). Az eredmény interpretálásához fontos figyelembe vennünk, hogy a két intelligencia kérdőív „támadáspontja” eltérő, hiszen az OTIS-II főként verbális intelligenciát mér, ezzel szemben a Progresszív Matrikák a nem-verbális intelligencia felmérését célozza. Érdeemes megjegyeznünk, hogy az intelligencia egyik igen jó mutatójának tartott legmagasabb iskolai végzettség a felmérésünkben szereplő mintán szorosabb együttjárást mutatott az OTIS-II.-vel ($r = 0,61^{**}$), mint a *Raven*-féle IQ teszttel ($r = 0,48^{**}$). Az 1. ábrán a két mérőeszköz együttjárását szemléltető diagram látható.

Az OTIS-II intelligencia kérdőívet alkotó tételek belső konzisztenciáját becslő mutató magas értéke (*Cronbach-alfa*: 0,91) a kérdőív megbízhatóságát támasztja alá. A mérőeszköz tételenkénti vizsgálata az egyes kérdések alkalmazhatóságát és megbízhatóságát bizonyította.

A két vizsgálati minta összesített eredményei alapján, több mint 2.000 fő válaszainak figyelembe vételével alakítottuk ki a sorozási alkalmassági vizsgálatokhoz szükséges standar-



1. ábra: Az OTIS-II és a Raven-féle Progresszív Mátrixok pontszámainak együttjárása



2. ábra: Az OTIS-II összpontszámok eloszlása

dokat és pontszám övezeteket (6 kategória). Az övezetek kialakításánál a Raven-féle progresszív Mátrixokkal kapott eredményeket és az összpontszámok eloszlásait vettük alapul (2. ábra és I. táblázat).

A *Bregelmann*-féle személyiség-kérdőív rövidített skáláinak megbízhatóságát kifejező *Cronbach*-alfa mutató mértéke a rigiditás kivételével kiválónak mondható (0,7 és 0,8 közötti, a rigiditásé: 0,56). Az elosz-

Kategória	Övezet	Alsó határ	Felső határ	%
I.	70 alatti IQ	0	16	5,4
II.	71 és 80 közötti IQ	17	23	10,9
III.	81 és 90 közötti IQ	24	30	20,0
IV.	91 és 110 közötti IQ	31	37	33,2
V.	111 és 120 közötti IQ	38	42	25,1
VI.	121 és 130 közötti IQ	43	46	5,4

I. táblázat: Az OTIS-II pontszámainak alapján képzett intelligencia-övezetek százalékos megoszlása

A skálák és övezeteik	Az övezetek jelentései	Százalékos gyakoriságok
<i>Extroverzió</i>		
5 pont alatt	introverzió	24,2
5-12 pont	átlagos övezet	66,6
12 pont felett	extroverzió	19,2
<i>Neuroticizmus</i>		
3 pont alatt	érzelmileg stabil	23,5
3-10 pont	átlagos övezet	51,8
10 pont felett	érzelmileg instabil	24,7
<i>Rigiditás</i>		
6 pont alatt	plasztikus	4,7 !
6-13 átlagos	átlagos övezet	80,9
13 pont felett	rigid	14,4
<i>Szimuláció</i>		
0-11 pont	átlagos övezet	98,6
11 pont felett	a katonai alkalmatlanságra való törekvés	1,4 !

II. táblázat: A Brengelmann-féle Személyiségkérdőív pontszám-övezeteinek százalékos megoszlása és ezek jelentése

lásokat figyelembe véve az extroverzió, a neuroticizmus és a rigiditás esetében 3, míg a szimulációra való törekvés esetében 2 övezetet különböztettünk meg (II. táblázat).

A Pálcika-ember fél-projektív mérőeszköz mindezidáig nem volt ilyen nagy elemszámú mintán tesztelve. Fontosnak tartjuk, hogy a mérőeszköz fél-projektív jellege miatt igen

hasznos támpontokat nyújthat olyan problémák feltárásánál, melyek esetében a sorkatonai szolgálatra való alkalmatlanságra való törekvés jelentős mértékben torzíthat. Mindezek mellett fontos megjegyeznünk, hogy a mérőeszköz használata – csakúgy, mint a többi projektív teszt – igen gondos értékelést és körültekintést igényel. A fél-projektív megközelítés jól kiegészíti a többi önjellemző skálát és az interjút. A skálák megbízhatósága és validitása jó: pl. Öndestrukció Skála és az Élettörténeti mutatók öngyilkossági mutatójának együttjárása $r = 0,62^{**}$.

Tapasztalataink összefoglalása

Az előzetes eredményeink alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a sorkötelesek igen eltérő motivációi és általános személyiségjellemzői rendkívüli mértékben befolyásolhatják az alkalmassági vizsgálat során felhasznált mérőeszköz eredményeinek megbízhatóságát és interpretálhatóságát.

A fókuszcsoportos beszélgetések eredményei megerősítették, hogy a sorkötelesek közül sokan motiváltak a katonai szolgálatra és a legtöbbször különböző pszichiátriai megbetegedések szimulálásával próbálják elérni azt, hogy ne kapjanak szolgálatra alkalmas minősítést. A fókuszcsoportok tapasztalatai alapján az általános mentális képességeket vizsgáló OTIS-II kérdőívvel kapott eredmények megbízhatóak, ezen a területen a torzítás mértéke alacsony, ezzel szemben az Élettörténeti mutatók és a Brengelmann-féle személyiség-kérdőív skáláinak torzítása fokozott. Mindezek alapján hasznos

mérőeszköznek tekinthető az érzelmek és a társas kapcsolatok mérésére kidolgozott fél-projektív eljárás, ami a tudatos torzítást jelentősen csökkentheti.

A különböző mintákon szerzett pszichometriai mutatók a mérőeszközök megbízhatóságát és érvényességét támasztják alá. A kidolgozásra kerülő tesztbatteria a személyiségműködés tágabb megközelítését teszi lehetővé (intelligencia, élettörténet, személyiségvonások, tudattalan mechanizmusok), ami a sorozás során alkalmazott személyes interjúval kiegészítve a sorkatonai szolgálatra való pszichés alkalmasság megbízható mérőmódszerének tekinthető. Úgy gondoljuk, hogy a bemutatásra kerülő egyszerű papír-ceruza tesztek eredményei, kiegészítve az exploráció során nyert információkkal, megfelelő alapot nyújtanak a pszichológus számára a sorkatonai alkalmasság eldöntéséhez.

IRODALOM

- [1] Munkalélektani Koordináló Tanács Módszertani Sorozata, (1985). Az OTIS tesztkönyve
- [2] Otis, A. S.: Otis Group Intelligence Scale. Buros, O.K. (Ed.): The sixth mental measurements yearbook. 1965, Highland Park, NJ: Gryphon Press.
- [3] Fekete, M., Fekete, I., Szilágyi, Zs., Rózsa, S.: Az OTIS-II. Mentális Képesség-teszt hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok a sorkötelesek szűrésében. XV. Országos Pszichológiai Nagygyűlés, Szeged, 2002, Előadás. 2002. május 30 – június 2. Előadás-kivonatok. 54. o.

Maj. Melinda Fekete

Psychometric properties of the new Hungarian testbattery for recruitment

We are presenting the main steps of developing a new instrument for recruitment. The psychometric properties (i. e.: reliability, validity and norms) of the new Hungarian testbattery was examined in almost 2.500 subjects.

The testbattery consist of the follow-

ing four instruments: OTIS-II, Major Life Events, Brengelman Personality Inventory, and Semi-rojective Test. Our results have shown a good reliability and validity of the new testbattery. The new testbattery completed with the personal interview try to explore the individual functioning in a broad sense, which seems to be a good and reliable instrument to explore the eligilibity for enlisted man.

*Fekete Melinda őrgy.
1555 Budapest, Pf. 68.*

Bűnözők konfliktus helyzetekben

A Társas Orientációk mögötti burkolt személyiségelméletek

Budavári-Takács Ildikó százados

Kulcsszavak: bűnözés, Társas Orientációk, „Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”, burkolt személyiségelméletek, Big Five

A bűnözés mindennapi életünk egyik legfontosabb problémája, mind társadalmi, mind egyéni szinten. A bűnözést definiálhatjuk konfliktus megoldási módként is.

Hogyan látják a bűnözők a másik személyt kétszemélyes konfliktus szituációban? Van-e különbség helyzetek között, amelyekben a nyereség eloszlása különböző? Hogyan látják a bűnözők áldozataikat? Hogyan látják azokat, akikkel szemben ők viselkednek áldozatként, ill. hogyan látják a másikat, amikor nincs vesztes?

Ezekre a kérdésekre próbáltunk választ találni a Társas Orientációs helyzetek segítségével. Mélyinterjúkkal tártuk fel azokat a tulajdonságokat, amelyek a különböző kétszemélyes konfliktusos helyzetekben jellemzik a másikat, majd kérdőíves vizsgálatokat végeztünk, amit statisztikailag (SPSS) feldolgoztunk.

Az eredmények azt mutatják, hogy a másiktól alkotott képekben a tulajdonságok a Big Five szerinti skálákba rendeződnek, ill. a különböző Társas Orientációs helyzetekben a másiktól alkotott képekben szignifikáns különbségek vannak. A másiktól alkotott kép nem függ össze a bűncselekmények típusával, azonban néhány szocializációs ill. szociális háttértényezővel igen.

Összefoglalva: a bűnözők eltérő képet alkotnak azokról, akikkel szemben „Mártírként”, „Hős”-ként, „Vezető”-ként vagy „Kizsákmányoló”-ként viselkednek.

Bevezetés

A mindennapi életben számos kétszemélyes konfliktusos szituációban veszünk részt, amelyekben mindkét fél java egyszerre múlik azon, hogy mit tesz az egyik, és mit tesz a másik személy, vagyis kölcsönösen függenek egymástól. Ilyen konfliktusok tanul-

mányozására, modellezésére a pszichológiában évtizedek óta alkalmazták a játékelméletet. Az elmélet feltételezi, hogy a helyzetben szereplő emberek racionálisan gondolkodnak, vagyis arra törekszenek, hogy érdekeiket maximálisan érvényesítsék. Ez a gondolkodásmód, vagyis a

homo economicus képe mélyen gyökerezik a nyugati kultúra emberében [11].

Hogyan működnek az emberek a kétszemélyes konfliktusszituációban? Erre ad választ a Társas Orientáció. A Társas Orientáció az egyén törekvései a kétszemélyes helyzetben, ami lehet individualizmus, altruizmus, együttműködés, versengés, agresszió, mazochizmus, mártíromság, stb. A Társas Orientációkat egységes keretbe lehet illeszteni a Rapoport-i játékelméleti megközelítés segítségével. E szerint az egyén viselkedhet a másikkal szemben „Mártírként”, „Hősként”, „Vezetőként” ill. „Kizsákmányolóként” [19].

A bűnözők viselkedésében tipikusan fellelhető a „Kizsákmányoló” Társas Orientáció, vagyis az a törekvés, hogy a saját egyéni hasznuk maximalizálását célozzák meg, a másik vesztesége árán. A „bűnöző” azonban nem pszichológiai, hanem jogi fogalom, vagyis az embereket nemcsak az az egy Társas Orientáció jellemez, hiszen gyermekükkel viselkedhetnek „Mártírként”, szerelmükkel „Hősként”, barátjukkal „Vezetőként”.

Vajon mi dönti el, hogy kivel szemben milyen Társas Orientációt használunk? Feltételezésünk szerint az egyik ilyen tényező az, hogy milyen tulajdonságokat tulajdonítunk a konfliktusszituációban szereplő másinak, vagyis milyen burkolt személyiségelméleteket gyártunk. A pszichológiai folyamat a következő: észleljük a konfliktust, az érdekütközést, majd alkotunk egy szubjektív véleményt, egy feltevés rendszert, burkolt szemé-

lyiségelméletet a konfliktusszituációban szereplő másiról, és ez alapján eldöntjük, mely Társas Orientációt használjuk vele szemben. Ehhez a „benyomáshoz”, szubjektív tudáshoz még a másik személy jelenléte sem szükséges, elég, ha tudjuk: konfliktusban vagyunk vele, ez alapján feltételezzük, elképzeljük, hogy milyen lehet, milyen tulajdonságokkal bírhat. Ez a folyamat a burkolt személyiségelmélet alkotás.

Problémafelvetés, célkitűzés

A pszichológia néhány évtizede foglalkozik a kétszemélyes konfliktushelyzetekben megnyilvánuló Társas Orientációval. A Társas Orientáció az egyénnek a helyzetben adódó nyereségre vonatkozó törekvése. Ez lehet a közös haszon maximalizálása vagy minimalizálása, az egyéni haszon maximalizálása vagy minimalizálása ill. a másik nyereségének a maximalizálása vagy minimalizálása. Az egyén viselkedhet Kizsákmányolóként, Mártírként, Vezetőként vagy Hősként.

A bűnözés napjaink egyik legfontosabb problémája, mind társadalmi, mind egyéni szinten. Hogyan látják a bűnözők a másik személyt kétszemélyes konfliktusos szituációban? Van-e különbség a másiról alkotott képekben a helyzetek között, amelyekben a nyereség eloszlása különböző? Hogyan látják a bűnözők áldozataikat? Hogyan látják azokat, akikkel szemben ők viselkednek áldozatként, ill. hogyan látják a másikat, amikor nincs vesztes? Vizsgálatunk ezeknek a kérdéseknek a megválaszolását célozza meg.

A vizsgálat gyakorlati haszna a bűnözői magatartás megnyilvánulásakor (Kizsákmányoló TO) használt látásmódnak a megismerése. Ha ismerjük a burkolt személyiségelméleteket, azokat a tulajdonságokat, amelyek meghatározóvá válnak a „Kizsákmányoló” „Áldozat” választásában, akkor magatartásunkat ennek a tudásnak a felhasználásával módosíthatjuk a rólunk alkotott benyomást, annak reményében, hogy nem válunk áldozattá.

A vizsgálat további haszna a Társas Orientációnak mint pszichológiai fogalomnak a pontosítása. Igyekszünk rávilágítani a Társas Orientációk mögötti interperszonális beállítódásokra, burkolt személyiségelméletekre, ill. különböző háttérváltozókkal való összefüggéseit próbáljunk meg feltárni.

Elsődleges célkitűzésünk módszertani jellegű: Egy olyan kérdőív létrehozása, amellyel fel lehet térképezni a Társas Orientációk mögötti interperszonális beállítódásokat, vagy ha úgy tetszik, burkolt személyiségelméleteket. A kérdőív a négy Társas Orientációs helyzetet tartalmazza, amelyekben a helyzetben adódó interperszonális beállítódást a „másikra” vonatkozó tulajdonságlisták jelentik, amely tulajdonságlisták a Big Five szerinti skálák szerint rendeződnek.

Másodlagos célkitűzés: a létrehozott kérdőívvel a burkolt személyiségelméletek feltárása az egyes TO használata mögött, ill. ezen interperszonális beállítódások közti különbségek megfogalmazása.

Elméleti háttér

3.1. Játékelmélet és Társas Orientáció

A Társas Orientáció (Grzelak, 1994, Mérő, 1996) jól érthető a Rapoport nevéhez fűződő játékelméleti megközelítés segítségével. A 2x2-es játék-helyzet olyan szituáció, amelyben két személy vesz részt és mindkét személynek egyforma lehetősége van arra, hogy két adott stratégia közül bármelyiket preferálja, amikor egy helyzetben – amely különböző mértékű konfliktust tartalmaz – szándékának megfelelően választhat. A játékok nyereség-veszteség mátrixa mutatja a felek választásainak összes lehetséges kombinációjából származó nyereségeket és veszteségeket. A nyereségek és veszteségek lehetnek ordinálisak vagy nominálisak. A Rapoport-i játék-helyzetekben a nyereségek-veszteségek ordinálisak.

