

Prazsák Gergő

## A TÁRSADALMI KONTROLL HATÁRAIRÓL\*

A társadalmi kontroll elengedhetetlen rendszerszintű összetevője a társadalmi együttélésnek. Legyen szó íratlan<sup>1</sup> kulturális szabályokról vagy írott<sup>2</sup> jogrendszerrel, a biztonságos közösségi és társadalmi élet lehetetlen lenne olyan közösen elfogadott játékszabályok nélkül, amelyek kiszámíthatóvá teszik a közösségben, társadalomban élő egyén életét. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az egyén szabadsága pontosan addig tart, ahol a másik egyén vagy közösség szabadsága kezdődik.<sup>3</sup> Ebből következően a társadalmi együttélés szabályozatlansága éppen úgy diszfunkcionális és kontraproduktív, mint túlszabályozása. Nem csak azért, mert a demokratikus társadalmi berendezkedés lehetetlen az önmagáért és másokért is felelősséget vállaló szabad egyén nélkül,<sup>4</sup> hanem azért is, mert szélsőséges esetben veszélyezteti a közösség, a társadalom fennmaradását.

A fenti hipotézist a következőkben egy empirikus adatfelvétel-sorozat eredményei alapján vizsgálom.

2010 óta az ELTE Szociológia Doktori Iskola, Interdiszciplináris Társadalomkutatások Doktori Program hallgatóival, valamint a Társadalomtudományi Kar BA és MA hallgatóival különböző deviáns csoportok körében végzünk kutatásokat.<sup>5</sup> A kutatás célja, hogy összehasonlítsuk a deviáns, kirekesztett csoportok és a többségi társadalom értékrendszerét annak érdekében, hogy pontos képet kapjunk a különböző csoportok között feszülő konfliktusokról. A kutatások során lehetőségünk adódott a Társadalmi Konfliktusok Kutatóközpont adatfelvételeinek használatára, valamint nemzetközi kutatásokkal történő összehasonlítására is.

A doktori program hallgatói különböző társadalmi csoportokat és élethelyzeteket részletesen vizsgálják, így a nehezen megközelíthető csoportokban már-már antropológiai mélységű kutatásokat is végeznek. A kutatásban résztvevő hallgatók mindennapi munkája is nagyrészt ezekhez a csoportokhoz kapcsolódik. A kvalitatív vizsgálatokon túl, éppen a különböző csoportok összehasonlíthatósága érdekében kérdőíves vizsgálatokat is végzünk.

A különböző deviáns csoportok nem csak és kizárólag egyetlen jellemző mentén stigmatizáltak, hi-

szén számos átfedés van a szociológiailag releváns kategóriák között (pl. prostituált és szerhasználó, vagy hajléktalan és szerhasználó). Tekintettel arra, hogy a hallgatók egy-egy csoport iránt érdeklődnek, ezért a különböző csoportokat a rájuk elsősorban jellemző, fentiekben megjelölt szociológiai kategóriák szerint közelítettük meg. Jelen beszámoló terjedelménél fogva sem alkalmas arra, hogy valamennyi kutatási eredményünket bemutassa, azonban felettébb alkalmasnak tűnik arra, hogy a társadalmi kontroll racionális határaitól való gondolkodáshoz adalékul szolgáljon.

A *Fundamentum* e száma kifejezetten a hajléktalanság témájára fókuszál, ezért elsődlegesen a hajléktalan élethelyzetben lévőket vizsgáljuk a hajléktalansággal együtt járó más devianciákkal.

A Baptista Szeretetszolgálat Utcafrontjának munkatársai segítségével 2013 júniusától 2014 januárjáig mintegy 354, intézményben vagy közterületen élő hajléktalan emberrel készítettünk kérdőíves interjút. Az intézményekben, illetve közterületen élő hajléktalan emberek életvitele messzemenően különbözik egymástól. Az előbbi csoport sem tekinthető homogénnek, ugyanis az alacsonyabb és a magasabb küszöbű intézményekben élők, illetve ezekbe betérők különböző élethelyzetekben vannak. Közös jellemzőjük azonban, hogy *az első lépést már megtették*: igyekeznek biztonságosabb körülmények közé kerülni. Ezzel szemben a közterületeken jóval kockázatosabb az élet. Mindezek mellett olyan helyek is vannak, ahol legfeljebb éjszakára húzódhatnak meg a betérők, sőt már-már kifejezetten az utcai élet közvetlen határán található az a néhány intézmény, ahol akár személyazonosságot igazoló dokumentumok nélkül is eltölthetnek néhány napot a rászorulóknak. Ezeknek az intézményeknek a besorolása igen nehéz, ezeken a helyeken a lakhatási körülmények is nagyon egyszerűek, éppen csak a minimális szükségletek kielégítésére alkalmasak.

Bármilyen szempont szerint is kezdünk vizsgálatba, az operacionalizálás több problémát is felvet, mint ahogy azt az imént érzékeltetett elmosódott csoporthatárok is jelzik. Albert és Dávid 2001-ben megjelent kutatásuk bevezetőjében a problémát a következőképpen exponálják: „*A hajléktalanságról bizony tudható, hogy nem lehet pontosan megszámolni, hány ember*

\* A kutatást és a tanulmány elkészítését a Bolyai János kutatói ösztöndíj tette lehetővé.

tartozik e kategóriába, egyrészt a populáció részben rejtőzködő és állandó lakhellyel nem rendelkező volta, másrészt egy egyöntetű hajléktalanságdefiníció hiánya miatt.<sup>76</sup> A következőkben ezért általános értelemben mind a hajléktalan szállókon élőket, mind a közterületeken élőket a *hajléktalan* kategóriába sorolom, s amennyiben a téma szempontjából lényeges, különbséget teszek a különböző hajléktalan élethelyzetek és csoportok között. Hibát követnénk el, ha szemmet hunynánk a fölött, hogy a hajléktalan emberek csoportja – más kisebbségi vagy deviáns csoporthoz hasonlóan – sem tökéletesen homogén. Pontosan azért nem feledkezhetünk meg erről, mert éppen az jelenti a hajléktalan emberekkel szembeni előítéletek forrásának jelentős részét, hogy a többségi társadalom homogén hajléktalan csoportnak tekinti a különböző hajléktalan élethelyzetben élőket.

