

Tartalomjegyzék

1. Szociálpszichológia vázlata	2.
2. Segítőkapcsolatok pszichológiája	15.
3. Fejezetek az életkorok lélektanából	30.
4. Egyéb témák (önismeret, szupervízió, szexualitás, drog, hajléktalanság stb.)	43.
5. Buda Béla: Az öngyilkosság (kivonat)	55.
6. A humanisztikus pszichológia alkalmazása a Lelkisegély Telefonszolgálatok munkájában	64.
7. Buda Béla: Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át	67.
8. A kérdezés művészete	81.
9. A nondirektív segítő beszélgetés	84.
10. 25 alapelv az öngyilkosokkal folytatott telefonbeszélgetésekhez	96.
11. A gyász	97.
12. Tringer László - Sümegi András - Boldizsár Ferenc: Személyiségzavarok	101.
Függelék:	
1. Irodalomjegyzék, szakkönyvek ismertetése, annotált irodalomjegyzék	108.
2. Tanulmányok külföldi és hazai folyóiratokból	123.
3. A segítő kapcsolat lényege	
4. Öngyilkossági cselekményre készítő (motivációs) lista	
5. A Ringel-féle preszuicidiális szindróma	

Szociálpszichológia (vázlat)

A szociálpszichológia meghatározása:

a személyiség- és a társas kapcsolatok lélektana, az ember és a társadalmi környezet pszichológiája. (Buda Béla, 1978)¹

A szociálpszichológia tárgya nem más, mint az embereknek egymás vélekedéseire, viselkedésére gyakorolt hatása.²

Szociális interakció:

A társas kölcsönhatás lényege abban áll, hogy megnöveli az általános motivációs szintet, ezáltal fokozza a feszültséget, a cselekvésre való készenléti állapotot (Robert Zajonc). A jelenléte feltételező interakció két vagy több ember között egymás figyelembevételével történik. A helyzet teszi lehetővé az interakciós aktusokat, melyek sora adja az interakciós *eseményt*. A társas kölcsönhatás tartalmi mozzanatát minden esetben a *tevékenység* adja. Az interakciók a kapcsolatok viselkedésbeli (és érzelmi), vagyis *tartalmi* oldalát, a kommunikáció pedig a kapcsolat *formai* oldalát realizálja.³

Az emberi viselkedés modelljei (Allport):

- hedonizmus (örömkeresés, fájdalom elkerülése),
- hatalom és tekintély iránti igény,
- az altruizmus, a segítség vágya,
- a racionalizmus igénye.⁴

Szociális észlelés (személypercepció)

A mások észlelését tekintjük úgy, mint bármely interakció első, döntő fontosságú szakaszát. Először is észlelnünk és értelmeznünk kell embertársainkat, mielőtt értelmes kapcsolatba lépni velük.⁵

Fizikai észlelés:

a közvetlenül megfigyelhető „felszíni” tulajdonságokra irányul.

Szociális észlelés:

olyan tulajdonságokat érint, amelyek közvetlenül nem megfigyelhetők, hanem következtetni lehet rájuk.⁶

Érzékelni kell a másik embert ahhoz, hogy kapcsolat alakuljon ki. Benyomás alakul ki.

A kommunikáció ezek után jön majd létre.

Az érzékelés legelőször a látással történik.

A tárgyakkal külső tulajdonságokat érzékelünk, ezt fogadjuk el. Egy másik személynél is a külső tulajdonságokat érzékeljük, de a belső tulajdonságokra van szükségünk, arra vagyunk kíváncsiak.

Lényeges befolyásoló tényezők:

- az első benyomás,
- az érzelemkiváltó helyzetek,
- a hangulat is befolyásol.

Sajátos szempontok alapján a másik tulajdonságaiból a nekünk fontosakra figyelünk, és ezekről szerzünk tudomást (ezekről tudunk).