A Rapoport által pszichológiailag releváns játékhelyzetek („Mártír” „Hős” „Vezető” „Kizsákmányoló”) jellemzői: szimmetrikusak: ha a partnerek egyformán viselkednek, akkor a következmények is egyformák; a konfliktusok kevert motiváltságúak: a játékban szereplők egyszerre törekedhetnek együttműködésre vagy egyoldalú nyereségre is, a partner viselkedésétől függően vagy függetlenül; nem zéró összegűek: az egyik fél nyeresége nem jelenti a másik fél ugyanolyan nagyságrendű veszteségét. (A „játékok” lehetnek „zéró összegűek”, amikor az egyik fél nyeresége a másik fél veszteségével jár együtt, és „nem zéró összegűek”, amikor a két fél nemcsak egymástól, hanem egymással együttműködve,

valamilyen külső forrásból is nyerhet.) Konfliktus abból származik, hogy az adott helyzetben választható alternatívák két közel egyenrangú motivációt hoznak működésbe: az individuális racionalitást (a saját nyereség maximalizálására való törekvés, még a másik kárára is) és a közös haszon elérését irányzó racionális törekvést. A matematikailag leirt konfliktusok dilemmát rejtenek magukban: együttműködni, vagy versenyezni, változtatni vagy nem mozdulni, kockáztatni, vagy óvatosnak lenni, egyéni haszon maximalizálására törekedni, vagy a legnagyobb közös haszonért áldozni. Ezek a dilemmák hordozzák ezeknek a játékhelyzeteknek a pszichológiai jelentőségét (I. táblázat)

X és Y a játékban szereplő emberek, A és B a választható „stratégiák”, a cellákban szereplő számok pedig a

A játékhelyzetek mátrixai:			
	Mártír	X	B
Y	A	2,2	4,1
	B	1,4	3,3
Y	Hős	X	B
	A	2,2	4,3
Y	B	3,4	1,1
	Vezető	X	B
Y	A	2,2	3,4
	B	4,3	1,1
Y	Kizsákmányoló	X	B
	A	3,3	2,4
	B	4,2	1,1

I. táblázat

két ember döntései nyomán keletkező nyereség ill. veszteség. A mátrixok bal felső sarkában a játékok ún. „Természetes Kimenetele” található, vagyis az a helyzet, amikor mindkét játékos olyan döntést hoz, amelyben elkerülni igyekszik az őt érhető legnagyobb veszteséget. A mátrixok többi cellájában a „Természetes Kimeneteltől” való eltérések találhatók, amelyek következményeiről kapták nevüket az egyes játékok, ill. a Társas Orientációk. Pl. a Mártír játékhelyzetben X-nek és Y-nak két alternatíva között kell választania (A és B). Ha az A-t választják, akkor a Természetes Kimenetel mellett döntenek, amellyel igyekezzenek elkerülni az őket érhető legnagyobb veszteséget. A másik fél döntésétől függetlenül elérik, hogy ne a legnagyobbat veszítsék. Ha a másik eltér, nagyobbat nyerhetnek. Amennyiben a Természetes Kimenettől való eltérés mellett döntenek, vagyis a B-t választják, elérhetik a legnagyobb közös hasznot, ha a másik is eltér. Ennél a döntésnél a játékosnak bíznia kell a másikban, hogy az is a B-t választja. Ha a másik ekkor a Természetes Kimenetel mellett dönt, akkor a legnagyobb az egyén vesztesége. Ezért a bizalom játékanak is hívják ezt a játékhelyzetet, vagy más néven „Fogolydilemma helyzet” [6].

A Természetes Kimenettől való eltérésekkel a „Mártír” a másikat jutalmazza, míg önmagát bünteti. A „Hős” önmagát és a másikat is jutalmazza, de a másikat jobban. A „Vezető” önmagát és a másikat is jutalmazza, de önmagát jobban. A „Kizsákmányoló” önmagát jutalmazza, míg a másikat bünteti.

A Társas Orientációkat sorbarendezhetjük az alapján, hogy az egyén mennyire tartja szem előtt a másikat ill. a maga jutalmazását és büntetését. Leginkább a másikat jutalmazását tartja fontosnak a „Mártír”, aki még a saját büntetése árán is erre törekszik. Ez valós, hétköznapi szituációban akkor jelenik meg, pl. amikor az egyén a munkahelyén a főnökének igyekszik minél többet teljesíteni, még akkor is ha ezért nem fizetik meg. A „Hős” már saját maga jutalmazására is törekszik (legalábbis arra, hogy ne járjon rosszul), de neki is még mindig a másikat nagyobb mértékű jutalmazása a fontosabb. Hétköznapi szituációban pl. amikor az egyén a munkahelyen azt tartja szem előtt, hogy mindenki más a legjobban járjon, de azért ő se járjon rosszul. A „Vezető” már jól szeretne járni, még hozzá jobban, mint a másikat, de ő még nem büntet. Munkahelyi szituációban pl. az egyén arra törekszik, hogy mindenki jól járjon, de ő járjon a legjobban. A „Kizsákmányoló” számára csak a saját maga jutalmazása a fontos, még hozzá a másikat büntetése által. Folytatva a munkahelyi példát, ez akkor jelenik meg, amikor az a véleménye az illetőnek, hogy az okos ember a munka könnyebb végét igyekszik megfogni.

3.2. Big Five

A személyiségvonások – faktorok feltárására és mérésére irányuló személyiségpszichológiai kutatások egyik legnépszerűbb megközelítése az ún. „Big Five” vagy ötfaktoros modell [3], amely szerint a személyiség öt alapvető személyiségdimenzi-

ó mentén általánosan leírható és jellemezhető. Több kutató is arra következtetésre jutott, hogy a „Big Five” a személyiségstruktúra legjobb paradigmája.

Ezeket a dimenziókat találták az önjellemzésekben, a természetes nyelvek szótári elemzése során, kérdőíves vizsgálatokkal; gyerekeknél, felnőtteknél, egyetemi hallgatóknál, nőknél és férfiaknál; angol, német, holland és japán és más nemzetiségű mintáknál [13].

A „Big Five”, magyarul az ötfaktoros modell az extravenzió (Extraversion), a neuroticitás (Neuroticism: N), a nyitottság – az élmények, tapasztalatok iránt – (Openness to experience), az együttműködés (Agreeableness) és a lelkiismeretesség (Conscientiousness) dimenziókat foglalja magába.

A „Big Five” elnevezés egy kissé félrevezető, mert az sugallja, hogy csak öt fontos vonást foglal magába, holott bizonyos személyiségvonások mátrixáról van szó. Az öt faktor mérésére kidolgozott egyik legelterjedtebb és legismertebb eszköz a Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R), [3] amely 30 különböző vonást mér az öt fő faktorba szerveződve. A szerzők úgy gondolják, hogy ez a modell segít a vonások azon körét meghatározni, melyeket egy átfogó, személyiségvizsgáló eszköznek mérnie kell, s azok a faktorok, amelyek a vonásokból tevődnek össze a személyiség alapdimenzióit alkotják [3].

3.3. A probléma kapcsolódása az eddigi kutatásokhoz

A Társas Orientációval foglalkozó kutatások egy része azzal foglalkozik, hogy milyen tényezők befolyásolják a kétszemélyes konfliktusok kimenetét. A kutatások a szituatív meghatározókkal, a stratégiai elvekkel, különböző háttérváltozókkal ill. a „másik” játékossal foglalkoznak. A szituatív változók: a konfliktus prezentálása, a kommunikáció, az instrukció, és a jutalom természete. A „másik” játékossal összefüggő változók: a „másik” játékos stratégiája, státusza, a konfliktusban szereplők interperszonális viszonya, és a „másik” személyiségjellemzői[12].

A Társas Orientációs kutatásokban nem esik szó a társas érintkezésekben, így a konfliktusokban is megnyilvánuló burkolt személyiségelméletekről, vagyis arról, hogy hogyan befolyásolja stratégiaválasztásunkat ill. viselkedésünket az a kép, amely a másiktól bennünk van.

A Rapoport-i játékelméleti megközelítés pszichológiailag releváns játék-helyzeteiben („Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”) a stratégia megválasztása attól is függ, hogy milyen képet alkotunk a „másiktól”. Ez a kép befolyásolja azt, hogy hogyan döntünk. Gondolkodhatunk úgy a másiktól, hogy az egy balek, vagy hogy egy esendő ember, akin segíteni kell, vagy hogy jobb nem ujjat húzni vele. Bárhogy is gondolkodunk róla, a kép, amelyet alkotunk, a mi burkolt személyiségelméletünk, mely segíti eldönteni viselkedésünket a másikkal szemben.

A személyészlelés aktív, konstruktív folyamat, amelyben az észlelő tudása

és korábbi tapasztalatai néha fontosabb szerepet játszanak, mint az észlelt ember tényleges tulajdonságai. A burkolt személyiségelmélet a felhalmozott hipotéziseink és elvárásaink összege arról, hogy hogyan szerveződnek az emberi tulajdonságok és jellemvonások [14].

George Kelly [16] volt az első pszichológus, aki a burkolt személyiségelméleteket vizsgálta. Ő szereprepertoár tesztet fejlesztett ki, hogy az emberek konstruktum-rendszerét feltárja és mérje. A tesztben arra kéri az alanyokat, hogy írják le, miben hasonlít egymásra két általuk jól ismert személy és azt, hogy ők miben különböznek egy harmadik személytől. Egy sor ilyen kérdést alkalmaznak a konstruktumok feltárására, amelyeket az egyén a számára jelentős más emberek megkülönböztetésére használ.

A burkolt személyiségelméletek nagy hasonlóságot mutatnak, és leírhatók a „Big five”-al. Norman [18] megvizsgálta sok ember egymásról, 20 tulajdonságra adott értékelését, közülük egyesek jól ismerték egymást, míg mások csak felszínesen. Az eredmény az volt, hogy keveset számít a két ember kapcsolata, valamennyi ítélet esetén nagyjából ugyanazokkal a tulajdonságokkal írták le a másikat. Egy későbbi vizsgálatban tökéletesen idegen emberekről adott ítéletek ugyan azt a struktúrát mutatták, mint a korábbi vizsgálatban. Az ítéletek függetlenek voltak attól, hogy az egyének mennyire ismerik a célszemélyt, Normann megítélési dimenziói az észlelőkben rejtőznek, és

az észlelők alapvető, közös személyiségelméletére utalnak. A *Normann* által talált dimenziók olyan tulajdonságokkal írhatók le, mint a szeretetreméltóság, extroverzió, lelkiismeretesség, és érzelmi stabilitás. A *Normann* által talált személyiségvonások lényegében megegyeznek a személyiséglélektani kutatások során felfedezett „Big five”-al, csupán egy tulajdonság, az intellektuális nyitottság az, ami még ötödikként csatlakozik az előbbiekhöz.

Jelen kutatásunkban *Kelly*hez hasonlóan egy szerep-repertoárral szembeesítettük a vizsgált személyeinket, de míg ő a vizsgált személy életének fontos szereplőit értékeltette külön-

böző tulajdonságok mentén, addig a jelen vizsgálatban a vizsgált személy különböző „szerepeiben” („Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”) értékeli másokat, azt akivel két-személyes konfliktushelyzetben van. A szerep repertoárt a Társas Orientációk adják: „Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”. A szerepek mint nyereségmegosztásra irányuló viselkedések vannak megfogalmazva, a vizsgált személynek pedig a helyzetben szereplő másikat kell jellemeznie, ill. valamifajta benyomást kialakítania. A jellemzést, a benyomás kialakítását egy tulajdonságlista segíti. A tulajdonságokat értékelni kell a szerint, mennyire jellemzőek a helyzetben szereplő másokra.

	Mártír helyzet	Hős helyzet	Vezető helyzet	Kizsákmányoló helyzet
Lelki-ismeretesség Skála	Megbízható Becsületes Őszinte Rendezett Megbízható Lelkiismeretes	Megbízható Becsületes Őszinte Rendezett Megbízható	Megbízható Becsületes Őszinte Rendezett Megbízható	Megbízható Becsületes Őszinte Rendezett Megbízható
Együtműködés Skála	Barátságos Közeli Szeretetreméltó Jó	Barátságos Közeli Szeretetreméltó Jó	Barátságos Közeli Szeretetreméltó Jó	Barátságos Közeli Szeretetreméltó Jó
Nyitottság Skála	Okos Vidám Fantáziadús Találékony	Okos Vidám Fantáziadús Találékony Sokoldalú	Okos Vidám Fantáziadús Találékony Sokoldalú	Okos Vidám Fantáziadús Találékony Sokoldalú
Neuroticitás Skála	Szorongó Félnk Bátortalan Szomorú Beteg Magányos	Szorongó Félnk Bátortalan Szomorú Beteg Magányos	Félnk Bátortalan Szomorú Beteg Magányos	Szorongó Félnk Bátortalan Szomorú Beteg Magányos

II. táblázat

Ezzel a módszerrel megismerjük a személy véleményét a kétszemélyes konfliktushelyzetben szereplő másiktól. Nem egy valóságos benyomást, hanem egy a fejében lévő reprezentációt arról, hogy különböző Társas Orientációt („Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”) milyen tulajdonságú emberekkel szemben használ. Vagyis megkapjuk azokat a burkolt személyiségelméleteket, amelyeket a különböző Társas Orientációkban használunk.

A bűnöző mintán végzett vizsgálat különlegességét az adja, hogy a „Kizsákmányoló” Társas Orientációban használt burkolt személyiségelmélet tulajdonképpen az áldozat kiválasztásának a módozatát is adja. Vagyis megtudhatjuk, hogy milyen tulajdonságokat tulajdonít egy bűnöző az áldozatának. Mik azok a vélt tulajdonságok, amelyek alapján úgy dönt, hogy kizsákmányolja a másikat.

4. Módszerek

4.1. Hipotézisek a módszerről

A burkolt személyiségelméletek kutatása Kelly módszerétől eljutott a kérdőíves, átfogó személyiségdimenziókat feltáró módszerekig.

A saját módszerünk kérdőíves módszer, amelyben egy szerep-repertoárral szembesítjük a vizsgált személyeinket. A szerep-repertoárt a Társas Orientációk adják: „Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”. A szerepek mint nyereségmegosztásra irányuló viselkedések vannak megfogalmazva, a vizsgált személynek pedig a helyzetben szereplő másikat

kell jellemeznie, ill. valamifajta benyomást kialakítania. A jellemzést, a benyomás kialakítását egy tulajdonságlista segíti. A tulajdonságokat egy tizenhét fokú skálán értékelni kell a szerint, mennyire jellemzőek ill. nem jellemzőek a helyzetben szereplő másokra.

A saját módszerünkről feltételezem, hogy a kérdőívben szereplő négy Társas Orientációs helyzetben a felállított tulajdonságlisták a Big Five szerinti személyiségdimenziókba rendeződnek. Vagyis a kérdőív az extraverzió, a neuroticitás, a nyitottság, az együttműködés és a lelkiismeretesség dimenziókat foglalja magába, ezeket mint skálákat méri, egy-egy skálaértékkel [2]. Az egyes Társas Orientációkban ezek a burkolt személyiségelméleti skálaértékek különbözőek, ill. egyénenként is jellemzőek lesznek.

A négy Társas Orientációs helyzetben a Big Five skálák egymástól függetlenek (magas strukturális konzisztencia) és megbízhatóan (magas Cronbach-alfa) mérhetőek.

4.2. A módszer kidolgozása

4.2.1. Tulajdonságlista létrehozása

Mélyinterjúk [4] segítségével igyekeztem feltárni azokat a tulajdonságokat, amelyek a különböző kétszemélyes konfliktusos helyzetekben a másikat jellemzik.

Ezt 50 fogvatartottal végeztem el. Az interjúk hossza 30-30 perc volt. Megpróbáltam válaszokat kapni arra, hogy a különböző kétszemélyes konfliktus helyzetekben, ahol más-

más a nyereségeloszlás (vagyis amikor vesztes, nyertes, ill. különböző mértékben nyertes) milyennek

1. szomorú
2. bánatos
3. kicsi
4. gyenge
5. megalkuvó
6. buta
7. féltős
8. gyenge akaratú
9. nemtörődöm
10. befolyásolható
11. naív
12. vékony
13. iszákos
14. elvált
15. beképzelt
16. embertelen
17. nagyképu
18. idegesítő
19. bajkeverő
20. hálátlan
21. goromba
22. megalázkodó
23. tutyi-mutyi
24. bártortalan
25. nem érdeklődő
26. hiszékeny
27. meggondolatlan
28. tékozló
29. haragos
30. idegen
31. rossz
32. ellenség

III. táblázat: *A kizskmányoló TO. tulajdonságlistája*

Milyen tulajdonságai vannak annak az embernek, akivel szemben úgy viselkedik, hogy ő rosszul járjon, ön pedig jól járjon?

képzeli el a másikat, aki a helyzetben szerepel. Milyen tulajdonsággal jellemzi, esetleg eszébe jut-e valamilyen konkrét kép erről? Kértem, hogy legalább öt-öt tulajdonsággal jellemezzék a helyzetben szereplő másikat.

Az interjúk felszínre hozták a két-személyes konfliktushelyzetben szereplő másiknak tulajdonított jellemzőket. Összesen ötvenszer húsz tulajdonság jött felszínre, amelyek között igen nagy volt a tartalmi átfedés ill. az ismétlés (III. táblázat).

4.2.2. Végleges kérdőív

A végleges kérdőívben szereplő tulajdonságlistában azok a tulajdonságok szerepelnek, amelyek a leggyakoribbak voltak.

A mélyinterjúk [4] során összegyűjtött tulajdonságokat egy listába szedtem össze, attól függetlenül, hogy azt melyik Társas Orientációs helyzetben említették. Erre azért volt szükség, mert igen nagy volt az átfedés, ismétlés, és az összehasonlításokat is csak egységes listákkal lehet majd elvégezni. A tartalmilag ugyanazt jelentő jellemzőket egy-egy jellemzőként kezeltem (pl. okos, jó eszű, éles eszű). Felállítottam egy gyakorisági sorrendet és azok a tulajdonságok maradtak a listán, amelyek legalább tízszer szerepeltek. Így huszonhat tulajdonság maradt (IV. táblázat).