A 354 interjú több mint 40 százaléka olyanokkal készült, akik elsősorban közterületen élnek (idesorolva a legalacsonyabb küszöbű intézményeket is). Mintegy 210 interjú készült (átmeneti) szállókon. Az összes interjú mintegy 93 százaléka Budapesten, míg a fennmaradó 7 százalék Miskolcon, illetve Debrecenben készült. Ez utóbbi két intézmény eltér a budapestiektől, ugyanis elsősorban korábban bántalmazott és ma már absztinens, korábban szerhasználó anyákat (gyermekükkel), illetve leszokott férfi szerhasználókat látnak el (akik voltaképpen hajléktalanok).

Nem kérdéses, hogy az elsősorban alacsonyabb iskolai végzettségű és szegényebb sorból származó hajléktalan emberek saját hajléktalanságuk okaira irányuló retrospektív kérdésre adott válaszait óvatosan kell kezelnünk. A kérdőívben egyszerűen ezt kérdeztük: „Mi az oka annak, hogy hajléktalan?” Az esetenként évtizedek óta utcán élő hajléktalan emberek válaszai természetesen számos félreértésre adhatnak okot, a kérdés mégsem kerülhető meg. Bár a nem hajléktalan társadalomkutató részletesebben képes elemezni a hajléktalanság általánosabb okait, magának a megkérdezettnek mégiscsak több információja van arról, hogyan került abba az élethelyzetbe, amelyben él. A kérdőívben szereplő, zárt kérdésre 14 válaszlehetőséget és egy egyéb kategóriát soroltunk fel, melyek segítségével arra kértük a megkérdezetteket, hogy számoljanak be saját hajléktalanságuk okairól. A felkínált válaszlehetőségek a következők voltak: *szabadságvágy, válás, családon belüli erőszak, pszichiátriai betegség, egyéb betegség, alkohol és egyéb drogok, szerencsejáték, állami gondozás, munkahely elvesztése, rendszerváltás – munkásszállók megszűnése,*

*vidéki munkalehetőség hiánya, alacsony jövedelem, szegénység, lakásmaffia, egyéb, nem tudja, nem mondja meg.* A hajléktalanság összetett probléma, ezért lehetőséget adtunk arra, hogy több okot is megjelölhessenek a megkérdezettek. Mindössze öt megkérdezett akadt, aki *nem tudta*, míg nyolcan *nem akarták megmondani*, hogy miért lettek hajléktalanok. Ebből egyrészt arra következtethetünk, hogy a többségi társadalom szempontjából hajléktalannak minősítettek döntő többsége reflektál valamilyen módon annak az élethelyzetnek a genealógiájára, amelyben él. Ezzel együtt az is megállapítható, hogy a megkérdezettek döntő többsége alkalmasnak találta a felsorolt kategóriákat arra, hogy saját élethelyzetének okait meghatározza. Két, általánosabbnak tűnő kategória merült fel, amely nem szerepelt a felsorolt

listában, ugyanakkor egynél több megkérdezett számolt be róla. Az egyik ilyen ok az *üzleti csőd*, ami csődbe ment (kényszer)vállalkozásra és az annak következtében kialakult helyzetre utal. Az okok másik csoportja hasonlóképpen gazdasági csődöt jelöl: felvett hitelek törlesztésének elmaradását, amelynek következtében kilakoltatták a megkérdezetteket.

Tehát a hajléktalanság leggyakoribb okának a *szegénységet, anyagi problémákat* jelölték meg: a megkérdezettek közel fele (48%) számolt be arról, hogy *alacsony jövedelem, szegénység, lakásmaffia* vagy a *munkalehetőségek hiánya* miatt került az utcára. Ezek az okok hasonlóképpen jellemzőek mind a szállókon, mind a közterületeken élő férfiakra és nőkre. Ennek alapján is azt láthatjuk, hogy a hajléktalanság legnagyobb részt *anyagiakkal, szegénységgel* összefüggő probléma.

A második leggyakrabban megjelölt okok a *társas kapcsolatokkal, azok hiányával, illetve diszharmonijával* hozhatók összefüggésbe, amit Albert és Dávid kutatásai ugyancsak hangsúlyoznak. Minden harmadik megkérdezett számolt be arról, hogy hajléktalan élethelyzetének oka a *válás, a családi erőszak, vagy valamelyik családtag betegsége, illetve halála, vagyis a támogató kapcsolathálózat széthullása. Az állami gondozást* fő okként megnevezők is voltaképpen a társas kapcsolathálózat hiányáról számoltak be, arányuk valamennyi megkérdezett körében kilenc százalék. A hajléktalanságukat társas kapcsolati problémákra visszavezető aránya azonban mind nemenként, mind a közterületen, illetve szállókon élők körében különböző mértékű. Míg a közterületen élők közül többen (37%), addig a szállókon élők közül kevesebben (29%) nevezték meg ezt az okot. Hasonló nagyságrendű különbséget láthatunk a férfiak és a