Attribúció (okság) elmélet

Fritz Heider szerint a szociális interakcióban való sikeres részvétel attól függ, hogy képesek vagyunk-e szociális környezetünket hatékonyan megérteni, jósolni és ellenőrizni. Ezt a feladatot úgy oldjuk meg, hogy a viselkedés mögött okokat tételezünk fel, és az okozás forrását a cselekvő személyben vagy környezetben keressük.⁷

Amikor történik valami, akkor hajlamosak az emberek valamilyen okot tulajdonítani az eseménynek, s a megfigyelők következtetéseket próbálnak levonni arról, hogy mi okozhatja az illető viselkedését. Az a szükségletünk, hogy valamiféle okot keressünk a másik ember viselkedésére, abból a tendenciából fakad, hogy az ember igyekszik túlmenni az adott információkon.⁸

Stabilizációs tendencia

Szeretnénk előrelátni a történéseket, ezért igyekszünk a környezetünk állandó változatlan elemeit felkutatni.⁹

Differencia-pontosság

A különbözőség felismerésében jobbak a szakemberek, de a sztereotípiák (általános) pontosság a laikusoknál jobb. Ahogy nő a

¹ Csepeli György: A szociálpszichológia vázlata (Népművelési Propaganda Iroda, Bp. 1979.)

² Aronson, Elliot: A társas lény (KJK, Bp. 1980.)

³ Csepeli György: i.m.

⁴ Forgas, Joseph P.: A társas érintkezés pszichológiája (Gondolat, Bp. 1989.)

⁵ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁶ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁷ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁸ Aronson, Elliot: i.m.

⁹ Csepeli György: i.m.

differentiapontosság, úgy csökken általában a sztereotípiapontosság.

Sztereotípiá (általánosítás):

Általános érvényűnek vélt túlzáson alapuló leegyszerűsített képeket nevezzük sztereotípiáknak.¹⁰

Felruházzuk olyan tulajdonságokkal, amit valamely csoporthoz tartozónak véltnek gondolunk.

Van néhány elv, amelynek alapján egyes dolgokat hajlamosak vagyunk egy csoportba sorolni és elkülöníteni a környezetünktől:

- hasonlóság elve,
- közelség elve,
- szimmetria elve,
- folyamatosság elve,
- együttes mozgás elve.¹¹

A csoportok megismerésének első sajátossága a túlzás, melynek az a funkciója, hogy megkönnyítse az eligazodást. Az érzésszerű és gondolati túlzás törvénye alól nem tudjuk magunkat kivonni. A túlzás talaján egy erősen leegyszerűsített kép jön létre az egyes csoportokról, hiszen a kép eleve csak egyes sajátosságaira terjed ki. Ennek az előnye az egyszerűség, a legkisebb erőfeszítés, de hátránya, hogy érvényükben általában nem kételkedünk, ez viszont megakadályozza az igazi megismerést.¹²

Ha a sztereotípiá tapasztalaton alapul és nagyjából pontos, akkor a világban való könnyű eligazodásunkat, alkalmazkodásunkat szolgálja. Ha azonban elleplezi előttünk, hogy milyen egyéni különbségek vannak egy embercsoporton belül, akkor a sztereotípiá inkább a rossz alkalmazkodáshoz járul hozzá, és potenciálisan nagy veszélyekkel járhat.¹³

Leginkább elterjedt sztereotípiák:

- Etnikum sztereotípiá,
- vallási sztereotípiák,
- nemi sztereotípiák.

Ha egyediségében érzékeljük, akkor az egyéni különbségeket is megismerjük. Tapasztalat nélkül a sztereotípiára hagyatkozunk.

A sztereotípiák túlzóak és túlzottan általánosak.

Attitűdök

Az érzésből fakadó sugallat az ítélet unokája... Érzésünkben bízni, ez annyit jelent, hogy inkább

¹⁰ Csepeli György: i.m.

¹¹ Csepeli György: i.m.

¹² Csepeli György: i.m.

¹³ Aronson, Elliot: i.m.

nagyapáinknak engedelmeskedünk, semmint értelmünknek és tapasztalatunknak. (*Nitzsche*)

Hétköznapi megismerésünk nem annyira saját eredeti tevékenységünk eredménye, mint inkább másoktól szerzett sémák alkalmazása. Attitűdjünk rendszere a biztonságot teszi lehetővé számunkra, ha boldogulni akarunk, akkor környezetünk attitűdjeihez kell igazodnunk. Az attitűd lényeges eleme a választás, melyet azonban nem pusztán gondolkodási tevékenység, vagy információ begyűjtése előz meg, hanem *érzés*, melynek eredete a társadalmi környezet, amelyben élt vagy él. Az attitűdnek iránya van, aszerint, hogy milyen érzés, szeretet vagy utálat képezi a magját. Az érzések erőssége változhat, innen az attitűdök intenzitása. Az attitűdök mélyén tudatlanság lapul, mely nem szégyen, de azzá válik, mihelyt a tudás álcájában óhajt tetszelegni.