Ezután véletlenszerűen összekevertem a tulajdonságokat, megfogalmaztam a négy Társas Orientációs helyzetet, majd mindegyik helyzet-

	Lelkiismeretesség	Együttműködés	Neuroticitás	Nyitottság
Lelkiismeretesség		-0,358 ***	1,803 ***	NSZ.
Együttműködés	0,358 ***		2,162 ***	0,402 ***
Neuroticitás	-1,803 ***	-2,162 ***		1,760 ***
Nyitottság	NSZ.	-0,402 ***	1,760 ***	

***: $p < 0,01$ **: $p < 0,05$ *: $p < 0,1$ NSZ.: nem szignifikáns

VI. táblázat:

A tulajdonságokátlagai közti különbségek (GLM: General Linear Modell)

hez megszerkesztettem a tulajdon-ságlistát.

A kérdőívet kiegészítettem még néhány szocializációs, szociológiai, büntetés végrehajtási ill. szociálpszichológiai háttértényezőre vonatkozó kérdéssel [15].

5. A vizsgálat menete

Vizsgálati személyek: A Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön önként jelentkező elíteltjei: 200 férfi.

A kérdőív felvételi módja: 20 fős csoportokban történt.

A kérdőív itemszáma: 104.

A szükséges idő: 35 perc

Vizsgálat helye: a büntetésvégrehajtási intézmény kulturális célokra kialakított tanterme.

A vizsgálatvezetőn kívül jelenlévő személyek: egy ügyeletes nevelőtiszt.

Elhelyezés: a v.sz-ek a padsorokban; a nevelőtiszt oldalt, a padsorokra nézve merőlegesen, egy széken ült, a v.v. a v.sz-el szemben állt.

A vizsgálat menete: kiosztottam a kérdőíveket, és a kérdőív instrukcióját hangosan felolvastam. Akiknek kér-

désük volt a kitöltéssel kapcsolatban, azok feltehettek kérdéseiket. Ezeket röviden megbeszéltük, tisztáztuk. A kérdőív kitöltése önállóan történt.

Adatfeldolgozás: Az adatok statisztikai feldolgozása SPSS program segítségével történt.

6. Hipotézisek

6.1. Burkolt személyiségmérételek

Mivel az ítéletek függetlenek attól, hogy van-e valóságos célszemély a kétszemélyes konfliktusos helyzetben, a várható megítélési dimenziók burkoltan az „észlelőben” rejtőznek, vagyis a vizsgált személyek burkolt személyiségmérételeket gyártanak.

A burkolt személyiségmérételek megjelennek a vizsgálatban, méghozzá Norman vizsgálatához hasonlóan egységes személyiségdimenziókat alkotnak. Ezek az egységes személyiségdimenziók várhatóan a Big Five kategóriái: az extraverzió, a neuroticitás, a nyitottság, az együttműködés és a lelkiismeretesség.

A különböző Társas Orientációs helyzetekben ugyanazok a dimenzió

	Mártír helyzet	Hős helyzet	Vezető helyzet	Kizsákmányoló helyzet
Lelki- ismeretesség	2,56	1,60	1,83	2,33
Együtt- működés	2,02	1,27	1,58	2,00
Neuroticitás	3,97	4,15	3,50	3,90
Nyitottság	1,72	1,69	2,15	2,92

VII. táblázat:

Különböző társas orientációkban a másik megítélése a különböző tulajdonságok mentén, azok átlagainak különbségei (GLM: General Linear Modell)

várhatók, vagyis a burkolt személyiségelméletek ugyan azt a struktúrát mutatják mind a négy helyzetben.

A burkolt személyiségelméleti kutatások kimutatták már, hogy személyiségelméleteinkben egyetemesen jelen lévő dimenziók vannak, bár ezeknek a dimenzióknak a fontossága változhat [7].

6.2. Burkolt személyiségelméletek és a Társas Orientációs helyzetek

A kutatások kimutatták már, hogy burkolt személyiségelméleteinkben egyetemesen jelen lévő dimenziók vannak, bár ezeknek a dimenzióknak a fontossága különböző kultúrákban más és más [7]. Például a kínai kultúrában a lelkiismeretesség hangsúlyozottan fontos volt, míg az ausztrál kultúrában az extroverzió emelkedett ki.

A személyeket aszerint ítéljük meg, hogy jutalmaznak vagy büntetnek minket, ill. hogy hasznunk vagy kárunk származik belőlük [5].

Feltételezésünk szerint ennek fordítottja is igaz: a személyeket aszerint

is megítéljük, hogy jutalmazzuk vagy büntetjük őket, ill. hogy hasznunk vagy kárunk származik belőlünk.

Jelen kutatásunkban feltételezzük, hogy minél inkább az egyéni haszon maximalizálására törekszik valaki, a másik nyereségének a csökkenése ill. megszűnése mellett („Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”), a másikat egyre lelkiismeretesebbnek, együttműködőbbnek látja. Ugyanis ezekkel a tulajdonságokkal lehet leginkább visszaélni, ill. a „nagylelkű” másikat is inkább ezekkel a társadalmilag pozitívnak tartott tulajdonságokkal lehet jellemezni.

Az intellektuális nyitottsággal valószínűleg kevésbé fogják jellemezni azokat, akikkel szemben a nyereség növelésére törekszenek, vagyis ez kevésbé lesz jellemző a másokra a „Vezető” ill. a „Kizsákmányoló” helyzetben.

6.3. Burkolt személyiségelméletek összefüggései a bűncselekmény típusával

Feltételezem, hogy a burkolt személyiségelméletek alkotása összefügg a

személy bűnözői magatartásával, vagyis a bűncselekmény típusával. Nem erőszakos bűnelkövetőknél várható, hogy a másikat kevésbé tartják intellektuálisan nyitottnak, mint az erőszakos bűnelkövetők.

7. Eredmények

7.1. Nyers adatok

A 200 v. sz. közül 150 adott értékelhető kérdőívet. Értékelhetetlennek minősültek azok a kérdőívek, amelyek egyáltalán nem voltak kitöltve, és amelyek láthatóan félbehagyottak voltak (pl. csak az első tizenöt állításig jutott el).

7.2. A vizsgáló módszer (kérdőív)

A kérdőívben szereplő négy Társas Orientációs helyzetben a felállított tulajdonságlisták a Big Five szerinti személyiségdimenziók közül a következőkbe rendeződnek: neuroticitás, nyitottság, együttműködés, lelkiismeretesség. A személyiségdimenziók korrelálnak a más-más orientációban lévő ugyanolyan személyiségdimenziókkal, vagyis ugyanazt mérik (IX.

táblázat).

A kérdőív a neuroticitás, a nyitottság, az együttműködés és a lelkiismeretesség dimenziókat, mint skálákat méri, egy-egy skálaértékkel. A négy Társas Orientációs helyzetben négy-négy skála alakult ki, összesen tizenhat skála, amelyek a következő tulajdonságokat tartalmazzák (II. táblázat).

A faktorok a kérdőív 17 fokú skáláinak adataiból rajzolódtak ki (IV. táblázat), azonban a szélsőséges válaszadások miatt (a mérőeszköz két végét használták a válaszadók) a skálát dichotomizáltuk a megbízhatóbb kezelés miatt. Az összes ezután következő statisztikai feldolgozás a dichotomizált adatokkal történt.

A négy Társas Orientációs helyzetben a skálák megbízhatóan mérnek. A skálák megbízhatóságának ellenőrzésére a skálák Cronbach α -t vizsgáltam [21]. A 4X4 skálából 14 skála Cronbach α -ja 0,70 felett van, vagyis megbízhatóan mérnek. A skálák tehát jónak mondhatók (VIII. táblázat).

	Átlag	Szórás	Cronbach α
Kizsákmányoló helyzet Lelkiismeretesség	2,32	1,90	0,8213
Kizsákmányoló helyzet Együttműködés	2,00	1,47	0,7358
Kizsákmányoló helyzet Neuroticitás	3,90	1,88	0,7403
Kizsákmányoló helyzet Nyitottság	2,92	1,69	0,7180

VIII. táblázat:

Big five skálák átlagai, szórásuk és belső konzisztenciájuk (Cronbach α értékek)

7.3. *Burkolt személyiségelméletek*

A burkolt személyiségelméletek megjelennek az elképzelt kétszemélyes konfliktusos helyzetekben. A burkolt személyiségelméletek lényegében ugyan azt a struktúrát mutatják mind a négy Társas Orientációs helyzetekben (VIII. IX. táblázat).

A meghozott ítéletek a másik tulajdonságairól függetlenek attól, hogy van-e valóságos célszemély a kétszemélyes konfliktusos helyzetben, vagyis a megítélési dimenziók burkoltan az „észlelőben” rejtőznek, a vizsgált személyek burkolt személyiségelméleteket gyártanak.

A megítélési dimenziók pedig a Big Five előzőekben ismertetett kategóriái: a neuroticitás, a nyitottság, az együttműködés és a lelkiismeretesség. Az extravertió, mely szintén a Big Five része, nem tűnik fontos személyiségjelleg kategóriának, nem jelent meg a vizsgálatban. Ennek oka valószínűleg a börtönhelyzetben keresendő. A

börtön zárt világában irreleváns információ a másik jellemzésében annak kifelé vagy befelé fordulása. Ebben a helyzetben az emberek egyetemesen igyekeznek inkább befelé fordulni, az amúgy is szűk intimitáshatáraikat védeni.

A bűnöző mintán végzett vizsgálat szerint a személyiségészlelésükben a fentebb felsorolt dimenziók azok, amelyek fontossággal bírnak. Van azonban két tulajdonság, amely nem beilleszthető a Big Five kategóriába, viszont jelentősége az implicit személyiségelméletek létrehozásában fontos, ezek a következők: nőies, erőszakos. Mindkét jelzőt rendkívül magasán értékelték a tizenhét fokú skálán, mind a négy kétszemélyes konfliktusos helyzetben. (Pl.: Nőiesség átlagai: Mártír helyzetben: 13,00; Hős helyzetben: 12,74; Vezető helyzetben: 13,78; Kizsákmányoló helyzetben: 14,30 – Egyébként az összes jelző közül a nőiesség kapta a legmagasabb értékeket.) Vagyis a nőiességet és az

	Lelkiismeretesség Mártír helyzet	Lelkiismeretesség Hős helyzet	Lelkiismeretesség Vezető helyzet	Lelkiismeretesség Kizsákmányoló helyzet
Lelekiismeretesség Mártírhelyzet	1,00			
Lelekiismeretesség Hőshelyzet	0,33 ***	1,00		
Lelkiismeretesség Vezetőhelyzet	0,26 ***	0,35 ***	1,00	
Lelkiismeretesség Kizsákmányoló helyzet	0,20 **	0,31 ***	0,43 ***	1,00
***: p < 0,01 **:p < 0,05 *:p < 0,1 NSZ.: nem szignifikáns				

IX. táblázat: A skálás közötti korrelációk

erőszakosságot mind a négy teljesen különböző nyereség megosztási preferenciával jellemezhető helyzetben jellemzőnek találták a másakra nézve, tehát a másiktól való gondolkodásban erőteljesen jelen lévő gondolkodási kategóriáról van szó.

7.4. Burkolt személyiségelméletek és a Társas Orientációs helyzetek

Az egyes Társas Orientációkban a burkolt személyiségelméletek különbözőek, ill. egyénenként is jellemzőek.

A különböző Társas Orientációs helyzetekben a másiktól alkotott képekben szignifikáns különbségek vannak. Megnéztem a különböző helyzetekben az összes tulajdonság átlagai közti különbséget (V. táblázat). E szerint az egyes helyzetek között a legtöbb esetben szignifikáns különbségek vannak. A „Hős” és a „Vezető” helyzetekben nincsenek szignifikáns különbségek, bár ez nem meglepő, hiszen tudjuk, hogy ez a két Társas Orientáció az, amelyik leginkább átfedi egymást [20].

Megnéztem a skálák átlagai közti különbségeket is. Ezek is egy kivételtől eltekintve szignifikáns különbségeket mutatnak (VI. táblázat). Tehát statisztikailag nyilvánvaló, hogy mind a négy kétszemélyes konfliktusos helyzetben, azonos dimenziókban, de lényegi különbségeket téve értékelik a másik személyt a vizsgált személyek.

A Társas Orientáció ismertetésekor felvázoltam a pszichológiailag releváns Rapoport-i játékhelyzeteket. A helyzetekben a stratégiaválasztásnál

döntő hogy a két személy együttműködik, bízik-e egymásban, vagy sem. A „Mártír” helyzetben az egyén legnagyobb nyeresége akkor adódik, amikor mindketten együttműködésre törekszenek, mindketten bízva a másikban (bizalom játékanak is nevezik találónan ezt a játékhelyzetet), vagyis mindketten eltérnek a természetes kimeneteltől, felvállalják az esetleges „Mártír” szerepet.

A „Mártír” (VII. táblázat) helyzetben az egyén arra törekszik, hogy a másik nyeresége a legnagyobb legyen, ill. a saját nyeresége a legkisebb. A vizsgálat eredménye szerint a „Mártír” helyzetben gondolják a másikat leginkább lelkiismeretesnek, ill. együttműködőnek, és kevésbé gondolják róla, hogy intellektuálisan nyitott. Egyéni interjúkban, ebben a helyzetben legtöbbször valamilyen rokonukat, leginkább gyermeküket említették, mint konkrét személyt, akit el tudnának képzelni.

A „Kizsákmányoló” (VII. táblázat) helyzetben az egyén arra törekszik, hogy ő maga a legtöbb nyereséghez jusson, akár a másik személy kárán is. Ebben a helyzetben a legérdekesebb tulajdonság a másik együttműködése, ill. annak értékelése. A „Kizsákmányoló” helyzetben az egyén legnagyobb nyeresége akkor adódik, amikor a vele szemben lévő személy együttműködésre törekszik, marad a természetes kimenetel mellett, ami biztosítja a legnagyobb közös hasznot, míg ő maga eltér a természetes kimenetel választásától. A játékhelyzet neve is ebből a másik kizsákmányolására törekvő stratég-

giából adódik. Vizsgálatunk eredménye szerint a „Kizsákmányoló” helyzetben a másikat együttműködőbbnek, lelkiismeretesebbnek látja, mint a „Hős” vagy a „Vezető” helyzetben. Tehát minél inkább a saját nyereséget célozza meg az egyén, akár a másik kárán is, annál inkább együttműködőnek, lelkiismeretesnek látja a másikat. Azt zsákmányolja ki a leginkább, aki vele szemben a leginkább „szociálpozitív” tulajdonságokat mutat, vagy legalábbis ilyen benyomást kelt.

Még érdekesebb az az eredmény, hogy a nyitottságot ebben a helyzetben tartják a leginkább jellemzőnek a másokra nézve, a négy helyzet közül. Vagyis nem egy szerencsétlen ügyefogyott baleknak képzelik a kizsákmányoltat, hanem éppen ellenkezőleg: a négy helyzetet összehasonlítva leginkább okosnak, vidámnak, sokoldalúnak, fantáziadús-nak, találékonynak. Az eredmény meglepő, hiszen a viktimológiai kutatások épp ellenkező tulajdonságokkal írják le az áldozatok típusait a különböző tipológiákban [9, 1].

A „Hős” és a „Vezető” helyzetben (VII. táblázat) nagyon hasonlóan látják a másikat. Mindkét kétszemélyes konfliktusszituációban az egyén arra törekszik, hogy mindketten nyereséghez jussanak, de míg a „Hős” a másiknak, a „Vezető” önmagának szeretné a nagyobb nyereséget.

A neuroticizmus skálán a „Hős” helyzetben pontozták legmagasabbra a másikat. Egyéni interjúkban, ebben a helyzetben legtöbbször elesett beteg embert, ill. a házastársukat említették,

mint konkrét személyt.

7.5. *Burkolt személyiségelméletek összefüggései a bűncselekmény típusával*

A burkolt személyiségelméletek alkotása és a személy bűnözői magatartása [8], ill. a büntetés végrehajtás néhány jellemzője között megpróbáltunk összefüggéseket keresni. Néhány bűnözői magatartással, ill. büntetés végrehajtással összefüggő változót is megnéztünk a vsz-nél. Nem találtunk markáns összefüggéseket a visszaesés, a szabadságvesztés hossza, a bűncselekmény fajtája, ill. a börtönben kapott jutalmak és büntetések, önkárosítások és a „Kizsákmányoló” orientációban kialakított burkolt személyiségelméletek között.