nők között is: míg a férfiak 31, addig a nők 37 százaléka nevezett meg valamilyen társas kapcsolati problémát, amire hajléktalan élethelyzete visszavezethető. A társas kapcsolatok elvesztéséről a közterületen élő nők számoltak be a leggyakrabban, akiknek hajléktalan élethelyzete, bevallásuk szerint éppen annyira a *szegénység*, mint a *társas kapcsolatok diszharmoniója* következtében alakult ki (44%). Magyarázatra szorul, hogy a szállókon élő hajléktalan emberek esetében az aktuális támogató kapcsolathálózat szegényesebb, mint a közterületen élők esetében. Valamennyi megkérdezett 55 százaléka számolt be arról, hogy van olyan *nem hajléktalan* személy, akire baj esetén számíthat. A szállókon élők 53, míg a közterületen élők 58 százaléka mondta ugyanezt. Nagyobb különbség figyelhető meg a férfiak és a nők között. Míg a férfiak 52, addig a nők 66 százaléka mondta, hogy baj esetén számíthat *nem hajléktalan* ember (barát, rokon, munkatárs) támogatására. Ebből a szempontból a szállón élő hajléktalan férfiak vannak a leghátrányosabb helyzetben, ugyanis mindössze 48 százalékuk számolt be *nem hajléktalan* társas támogatásról (akik körébe természetesen nem számítanak bele a szállókon dolgozó szakemberek). Az utcán élő nők esetében a legnagyobb azoknak az aránya, akik valamilyen *nem hajléktalan* támogató kapcsolatról számoltak be (67%). A *nem hajléktalan* támogató kapcsolathálózatra vonatkozó kérdés voltaképpen a hajléktalan élethelyzetben lévők társadalmi integrációjának egyik indikátora (a társadalmi hálózat szempontjából). Amennyiben úgy tesszük fel a kérdést, hogy „*Van-e olyan hajléktalan személy, akire baj esetén számíthat?*”, akkor a hajléktalan közösségre vonatkozó indikátorhoz, már-már a hajléktalanság kultúrájának egyik jellemzőjéhez juthatunk. Az összes megkérdezett alig 50 százaléka jelezte, hogy van ilyen támogató *hajléktalan* társas kapcsolata. A nők ezúttal is nagyobb, míg a férfiak kisebb arányban mondták ezt. A közterületen, illetve a szállókon élők esetében is hasonló a helyzet, mint a *nem hajléktalan* társas támogató kapcsolatoknál. A szállókon élők közül ezúttal is kevesebben számoltak be arról, hogy van olyan *hajléktalan* személy az életükben, akire baj esetén számíthatnak (41%), míg a közterületen élők között 57% azok aránya, akik ugyanezt mondták. A közterületen élő hajléktalanok *hajléktalan* támogató kapcsolathálózata jelentősen különbözik a nők és a férfiak körében. A közterületen élő nők 68, míg a férfiak 54 százaléka számolt be arról, hogy van olyan *hajléktalan*, akire baj esetén számíthat. Az aktuális társas támogató kapcsolatokról egyrészt elmondható, hogy a

A MEGKÉRDEZETT HAJLÉKTALAN SZEMÉLYEK ÉRTÉKRENDSZERÉBEN AZ AUTONÓMIA A LEGFONTOSABB HELYEN TALÁLHATÓ. MEGELŐZVE MINDEN MÁS ÉRTÉKET

közterületen élők esetében jelentősebb, s ennek alapján talán nagyobb mértékben integráltak a többségi társadalomba, mint a szállókon élők. Az indikátor alapján nem lehetséges a hajléktalan szállók hospitalizációs problémájának elvetése, vagyis az, hogy a szállókon élők olyan élethelyzetbe kerülnek, amely a szálló falai közé záródik, megnehezítve a szociális ellátórendszerrel egyre kevésbé függő önálló élet kialakítását. Ráadásul a szálló falai közé zárt, gyakran nyugdíjas megkérdezett hajléktalan emberek támogató kapcsolathálózata is kisebb, már-már „elfekvő” életet élnek. Másrészt látnivaló, hogy a közterületeken élő nők kapcsolathálózata szorosabb, nagyobb mértékben számíthatnak egymásra, mint a „vadabb” jelzővel leírható közterületen élő férfiak csoportjai. A kérdésre adott válaszok megoszlása még akkor is beszédes, ha a válaszok valamiféle percipiált helyzetre vonatkoznak, és nem tudhatjuk biztosan, hogy baj esetén mit is tennének azok az emberek, akikre a megkérdezettek válaszaikban gondoltak.

A hajléktalanságuk okait a *társas kapcsolatok hiányára* visszavezető attribúcióktól nem lehet független az *állami gondozás* hajléktalanságot előidéző okként való megnevezése sem. Az ilyen típusú okok a közterületen élő hajléktalan emberek esetében jelentősebbek (13%), míg a szállókon élő hajléktalanok körében kevésbé relevánsak (6%). Az *állami gondozás* utóhatásai szempontjából az utcán élő nők vannak a legnehezebb helyzetben, ugyanis 22 százalékuk tekint az állami gondozásra úgy, mint hajléktalansága okára. Több kelet-magyarországi interjúalanyom is arról számolt be, hogy miután szinte gyermekkorától fogva állami gondozásban nőtt fel, megjelent életében „A” férfi, aki azzal kecsgettette, hogy majd segítségével megvalósíthatja a szép új életet, hozzájuthat a társadalom többsége által legfontosabbnak tartott értékhez: mégpedig a családhoz,<sup>7</sup> azaz családban élhet. Miután az állami gondozásban felnőtt fiatal nők hittek „A” férfinak, elhagyták az intézetet, és hosszabb-rövidebb ideig (kb. fél évig) minden a megbeszéltek szerint zajlott: igyekeztek együttműködve a közös célt megvalósítani. Aztán jöttek a problémák (anyagi gondok, más családtagokkal való konfliktusok, megalázás, egyre látványosabbá váló problémás szerhasználat), amelyek következtében az interjúalany akarata ellenére sok-sok kék és lila folttal „európai karriert” épített Nyugat-Európa nagyvárosainak utcáskáin (Amsterdam kirakataiban). Itt egészen addig prostituált rabszolgaként dolgoztatták, amíg a fizikai agresszió nyomai olyannyira alkalmatlanná

tették a munkára, hogy engedték elszökni, hiszen már nem kellett senkinek, nem volt „piaci értéke”. A „karrier” másik típusa a falu, kisváros határában kezdődött, ahová ki kellett menni dolgozni. Esetenként jobb is volt dolgozni, mint „otthon” lenni, hiszen otthon a teljes rabszolgasors, kiszolgáltatottság, bántalmazás várt rá: totális panoptikum<sup>8</sup> míg a viszsztatéró ügyfelek között voltak olyanok is, akik átérték a prostitúcióra kényszerített nő helyzetét, s kifejezetten támogatók voltak vele (javasolták, hogy szökjön meg, több pénzt adtak, így saját használatra is megtarthatott belőle az ételhez is gyakran szűkösen jutó, prostitúcióra kényszerített nő). A két életút és az interjúk többi részlete alapján úgy tűnik, hogy az állami gondozásból kikerülő fiatal nők rendkívüli módon kiszolgáltatottak annak, hogy nincsenek olyan végső esetben rendelkezésre álló kapcsolataik, amelyekhez veszély esetén támogatásért, védelemért fordulhatnak (ezen a helyen területi korlátok miatt az életutak mindössze néhány elemének kiemelése lehetséges).