Funkciói:

- ismereti funkció, mint tudáspótlék,
- értékeink kifejezésére szolgál,
- alkalmazkodásra ad lehetőséget,
- önvédelmi funkció.

Az attitűdök egyes elemei közötti viszonyt az egyensúly elve szabályozza.

Amikor egy attitűdön belül merül fel ellentmondás, akkor *disszonancia-redukcióra* kerül sor, amely abból áll, hogy meggyőzzük magunkat nem az igazi érvekkel, hanem csak azokkal, amelyekkel igazolhatjuk a disszonáns viselkedésünket.¹⁴

Előítélet

A primer szocializációs folyamatban alakul ki.

Az előítélet ellenséges vagy negatív attitűd valamilyen csoporttal szemben, - olyan attitűd, amely téves vagy nem teljes információkból származó általánosításokon alapul.¹⁵

Megfigyelünk valamennyi viselkedést, tulajdonságokat és ezt kiegészítjük a már ismertekkel, sztereotípiákkal.

Az emberek attribúciói összhangban vannak vélekedéseikkel vagy előítéleteikkel. Az előítélet negatív attribúciókat és sztereotípiákat hoz létre, ezek pedig visszahatnak az előítéletre, és tovább erősítik.¹⁶

Az emberek hajlamosak arra, hogy felelőst keressenek, amikor számukra igazságtalanságnak tűnő és egyébként is megmagyarázhatatlan végeredmény áll elő.

¹⁴ Csepeli György: i.m.

¹⁵ Aronson, Elliot: i.m.

¹⁶ Aronson, Elliot: i.m.

Az előítélet egyik meghatározója a személyiség önigazolási szükséglete. Egyes vizsgálatok szerint, ha az egyén szociális státusza alacsony vagy hanyatló, akkor sokkal hajlamosabb az előítéletre, mint az emelkedő státuszú egyének.¹⁷

Az előítélet kialakulását elősegítheti:

- a gazdasági és politikai konkurencia (anyagi előnyök miatt háttérbe szorítani egy kisebbségi csoportot),
- bűnbakképzés (gyenge és ártatlan csoportot okolni a hibákért, az agresszivitást rájuk helyezni).¹⁸

Az előítéletes személyiség

Vannak emberek, akik hajlamosak arra, hogy előítéleteket tápláljanak, nem pusztán a közvetlen külső hatásra, hanem saját személyiségvonásaikból következően is. *Theodor Adorno* ezeket az embereket *autoritariánus* (tekintélyelvű) személyiségeknek nevezte. A mérésére szolgáló attitűdskála az *F-skála*.¹⁹

Előítélet és konformitás

Pettigrew úgy véli, hogy az előítéletes magatartás legfőbb oka a társadalmi normák szolgálói módon való betartása - még akkor is, ha van bizonyos szerepe a gazdasági konkurenciának, a frusztrációnak és a személyiség szükségleteinek is.²⁰

Burkolt személyiségelmélet

A személyészlelés konstruktív folyamat, amelyben az észlelő tudása és korábbi tapasztalata néha fontosabb szerepet játszik, mint az észlelt ember tényleges tulajdonságai. Az emberekről felhalmozott tudásunk eredményeként valamennyien rendelkezünk „burkolt személyiségelmélettel”, ami tulajdonképpen a felhalmozott hipotéziseink és elvárásaink arról, hogyan szerveződnek az emberi tulajdonságok és jellemvonások. *George Kelly* szerint tapasztalatainkat úgy rendezzük, hogy megismerési „konstrukumokat” hozunk létre, amelyeken keresztül észleljük a világot. Ezzel arra törekszünk, hogy azt megerősítsük, és az új tapasztalatokat a korábban létrehozott konstrukum-mintába beépítsük.²¹