Megvizsgáltuk a vsz-ek börtönhierarchiában betöltött helyét is, (X. táblázat) és ezek összefüggéseit a burkolt személyiségelméletek alkotásával. Megkértük őket, hogy sorolják be önmagukat, hol helyezkednek el a börtönrangsorban: alul, felül vagy középen. Ez a rangsor az együttműködés (barátságosság, közeli, szeretetre méltó, jó) ill. lelkiismeretesség tulajdonosításával mutat markáns összefüggést. Minél feljebb sorolja önmagát, annál inkább együttműködőnek és lelkiismeretesnek véli a kizsákmányolt másikat. Tehát minél inkább domináns, vezető szerepben van valaki, annál inkább úgy gondolja, hogy a másik fél „behódol”, együttműködő, lelkiismeretes lesz a konfliktushelyzetben. Az intellektuális nyitottság megítélése is összefüggést mutat a rangsorral. Minél feljebb helyezi el önmagát valaki, annál inkább okosnak, vidámnak, fantázi-

Rangsor	Kizsákmányoló helyzet			
	Lelkiismeretesség	Együtműködés (barátságosság)	Neuroticizmus	Intellektuális nyitottság
Felül	2,65*	2,23**	4,26 NSZ.	3,23*
Középen	2,31*	2,01**	3,86 NSZ.	2,89*
Alul	1,28*	1,00**	4,28 NSZ.	2,14*

***: $p < 0,01$ **: $p < 0,05$ *: $p < 0,1$ NSZ.: nem szignifikáns
(A szignifikancia szintek megállapításánál a táblázat utolsó adata az összehasonlítási pont, az utolsó adatok szignifikancia szintjének megállapításakor pedig az első adat az összehasonlítási pont)

X. táblázat:

Kizsákmányoló társas orientációban a másíknak tulajdonított tulajdonságok skála átlagai, aszerint, hogy hová helyezi önmagát a börtönrangsorban (GLM)

adúsnak, találékonyak, sokoldalúnak ítéli a kizsákmányolt másikat. Úgy tűnik, hogy minél inkább domináns, vezető szerepben van valaki, annál jobban „tisztelet” ellenfelei intellektuális képességeit (vagy inkább számol vele).

Megnéztük a burkolt személyiségelmélet alkotás és a büntetés végrehajtási fokozat összefüggéseit is. (XI. táblázat). Minél szigorúbb rezsimben van valaki, annál kevésbé látja az áldozatát lelkiismeretesnek ill. együtműködőnek. Ennek az eredménynek a hátterét egyrészt kereshetjük a büntetés végrehajtási körülményekben, vagyis hogy a potenciális áldozatok hasonlószerű bűnelkövetők ill. büntetés végrehajtási szakemberek lehetnek, akiket a szigorúbb rezsimben jobban dehumanizálnak, vagyis egyre kevésbé látják pl. lelkiismeretesnek ill. együtműködőnek őket. Másrészt kereshetjük a háttérben magát a bűnelkövetőt, aki minél súlyosabb, erőszakosabb, károsabb bűncselekményt követ el, annál szigorúbb rezsimbe kerül. Vagyis az, aki

súlyosabb cselekményt követ el, az kevésbé látja a másikat lelkiismeretesnek ill. együtműködőnek, ami egy „dehumanizáló” törekvése annak, aki súlyosan sért meg emberi értékeket, törvényeket „Kizsákmányoló” orientációjával.

8. Megbeszélés

A bűnözés mindennapi életünk egyik legfontosabb problémája, mind társadalmi, mind egyéni szinten.

Hogyan látják a bűnözők a másik személyt kétszemélyes konfliktus szituációban? Van-e különbség helyzetek között, melyekben a nyereség eloszlása különböző? Hogyan látják a bűnözők áldozataikat? Hogyan látják azokat, akikkel szemben ők viselkednek áldozatként, ill. hogyan látják a másikat, amikor nincs vesztes?

Ezekre a kérdésekre próbáltunk választ találni a Társas Orientációs helyzetek segítségével. Mélyinterjúkkal tártuk fel azokat a tulajdonságokat, melyek a különböző kétszemé-

Végrhajítási fokozat	Kizsákmányoló helyzet			
	Lelkiismeretesség	Együttműködés (barátságosság)	Neuroticizmus	Intellektuális nyitottság
Előzetes, fogház	2,65**	2,72*	4,27 NSZ.	2,63 NSZ.
Börtön	2,45**	2,23*	3,84 NSZ.	3,08 NSZ.
Fegyház	1,9**	1,80*	3,90 NSZ.	2,78 NSZ.

***: $p < 0,01$ **: $p < 0,05$ *: $p < 0,1$ NSZ.: nem szignifikáns
 (A szignifikancia szintek megállapításánál a táblázat utolsó adata az összehasonlítási pont, az utolsó adatok szignifikancia szintjének megállapításakor pedig az első adat az összehasonlítási pont)

XI. táblázat:

Kizsákmányoló társas orientációban a másíknak tulajdonított tulajdonságok skála átlagai, aszerint, hogy milyen büntetésvégrehajítási fokozatban van (GLM)

lyes konfliktusos helyzetekben jellemzik a másikat, majd kérdőíves vizsgálatokat végeztünk, a burkolt személyiségelméletek feltárására.

*Kelly*hez hasonlóan egy szerep-repertoárral szembesítettük a vizsgált személyeinket, de míg ő a vizsgált személy életének fontos szereplőit értékelte különböző tulajdonságok mentén, addig a jelen vizsgálatban a vizsgált személy különböző „szerepeiben” („Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”) értékel másokat, azt akivel kétszemélyes konfliktushelyzetben van. A szerep repertoárt a Társas Orientációk adják: „Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”. A szerepek, mint nyereségmegosztásra irányuló viselkedések megfogalmazva, a vizsgált személynek pedig a helyzetben szereplő másikat kell jellemeznie, ill. valamifajta benyomást kialakítania. A jellemzést, a benyomás kialakítását egy tulajdonságlista segíti. A tulajdonságokat értékelni kell aszerint, mennyire jellemzőek a helyzetben szereplő másíkra.

Ezzel a módszerrel megismerjük a személy véleményét a kétszemélyes konfliktushelyzetben szereplő másíkról. Nem egy valóságos benyomást, hanem egy a fejében lévő reprezentációt arról, hogy különböző Társas Orientációt („Mártír”, „Hős”, „Vezető”, „Kizsákmányoló”) milyen tulajdonságú emberekkel szemben használ. Vagyis megkapjuk azokat a burkolt személyiségelméleteket, amelyeket a különböző Társas Orientációkban használunk.

Az eredmények azt mutatják, hogy a másíkról alkotott képekben a tulajdonságok a Big Five szerinti skálákba rendeződnek, ill. a különböző Társas Orientációs helyzetekben a másíkról alkotott képekben szignifikáns különbségek vannak. A vizsgált személyeink eltérő képet alkotnak azokról, akikkel szemben „Mártír-ként”, „Hős”-ként, „Vezető”-ként vagy „Kizsákmányoló”-ként viselkednek. Vagyis a bűnelkövető magatartáskor („Kizsákmányoló” Társas Orientáció) használt implicit személyiségelmélet

alkotása markánsan elkülönül a más élethelyzetekben használt Társas Orientációtól.

IRODALOM

- [1] Adler, F., Mueller, G. O. W., Lauffer, W. S.: Kriminológia, Osiris Kiadó, 2000, Budapest.
- [2] Bugán, A.: Skálarendszer az ember-felfogással kapcsolatos attitűd mérésére. A Debreceni Komplex Tudatvizsgálat Dokumentumai, belső kiadványsorozat, 1985, Debrecen.
- [3] Costa, P. T. and McCrae, R. R.: Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 1992, 13(6): 653-665.
- [4] Csabai, M.: Az elemző interjú, In: *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és Biográfiai Módszerek, Tünetbecslő Skálák, Kérdőívek I. rész.*, 75-101., Tankönyvkiadó, 1992, Budapest.
- [5] Csepeli, Gy.: *Szociálpszichológia*, Osiris Kiadó, 1997, Budapest.
- [6] Faragó, K., Joó, A.: A Módosított Fogoly-Dilemma Helyzet Megoldása csoportban. *Pszichológia*, 1982, 2: 347-375.
- [7] Forgas, J.P.: A társas érintkezés pszichológiája. *Gondolat*, 1989, Budapest.
- [8] Gönczöl, K., Korinek, L., Lévai, M., (szerk.): *Kriminológiai Ismeretek Bűnözés Bűnözéskontroll.* Corvina, 1996, Budapest.
- [9] Görgényi I.: A viktimológia, In: *Gönczöl K., Korinek L., Lévai M., (szerk.) Kriminológiai ismeretek Bűnözés Bűnözéskontroll.* 93-107., Corvina, 1996, Budapest.
- [10] Grzelak, J.: Konfliktus és kooperáció, In: *Szociálpszichológia*, 313-339., Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1994, Budapest.
- [11] Hankiss, E.: *Társadalmi Csapdák Diagnózisok.* Magvető Kiadó, 1983, Budapest.
- [12] Horváth, A.: *Konfliktusok társas kapcsolatokban.* Debreceni Egyetem Kossuth Egyetemi Kiadója, 2003, Debrecen.
- [13] John, O. P.: The „Big Five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In: *Pervin, L. A. (ed.), Handbook of person-*
- ality: Theory and research. New York:, 1990, Guilford.
- [14] Jones, E. E., és Nisbett, R. E.: The actor and the observer. In: *General Learning Press*, 1971, Morristown.
- [15] Karczag, J.: Kérdőív- és Skálamódszerek a Pszichodiagnosztikai gyakorlatban, In: *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és Biográfiai Módszerek, Tünetbecslő Skálák, Kérdőívek I. rész.*, 145-159., Tankönyvkiadó, 1992, Budapest.
- [16] Kelly, G. A.: *The Psychology of Personal Constructs.* New York, 1955, Norton.
- [17] Mérő, L.: Mindenki másképp egyforma A játékelmélet és racionalitás pszichológiája. *Tericum*, 1996, Budapest.
- [18] Norman, W.T.: Toward an adequate taxonomy of personality attributes, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, 574-583.
- [19] Rapoport, A.: Exploiter, Leader, Hero and Martyr: the four archetypes of the 2x2 game. *Behavioral Science*, 1967, 12.: 81-84.
- [20] Takács, és trsai.: Társas orientáció és bűnözés, In: *Kriminológiai és kriminalisztikai tanulmányok XXXV.*, 1998, 146-183., Budapest.
- [21] Vargha, A.: *A Szondi-Teszt Pszichometriája*, Universitas Könyvkiadó, 1994. Budapest.

Capt. Ildikó Budavári-Takács

Delinquents in conflict situations. Implicit personality theories behind the social orientations.

Crime is one of the most important problem of our world both in social and individual levels. We can define criminal acts as a way of social conflict resolution.

How do criminals perceive their partners in conflict situations? Is there a difference among the situations in their perceptions when they are varied in their cost/benefit balance? How

do the criminals perceive their victims? How do they perceive their partners when they are in the victims role, and what is their perception when there is no losers position in the game? We tried to find answers to these questions using the Social Orientation Situations method.

Interviews were conducted with the subjects to find out about the perceived characteristics of the partners, then questionnaires were conducted and analysed statistically by SPSS programs.

The results showed that the perceived characteristics form the pattern of the BIG FIVE factors, and there were significant differences in the perceptions

of others in the different Social Orientation situations. The perceptions of the partners were not dependent upon of the type of the criminal acts, but some significant differences were detected by socialisational and socio-economic background variables. To sum up: the criminals create different perceptions about others who act in the roles of the „Martyr“, the „Hero“, the „Leader“ or the „Exploiter“ with them.

Budavári-Takács Ildikó
1555 Budapest, Pf.: 68.

Depresszió és öngyilkosság a büntetés-végrehajtásban

Láng Károly őrnagy

Kulcsszavak : depresszió, elítéltek öngyilkossága, attitűd, depresszió skála, előrejelzés

A fogvatartottak öngyilkosságai, annak kísérletei, valamint a szándékos önsértések a büntetés-végrehajtás szempontjából az egyik legkritikusabb rendkívüli eseménynek számítanak. A cselekményeket kiváltó okok ugyanis az esetek nagy többségében rejtve maradnak. Tovább színezi a problémát, hogy a manipulatív önkárosítások egy részére azért kényszerül a fogvatartott, mert közvetlen környezete (zárkatársa, munkahelyi környezete) lelki, vagy fizikai támadásának, pressziójának van kitéve.

A vizsgálat célja olyan módszer kialakításának elősegítése, amely nagy biztonsággal kiszűri a veszélyeztetett fogvatartottakat.

A szerző a Beck-féle depresszió kérdőív teljes változatát dolgozta fel, illetve erre építette a vizsgálatot. Az alkalmazott statisztikai eljárások: reliabilitás-vizsgálat és egyszempontú variancia-analízis, attitűd vizsgálat.

A vizsgálat során az ún. ATTS kérdőív került feldolgozásra. Az attitűd vizsgálat során alkalmazott statisztikai eljárások:

- főkomponens analízis,
- egyszempontú variancia analízis,
- klaszter-analízis,
- diszkriminancia-analízis.

A főkomponensek alapján képzett csoportok egymástól erősen eltérő tulajdonságokat mutatnak suicid-veszélyeztetettség szempontjából, azaz igazolódott, hogy az öngyilkosságról vallott különféle attitűdök alapján a minta szétválasztható és rangsorolható veszélyeztetettség szempontjából.

A fenti tanulmány arra kívánt rávilágítani, hogy a depresszió és az ehhez kapcsolódó öngyilkossági késztetések, önkárosító cselekmények korai felismerése, diagnosztizálása lehetségessé váljon a bv. keretein belül, ezzel csökkenthető lenne a suicidum. Természetesen a felismerés nem elég önmagában, hanem azt követően további megelőző tevékenységek szükségesek, így pl. különböző terápiás foglalkozások (pszicho-, csoport-, kreatív-, stb.), valamint gyógyszeres kezelések.

Az öngyilkosság az emberi élet talán legtragikusabb eseménye. Minden korban és kultúrában előfordul, bár eltérő gyakorisággal.

1. Öngyilkosság és depresszió a „civil” és a bv. populációban

1.1 *Suicidum a büntetés-végrehajtásnál*

A fogvatartottak öngyilkosságai, annak kísérletei, valamint a szándékos önsértések a büntetés-végrehajtás szempontjából az egyik legkritikusabb rendkívüli eseménynek számítanak. Kevés olyan probléma van a büntetés-végrehajtás rendszerén belül, amelyet olyan nehéz lenne megközelíteni, mint a fenti cselekményeket.

A gyakorlatban nehéz meghatározni és kezelni az öngyilkossági kísérleteket és szándékos önsértéseket. A cselekményeket kiváltó okok ugyanis az esetek nagy többségében rejtve maradnak. Ehhez a problémához társul az is, hogy a cselekményeket a fogvatartottak jelentős hányada alapvetően manipulatív indíttatásból követik el, így remélvén helyzetén – az adott keretek között – változtatni. Tovább színezi a problémát, hogy a manipulatív önkárosítások egy részére azért kényszerül a fogvatartott, mert közvetlen környezete (zárkatársa, munkahelyi környezete) lelki, vagy fizikai támadásának, pressziójának van kitéve.

A büntetés-végrehajtás esetén azonban ez a definíció kettéválik.

A fogvatartottak esetében egyrészt beszélhetünk a fenti definíció szerinti cselekményről, másrészt viszont

– és ez jellemzőbb – van egy alapvetően manipulatív okokkal jellemezhető megközelítése is.

A büntetés-végrehajtás szempontjából ezek a cselekmények okozzák a legnagyobb és legnehezebben kezelhető problémát.

A manipulatív szándék és az önbüntető attitűd sok esetben együtt jár. Nehéz megítélni, hogy a cselekmény egyfajta segélykiáltást helyettesít, ahol az elkövető kilátástalan élethelyzetének megoldására ilyen módon próbálja készíteni szociális környezetét, vagy tudatosan manipulatív szándékkal próbál előnyökhöz jutni.

A büntetés-végrehajtás felelősséggel tartozik a fogvatartottak testi és lelki egészségéért, ezért meg kell akadályoznia – illetve minimumra csökkenteni – az öngyilkossági kísérletek és az önkárosító cselekmények számát. Ezért szükséges egy olyan módszer kidolgozása, mely lehetővé teszi a fokozottan veszélyeztetett elítéltek kiszűrését, illetve további kezelését.

1.2 *Depresszió a férfiaknál – teoretikus megfontolások*

Az etológia és antropológia mai ismeretei szerint a férfiak és a nők különbözőképpen reagálnak a rendkívül reménytelennek tűnő helyzetekben. A nők nyitottabbak a segítségkérésben és keresésben, és védik magukat azáltal, hogy nyugodt, visszafogott és visszahúzódozó magatartásmintákat vesznek fel a szélsőségesen kilátástalan helyzetekben. Teszik mindezt azért is, hogy biztosítsák a család fennmaradását.

A férfiak gyakran máshogy reagálnak. Ha sarokba szorítva érzik magukat, akkor ingerlékenyek, viselkedésük sztereotípiákra épül, és vad kitörésre, kirobbanásra hajlamosak. Harcos ösztöneik kerülnek előtérbe, nyugtalanok és agresszívek lesznek, elvesztik toleranciájukat és reális belátásukat arra nézve, hogy segítségre lenne szükségük.

Elképzeltető, hogy mély etológiai gyökerei vannak a férfiak és a nők reménytelen helyzetben tanúsított viselkedésbeli különbségei mögött.

A depresszió diagnosztikájának tudományos alapjait önmagukat depressziósnak minősítő és segítségért forduló emberek által lejegyzett tünetek jelentették. Ezek többsége nő volt. Ennek következtében ez a tüneti kép nem tükrözi pontosan a férfiak depressziójának és öngyilkosságának jellegzetességeit.