A szegénységet (anyagi okok) és a társas kapcsolat hiányát (ideértve az állami gondozást is) megnevezők után hajléktalanságukat a szerhasználatra visszavezetők aránya a harmadik legnagyobb. A megkérdezettek mintegy 14 százaléka látja úgy, hogy az alkohol vagy a kábítószeresek számlájára írható, hogy az utcára került. Fontos kiemelni, hogy az önbevallások alapján ez az ok döntően kisebb gyakoriságú, mint az előző kettő, azaz a hajléktalan megkérdezettek döntő többsége vagy nem erre vezeti vissza hajléktalanságának okait, vagy nem merete ezt elárulni (esetleg tudomásul venni). Ezzel együtt a közterületeken, illetve szállókon élők, továbbá a nők és a férfiak is jelentősen különböznek aszerint, hogy mekkora arányban jelölték meg hajléktalanságuk okának a szerhasználatot. A legnagyobb arányban az utcán élő férfiak számoltak be arról, hogy hajléktalanságuk a szerhasználatra vezethető vissza (24%), a legkisebb arányban pedig a szállókon élő nők (4%). Annak következtében, hogy rákérdeztünk a szerhasználói szokásokra is, valamint arra is, hogy igénybe vennének-e olyan tanácsadást, amely megkönnyítené a szerhasználatról való leszokást, lehetőségünk nyílt egyrészt a problémás szerhasználat azonosítására, másrészt arra is, hogy a szerhasználat jelentőségét felmérjük. A problémás szerhasználat azonosítására ugyan léteznek protokollok, azonban az mégsem minden esetben egyértelmű, viszont feltételezhető. Nem egyedi eset, hogy valaki napi öt liter kannás bor elfogyasztását követően sem érzi úgy, hogy problémás lenne

szerhasználata, hogy szakemberhez kellene fordulnia. Minden második megkérdezett nyilatkozott úgy, hogy több-kevesebb rendszerességgel fogyaszt alkoholt (52%). A szállón élők között kevesebben (37%), míg az utcán élők között többen (74%) állították ezt. Nem csupán a férfiak: a közterületen élő nők 64 százaléka fogyaszt alkoholt. A cigarettafogyasztás mértéke meghaladja az alkoholfogyasztását, ugyanis a megkérdezettek 74 százaléka dohányos. Az utcán élők között többen (81%), míg a szállón élők között kevesebben (69%) dohányoznak. A férfiak és a nők között nincs jelentősebb különbség a dohányzás gyakoriságát tekintve. Viszont eltérő minőségű cigarettákat fogyasztanak a közterületen és a szállókon élők. Míg az utóbbi csoport tagjai töltik, sodorják a cigarettát, addig a közterületeken élők jelentős része csikkez (34%).

A harmadik leggyakrabban fogyasztott szerek közé az eredeti rendeltetésük szerint elsősorban *gyógyszerek* nevezett anyagok tartoznak (altató, nyugtató). A megkérdezettek 15 százaléka szed kisebb-nagyobb rendszerességgel nyugtatókat, altatókat. A három leggyakrabban használt szer: Rivotril, Xanax, Frontin. Gyógyszereket azonban nem a közterületen, hanem az intézményben élők szednek gyakrabban. Az utcán élők 12, míg a szállókon élők 17 százaléka szed altatót, nyugtatót. A férfiak és a nők között jelentősebb

különbségek vannak, ugyanis a nők 22, míg a férfiak 12 százaléka szedi az előbbieken említett pirulákat. Legnagyobb arányban a szállón élő nők között található olyanok, akik altatókkal, nyugtatókkal élnek (25%), míg a közterületen élő férfiak esetében a legalacsonyabb az arányuk (10%).

Minden negyedik megkérdezett számolt be arról, hogy korábban vagy jelenleg pszichológiai, pszichiátriai kezelés alatt állt vagy áll. Az utcán élők 22, míg a szállókon élők 29 százaléka nyilatkozott így. Annak ellenére, hogy a megkérdezettek mindössze 9 százaléka nevezett meg valamilyen betegséget hajléktalansága okának, viszonylag magas a jelenlegi, illetve korábbi pszichiátriai kezeltek száma. Elsősorban a nők körében magas az ilyen jellegű kezelésben részesültek, illetve részesülők aránya. A közterületen élő nők 31, míg a szállókon élő nők esetében 36 százalék. Ahogy látható, a közterületeken élők közül kevesebben nyilatkoztak úgy, hogy volt már az életükben olyan helyzet, amikor pszichológiai, pszichiátriai segítségre volt szükségük. Feltételezhető, hogy ennek az oka nem abban keresendő, hogy a szállókon több ilyen jellegű rászoruló él, hanem abban, hogy a szállókon élők számára inkább tudja biztosí-