Általában „burkolt” személyiségelméletünkre hagyatkozunk annak eldöntésekor, hogy mely tulajdonságok fontosak, és hogy egy személy kevés megfigyelhető tulajdonsága mennyire valószínű

kapcsolódik össze egyéb, nem megfigyelhető tulajdonságokkal.²²

Személytípusok a személyészlelés során

Burkolt tudásunk az emberekről nem korlátozódik a tulajdonságok együtt járására vonatkozó feltevésekre, hanem arra a tudásra is támaszkodunk, hogy milyen típusú embereket különböztetünk meg. A személy-pototípusok ismeretsémák (mentális sémák) a társas környezetünkben megismert embertípusokról. Az emberekről való gondolkodásunkat a megítélt emberek prototipikussága is befolyásolja.²³

Solomon Asch szerint bizonyos „központi” vonások aránytalanul nagy hatást gyakorolnak a benyomásokra. Mintegy horgonypontként szolgálnak, és a többi információ körülöttük kristályosodik ki: „az észlelő személy az észlelt személy lényegét a vonáson vagy vonásokon keresztül igyekszik megragadni.” (Asch, 1946)²⁴

„Mihelyt két vagy több tulajdonságot úgy értelmezünk, hogy ugyanahhoz a személyhez tartoznak, ezek a tulajdonságok többé nem elszigetelt vonások... a vonások intenzív társas életet élnek, törekszenek arra, hogy egymással szorosan szervezett rendszert alkossanak.” (Asch, 1946)²⁵

Holdudvar-hatás

Fontos, kiemelkedő tulajdonság alapján az összes többi tulajdonságát ahhoz mérten gondoljuk.

A holdudvarhatások érdekes példái, amikor a külső megjelenés szolgál a belső személyes tulajdonságokra történő következtetésre, vagy a rövid, ideiglenes megnyilvánulások is, mint amilyen a mosoly, hasonló holdudvarhatásokat eredményezhetnek.²⁶

A vonzó külsejű személyek harmonikusabb személyiségűek (elégedettebbek, mert az önértékelésüket a külvilág pozitívan befolyásolja).

Előnyök mellett hátrányok is vannak:

- nem tételezik fel a valós képességeket (mindent a vonzó külsejüknek köszönhetnek).

Ha nincs más információ és hamar kell dönteni, akkor a külső tulajdonságok alapján döntünk.

¹⁷ Aronson, Elliot: i.m.

¹⁸ Aronson, Elliot: i.m.

¹⁹ Aronson, Elliot: i.m.

²⁰ Aronson, Elliot: i.m.

²¹ Forgas, Joseph P.: i.m.

²² Forgas, Joseph P.: i.m.

²³ Forgas, Joseph P.: i.m.

²⁴ Forgas, Joseph P.: i.m.

²⁵ Forgas, Joseph P.: i.m.

²⁶ Forgas, Joseph P.: i.m.

A sorrend is fontos a benyomásnál:

- Újdonsági és elsődleges hatás
Az először megismert információnak a hatása aránytalanul nagyobb, ez az elsődleges hatás.

Az újdonsági hatás, mikor az utoljára kapott információ érvényesül, akkor jelentkezik, ha valami miatt az elsődleges hatás nem tud érvényesülni.

Utóhatás (referencia hatás):

- az utóhatás a meghatározó, ha azonnal kell dönteni valamiben.

Elnéző torzítás:

- ha nincs negatív információ, akkor pozitívnak ítélem meg.

Negatív torzítás:

- egy negatívum észlelése után mindenben negatív a véleményem.

Kognitív disszonancia redukció

Az emberek általában motiváltak arra, hogy igazolják saját cselekvéseiket, vélekedéseiket, érzéseiket. Amikor valaki valamit tesz, lehetőleg megpróbálja önmagát (és másokat) meggyőzni arról, hogy amit tett, logikus és ésszerű.²⁷

Kognitív disszonancia az, amikor két vagy több kognitív (ismereti, gondolati) elem között összeegyeztetlenség áll fenn. Ez feszültséget okoz a személyben, és kognitív disszonancia redukciójára kényszerül.²⁸

A kognitív disszonancia lényegében véve feszültségállapot, amely mindannyiszor fellép, valahányszor az egyénnek két, egymással összeegyeztethetetlen tudattartalma (gondolata, attitűdje, nézete, véleménye) van. Mivel ez kellemetlen, az emberek motiváltak arra, hogy csökkentsek a disszonanciát²⁹(*Leon Festinger*). Pl. azt nagyobb becsben részesíti, aki miatt szenved.