1.3 A férfiak depressziójának tüneti képe

Szemben a típusos depresszióval – amelyben a segítségért forduláskor a gátoltság, bűnösség-érzés, pesszimizmus és apátia dominál –, általában a férfiakra jellemző depressziós képet a külvilág felé eltúlzott cselekedetek, az agresszivitás, a tolerancia hiánya és az öngyógyszerelés jellemez. Az alább felsorolt szimpptomák speciális részei lehetnek a férfi depresszió tüneti képének:

- alacsony toleranciaszint,
- a külvilág felé irányuló, agresszív viselkedés, csökkent impulzus kontroll,

- antiszociális viselkedés,
- időszakos dühkitörések,
- regresszió, csökkent önértékelés, elégedetlenség,
- abúzusra való hajlam.

A tüneti kép gyakran hasonló lehet az egyes személyiségzavarokban, illetve az általános stressz esetén észleltetekhez. Az agresszivitás a türelmetlenség és az alacsony impulzus kontroll gyakori jellegzetességek.

Másik jelentős tényező a férfi öngyilkosság és a depresszió diagnosztikájában az időfaktor. Azon férfiak egy részével nehéz bántani, akiknek a viselkedése jelentős változást mutat az idő függvényében, ezen férfiak viselkedése „pszichopátiás” jellegű. Normális körülmények között ők szociálisan jól funkcionáló, jó képességű emberek, akiknek a viselkedése a depressziós periódus idején nehezen elfogadható, és ezen időszakot leszámítva saját maguk számára sem elfogadható. A gyors személyiség- és viselkedésváltozás férfiakban figyelmet a depresszió lehetséges fennállására (Rhimer, Rutz 2000).

A fogalmak meghatározásai

Az öngyilkosság (és annak kísérlete), valamint a szándékos önsértés fogalmi meghatározásának összetettségét már korábban érintettem, az alábbiakban a vonatkozó definíciókat írom le:

Öngyilkosságot az a személy követ el, aki életének saját maga vet véget.

Az öngyilkossághoz három kritérium

tartozik:

1. a meghalás tudatos szándéka,
2. egy módszer képzelete, amely alkalmas az élet kioltására,
3. a módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Az öngyilkossági kísérletről, definíciója szerint akkor beszélünk, ha:

Az egyén a meghalás szándékával károsítja szervezetét, de ennek következtében nem hal meg.

Az öngyilkossági kísérlet négy körülmény – vagy ezek kombinációjának – következtében lehet sikertelen:

1. a meghalás szándéka nem elég erős, vagy nem egyértelmű,
2. az öngyilkosság módszere nem elég hatékony,
3. az öngyilkossági cselekedet nem megfelelő,
4. külső segítség megakadályozza, megállítja vagy megszünteti a szervezet károsítását.

A szándékos önsértés – klinikai – meghatározása szerint:

Szándékos (önbüntető) sérülésokozás, fatális kimenetel nélkül (Buda 1997).

2. A vizsgálat célja

Olyan módszer kialakításának elősegítése, amely nagy biztonsággal kiszűri a veszélyeztetett fogvatartottakat.

A módszer lehetőség szerint legyen

egyszerű, könnyen kezelhető, viszonylag gyors és pontos.

A módszeren belül olyan objektív mérőeszköz ismertetése, felhasználása, amely jól használható és olyan tényezők vizsgálata, amelyek elősegítik a kiválasztást.

Feltérképezni, hogy a *Beck-féle depresszió kérdőív* milyen hatékonysággal ad felvilágosítást az öngyilkossági kísérlet, szándékos egészség károsítás és egyéb öndestruktív magatartás (étkezés megtagadás), elkövetésére az elítéltek körében, valamint egy olyan kérdőív, kérdéssor kialakítása, amely a vizsgálati személyek attitűdjei alapján is besorolja őket.

A vizsgálat során a *Beck-féle depresszió kérdőív* teljes változatát dolgozom fel, illetve erre építem a vizsgálatot.

Azért került ez a kérdőív kiválasztásra, mert mind a vizsgálati személy, mind a vizsgálatvezető részéről egyszerű a használata.

A kérdőív jól alkalmazható, mint

- szelektáló eszköz a depresszió felfedésében,
- kiegészítő eszköz a diagnosztikus munkában,
- depressziós betegek állapot változásainak követésében.

Az alábbi előnyök is ezen kérdőívvel történő vizsgálatot támasztották alá:

- egyénileg és csoportosan is felvehető,
- a nyerspontokat nem kell átszá-

molni, mivel azonnal használható értékeket kapunk,

– a vizsgálati személy intelligenciájától független.

A Beck-féle depresszió kérdőív, illetve annak rövidített változata a depressziós tünetegyüttes súlyosságának egyik legmegbízhatóbb mérési módszere, a Van Riezen és Segal (1988) féle kézikönyv szerint a pszichiáterek által végzett depresszió-súlyossági becléssel igen jól korrelál.

Exploráció

Az exploráció témakörei a következők:

- pszichiátriai betegségek, elsősorban depresszió,
- megelőző öngyilkossági kísérletek,
- suicidum a családban,
- az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja,
- kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás), mivel a többi faktor a jelenlegi helyzetből adódnak.

Attitűd vizsgálat

A vizsgálat során az ún. ATTS kérdőív került feldolgozásra. A kérdőívet a PTE Általános Orvosi Kar Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika kutatócsoportja bocsátotta rendelkezésünkre. A kérdőív alapvetően az öngyilkossággal kapcsolatos

attitűdöket hivatott feltérképezni. A kérdések négy nagy témakör köré csoportosíthatók:

1. családi terheltségre vonatkozó adatok,
2. az öngyilkossággal kapcsolatos vélemények, (attitűdskála),
3. személyes adatok,
4. hangulati életre vonatkozó kérdések.

Az attitűd vizsgálat során alkalmazott statisztikai eljárások:

- főkomponens analízis,
- egyszempontú variancia analízis,
- klaszter-analízis,
- diszkriminancia- analízis.

2.1 A Beck-skála reliabilitásának vizsgálata

Az első lépés annak vizsgálata, hogy vajon a skála megfelel-e a reliabilitás követelményének. Ennek érdekében reliabilitás-vizsgálatot végeztem, amelynek során 3 itemet [6, 10, 19] kellett kiemelni, a maradék 18 item már nagyon pontos eredményt ad. A statisztikák a következők (I. táblázat).

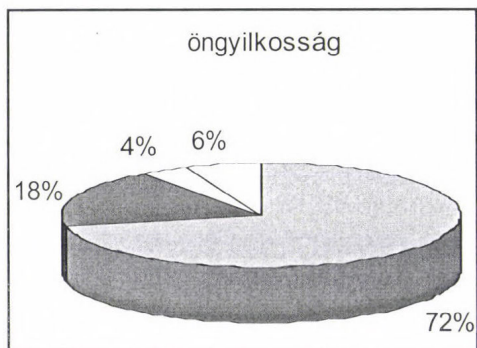
Annak magyarázatára, hogy a kiesett kérdések miért nem megfelelőek, azt találjuk, hogy a 6. item arra kérdez rá, hogy mennyire szolgált rá a vizsgált személy a büntetésre, ami nyil-

Itemszám	a	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
18	0.88	479	13.95	9.45	Minimum	54

I. táblázat

vánvalóan a normál populációtól eltérően nem a depressziósság mértékét vizsgálja, tapasztalataim szerint ugyanis az elítéltek közül mindenki túlzottan találja a bíró által kiszabott jogerős büntetést. A 10. kérdés börtönpopulációra nem releváns, tekintettel arra, hogy a börtönben sírni a gyengeség jele, a belső hierarchiában elfoglalt hely pedig elsősorban az erőn múlik, így még az sem vallja be, aki valóban szokott sírni. A 19. kérdés a súlycsökkenésre kérdez rá, ami azonban ismét nem vonatkoztatható a depresszióra, tekintve, hogy nem azt, nem annyit és nem akkor esznek, mint egy szabad ember.

Öngyilkosság (1. ábra) a vizsgált személy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatait, késztetését vizsgálja.



1. ábra

72 %-a a mintának nem foglalkozik az öngyilkosság gondolatával, illetve elutasítja azt.

18 %-nak gondolati szinten, alkalmatlanul megjelenik, de a cselekmény végrehajtásáig nem jut(-na) el, ez a réteg a situációfüggően depresszív élményszínezetűek csoportja.

4 % erőteljes késztetést érez arra, hogy a cselekményt elkövesse, de a cselekmény még nem kerül megvalósításra.

6 %, aki a végrehajtás módjával is erőteljesen foglalkozik, keresi a technikát, helyet, időt.

A fentiek alapján a minta 10 ! %-a súlyosan veszélyeztetett.

2.2 *A Beck-féle depresszió súlyossága és az öngyilkossági kísérletek összefüggése.*

Csoportok közötti különbségek az anamnesztikus adatokkal rendelkezők körében:

Családi szuicidium,

Intézeti nevelés,

Válás a családban.

Elkövetett öngyilkossági kísérletek száma

Az elemszámok tekintetében ez a minta nem tűnik elég homogénnek, így készítettem egy újabb változót, amit egyszerűen rizikónak neveztem el. A lényege, hogy – mivel a mintában többen is rendelkeztek több tényezővel, tehát a szülők elváltak, a vizsgált személy intézetben nevelkedett és már háromszor volt öngyilkossági kísérlete – összegeztem azokat a tényezőket, amiket az anamnéziszókból megtudtunk, így kaptam egy általános rizikó-faktort, azonban, mivel 4 és 5 pontszámmal csak két személy rendelkezett, ezeket hozzávettem a 3 faktorosokhoz. Ennek statisztikai a következőképpen alakultak:

Rizikó-faktor szerinti csoportosítás (II. táblázat)

Hányszoros a rizikó	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
1	32	12,13	7,33	0	35	0,009
2	21	15,95	9,77	5	41	
3	10	21,30	6,48	12	32	
Összesen	63	14,86	8,64	0	41	

II. táblázat

Vagyis minél több rizikó-faktorial rendelkezik valaki, tekintet nélkül annak milyenségére, az hatással lesz a depresszióosságának mértékére. Jól látható, hogy már a két pontot elért vizsgálati személyek is magasabb értéket produkáltak, mint a teljes minta átlaga, bár ez a különbség még nem lenne szignifikáns, azonban a három vagy több ponttal rendelkezők rendkívüli mértékben magas pontszámot értek el. Vagyis levonhatjuk azt a következtetést, hogy aki ezen faktorok közül többel rendelkezik, vagy többször kísérelt meg öngyilkosságot, az veszélyeztetett, és mint olyan, figyelmet érdemel.

Suicid kísérlet az anamnézisben hazai felnőtt populációban (N=12.398) /Kopp, Szedrnák 1997/, és a bv. intézet mintájában (N=140) (%-ban).

2001. évben a vizsgálatban résztvevő intézetben N=22 fő követett el valami-

	Hazai populáció	Bv. intézet
Teljes minta	4,0	31
Nincs Beck depresszió	2,2	3,5
Enyhe Beck depresszió	5,2	11
Középsúlyos Beck depresszió	9,2	8
Súlyos Beck depresszió	14,4	8,5

lyen önkárosító cselekményt. Ezen cselekmények körébe soroltam az öngyilkossági kísérletet, a szándékos egészség károsítást és az étkezés megtagadását. A cselekmények ilyen jellegű meghatározása azért vált szükségessé, mivel a cselekmény elkövetése folyamán, illetve annak végén lehet megállapítani, hogy a cselekmény valóban autodestrukció, vagy manipuláció jellegű volt-e.

De a cselekmény megléte már felszólító jelleggel bír a problémákkal szembeni gyengeségre, labilis állapotra.

A személyek a Beck értékek tükrében:

A fenti százalékok arányában az alábbiakat lehet megállapítani:

Normál 0 – 8 pont	0 fő	0 %
Enyhe 9 – 18 pont	10 fő	47%
Közepes 19 – 25 pont	2 fő	9 %
Súlyos 26 < pont	5 fő	24 %
Nem töltött ki kérdőívet	4 fő	20 %

A legmagasabb értéket az enyhe Beck-értékeknél lehet tapasztalni, ami arra utalhat, hogy ezek az elítéltek többnyire aktuális konfliktusuk, és affektív labilitásuk miatt viszonylag gyakran, de többnyire felhívó jelleggel hajtanak végre autodestrukatív magatartást.

A súlyos értékeket elért elítéltek már komolyabb problémát jelentenek, hiszen ha ezt az értéket összehasonlítjuk a 4.1 pontban talált 10 %-os veszélyeztetett létszámmal, akkor a közel hasonló értékek megerősíthetik, hogy a vizsgált mintában, mind a kérdőívet kitöltők, mind az autodestruktív cselekményt elkövetettek között, a veszélyeztetettek száma 10-15 % között mozoghat.

Természetesen ez csak feltevés, mivel a vizsgált mintához képest kicsi az önkárosító cselekményt elkövetettek száma.

A fenti eredmények elemzése során azt tapasztaltuk, hogy található olyan vizsgálati személyek, akik viszonylag magas rizikó értékek mellett sem követtek el önkárosítást, illetve ennek ellenkezője, azaz alacsony rizikó értékek mellett önkárosítást követett el.

Felmerült a kérdés, hogy van-e olyan beállítódás /attitűd/, amely hajlamosítja az egyént az öngyilkosság végrehajtására, vagy csupán manipulatív jellegűek az önkárosító cselekmények.

Ezen kérdések alapján kezdődött el az attitűd vizsgálat, amelyet a következőkben tárgyalok.

A kérdőív két nagy csoportban került felvételre: egyfelől az egészségügyben dolgozók, illetve egyetemi hallgatók között felvett kérdőívek eredményeinek, másrészt az ország különböző büntetés-végrehajtási intézeteiben végzett felmérések eredményeinek kiértékelése történt meg. A minta a következőképpen állt össze

Mint a *III. táblázatból* is látható, a minta felét a fogvatartotti állomány

Foglalkozás	Minta elemszám	Százalékos megoszlás
Nővér vagy ápoló	31	4,7%
Egészségügyi főiskola	22	3,3%
Orvostanhallgató V. évf.	82	12,4%
Joghallgató	37	5,6%
Orvostanhallgató II. évf.	45	6,8%
Orvosok	113	17,0%
Fogvatartottak	333	50,2%
Összesen	663	100,0%

III. táblázat

adja, így az elemszámok homogenizálása miatt célszerűnek látszott az első hat csoport két nagy csoportba történő összevonása, így a feldolgozás során az alábbi három, foglalkozás szerinti csoporttal dolgoztunk (*2. ábra*):



2. ábra

A feldolgozás első lépcsőjében a kérdőív attitűd-felmérő, második részén főkomponens-analízist végeztünk. Ennek célja olyan, a kérdőív itemeiből következő tartalmi csoportok feltárása volt, amelyek segítségével az öngyilkossággal kapcsolatos vélekedések általános jellemzői megfogalmazhatóak. Az itemek alapvetően nem homogének, így az alábbi főkomponenseket sikerült elkülöníteni (*IV. táblázat*).

Főkomponens	Foglalkozás	Minta elemszám	Átlag	Szórás	Sig.
Euthanázia	Eü. dolg.	143	0,0350	1,0709	0,777
	Felsőokt. hallg.	182	0,0214	0,8804	
	Fogvatartottak	321	-0,0278	1,0327	
	Összesen	646	0,0000	1,0000	
Prevenció: általános megelőzés	Eü. dolg.	144	-0,1417	0,9537	0,144
	Felsőokt. hallg.	176	0,0191	0,8347	
	Fogvatartottak	318	0,0536	1,0964	
	Összesen	638	0,0000	1,0000	
Prevenció: személyes bevonódás	Eü. dolg.	144	0,8324	0,4966	0,000
	Felsőokt. hallg.	176	0,7594	0,4132	
	Fogvatartottak	318	-0,7972	0,7288	
	Összesen	638	0,0000	1,0000	
Az elkövető: általános hozzáállás	Eü. dolg.	144	0,0852	0,9609	0,228
	Felsőokt. hallg.	186	0,0499	1,0163	
	Fogvatartottak	320	-0,0674	1,0060	
	Összesen	650	0,0000	1,0000	
Az elkövető: manipulatív öngyilkosság	Eü. dolg.	144	-0,0131	0,9271	0,000
	Felsőokt. hallg.	186	-0,3837	0,8620	
	Fogvatartottak	320	0,2289	1,0390	
	Összesen	650	0,0000	1,0000	
Motiváció: megértő attitűd	Eü. dolg.	143	0,2610	1,0376	0,000
	Felsőokt. hallg.	183	-0,1994	0,7530	
	Fogvatartottak	320	-0,0026	1,0796	
	Összesen	646	0,0000	1,0000	
Motiváció: elutasító attitűd	Eü. dolg.	143	0,4012	0,9791	0,000
	Felsőokt. hallg.	183	0,2510	0,9188	
	Fogvatartottak	320	-0,3228	0,9489	
	Összesen	646	0,0000	1,0000	

IV. táblázat

1. *Eutanázia*: ide olyan itemek kerültek besorolásra, melyek a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők által elkövetett öngyilkosságra vonatkoznak.