ELSŐKÉNT ENNEK A LEGALÁBB 2000 EMBERNEK KELLENE FÉRŐHELYET BIZTOSÍTANI AHOZ. HOGY A HAJLÉKTALANOK ÉS A NEM HAJLÉKTALANOK KÖZÖTTI TÁRSADALMI FESZÜLTSEGEK OLDÓDJANAK

tani az ellátórendszer a segítséget. Ugyanakkor az intézményekre vonatkozóan is értelmezhető a helyzet, hiszen nem csak és kizárólag a hajléktalanságot, hanem egyéb pszichológiai problémákat is kezelnek. A viszonylag magas nyugtatót, altatót szedő megkérdezettek és a pszichiátriai kezelték arányából arra következtethetünk, hogy a hajléktalanság nem csak és kizárólag a fedél nélkülséget, a közterületeken vagy ellátó intézményekben való életet jelenti, hanem a lélek diszharmonióját is. Ugyancsak ezzel függ össze az illegális kábítószeres használatának gyakorisága is. Az összes megkérdezett hajléktalan 9 százaléka számolt be arról, hogy kisebb-nagyobb rendszerességgel fogyaszt valamilyen illegális kábítószer. A kábítószer-használók döntő többsége közterületen él: minden ötödik utcán élő hajléktalan használ valamilyen illegális kábítószer (ez a viszonylag magas arány annak is köszönhető, hogy az Utcafront utcai szociális munkásai saját klienseiket, az utcai szerhasználókat kérdezték meg). Jelentős különbség van a férfiak és a nők kábítószer-használata között, mind a közterületeken, mind a szállókon. Amíg a szállón élő férfiak 2, addig az utcán élő férfiak 23 százaléka használ valamilyen kábítószer. Egyetlen szállón élő nő sem számolt be arról, hogy fogyasztana valamilyen illegális kábítószer, ugyanakkor az utcán élő nők között 14 százaléka kábítószer használók aránya.

Amennyiben összeszámoljuk, hogy a négy szer közül mennyit használnak a megkérdezettek, akkor valamiféle átlagos szerhasználati mutatóhoz jutunk. Valamennyi megkérdezett között 1,49-es átlagos szerhasználatot kapunk, azaz összességében 1-2 szert használnak a megkérdezett hajléktalan emberek. Azonban jelentős különbség van a női és a férfi hajléktalanok között, hiszen míg a nők átlagosan 1,36, addig a férfiak átlagosan 1,55 szert használnak a felsorolt négyből (alkohol, gyógyszer, cigaretta, kábítószer). A különbségek még szembeütőbbek, ha a közterületen és a szállókon élők átlagos szerhasználatát hasonlítjuk össze. Míg az utcán élők átlagosan 1,86 addig a szállókon élők átlagosan 1,23 féle szert használnak a felsorolt négyből. Összességében megállapítható, hogy az utcai élet gyakoribb és szélesebb spektrumú szerhasználattal jár, gyakoribb a *politoxikománia*. Még akkor is megfontolandóak a válaszok, ha az önbevallások alapján nyilvánvalóan a valóságosnál kedvezőbb képet festenek magukról a megkérdezettek (ráadásul az is kérdéses, hogy bizonyos mennyiségű kábítószer, alkohol elfogyasztását követően mennyire írják le hűen a helyzetet a válaszok).

#### A TÉMA KRIMINALIZÁLÁSÁVAL MIND A JOGALKOTÓ, MIND AZ ÁLLAMPOLGÁROK RÉSZÉRŐL HATALMI KÉRDÉSSÉ VÁLIK A HAJLÉKTALANSÁG KÉRDÉSE.

Nem lényegtelen, hogy milyen kábítószereket használnak a megkérdezettek és persze az sem, hogy miként juttatják testükbe ezeket az anyagokat. A megkérdezett kábítószereket használó hajléktalan emberek legkevésbé *amfetamint* használnak (10%), amelyet a *heroin* (23%) és a *marihuána* használata (32%) követ. A legtöbb kábítószer-használó dizájner drogok használatáról számolt be, azaz éppen a legolcsóbb, és kiszámíthatatlan összetétele következtében a legveszélyesebb anyagot használja.<sup>9</sup> A kábítószer használó hajléktalanok mintegy 37 százaléka nem árulta el, hogy milyen módon juttatja testébe a szert. A leggyakoribb beviteli mód az injektlás. Az intravénás szerhasználók aránya valamennyi kábítószer használó megkérdezett között 47 százalék. Ennél többen lehetnek az intravénás szerhasználat által (is) veszélyeztetettek.

Annak ellenére, hogy a kutatásunkban megkérdezett hajléktalan emberek 9 százaléka állította, hogy többkevesebb rendszerességgel használ valamilyen kábítószer, ugyanakkor minden negyedik megkérdezett nyilatkozott úgy, hogy ha tehetné, akkor igénybe venne Hepatitis C- és/vagy HIV-szűrést. A 354 megkérdezett hajléktalan közül 82-en mondták ezt. Többségük mind Hepatitis C-, mind HIV-szűrést igénybe venne, alig 23 százalék azok aránya, akik csak az egyiket. Ahogy az várható volt, a közterületen élők közül többen (34%), míg a szállókon élők, illetve oda betérők között kevesebben vannak olyanok, akik ilyen jellegű szűréseken részt vennének (16%). A férfiak valamivel többen (25%), míg a nők kevesebben (20%) vennének részt Hepatitis C- vagy HIV-szűrésen.