A disszonancia azokban a szituációkban a legerősebb, amikor az egyén énképe veszélyeztetve van. Minél nagyobb az ártalom lehetősége, annál nagyobb a disszonancia, minél nagyobb a disszonancia, annál nagyobb az attitűdváltozás.

A visszavonhatatlanság jelentősége

A döntés után az emberek szeretnének megfelelő megnyugtatót kapni arról, hogy döntésük helyes

²⁷ Aronson, Elliot: i.m.

²⁸ Csepeli György: i.m.

²⁹ Aronson, Elliot: i.m.

volt, ezért keresik az olyan információt, amelyről biztos, hogy minden körülmények között megnyugtatóra szolgál. Amikor a döntés már visszavonhatatlan, nagyobb a disszonancia, amelyet csökkenteni kell. Az emberek biztosak abban, hogy helyesen döntöttek, miután már az égvilágon semmit sem változtathatnak a dolgon.³⁰

Külső és belső igazolások

Ha az igazolást a szituáció határozza meg, akkor külső igazolásról van szó. Ha valaki egy olyan kijelentést tesz, amelyet nehéz kívülről igazolni, megpróbál belső igazolásokat keresni oly módon, hogy attitűdjeit hozzáigazítja a kijelentéshez.

Minél enyhébb a várható büntetés, annál kisebb a külső igazolás lehetősége, minél kisebb mértékben áll rendelkezésre külső igazolás, annál nagyobb a belső igazolás szükséglete. Ha alkalmat adunk az embereknek arra, hogy kialakítsák belső igazolási rendszerüket, hozzásegítjük őket ahhoz, hogy stabil értékrendszerük bontakozzon ki.³¹

A cselekvő-megfigyelő torzítás

A megfigyelő a cselekvőben keresi az okot.

A cselekvő a körülményekben keresi az okot.

Láthatósági hatás

Valamely viselkedés vagy esemény bekövetkeztét a láthatóság alapján ítéljük meg.

A siker és a kudarc attribúciója

A saját sikeremnek belső okokat, mások sikerének külső okokat gondolok. Az előbbi általában állandónak, az utóbbit pedig változónak ítélem meg.

A saját kudarcnak külső okot, mások kudarcának belső okot nyilvánítok. A saját kudarcot általában változónak, a mások kudarcát állandónak ítéljük meg.

A siker és a kudarc attribúciójára a célszemély neve is hatást gyakorol. Nőknek általában kevésbé ismerik el a szakmai sikert, mint a férfiaknak, és inkább hibáztatják őket, ha kudarcot vallanak. Ha egy nő sikeresen végez el egy feladatot, azt inkább a szerencsének és a feladat könnyűségének tulajdonítják, szemben a férfi esetével.³²

Hamis konszenzus

A saját viselkedésünket úgy magyarázzuk, hogy más is hasonlóan cselekedett volna. Rossz szerint az

³⁰ Aronson, Elliot: i.m.

³¹ Aronson, Elliot: i.m.

³² Forgas, Joseph P.: i.m.

emberek az attitűdjeiket, véleményeiket, értékeiket azonosnak gondolják a többségével.³³

Önkárosító stratégiák (Berglas és Jones, 1978)

Különleges elhárító stratégiát alkalmazunk, hogy ne kelljen önmagunkat hibáztatni a negatív eredményekért. Gyakran mesterséges hátrányokat teremtenek maguknak azért, hogy a bekövetkező kudarcot inkább a külső nehézségek, mint saját fogyatékosságaiknak tulajdoníthassák.³⁴

Tanult tehetetlenség (Seligman, 1975)

Ha egy ember viselkedésének az eredménye független a viselkedésétől, akkor megtanulja, hogy az eredmény független a viselkedéstől. és felad minden kísérletet, hogy az eredményt ellenőrizze.