2. *Prevenció*: itt alapvetően két főkomponens figyelhető meg, az egyik a megelőzés általános kérdéseivel foglalkozik, olyan itemeket reprezentál, mint pl.: Az öngyilkosság megelőzhető; a másik komponens a saját, személyes bevonódás a megelőzésben, olyan itemeket reprezentál, mint pl.: Kész vagyok arra, hogy segítséget nyújtsak, ha valaki öngyilkossági

krízisben erre kér.

3. *Az elkövető*: itt is két csoportba tartozó kérdések jelennek meg, egyfelől egy általános megállapítás az elkövetőkre, olyan itemekkel, mint: Bárki követhet el öngyilkosságot; illetve egyfajta hozzáállás a manipulatív szándékú elkövetőkhöz, akik legjellemzőbb állítása: Azok, akik fenyegetőznek az öngyilkossággal, valójában ritkán teszik meg azt.

4. *Motiváció*: ez is két alapvető csoportot tartalmaz, egyfelől egy megengedő-megértő attitűdöt, amely bi-

zonyos élethelyzetekben megoldásként látja az öngyilkosság elkövetését; másfelől egyfajta értetlenséget képvisel, amely az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben nyilvánul meg, olyan item jellemzi, mint pl.: Egészsében véve nem értem, hogyan követhetnek el az emberek öngyilkosságot. (Érdekes, hogy a látszólagos tartalmi ellentét ellenére, a két komponens egymástól független, nem állnak egymással ellentétes kapcsolatban!)

Az összesen tehát hét főkomponens mentén minden egyes embernél megállapítható egy érték, amely az ő attitűdjét képviseli az adott főkomponens mentén. Erre azért volt szükség, hogy az egyes itemek által mért hozzáállásokban jelentkező mérési hibák kiátlagolódjának. Ezt követően már a főkomponensek személyekre lebontott értékeivel dolgoztunk tovább.

A IV. táblázat a fent leírt három csoport attitűdjeinek különbségeit mutatja, az alkalmazott statisztikai eljárás egyszempontú variancia-analízis volt.

Mint látható, az adatok – a főkomponens-analízis következtében – sztenderdizáltak, az átlag 0, a szórás 1. A negatív értékek az adott attitűddel való szembenállást, míg a pozitív értékek azok elfogadását jelentik. Az átlagtól való eltérés csoportonkénti összehasonlításban az alábbi következtetéseket valószínűsíti:

1. Az eutanázia megítélésében a csoportok nem különböznek egymástól jelentősen. Tendencia-szerűen fellelhető, hogy az egészségügyben dol-

gozók és a hallgatók inkább egyetértenek, míg az elítéltek inkább nem értenek egyet az eutanázia alkalmazásával, a különbség azonban nem szignifikáns.

2. A megelőzéssel általában érdekes módon az egészségügyi dolgozók értenek egyet a legkevésbé, és a felsőoktatásban tanulók a leginkább, a különbség azonban itt is csak tendencia-szerű, nem szignifikáns.

3. Nagyon éles a különbség azonban a saját felelősséggel kapcsolatosan: míg az egészségügyben dolgozók és a felsőoktatási hallgatók egyöntetűen (még a szórás is nagyon alacsony) úgy gondolják, hogy akarnak és tudnak is segíteni más embereknek öngyilkossági krízis esetén, addig az elítéltek ezzel az állítással szembehelezkednek: nem kívánnak beavatkozni mások életébe, és nem érzik azt, hogy bármit is tenniük kellene társaik megmentésére.

4. Az elkövetőkről szóló általános hozzáállás, amely főként azt tartalmazza, hogy szinte mindenkivel előfordulhat, hogy öngyilkossági gondolatai vagy szándékai vannak, nem mutat szignifikáns különbségeket a csoportok között. Tendencia-szerűen azért látható, hogy ezzel az állítással leginkább az egészségügyi dolgozók, legkevésbé a fogvatartottak értenek egyet. Azaz a fogvatartottak körében inkább népszerű egy olyan hozzáállás, hogy az öngyilkosság elkövetését valamilyen személyiség-tulajdonsággként írják le, mint a másik két csoportnál.

5. A manipulatív szándékú öngyilkossági kísérlet esetében nagyon egy-

értelműek a csoportok közötti különbségek: míg a diákok vélekedése az, hogy minden öngyilkossági utalást komolyan kell venni, addig az ilyen típusú öngyilkossági kísérlettel gyakran találkozó fogvatartottak szerint, aki igazán meg akarja tenni, az nem fenyegetőzik vele, hanem cselekszik. Erre egyébként a büntetés-végrehajtás gyakorlatában valóban vannak megerősítő példák, a fogvatartottak egy része azért folyamodik ehhez a megoldáshoz, mert ettől reméli helyzete jobbra fordulását (ami általában be is szokott következni, ezáltal mi magunk adunk pozitív megerősítést, felerősítve a viselkedés adaptív jellegét).

6. A motivációs főkomponens első eleme azt reprezentálja, hogy léteznek olyan élethelyzetek, ahol az öngyilkosság megoldást jelenthet az érintett számára. Ebben a kérdésben is szignifikáns különbségek mutatkoznak: míg az egészségügyi dolgozók, akik munkájuk kapcsán az élet számos zsákutcáját résztvevőként szemlélnek, és a betegek között sok olyanval találkoznak, akinek talán valóban elkeserítő helyzete megindítja őket, magas fokban egyetértenek ezzel a kérdéscsoporttal, míg a felsőoktatási hallgatók, akik életkoruknál és a tanulmányok folytatásával együtt járó fiatal felnőtt szerepnél fogva életüket egyfajta búra védelmében élik, az élet negatív oldalával kevésbé szembesülve, ezzel az állítással szembehelyezkednek, az öngyilkosságot, mint megoldást elutasítják. A fogvatartottak ebben a kérdésben semleges álláspontot képviselnek.

7. A motiváció elutasító attitűdjénél

(alátámasztva, hogy a két komponens valóban független egymástól) már másfajta szignifikáns különbségeket láthatunk: míg az egészségügyi dolgozók és a hallgatók egyetértenek a főkomponens által reprezentált állításokkal (amelyek azt fejezik ki, hogy értetlenül állnak az öngyilkosság jelenségével szemben), addig az elítéltek markánsan eltérően elutasítják ezt az állítást. Ezek szerint a fogvatartottak számára nem annyira érthetetlen az öngyilkosság létezése, mint a másik két csoport szerint. Megfigyelhető egyébként egy olyan attitűd a fogvatartottak vélekedéseiben (amelyek elsősorban csak szóbeli vizsgálattal megközelíthetőek), hogy a börtönben elkövetett öngyilkosság egyfajta saját kezűleg végrehajtott halálos ítélet, és azok követik el, akik egyébként a saját maguk számára is halált szabtak volna ki büntetésül. Ez a vélekedés eléggé elterjedt, és mindenképpen valamilyen elítélő értékítéletet tartalmaz az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben.

Mivel vizsgálataink alapvető célja olyan kérdőív kialakítása, amellyel a suicid veszélyeztetés kiszűrhető, ezért a főkomponensek alapján a vizsgálati személyeket klaszteranalízis módszerével (*K-Means Cluster*) négy csoportra bontottuk. Ha a vizsgált attitűdök alapján valóban megállapítható a veszélyeztetettség mértéke, akkor az így kialakított négy csoport között jól értelmezhető, szignifikáns különbségeket kell felfedeznünk. Ennek érdekében a csoportokat egy-egy szempontú variancia-analízissel hasonlítottuk össze. A következő eredmények adódtak (*V.táblázat*):

Főkomponens	Csoportba tart.	Minta elemszám	Átlag	Szórás	Sig.
Euthanázia	1	248	-0,0084	0,9436	0,000
	2	59	-0,6244	0,8141	
	3	247	0,5321	0,7443	
	4	65	-1,1396	0,8165	
Prevenció: általános megelőzés	1	248	-0,5217	0,8300	0,000
	2	59	0,8385	0,8432	
	3	247	0,4873	0,8082	
	4	65	-0,6003	0,9461	
Prevenció: személyes bevonódás	1	248	-0,4231	0,9509	0,000
	2	59	-0,7567	0,7983	
	3	247	0,4078	0,8360	
	4	65	0,7588	0,6437	
Az elkövető: általános hozzáállás	1	248	-0,0929	0,9174	0,000
	2	59	-0,7002	0,9774	
	3	247	0,4645	0,8718	
	4	65	-0,6349	0,8940	
Az elkövető: manipulatív öngyilkosság	1	248	0,5004	0,7776	0,000
	2	59	-0,7291	0,8252	
	3	247	0,0196	0,9018	
	4	65	-1,1001	0,9164	
Motiváció: megértő attitűd	1	248	-0,2610	0,8721	0,000
	2	59	-0,4030	0,8673	
	3	247	0,5823	0,9208	
	4	65	-0,8702	0,5713	
Motiváció: elutasító attitűd	1	248	-0,5320	0,7839	0,000
	2	59	-0,5785	0,6810	
	3	247	0,4065	0,9136	
	4	65	0,9764	0,7871	

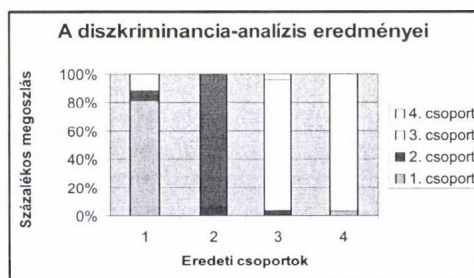
V. táblázat

A táblázatból jól látható, hogy a klaszteranalízis segítségével képzett csoportok valóban jól elkülöníthetők egymástól a főkomponensek tükrében. Ezek alapján szinte biztosra vehető, hogy az öngyilkosságról vallott attitűdök meghatározzák egy személy veszélyeztettségének mértékét, így egy attitűd-vizsgáló kérdőívvel a vizsgálati személyek rangsorolhatók suicid-veszélyeztettség szempontjából.

A korábban egyenként vizsgált változók halmazán stepwise módszerrel végzett diszkriminancia-analízis eredményeit a VI. táblázat ábrázolja:

Eredeti klaszter	Az adatok alapján számított klaszterbe sorolás				Összes
	1	2	3	4	
1	81.9%	6.9%	4.8%	6.5%	100%
2	0.0%	100%	0.0%	0.0%	100%
3	0.4%	3.2%	92.3%	4.0%	100%
4	3.1%	0.0%	0.0%	96.9%	100%

VI. táblázat



3. ábra

Az eredeti csoportba sorolásból 89.3% lett helyesen osztályozva.

Az adatok jól szemléltetik, hogy a főkomponensek alapján képzett csoportok egymástól erősen eltérő tulajdonságokat mutatnak suicid-veszélyeztetettség szempontjából, azaz igazolódott, hogy az öngyilkosságról vallott különféle attitűdök alapján a minta szétválasztható és rangsorolható veszélyeztetettség szempontjából. Azaz egy egyszerű attitűd-vizsgáló kérdőív segítségével mérhetővé válik az egyes személyek öngyilkosságra való hajlandósága, az, hogy mennyire preferált megoldási módot képvisel ez az egyén stresszkezelési repertoárjában.

Összefoglalás

Sajnos nem minden öngyilkosság előzhető meg. Ugyanakkor a suicidumok többségét klinikai depresszió állapotában követik el, amely bizonyosan gyógyítható, feltérképezhető.

A depresszió mögött álló szenvedés összetett, és gyakran pszichoszociális és egzisztenciális problémákon alapszik. Nagyon gyakran a rendszer nem tudja megoldani az olyan problémákat, mint a magányosság, a munkanélküliség, az identitásválság, a perspektívátlanlanság.

Önmagában a depresszió a kialakulását, illetve a diagnosztizálást követően gyógyítható, a mögötte húzóódó problémák egy részével pedig már meg tud birkózni a személy.

A fenti tanulmánnyal arra kívántam rávilágítani, hogy a depresszió és az ehhez kapcsolódó öngyilkossági késztetések, önkárosító cselekmények

korai felismerése, diagnosztizálása lehetségessé váljon a bv. keretein belül, ezzel csökkenthető lenne a suicidum. Természetesen a felismerés nem elég önmagában, hanem azt követően további megelőző tevékenységek szükségesek, így pl. különböző terápiás foglalkozások (pszicho-, csoport-, kreatív-, stb.), valamint gyógyszeres kezelések.

Az attitűd vizsgálat, illetve felmérés nagy előnye, hogy a börtönökben az elítéltek gyakran gyanakvóak, főként a valamilyen szempontból problémásak szeretik kivonni magukat a vizsgálatok, beszélgetések alól, azonban egy, csak néhány „ártatlan” kérdést tartalmazó kérdőív kitöltésére gyakorlatilag minden írni-olvasni tudó fogvatartott rábeszélhető. Ennek alapján lehetőség van olyan preventív program kidolgozására, amely számtalan, sokszor nem is eléggé prediktív környezeti és szociális tényező figyelembe vétele helyett az aktuális, öngyilkossággal kapcsolatos attitűd felmérésén keresztül közel 90%-os valószínűséggel képes bejósolni, hogy ki tekinthető valóban veszélyeztetettnek, és kik azok, akik nem. Ennek alapján a bevezetőben említett szándékos önkárosítás és a valódi öngyilkossági kísérletek is sokkal jobban elkülöníthetőek.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni Csiha Krisztina pszichológus kolléganőmnek az adatgyűjtés és a statisztikai feldolgozásban nyújtott segítségért, valamint a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Pszichiátriai és Orvosi pszichológiai Klinika munkatár-

sainak, akik szintén az adatgyűjtésben il-
letve az ATTS kérdőív használatában
voltak segítségemre, nem utolsósorban a
Sopronkőhidai Fegyház és Börtön
vezetésének.

IRODALOM

- [1] A DSM- IV Diagnosztikai Kritériumai, Animula Kiadó, Budapest, 1995.
- [2] Atkinson, R., L., Atkinson, R., C., Smith, E., E., Bem, D., J.: Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, 1995.
- [3] BNO-10 Zsebkönyv, Animula Kiadó, Budapest, 1996.
- [4] Buda B.: Az öngyilkosság, Animula Egye-
sület, Budapest, 1997.
- [5] Kopp M., Skraltski Á.: Magyar lelkiállapot,
Végeken Alapítvány, Budapest, 1992.
- [6] Rhimer Z., Rutz, W.: Depresszió és öngyil-
kosság férfiaknál, Springer Orvosi Kiadó,
2000.
- [7] Van Riezen, H., Segal M.: Comparative
Evaluation of Rating Scales for Clinical
Psychopharmacology, Elsevier, Amster-
dam, New York, 1988.

Maj. K. Láng

Depression and suicide in imple- mentation of punishment

Suicide of the confined, attempts to
commit such, as well as intentional-
ly doing harm to themselves, count
as some of the most critical extraor-
dinary events from the viewpoint of
implementation of punishment. In
the vast majority of cases, the reasons
precipitating these acts remain well
hidden. The problem may have a fur-
ther trigger when – sometimes -, the
prisoners feels compelled to carry out
manipulative harm to himself being
exposed to emotional-, or physical at-
tack/pressure from those directly sor-
rounding him (station-house fellow,

work-place colleagues)

Aim of the study is to promote the
elaboration of a method with which
the endangered prisoners can be spot-
ted with big certainty.

I treat the full version of Beck's de-
pression questionnaire, i. e. I build
my thesis upon it. Statistical methods
applied are: reliability-study and one-
respect variance analysis.

Examination of Attitude

during the examination the so-called
ATTS questionnaire was worked out.
Statistical method used while exam-
ining the attitude were:

- Main Component Analysis
- One-respect Variation Analysis
- Cluster-Analysis
- Discrimination-Analysis

Groups trained on the basis of the
main components show characteris-
tics very different from one another
from the suicide-danger point of
view. It has therefore been proven
that on the basis of varying attitudes
to suicide declared, the pattern can be
parted and assigned to differing
grades from the endangered view-
point. With the above study I wished
to highlight that depression and the
like inclinations to suicide, early re-
alization of self-harming acts and di-
agnosis should be made possible
within the prison, thus reducing the
number of suicides. Recognition in it-
self is naturally not enough, but pre-
ventive actions should also be put
forth in the aftermath, such as e. g.
various therapeutic counselling (psy-
cho-, group-, creative-, etc.), as well
as medicinal treatments.

Láng Károly őrgy.

9400 Sopron, Margitbányai u. 13.

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Iskola

Egészség és egészségkockázati magatartás hátrányos helyzetű gyermekek körében

Dr. Kósa Karolina Ph.D.,
Kovács Dóra

Kulcsszavak: hátrányos helyzet, gyermekkor, egészség

A dolgozat a fiatal korosztály hátrányos helyzetű csoportjainak, konkrétan a veszélyeztetett és a gyermekvédelmi szakellátásban (azon belül az otthont nyújtó ellátásban) részesülő fiataloknak az egészségi állapotát írja le magyar adatok, illetve a szakirodalomban megjelent közlemények felhasználásával. A veszélyeztetettség hátterében többnyire anyagi és környezeti tényezők állnak; a veszélyeztetett gyermekek aránya különösen magas az ország keleti felének két megyéjében. Az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek körében gyakoriak az egészséget veszélyeztető magatartásformák; a korosztályos átlaghoz képest alacsonyabb az iskolai végzettség, amelynek hosszú távú következményei jelentkeznek az otthonteremtés és a munkavégzés nehézségeiben is. A honvédség érdekeltségét a fiatal korosztály egészségi állapotának meghatározásában az indokolhatja, hogy jelenleg a kötelező sorkatonai szolgálat révén kapcsolatba kerül e korosztály jelentős részével; a jövőben pedig a hivatásos állomány kialakításához, a toborzási stratégia és a célcsoportok megfelelő meghatározásához lesz szükség a fiatalok különféle rétegeinek minél pontosabb jellemzésére.