A kérdőívben több kérdés is szerepelt, amely a HIV illetve Hepatitis C szűrésére vonatkozó igényekhez hasonlóan közegészségügyi relevanciával is rendelkezik, azaz nem csak és kizárólag közvetlenül a hajlék nélkül élőket érintő szolgáltatások igénybevétele érdekében kérdeztek rá. Ezek közé tartozik a *közfürdő* és a *tüdőszűrés* igénybevétele. A közterületeken élő hajlék nélküliek 56 százaléka nyilatkozott úgy, hogy igénybe venne közfürdőt, ha lenne rá lehetősége. Ez az arány a közterületen élő nők esetében mintegy tíz százalékkal magasabb, mint a férfiaknál. A szállókon élő, illetve oda betérő férfiak és nők között azonban pontosan fordított a helyzet. Míg a szállókra betérő nők alig 3, addig a szállókon megjelenő férfiak mintegy 16 százaléka nyilatkozott ugyanígy. Ebből az adatból természetesen arra is következtethetünk, hogy a szállókon élők sem stabilan vannak az intézményben, hanem esetenként intézményen kívül is alszanak, máskülönben miért is lenne szükségük közfürdői szolgáltatásokra. A *tüdőszűrés* igénybevétele

is hasonló tendenciát mutat. Az utcán élők 46, míg a szállókon élők 27 százaléka nyilatkozott úgy, hogy részt venne tüdősűrűsítésen, amennyiben lenne rá lehetősége. A megkérdezett hajléktalan férfiak között valamelyest magasabb (38%), míg a nők között alacsonyabb (30%) azok aránya, akik részt vennének tüdősűrűsítésen, ha lenne rá lehetőségük. A megkérdezett hajléktalan emberek fele a felkínált négy szűrési közül legalább egy szűrűsítésen részt venne. A felkínált négy szűrési szolgáltatás közül a szállókon élő nők inkább igénybe átlagosan a legkevésbébbet (0,33), míg a legtöbb szűrűsítésen az utcán élő nők vennének részt (2).

A hajléktalanná válás szubjektív megítélése szerint tehát a megkérdezett hajléktalan emberek többségének véleménye szerint az *anyagi okok, munkahelyek hiánya, azaz a szegénység* a legdominánsabb kockázati tényező a hajléktalan élethelyzetbe kerülés szempontjából (48%). Második leggyakoribb oknak a *válást, a családi kapcsolatok hiányát, a családon belüli erőszakot* (33%), valamint az *állami gondozást* (9%) nevezték meg. Harmadik leggyakoribb oknak a *szerhasználatot* tekinthetjük, hiszen ennek megnevezése volt a harmadik leggyakoribb (14%). A sorban következő saját bevallás szerinti okot valamilyen *betegség* jelentti (9%). Végül a sort a *szabadságvágy* zárja (6%), amelyet a közterületen élők mintegy kétszer akkora arányban neveztek meg, mint a szállókon élők (8% vs 4%).

A látszólag jelentősen különböző okok szinte mindegyike összefügg valamiféle feszültségekkel teli helyzetből való *meneküléssel*, a helyzetből való kiszakadással. Nyomasztó a szegénység: amikor nincs elegendő pénz ételre, a számlák kifizetésére. Nyomasztó az erőszakos családi légkör vagy a támogató kapcsolathálózat széthullása. Az is nyomasztó, ha valakinek sosem volt családja, egész életében ping-pong labdaként pattogott a különböző intézmények között, miközben a társadalom többsége legfőbb értéknek a *családot* tartja (8. vj.). Amint arról több interjúalanyom is beszámolt, a kábítószer-használat is voltaképpen menekvés volt a nyomasztó családi légkör elől. „*A ránk mért élet nehéz, túl sok fájdalmat, csalódást és megoldhatatlan feladatot hoz magával. Hogy mindezt elviselhessek, nem nélkülözhetjük a csillapítószereket... Talán háromféle ilyen szer van: nagymérvű kikapcsolódások, melyek nyomorunkat alacsonyra értékelik, pótkielégülések, melyek csökkentik, kábítószer, melyek érzéketlenné tesznek iránta. Valamelyik ezek közül elengedhetetlen*” – írja Freud a *Rossz közérzet a kultúrában* című munkájában.<sup>10</sup> Lélektani értelemben a

hajléktalanság a nyomasztó helyzetekből való meneküléssel függ össze, azaz Berlin<sup>11</sup> és Sen<sup>12</sup> meghatározásából kiindulva a negatív szabadsággal, azaz a *„szabadnak lenni valamitől”* érzésével: megszabadulni a nyomasztó helyzetektől. A közterületeken való életvitel ebben az értelemben szabadsággal párosul, hiszen azoktól a nyomasztó helyzetektől szabadul meg lélektani értelemben a hajléktalan sorsú, amelyek közé született, amelyekben korábban élt. Azonban a szabadság nagymértékben illúzió, hiszen legfeljebb saját maga szabadságát élvezheti, a közösségben, társadalomban élő szabad ember szabadságát, a pozitív *„szabadnak lenni valamit megtennire”* való szabadságot nem. Ezért is van az, hogy a megkérdezett hajléktalanok értékrendszerében az *autonómia* a legfontosabb helyen található,

megelőzve minden más értéket. (Ezt a Schwartz-teszt<sup>13</sup> használatával mértük, de az értékrendszerek részletes összehasonlítása meghaladja e tanulmány terjedelmét). Annyit azonban szükséges megjegyeznünk, hogy míg a felnőtt magyar társadalomban a *biztonságos* életre törekvés található az értékrendszer legelőkelőbb helyén (nem függetlenül az anyagi bizonytalanságtól), addig hajléktalanok között az *autonómia* (ez egyébként minden más, vizsgált deviáns csoportban is így van). Ezzel együtt azt is érdemes megjegyezni, hogy a *hatalom akarása* a hajléktalanok csoportjaiban nagyobb mértékben elutasított, mint a felnőtt többségi társadalom körében (a hajléktalanoknál a legelutasítottabb, míg a többségi társadalomnál a második legelutasítottabb érték a *hatalom akarása*).