Pszichológiai ellenállás (Brehm, 1972)

Akkor lép föl, amikor fenyegetve érezzük cselekvési szabadságunkat. A szemtől szemben zajló interakciókban az ellenállás igen gyakori válasz a személyi szabadság fenyegetéseire.

Izgalmi átvitel (Zillmann)

Az izgalmi állapotokat általában a körülmények fényében értelmezzük, és az általunk választott értelmezés nagymértékben függ attól, hogyan reagálunk az izgalmi állapotra. Az izgalmi állapotot könnyen tulajdonítjuk valamilyen külső körülménynek, és könnyen adunk nem megfelelő reakciókat.³⁵

Kommunikáció:

- üzenetek szabályozott cseréje,
- a másik embert, az interakciós partnert rávenni valamilyen változásra,
- két irányú folyamat, minden fél részt vesz benne,
- dinamikus folyamat (életünk minden percében kommunikálunk),
- tanulás útján sajátítjuk el.

Négy fontos eleme:

- az adó, aki kódolja
- az üzenetet,
- a csatorna, amin az átvitel megtörténik,

- a vevő, aki dekódolja az üzenetet.³⁶

A közlési rendszer alapelemei a jelek és a jelek használatának a szabályai. Jel bármi lehet, ami a jelek használói számára nemcsak önmagával azonos, hanem még valamire utal.³⁷

A kommunikáció tagadása is kommunikáció.

A kommunikáció osztályozása:

- szándékos,
- szándékolatlan,

vagy:

- véletlenszerű,
- kifejező,
- célirányos,

ill.:

- verbális,
- nonverbális

Verbális kommunikáció

A beszéd csak az emberre jellemző, az állatok csak hanggal kommunikálnak.

A verbális kommunikációra jellemző:

- leválasztottság (dolgokra utal),
- nyitottság (bármikor képes új jelenség befogadására),
- hagyományozottság (tanulással elsajátított),
- kettős mintázottság (véges számú jelzővel végtelen számú üzenetet lehet létrehozni).

Nyelvi relativitás:

A nyelv, amit használunk visszahat a gondolkodásunkra (de fordítva is igaz!).

Vigotszkij szerint a nyelv nemcsak az emberek közötti külső kommunikáció eszköze, hanem olyan belső kommunikációs eszköz is, amelyet a gondolkodásban és a világ reprezentációjában, rendszerezésében, és megszervezésében is használunk. A nyelv mint a külső és a belső világ közötti kapocs, fontos szerepet játszik mind a kulturális, mind az egyéni fejlődésben. A belső beszéd és külső beszéd kölcsönösen függenek egymástól. A kulturális különbségek nemcsak befolyásolják a nyelvnek, mint kulturális médiumnak a használatát, hanem a nyelven

³³ Forgas, Joseph P.: i.m.

³⁴ Forgas, Joseph P.: i.m.

³⁵ Forgas, Joseph P.: i.m.

³⁶ Forgas, Joseph P.: i.m.

³⁷ Csepeli György: i.m.

keresztül a gondolkodási különbségeket is meghatározzák.³⁸

Megszólítás:

A verbális kommunikáció megszólítással indul. Két formája:

- formális (hivatalos),
- informális (köznap).

Magyarban ez a tegezés és magázás formájában gyakran eldől.

Hogy milyen formát használnak, az függ:

- a kommunikálók státuszától,
- a kettőjük között lévő viszonytól.

Diszkvalifikált üzenetek (Baveleas, 1985):

- minőségtől megfosztott üzenetek, amelyek a kognitív disszonancia csökkentésére alkalmasak,
- olyankor élnek vele, ha elkerülési konfliktussal állnak szemben: azaz két „nem szeretem” kommunikációs lehetőség közül kell választani.³⁹

Nonverbális kommunikáció

Olyankor, mikor akadályoztatott a beszéd, de önálló módon is működhet.