Bevezetés

A magyar lakosság túlélését és halálózását tükröző statisztikák az elmúlt években többnyire kedvezőtlen tendenciákat mutattak. Miközben az elmúlt húsz évben az Európai Unió tagországaiban folyamatosan és jelentősen emelkedett a születéskor várható élettartam, Magyarországon 1995-ig csökkenés, illetve stagnálás volt megfigyelhető. 1995 óta e mutatóra nézve kedvező tendencia indult el, de ennek

ellenére is a várható élettartam tekintetében az 1999-ben Magyarországon születettek több mint hét évvel kevesebb megélt életévet remélhettek az Európai Unióban születettekhez képest. Még csüggesztőbbek a számok a férfiak tekintetében: 1999-ben a magyar fiúgyermekek születéskor várható élettartama közel 8,5 évvel volt kevesebb, mint az Európai Unióban születetteké; s bár azóta ez az indikátor növekedést mutatott, 2001-ben is még csak 68,3 év volt [1].

A várható élettartamot és a népesség egészségét befolyásoló legfontosabb tényezők vizsgálata egyre több bizonyítékot hoz felszínre arról, hogy az egészségre a legjelentősebb hatást társadalmi-gazdasági (szocio-ökonomikus) tényezők gyakorolják: jó társadalmi-gazdasági körülmények között élő emberek egészségesebbek és tovább élnek, mint kedvezőtlen körülmények között élők [1] [34].

A társadalmi-gazdasági helyzet legfontosabb determináló tényezői a gazdasági pozíció (munkahely és jövedelem), iskolai végzettség, szakértelem és alkalmazkodási készség [6], amelyet igen jelentős mértékben meghatároz a gyermekkor, a korai testi és lelki fejlődést befolyásoló fizikai és társas környezet [4] [19].

A honvédség érdeklődésére a népesség, és ezen belül is a fiatal korosztály egészsége alapvetően két szempontból tarthat igényt. Egyrészt jelenleg a kötelező katonai szolgálatra behívottak ezen fiatal korosztályból kerülnek ki; másrészt a honvédség már zajló, és a jövőben még inkább kibontakozó átalakulása szükségessé teszi, hogy a katonai szolgálatra alkalmas, megfelelő számú hivatásos katona toborzása érdekében azonosítani lehessen a fiatalok azon alcsoportjait, akik érdeklődnek a hivatásos katonai életpálya iránt és arra potenciálisan alkalmasak is.

A jelen munka a fiatal korosztály egy olyan rétegének egészségi állapotát kívánja jellemezni, amely számos szempontból hátrányos helyzetűként írható le. A hátrányos helyzetű fiatalok további alcsoportjait a veszélyez-

tetett és a gyermekvédelmi szakellátásban (azon belül az otthont nyújtó ellátásban) részesülő fiatalok alkotják. A veszélyeztetettség az 1997. évi XXXI. (gyermekvédelmi) törvény szerint olyan állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolhatja vagy akadályozza. A veszélyeztetettnek minősíthető gyermeket a lakóhely szerinti gyermekjóléti szolgálat, vagy bizonyos esetekben a gyámhatóság is nyilvántartásba veszi. A gyermekvédelmi szakellátásra jogosultak ugyancsak a fenti törvényben meghatározottak szerint személyes gondoskodást nyújtó ellátásban részesülhetnek; vagyis ezek a fiatalok családjukból kiemelve, ideiglenesen vagy tartósan családonthonokban vagy intézetekben élnek. A dolgozat a továbbiakban e csoportok helyzetét kísérli meg jellemezni.

Adatok és módszerek

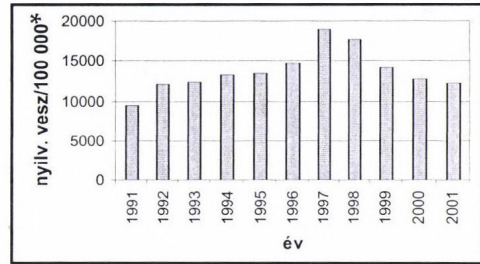
A hátrányos helyzetű fiatalokra vonatkozó létszámadatokat a szakminisztérium (korábbi nevén: Népjóléti Minisztérium) évente megjelenő, a gyermek- és ifjúságvédelem helyzetéről szóló tájékoztatóiból (Tájékoztató a Család, Gyermek- és Ifjúságvédelemről), illetve a Központi Statisztikai Hivatal megfelelő kiadványaiból (Magyar Statisztikai Évkönyv, Demográfiai Évkönyv, Szociális Statisztikai Évkönyv, Egészségügyi Évkönyv) gyűjtöttük. A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők egészség-magatartására, illetve egészségi állapotára vonatkozó információkat a releváns szakirodalom áttekintésével és interjúk révén szereztük és dolgoztuk fel.

Tekintettel arra, hogy az állami gondozásban lévő gyermekek egészségi állapotára és egészségmagatartására vonatkozó magyar adatok rendkívül gyérek, a tanulmányban más iparilag fejlett országokból, elsősorban Nagy-Britanniából származó adatokat is felhasználunk. A brit adatok természetesen nem alkalmazhatók a magyar helyzet jellemzésére, de a két ország lakosságának halálozási és iskolázottsági mutatóit figyelembe véve nincs okunk azt gondolni, hogy a magyar állami gondoskodásban részesülő gyermekek helyzete lényegesen különböző (jobb) volna, mint a brit állami gondoskodásban részesülő gyermekeké.

Eredmények

Hátrányos helyzetű gyermekek létszáma Magyarországon

A hátrányos helyzetű fiatalok közül azokat, akik anyagi, egészségügyi, környezeti és/vagy magatartási okok miatt kiemelt figyelmet érdemelnek, a gyermekorvos, rendőr vagy más olyan szakember azonosítja, aki a gyermekkel munkája során kapcsolatba kerül. Ezt követően hívja fel a gyermekjóléti szolgálat figyelmét a gyermekre. A gyermekjóléti szolgálatok a gyámhatóságok felé továbbítják azoknak a kiskorúaknak az adatait, akik a fent megjelölt okok valamelyike vagy ezek kombinációja miatt súlyosan veszélyeztetettként kezelendők. Ebben a tanulmányban a veszélyeztetett kiskorúaknak a gyámhatóságoknál nyilvántartott és a szakminisztérium éves kiadványában hozzáférhető létszámadatait az ugyanazon évben regisztrált 18 éven

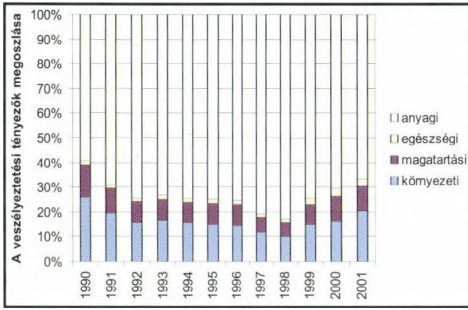


1. ábra: Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak korszpecifikus arányszáma Magyarországon

aluliak létszámához viszonyítva számoltuk ki a veszélyeztetettek korszpecifikus arányszámait, amelyet az 1. ábra mutat. Eszerint a gyámhatóságoknál nyilvántartott veszélyeztetettek aránya a 18 éven aluliak körében 1991 és 1997 között jelentősen, több mint kétszeresére emelkedett. 1997 és 2001 között a veszélyeztetettek aránya mintegy 40%-kal csökkent, de ennek ellenére is 2001-ben az összes 18 éven aluli gyermek 12%-a veszélyeztetettként volt nyilvántartva.

A veszélyeztetettség hátterében álló okokat elemezve megállapítható, hogy minden vizsgált évben a veszélyeztetettség oka az esetek több mint felében anyagi tényezőkkel állt összefüggésben; második helyen a környezeti tényezők (lakáskörülmények) voltak felelősek a gyermek veszélyeztetettségéért; harmadik helyen magatartási okok álltak, s csak az esetek igen kis százalékában (minden vizsgált évben 4 % alatt) volt a gyermek egészségi állapota oka a veszélyeztetettként való nyilvántartásnak (2. ábra).

A gyámhatóságoknál az anyagi, egészségügyi, környezeti és/vagy



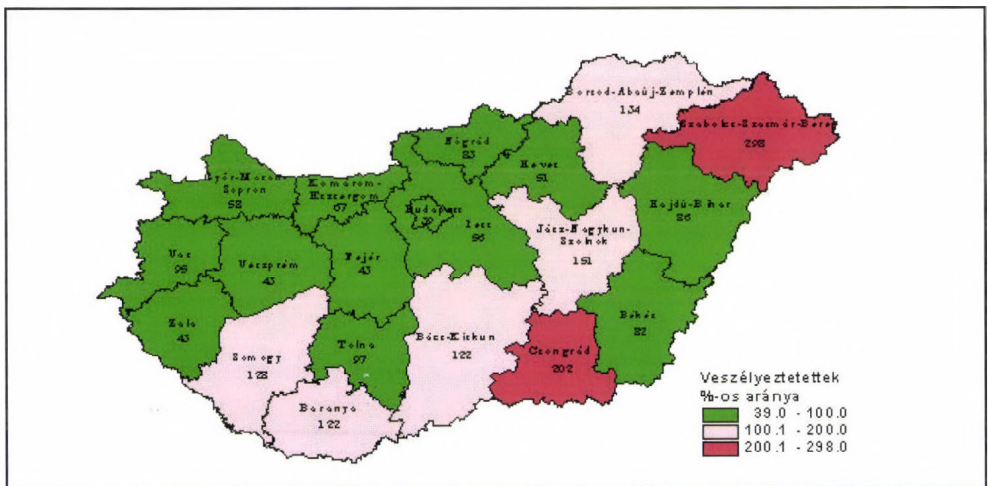
2. ábra: A veszélyeztetés okainak megoszlása a nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak körében

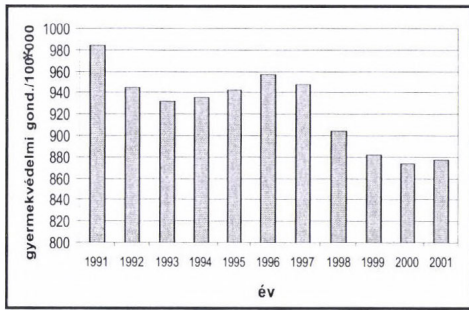
magatartási okok mellett további két tényezőt is nyilvántartanak, mint olyanokat, amelyek a veszélyeztetettséghez hozzájárulhatnak: a szülők alkoholizmusát és a lakáskörülményeket. E két tényező a nyilvántartott gyermekek mintegy tíz százalékánál volt megállapítható, mint a fő ok(ok)on kívüli egyéb ok a veszélyeztetettségre.

A veszélyeztetett gyermekek arányának megoszlása az országban megyénként jelentősen eltérő. A 3.

ábrán látható térkép megalkotásához kiszámítottuk a veszélyeztetett gyermekek országos arányát a 18 éven aluliakhoz képest, majd ugyanezt az arányt minden egyes megyére külön is kiszámoltuk. A veszélyeztetettek aránya a 18 éven aluliak létszámához viszonyítva 2001-ben 12.183/100.000 fő volt; ezt 100%-nak véve számítottuk ki, hogy az országos 100%-hoz képest ugyanezen évben az egyes megyékben mennyi volt a veszélyeztetettek korszpecifikus arányszáma. A zölddel jelzett megyékben az országos átlagnál alacsonyabb, a rózsaszínnel és pirossal jelzett megyékben az országos átlagnál magasabb volt a veszélyeztetettek korszpecifikus arányszáma (a konkrét értéket a megyébe írt számok mutatják).

A hátrányos helyzetű fiatalok másik csoportját a gyermekvédelmi szakellátásban részesülők alkotják. Ezen csoport legnagyobb részét azok a kiskorúak képezik, akik valamilyen okból otthont nyújtó ellátásra szorul-





4. ábra: Gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők korspecifikus arányszáma Magyarországon

nak (a szülő ismeretlen volta, halála, illetve a gyermek ellátására való ideiglenes vagy tartós alkalmatlansága miatt; korábbi szóhasználattal: állami gondozottak). A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők száma a veszélyeztetetteknél jóval alacsonyabb, és 1991 óta csökkenő tendenciát mutat (4. ábra). Ebben szerepe lehet annak a szemléletváltásnak, amelyet a 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvény tükröz, s amely a korábbiakhoz képest nagyobb hangsúlyt fektet a gyermekeknek a családban történő nevelésére.

Hátrányos helyzetű gyermekek egészségmagartása

A hátrányos helyzetű gyermekek egészségi állapotáról országos felmérés tudomásunk szerint nem történt; a rendelkezésre álló adatok szórványosak. A továbbiakban ezért külföldi, elsősorban brit adatokat is idézünk, amelyek természetesen nem feltétlenül jellemzőek a hátrányos helyzetű magyar gyermekekre, de körvonalazzák a valószínűsíthetően körükben is fennálló problémákat.

Angliában a szociális gondoskodásban részesülő gyermekek 10%-a szenved valamilyen betegségben; 20 százalékuknál nem akut ellátást igénylő egészségügyi probléma mutatható ki (halláskárosodás, látásromlás vagy mozgásszervi zavar). Ugyanakkor a gondoskodásba vételkor kevesebb, mint 25 százalékuknál történt kötelező orvosi vizsgálat; 75% a vizsgálatba nem egyezett bele. A gondozott fiatalok 40%-a került pszichológushoz vagy elmeorvoshoz legalább egyszer; 71% saját bevallása szerint dohányzik, 65% fogyaszt alkoholt, több mint 30% használ kábítószert, 13% oldószert (kábitószer gyanánt). Mindezen számadatok megközelítőleg kétszeresei a brit lakosság azonos korcsoportjában ismert adatoknak. Az élvezeti szerek használatának csökkentésére irányuló erőfeszítések ezen fiatalok körében még nagyobb nehézségekbe ütköznek, mint a lakosság egészét tekintve, és sok esetben az elért pozitív változások is eltűnnek a fiatalok gondozásból való kikerülése után [11].

Magyarországon a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek ingyenes orvosi ellátásra jogosultak (melybe az ingyenes gyógyszerellátás is beletartozik). Ez a különleges státusz megalapozott azt figyelembevéve, hogy közöttük gyakoribbak és súlyosabbak az orvosi problémák, mint a nem veszélyeztetett gyermekek között. Testi fejlődésük egyik fontos jellemzője a korosztályukhoz képest elmaradott növekedés; testsúly és testmagasság vonatkozásában az alsó percentilekben helyezkednek el; vashiányos vérszegénység, fer-

tőzékes megbetegedések (elsősorban légúti és emésztőszervi) szintén gyakoriak, csakúgy, mint különböző pszichoszomatikus, érzelmi és tanulással kapcsolatos problémák [10, 13, 16, 17, 18, 33].

Mindezek ellenére a gondozásba vételkor kötelező általános orvosi vizsgálatot követően nincs rendszeres, mindenre kiterjedő állapotkövetés, így a nyilvánvaló tüneteket nem okozó egészségügyi problémák gyakran nem kerülnek kivizsgálásra és kezelésre. Bár adatok nem állnak rendelkezésre, több gyermekvédelmi szakember is elmondta, hogy sok, otthon nyújtó ellátásban részesülő gyermek a nagykorúságot követően a rendszerből való kikerülés után hamarosan rokkantnyugdíjassá válik, gyermekkori eredetű, kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt betegsége következtében [16, 18].

A kábítószerhasználatra vonatkozóan egy korábbi magyar vizsgálat azt találta, hogy az intézetekben élő fiatalok 60%-a rendszeresen használt kábítószeret, leggyakrabban oldószereket; illetve az összes válaszadók 50%-a volt intézetben különböző ideig [9]. Amint az más vizsgálatokból ismert, a kábítószeres fogyasztása a legtöbb esetben gyakran alkoholfogyasztással társul, illetve a kémiai szerek abúza gyakran kapcsolódik egyéb, az egészségre nézve kockázati tényezőt jelentő magatartásformával [8, 27].