A többségi társadalom hajléktalanokkal kapcsolatos attitűdjének mérésére a 2013 májusában készült Konfliktus Monitor kutatás második hullámában a társadalmi távolság egyik indikátorát használtuk. Az 1000 fős, országos, 18 éven felüliek reprezentatív mintájának feltett kérdésünkben 15 csoport reprezentánsairól kérdeztük, hogy elfogadná-e szomszédjának a megkérdezett. Legkevésbé *bűnözőt* (16%), *kábítószerest* (23%), *elmebeteg* (26%) és *alkoholistát* (34%) fogadnának el szomszédnak. Leginkább pedig *liberálist* (74%), *korábban hajléktalanként élő* (72%), *bevandorlót* (72%) és *kommunistát* (69%) fogadnának el a megkérdezettek szomszédnak. Azaz ez utóbbi csoportokkal szemben kisebb, míg az előbbi csoportok esetében nagyobb távolságot tartana az ország felnőtt népessége. Összességében az látható, hogy a *korábban hajléktalanként élők* a második leginkább elfogadott kategóriának tekinthetők, tehát túl nagy baj nincs – gondolhatnánk. Azonban Budapesten a sor-

rend egészen máshogy alakul, mint vidéken. Míg a fővároson kívül legszívesebben egy *korábban hajléktalanként élő*t fogadnának el valamennyi csoport közül a szomszédnak (73%), addig az egyébként leginkább liberálisnak tekinthető Budapesten a hetedik helyre szorul a *korábban hajléktalanként élő* szomszédként való elfogadása (67%). Tehát éppen ott, ahol a legtöbb hajléktalan él, ahol a represszív hajléktalanpolitika bevezetése elkezdődött. Az aktuális hajléktalanpolitika kialakítói talán számítottak erre. Persze az is lehet, hogy az egyébként elsődlegesen szociális kérdés médiában is széles körben megjelenő rendszeti és politikai kérdéssé tematizálása formálta a budapestiek attitűdjét. Mindenesetre a többszöri próbálkozások után is az Alkotmánybíróságról visszapattant hajléktalantörvény legutóbbi változtatásai (immár az Alaptörvényben is szabályozott elemei) a legalsóbb döntési szintre delegálják a hajléktalanság büntethetőségének szabályozását. A legalsóbb szint pedig nem ér véget az önkormányzatoknál, a helyi hatóságoknál. Az életvitelszerűen közterületen élés ugyanis nem minden esetben egyszerűen bizonyítható tényállás, amelynek során a nem hajléktalan emberek közreműködésére is számít a jogalkotó. Bizonyos értelemben ez érthető is lenne, hiszen elképzelhető, hogy vannak olyan nem hajléktalan emberek, akik kellemetlenül érzik magukat, ha hajléktalannal találkoznak. Azonban ennek ésszerű megvalósításához hiányzik néhány ezer férőhely az ellátórendszerből. Annak ellenére, hogy a Február Harmadika Munkacsoport 2014 februári adatfelvételei nem tekinthetők reprezentatívnak, annyi a felmérés alapján biztosan állítható, hogy több mint 3000 ember volt 2014 február 3-án fedél nélkül az utcán. Az ország valamennyi menedékhelyén/szállásán 11 459 férőhely volt, melyek kihasználtsága az adatfelvétel napján 85 százalékos volt. Ez azt jelenti, hogy mintegy 1650 ember fért volna még el az intézményekben 100 százalékos kihasználtság mellett. Vagyis, amennyiben minden utcán válaszoló hajléktalan bement volna valamilyen intézménybe, akkor is hiányzott volna 1600 férőhely. A kutatás nem reprezentatív, többek között azért sem, mert a kisebb vidéki városokban nincs utcai szolgálat, így csak a szállókon élőket érhették el a kutatásban résztvevő szervezetek munkatársai. Azaz nagy valószínűséggel állítható, hogy néhány ezer férőhely hiányzik a hajléktalanellátásból. Tehát elsőként ennek a legalább 2000 embernek kellene férőhelyet biztosítani ahhoz, hogy a hajléktalanok és a nem hajléktalanok közötti társadalmi feszültségek oldódjanak (a hajléktalanság meghatározásától függően a hajléktalanokkal foglalkozó szakemberek szerint 2000–8000 férőhely hiányzik). A szociális kérdés rendszeti problémává transzformálása növeli a

konfliktusokat, hiszen egy hasonló élethelyzetben lévő osztálytársadalmi szinten is releváns nagyságú csoport kirekesztésével jár, azaz a bajok további fokozásával. A téma kriminalizálásával mind a jogalkotó, mind az állampolgárok részéről hatalmi kérdéssé válik a hajléktalanság kérdése.

Mindezek alapján a hajléktalanság és a deviancia szociológiai értelmezése során nem lehetséges a deviancia hatalmi, társadalmi kontroll megjelenési formája szerinti megközelítésének figyelmen kívül hagyása. Ezért is tűnik célszerűnek annak a posztmodern megközelítésnek az alkalmazása, amelynek eminens képviselője Foucault, aki a *felügyelet* és a *büntetés* fogalmait használja a deviáncsá minősítés történeti vizsgálatá során.<sup>14</sup> A deviáncsá minősített szubkultúrák tehát a társadalomban uralkodó hatalmi helyzetek következtében alakulnak ki.

Az ellátórendszer felkészületlensége más problémákkal is együtt jár. Ahogy láthattuk, komoly közegészségügyi problémák is felmerülnek, amelyekről a hajléktalan élethelyzetben lévő emberek igényei tanúskodnak. Amennyiben elsődlegesen és kizárólagosan bűnügyi kérdéssé alakul a hajléktalanság és az ahhoz kapcsolódó egyéb problémák (szerhasználat stb.) megoldása és kezelése, akkor azt feltételezhetjük, hogy a szigorú rendszeti eszközökkel a törvényalkotó elsődleges célja a jelenség megszüntetése. Azonban sem a szerhasználat, sem a hajléktalanság, és sok más deviancia sem szüntethető meg. Egyszerűen nem fog sikerülni, mint ahogy ezt az európai kultúra ezeréves története is jól példázza (Foucault imént idézett művében ennek egy szeletét mutatja be). Egy-egy szociálisan hátrányos helyzetű csoport feletti erőteljes társadalmi kontroll az adott csoport tagjainak visszahúzóadásához, elbújásához vezet. Ha visszahúzódnak, elbújnak, megtalálni is nehezebb őket, és természetesen kontrollálni is. Azonban szűrni is. Éppen ezért a szerhasználatához és a hajléktalansághoz hasonló devianciák és az azok körül létrejövő társadalmi konfliktusok korszerű menedzselése nem lehetséges széles körű ártalomcsökkentő (szociál)politika nélkül. Ártalomcsökkentés nélkül ugyanis nem csak a represszív hajléktalanpolitika által közvetlenül megcélzott csoportok tagjai, hanem a teljes társadalom is veszélybe kerülhet. A kábítószer-területén forradalom ment és megy végbe, ugyanis a dizájn drogokkal olyan anyagok jelentek meg a piacon, amelyek célcsoportját elsősorban a legszegényebbek, a leginkább nehéz helyzetben lévők jelentik, tekintettel arra, hogy ezek a szerek néhány száz forintból megvásárolhatók. Hatásuk és minőségük roppant bizonytalan, gyakran teljesen kiszámíthatatlan és az intravénás szerhasználat során gyakrabban is kell ezeket injektálni (mint pl. a heroint), a