Ha a szóbeli és a nem verbális üzenetek ellentmondanak egymásnak, a nem verbális jelzéseket fogjuk a valódi üzenetként tekinteni. *Darwin* szerint evolúciós szempontból a nonverbális jelzőrendszer sokkal idősebb a nyelvnél, így inkább megfelel az érzelmekkel kapcsolatos alapvető üzenetek közlésének. A nonverbális jelzéseket gyorsabban küldjük és vesszük, kevesebb tudatos kontroll irányul rájuk, hatásosabban kommunikálnak attitűdöket és érzelmeket, mint a nyelv.

A nonverbális jelzéseknek öt főbb funkciója van:

- a társas helyzet kezelése,
- énmegjelenítés,
- az érzelmi állapotok közlése,
- az attitűdök kommunikációja,
- csatorna-ellenőrzés.⁴⁰

Énbemutató (énmegjelenés):

- milyennek akar látszani az ember,
- állandó és változó elemei vannak,
- társadalmi szerepek, társadalmi normák, életkori szerepek, foglalkozási szerepek befolyásolják,

- ill. aktuális szerepek, amelyeket bizonyos szituációk megkívánnak.

Csatornavezérlés:

- szemkontaktussal, hangsúllyal tagolja a kommunikációt.

Érzelmek közlése nonverbális jelekkel:

- sokkal kevésbé kontrollált a nonverbális közlés.

Attitűdök közlése:

- értékelő viszonyulás (értelmi, érzelmi, viselkedés).

Társashelyzet kezelése:

- nonverbálisan is történik.

Nonverbális eszközök:

- bármivel lehet,
- szemkontaktus (túl sok nézés ugyanolyan kellemetlen lehet, mint a túl kevés, vagy a teljes hiánya),
- érintés - az intimitás egyensúly eszköze. A kezdeményezését leginkább férfiak, idősek és magas státuszúak teszik meg.
- tér-távolság - két ember közti távolság,
- a hang - ereje, sebessége, csengése (tompa, stb.)
- testtartás, testbeszéd - pozicionális és dinamikus.
- a mozgásminta is lényeges (mozgásnál nemre jellemző sajátosság pl.),
- gesztusok - végtagjelzések kísérik a beszédet, ezeket *illusztrátoroknak* nevezik (*Ekman és Friesen*), ill. ún. *emlékmák*, amelyek konkrét és önálló jelentéssel bírnak.⁴¹

Paralingvisztikai jelzések

Amit mondunk, az a szóbeli üzenet, ahogyan mondjuk, az a paralingvisztikai üzenet része. Minden vokális jelzés, ami nem beszéd, paralingvisztikai jelzésnek tekinthető. Egyes ilyen jelzések kapcsolódnak a kimondott szavakhoz: a beszéd sebessége, a hangmagasság, a ritmus, a hangerő, és a beszédtempó, stb. nem verbális jelzések, azonban nagyon szorosan összefüggnek a verbális tartalommal. Van sok olyan hangadás is, amely önmagában képes egy üzenetet kommunikálni: ilyenek a sírás, az ásítás, a nevetés, a fütty vagy a hangos lélegzés.⁴²

³⁸ Forgas, Joseph P.: i.m.

³⁹ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴⁰ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴¹ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴² Forgas, Joseph P.: i.m.

Vonzalmak

A személyközi vonzalom egyszerűen a másik személy iránti pozitív attitűd. Az attitűdöt 3 alapvető összetevőre lehet felbontani:

- megismerési komponensre,
- affektív komponensre,
- viselkedési összetevőre.

A vonzalom is három komponensből áll:

- másik személyre vonatkozó hiedelemből,
- az iránta érzett érzelmek,
- vele szemben tanúsított viselkedés.⁴³

A társak jelenléte:

- önmagában jutalmazó, megerősítő,
- referencia értékű, önmagunk értékelését köszönhetjük neki,
- feszültséget oldó.

A *szociális csereelmélet* szerint azért keressük mások társaságát, mert a társakkal való együttműködésben nagyobb jutalmat és kielégülést tudunk szerezni, mint egyedül. A társaság segít a stressz csökkentésében is, és a szorongó vagy valami miatt aggódó emberek gyakran keresik más emberek társaságát.⁴⁴

Attitűd-hasonlóság alapján alakulhat ki, mert megerősítenek saját magunkban, ill. könnyebb a kapcsolat fenntartása. A vonzalom az attitűd-hasonlóságból adódik, de később értékelődnek fel a különbségek is.