Magatartás és érzelmi fejlődés

A gondozott gyermekek magatartását gyakran halmozott problémák jellem-

zik. Brit adatok szerint ezek a gyermekek megrögzött szabályszegők; több mint 70% megszőkött (otthonról vagy intézetből), 60% iskolakerülő, 45% magatartása agresszívnek, illetve időnként támadónak jellemezhető [11]. Az elszökés a velük szemben tanúsított érzelmi válaszkészség hiányával hozható összefüggésbe [2]. 299, intézetekben élő tizenéves fiatal vizsgálata szerint 51,7 százalékuk enyhén, 33,6 százalékuk súlyosan depressziós volt, ami az öngyilkosság ismert rizikófaktora [29]. Intézetben lévő fiatalok bűnelkövetők tanulmányozása azt mutatta, hogy ezek a fiatalok pszichésen igen sebezhetőek, és bizonyos kockázati tényezők, például a társaktól elszennvedett bosszantás és megfélemlítés, valamint a szülők látogatásának elmaradása esetén hamar öngyilkossági készletük támadt [30]. Bebörtönzött hajléktalanok között aránytalanul magas a korábban szociális gondoskodásban részesültek vagy egyéb nem családi környezetben éltek száma [12]. Az intézetekben élő tizenévesek számára súlyos probléma az önbizalom hiánya, a szegényes énkép, felszínes kapcsolatok, mások bántalmazása, depresszió, öngyilkossági készlet; mindennapos a különféle egészségromboló szerek használata [14, 15].

Szexuális viselkedés

A korán kezdett nemi élet fokozott kockázatot jelent arra, hogy az egyének nagyszámú nemi partnere legyen – ami kockázati tényező nemi betegségek szempontjából – valamint arra, hogy nem kívánt terhesség forduljon

elő. Azon kevés számú tanulmány, ami e témakörben készült, megerősíti azt az általános benyomást, hogy a szociális gondozásban részesült gyermekek fokozott veszélyben vannak a nemi élet korai kezdete szempontjából. Általánosságban is igaz az, hogy a házasság előtti nemi élet gyakoribb olyan fiatalok között, akiknek a tartózkodási helye gyakran változik, illetve olyanok között, akik nem kívánnak továbbtanulni [35]. Egy USA-beli tanulmány szerint 14–22 éves fiatalok között a legfontosabb kockázati tényezők többszörös nemi partnersere tekintetében az alkohol- és kábítószerfogyasztás volt, illetve alacsony életkor az első nemi együttlét idején [31]. Egy fiatalkorú bűnözőket befogadó intézetben végzett felmérés azt találta, hogy a bentlakók 62%-a 12 éves korában már szexuálisan aktív volt, 14 éves korra ez a szám 89%-ra emelkedett [20]. A gyermekkorban elszenvedett bántalmazás, érzelmi depriváció és szegényes szociális készségek valószínűleg mind hozzájárulnak szexuálisan deviáns magatartás kialakulásához [7, 26].

A korai nemi aktivitás eredményeként a szociális ellátásban részesülők között nem ritkák a váratlan, illetve nem kívánt terhességek. Nagy-Britanniában a gondozásból kikerülő fiatalok egyharmada két éven belül szülővé válik, és ezen terhességek több mint fele nem tervezett [11]. Magyarországon ilyen jellegű adatok nem ismertek, de a probléma létezik. Bár az intézetek nagy részében a növendékek kapnak ismereteket a nemi életre vonatkozóan, a nem kívánt

terhességek visszatérő problémát jelentenek [10].

Oktatás és munkavállalás

Az oktatás, illetve különösen a középiskolában való továbbtanulás a megfelelő jövedelmet biztosító, jó állás megszerzésének kulcsfontosságú feltétele. A tizenhat éves korra megszerzett iskolai végzettség a legpontosabb előrejelzője annak, hogy a leendő munkavállaló később milyen pályát fog befutni [3]. Mindazonáltal az erre irányuló angol vizsgálatok tanúsága szerint a szociális gondoskodást igénylő tizenévesek kétharmada iskolai gondokkal küzd, és több mint egynegyedük legalább egy éven keresztül nem járt iskolába. A szociális ellátást kapó 14–16 éves gyerekek 25%-ának voltak évekre visszamenő problémái az iskolalátogatással, vagy kizárták őket [11]. Az ellátásból nagykorúság miatt kikerülők kétharmadának (ezen belül a nevelőotthonokból kikerültek 72,5%-ának, a nevelőszülők által gondozottak 52%-ának) nem volt semmiféle képesítése, és mindössze 8,5% folytatta tanulmányait teljes időben (nappali tagozaton). Amint azt 1984-ben a brit parlament Alsóháza szociális bizottságának a szociális gondoskodásban részesülő gyermekekről készített jelentése megfogalmazta, a szociális gondoskodás az abban részesülő gyermekekre oktatási szempontból veszélyeztetettség tényező [28]. Mindezek fényében nem meglepő, hogy Nagy-Britanniában a korábban szociális gondoskodásban részesült fiatalok körében a munkanélküliség több mint másfélszerese

a gondoskodásban nem részesült, azonos korosztályhoz képest [32]

A szociális gondoskodásban való részesülés és a hajléktalanság összefüggését vizsgáló kutatások szerint a 16-19 éves hajléktalanok mintegy egyharmada szociális gondozott volt élete valamely korábbi szakaszában. Tekintve, hogy a munkavállalás alapfeltétele annak, hogy valakinek rendszeres jövedelme legyen, valamint hogy egy háztartás (lakás) fenntartásához rendszeres jövedelem szükséges, nem meglepő, hogy a munkanélküliség, jövedelem és hajléktalanság között egyértelmű összefüggés volt kimutatható: például a hajléktalan fiatalok kétharmada munkanélküli volt [5]. A munkanélküli fiatalok gyakran visszatérnek a szülői otthonba, amit a volt gondozottak jelentős része nem tehet meg. Ezt figyelembe véve az sem meglepő, hogy a volt gondozottak körében is szoros összefüggés volt kimutatható a munkanélküliség és hajléktalanság között [5, 12].

Magyarországon lényegesen kevesebb adat létezik az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek iskolai teljesítményéről, végzettségéről és munkavállalásáról, a helyzet azonban valószínűleg hasonlóan (vagy még inkább) elszomorító. Bár az otthont nyújtó ellátásban lévő gyermekek nagy többsége mentálisan nem retardált, értelmi és kognitív képességeik a családban élő, nem veszélyeztetett gyermekekhez képest gyengébbek [18, 33]. A rendelkezésre álló adatok szerint 1992-ben a nevelőotthonokban általános iskolába járó

gyermekek 30%-a az iskolai év végén megbukott. Az általános iskolát befejezett gondozottak 85%-a folytatta tanulmányait középfokú iskolában vagy tanfolyamon, ezek 10%-a azonban azt nem fejezte be. Az összes, tanulmányait folytató gyermek közül csak 7% került olyan iskolába, ahol érettségi vizsgát lehet tenni. Az intézeti és nevelőszülői ellátásban részesülő összes gyermeknek 1992-ben mindössze 0,1%-a került felsőoktatási intézménybe [21]. Továbbtanulásra vonatkozó adatok azóta nem ismeretesek, de az érettségizők aránya az elmúlt években is igen alacsony volt: 1998 és 2000 között a 0-24 éves korosztályból nappali képzésben érettségizettek aránya országosan 3-5-ször volt magasabb, mint az otthont nyújtó ellátásban részesülő 0-24 évesek közül érettségizők aránya (I. táblázat) [23, 24, 25].

Az otthont nyújtó gondoskodásban részesülők sorsa 24 éves koruk (a gondoskodás megszűnte) után országos adatok híján nem ismert, de a helyzetük valószínűleg tükrözi az iskolai végzettséggel kapcsolatban fentebb mondottakat. Ezt a vélekedést az is alátámasztja, hogy a nevelőintézetekből kikerülő fiataloknak mindössze 7-23%-a dolgozott 1991 és 2000 között a rendelkezésre álló adatok alapján [21, 22, 25].

Év	Gyermekotthonban élők	Országos
1998	0,45	2,28
1999	0,60	2,41
2000	0,89	2,33

I. táblázat: Nappali tagozaton érettségizők aránya a 0-24 évesek számához képest

Megbeszélés

Magyarországon a 18 éven aluliak mintegy nyolcada a gyámhatóságoknál veszélyeztetettként van nyilván tartva. A veszélyeztetettség leggyakoribb oka a család anyagi helyzete; egészségi okok csak a gyermekek elenyésző részénél képezik a veszélyeztetettség háttérét. A gyermekvédelmi szakellátásban (otthont nyújtó ellátásban) részesülő gyermekek a veszélyeztetetteknek sokkal kisebb létszámúak, a 18 éven aluliaknak kevesebb mint 1%-a tartozik ebbe a csoportba.

A veszélyeztetett gyermekek egészségi állapotáról nem állnak rendelkezésre olyan kutatási adatok, amelyek alapján helyzetükről országosan jellemző képet lehetne alkotni. Az elérhető információk az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek egészségi állapotáról is szegényesek, de a személyes közlések és a külföldi kutatási adatok alapján összességében az állapítható meg, hogy az állami gondoskodás jelentős kockázati tényezőnek tekinthető az egészségi állapot és az egészségkárosító magatartások szempontjából. A Magyarországon gyermekvédelmi ellátásban részesülő és veszélyeztetett fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása egyértelműen további kutatásokat érdemel annak érdekében, hogy a leginkább segítségre szorulókat és azok problémáit pontosan azonosítani lehessen. Ez az igényekhez képest mindig szűkösebb erőforrások hatékony elosztásához is nélkülözhetetlen. A honvédség érdekeltségét a fiatal korosztály egészségi ál-

lapotának meghatározásában az indokolhatja, hogy jelenleg a kötelező sorkatonai szolgálat révén kapcsolatba kerül e korosztály jelentős részével; a jövőben pedig a hivatásos állomány kialakításához, a toborzási stratégia és célcsoportok megfelelő meghatározásához szükség lesz a fiatalok különféle rétegeinek minél pontosabb jellemzésére. Igaz ugyan, hogy az otthont nyújtó ellátás keretei között felnövekedett fiatalok egészségi állapota kedvezőtlenebb lehet, mint a családban felnövekvő fiataloké, de azok körében, akik a katonai életpályára lépéshez szükséges alkalmassági vizsgálatokon egyébként megfelelnek, az intézményi keretek között eltöltött fiatalkori évek megkönnyíthetik a honvédség intézményes rendszeréhez való alkalmazkodást.

Köszönetnyilvánítás:

A szerzők köszönetüket fejezik ki Kéryné Dr. Fülöp Ildikónak a 3. ábra megszerkesztéséért.

IRODALOM

- [1] Health for All Database. World Health Organization. 2002.
- [2] Angenent H.L., Beke B.M., Shane P.G.: Structural problems in institutional care for youth. *Journal of Health and Social Policy*, 1991, 2: 83-98.
- [3] Banks M., Bates I., Breakwell G., Bynner J., Emler W., Jamieson L., Roberts K.: *Careers and identities*. Open University Press, 1992, Buckingham.
- [4] Barker D.J.P.: *Mothers, babies and health in later life*. Churchill Livingstone, 1998, Edinburgh.
- [5] Biehal N., Clayden J., Stein M., Wade J.: *Leaving care in England: a research per-*

- spective. 1994. *Children and Youth Services Review* 16(3-4): 231-254.
- [6] Bobak M. and Marmot M.: East-West health divide and potential explanations., p. 3-15. In C. Hertzman, S. Kelly, and M. Bobak (ed.), *East-West life expectancy gap in Europe*. Kluwer Academic Publishers, 1996, Amsterdam.
- [7] Dong M., Anda R.F., Dube S.R., Giles W.H., and Felitti V.J.: The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 2003, 27: 625-639.
- [8] Elekes Zs.: Drogfogyasztó fiatalok ivási szokásai. *Alkohológia*, 1990, 21: 22-27.
- [9] Elekes Zs.: Vizsgálat a magyarországi drogfogyasztók néhány csoportja körében. *Alkohológia*, 1991, 22: 1-55.
- [10] Farkas Á. személyes közlés. 1997.
- [11] FOCUS. Focus on teenagers-research into practice. 1996. London, HMSO.
- [12] Heffron W.A.B., Skipper B.J., Lambert L.: Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *Journal of the American Board of Family Practitioners*, 1997, 10: 6-12.
- [13] Herczog M.: A gyermekvédelem dilemmái. Pont Kiadó, 1997, Budapest.
- [14] Hodges J., B. Tizard.: IQ and behavioral adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989, 30: 53-75.
- [15] Hutchinson R.L., Tess D.E., Gleckman A.D., Spence W.C.: Psychosocial characteristics of institutionalized adolescents: resilient or at risk? *Adolescence*, 1992, 27: 339-356.
- [16] Jámbor Gy. személyes közlés. 2002.
- [17] Katz K. személyes közlés. 1997.
- [18] Lukács E. személyes közlés. 1997.
- [19] McCain, M and Mustard, J. F.: *Early Years Study*. 1999. Toronto, Ontario Children's Secretariat.
- [20] Morris R.E., Harrison E.A., Knox G.W., Tromanhauser E., Marquis D.K., Watts L.L.: Health risk behavioural survey from 39 juvenile correctional facilities in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 17(6): 334-344.
- [21] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről, 1992. év. 1993. Budapest.
- [22] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1995. év. 1996. Budapest.
- [23] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1998. év. 1999. Budapest.
- [24] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1999. év. 2000. Budapest.
- [25] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 2000. év. 2001. Budapest.
- [26] O'Halloran M., Carr A., O'Reilly G., Sheerin D., Cherry J., Turner R., Beckett R., Brown S.: Psychological profiles of sexually abusive adolescents in Ireland. *Child Abuse and Neglect*, 2002, 26: 349-370.
- [27] Pennings E.J., Leccese A.P., Wolff F.A.: Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 2002, 97: 773-783.
- [28] Pinkerton J., Stein M.: Responding to the needs of young people leaving state care: law, practice and policy in England and Northern Ireland. *Children and Youth Services Review*, 1995, 17(5-6): 697-709.
- [29] Pumariega, A.J. N.P.S.D. Johnson.: 1995. Emotional disturbance and substance abuse in youth placed in residential group homes. *Journal of Mental Health Administration*, 1995, 22: 426-432.
- [30] Puri, B.K., M.T. Lambert, C.C. Cordess.: Characteristics of young offenders detained under section 53(2) at a young offenders' institution. *Medicine Science and Law*, 1996, 36: 69-76.
- [31] Santelli J.S., Brener N., Lowry R., Bhatt A., Zabin L.: Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(6): 271-275.

- [32] *Stein M.*: Leaving care, education and career trajectories. *Oxford Review of Education*, 1994, 20(3): 349-360.
- [33] *Takács, S.* személyes közlés. 1997.
- [34] *Wilkinson, R.*: Unhealthy societies. The afflictions of inequality. Routledge, 1996, New York.
- [35] *Zelnik M.*: 1981. Sexual activity among adolescents, p. 19-34. In: *McAnarney E.R., Stickle G. (ed.)*: Pregnancy and childbearing during adolescence: research priorities for the 1980s. Alan R. Liss, New York.

**Karolina Kósa M.D., Ph.D.,
Dóra Kovács**

Health and health behavior in disadvantaged children

This paper describes the health status and behaviour of disadvantaged children in Hungary based on national data and data from the international literature. 'Disadvantaged' in this context means those children who are registered as 'being in danger' by child protection services, and those who were removed from their families and live in social care. In the

majority of cases children become registered as being in danger because of the poor financial or environmental conditions of their families. Health risk behaviour is more prevalent among children in social care, and their educational achievements are unfavourable compared to their peers living in families. Low educational levels are reflected in the difficulties of adult care leavers such as unemployment and homelessness. The military should be interested in the health status and behaviour of youngsters for two reasons: one is that because of the present practice of mandatory military service, every year new cohorts of young males appear in the military and undergo training. Second, upon the approaching abolishment of mandatory service, the armed forces should be able to identify potential target groups in order to develop a successful recruitment procedure for voluntary service.

*Dr. Kósa Karolina
4012 Debrecen, Pf. 2.*

Szerzőink figyelmébe!

Az utóbbi években Szerzőink, különböző szerkesztési elvek szerint összeállított formában küldik be közleményeiket.

Ezen belül külön problémát jelent a nem megfelelő minőségű, számítógépen elkészített ábrák és szövegek nem reprodukálható feldolgozása. Az egységes kivitelezés érdekében kérjük a közlemény összeállításakor az alábbiak figyelembe vételét:

Munkahely megnevezése,

A dolgozat címe,

Szerző(k) neve (katonai és tudományos fokozat megjelölésével),

Kulcsszavak (a közlemény lényeges fogalmait, új megállapításait tükrözze),

Összefoglalás (a dolgozat érdemi részének összefoglalása – magyar és angol nyelven),

Közlemény,

Irodalom (számozott, külön sorokban történő felsorolás, szerző(k) ABC sorrendben a folyóirat kötetszám, oldalszám feltüntetésével, illetve könyv idézésekor – évszám és a kiadó megnevezését is kérjük.

Ábrák és ábramagyarázatok külön lapon, (fénykép, röntgenfelvétel, stb.)

Táblázatok külön lapon, (nyomdai feldolgozásra alkalmas kivitelben).

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különlenyomat küldés megkönnyítése céljából.

E szerkesztési elvek betartása mind az átfutási időt, mind a szerkesztési munkát meggyorsítja lapunk számára.

Kéziratokat a szerkesztőség címére kérjük 2 példányban és floppy is megküldeni.