gyakoribb szúráshoz (naponta 5-10) pedig több fecskendőre van szükség. Annak következtében, hogy a hajléktalanok a többségi társadalomtól nem hermetikusan elzárt térben élnek – ahogy láhattuk, baj esetén többségük számíthat nem hajléktalan ember segítségére – kérdéses, hogy közegészségügyi szempontból meddig tartható az a rendkívül különös magyar sajátosság, hogy míg az intravénás szerhasználók 70 százaléka Hepatitis C-vel fertőzött (amelynek gyógyítása rendkívül költséges, akár évtizedeken át tartó, gyakran halálhoz vezető betegség), addig 2009 és 2013 között mindössze egyetlen, külföldi HIV-fertőzöttet szűrtek ki (2013-ban). Főleg úgy, hogy miközben ellehetetlenül az ország legnagyobb intravénás szerhasználói közösségében, a Józsefvárosban működő, ártalomcsökkentő tűcsereprogram, addig az életvitelhez szükséges pénz gyakran ahhoz a prostitúciós tevékenységhez kötődik, amely többek között a Keleti Pályaudvaron zajlik (nem csak magyar állampolgárok között, hiszen éppen ide futnak be a HIV által egyik leginkább fertőzött európai országból, Ukrajnából is a szerelvények). Az EPINFO 21. évfolyamának 15. számában közölt adatok szerint a 2009 és 2013 között egyetlen HIV-pozitív esetet találtak az intravénás szerhasználók rizikócsoportjában (akit éppen 2013-ban, a tűcsereprogramok működésének egyre szűkülő időszakában szűrtek ki, s aki külföldi volt).<sup>15</sup> 2014 tavaszán három magyar állampolgár szervezetében találtak HIV-vírust, akik közül ketten utcai intravénás szerhasználók.

Mindezek alapján egyáltalán nem teoretikus a kérdés: van-e ésszerű határa a társadalmi kontrollnak? Milyen mértékben célszerű fokozni a társadalmi kontrollt a társadalom védelmében?

## JEGYZETEK

- William Graham SUMNER: *Népszokások*, ford. FÉLIX Pál, Budapest, Gondolat Kiadó, 1978.
- Henry James Sumner MAINE: *Az ősi jog*, ford. SÁRKÁNY Mihály, Budapest, Gondolat, 1988.
- Isaiah BERLIN: *Four Essays on Liberty*, Oxford, Oxford University Press, 1969.
- PRAZSÁK Gergő: Kultúrák közötti meg(nem)értés, in BACSÁK Dániel – KRÁMER Lili – SZABÓ Miklós (szerk.): *Kulcskérdések a társadalomtudományban*, Budapest, ELTE TáTK, 2013, 255–333.
- Mintegy két tucatnyi szakember vett részt eddig a kutatásban. Mindezek alapján köszönettel tartozom értékes gondolataiért és segítségéért Bereczki Lindának, Bereczky Tamásnak, Bódis Enikőnek, Miletics Marcellnek, Nagy Zsoltnak, a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront munkatársainak, a Leo Amici Alapítvány munkatársainak és mintegy tucatnyi szociális munkás hallgatónak. A hajléktalan emberek körében készült kutatás valamennyi folyamatát Miletics Marcellel együtt készítjük.
- ALBERT Fruzsina – DÁVID Beáta: *Ha elszakad a háló... A hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben*, Budapest, Új Mandátum, 2001, 43.
- FÜSTÖS László – SZAKOLCZAI Árpád: Kontinuitás és diszkontinuitás az értékpreferenciákban (1977–1998), *Szociológiai Szemle*, 1999/3, 54–71.
- BACSÁK Dániel: Családi panoptikum, in PRAZSÁK Gergő (szerk.): *Szülőgyilkosságok Magyarországon az ezredfordulón*, Budapest, Apeiron, 2012, 83–96.
- JÁSZBERÉNYI Sándor interjúja Rácz Józseffel: „Nem tudni mennyi a halálos adag” – Rácz József pszichiáter. 2014. április 14. <http://atlatszo.hu/2014/04/14/nem-tudni-mennyi-a-halalos-adag-racz-jozsef-pszichiater/> (letöltve: 2014.06.17.)
- Sigmund FREUD: Rossz közérzet a kultúrában, ford. LINCZÉNYI Adorján, in *Esszék*, Budapest, Gondolat, 1982, 339.
- BERLIN (4. vj.)
- Amartya SEN: Az egyéni szabadság mint társadalmi elköteleződés, ford. FERGE Zsuzsa, *Esély*, 1999/1, 3–18.
- Shalom H. SCHWARTZ: Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries, in Mark P. ZANA (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*, 1992, 1–65.
- Michael FOUCAULT: *A bolondság története*, ford. SUJTÓ László, Budapest, Atlantisz Kiadó, 2004.
- EPINFO, Országos Epidemiológiai Központ, 2014, 166. [http://epa.oszk.hu/00300/00398/00581/pdf/EPA00398\\_epinfo\\_2014\\_15.pdf](http://epa.oszk.hu/00300/00398/00581/pdf/EPA00398_epinfo_2014_15.pdf) (letöltve: 2014.06.17.)