Azokat az embereket szeretjük, akiktől a legkisebb költség mellett a legnagyobb nyereséget várhatjuk, ill. hozzásegítenek ahhoz, hogy azt higgyük, nézeteink helyesek (*jutalomelmélet*). Az emberek ugyan szeretik, ha dicsérik őket, de nem szeretik, ha a dicséret túlságosan hízelgő, akkor meg nem érdemeltnek tűnik, vagy ha csak azért hízeleg valaki, hogy megnyerje mások jóindulatát és így személyesen is hasznot húzzon belőle, akkor nem nagyon fogják szeretni.⁴⁵

Személyes kapcsolataink döntő elemét képezi választás, kapcsolataink számos tényezőjében egyes egyedül tőlünk függ, de a társadalomban elfoglalt helyzetünk szinte tudunk nélkül már előre kijelöli azoknak a személyeknek a körét, akik között válogathatunk.

Alapvető, hogy a kapcsolat mindkét fél számára kielégítő legyen.

A külső megjelenésnek nagy szerepe van a kapcsolatok kialakulásának első szakaszában. A személyünk iránt kimutatott rokonszenv is szerepet játszik a kapcsolatok kialakulásában.

Aronson kísérletei szerint azok a rokonszenvesek, akik bizonyos vonásokban tökéletesek ugyan, de vannak „kisebb hibáik” („*leégési effektus*”).⁴⁶

Ha szívességet teszünk valakinek, akkor cselekvésünket úgy tudjuk igazolni, hogy meggyőzzük magunkat arról, hogy az illető megérdemelte, hogy szívességet tegyünk neki.⁴⁷

Csere-elmélet:

Figyelembe veszi a partnerek sajátos költségét és hasznát, melyre egy kapcsolatban szert tesznek. A csereelmélet az emberi kapcsolatok nyíltan gazdaságtani szemlélete. Feltételezi, hogy minden személy nyereségre akar szert tenni kapcsolataiban, vagyis több jutalmat akar, mint költséget.⁴⁸

Fokozás-visszavonás elmélete (gain and loss):

Aronson elmélete szerint a másik személytől származó pozitív, jutalmazó jellegű viselkedés fokozódása nagyobb hatással van ránk, mint az, ha ez a másik személy állandóan ugyanazt a jutalmazó magatartást tanúsítja. Ugyanakkor, ha valaki az idők folyamán egyre kevésbé becsül bennünket, akkor az illetőt jobban fogjuk utálni, mint azt, aki sohasem szeretett bennünket.⁴⁹

Ha a kísérleti személyek dicséretet kaptak idegenektől és barátoktól, akkor kedvezőbben reagáltak az idegenekre, mint a barátokra. Ellenben a rossz vélemény rosszabbul esett a barátoktól, mint az idegenektől⁵⁰ (*nyereség-veszteség hatás*).

A szerep

A szerep közvetítő kapocs, mely az egyén személyes szféráját a személytelen szférával, a társadalommal összeköti, lehetővé téve egyrészt a személyes szféra kialakulását, másrészt pedig lehetővé téve a személytelen szférával való találkozást. Szerepnek nevezzük azt a viselkedést, mely a pozíció által meghatározott tevékenység végrehajtásával kapcsolatos.

A szerepek között háromféle változat van:

- adottak,
- kivívottak,
- spontán szerepek.

⁴⁶ Csepeli György: i.m.

⁴⁷ Aronson, Elliot: i.m.

⁴⁸ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴⁹ Aronson, Elliot: i.m.

⁵⁰ Aronson, Elliot: i.m.

⁴³ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴⁴ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁴⁵ Aronson, Elliot: i.m.

Szerepkonfliktus

két fajtája van:

- a szerep összeegyeztethetetlen elvárásokkal jár együtt,
- két vagy több szerep elvárásai ütköznek össze.⁵¹

Kapcsolatok

Kapcsolatok az 1. szinten:

Egyoldalú észrevétel:

- sztár-rajongó,
- kitüntetett személyhez vonzódás (általában magasabb státuszúhoz).

2. szintű kapcsolatok:

A felszínes érintkezés szakasza:

nem egyoldalú, de nem túl mély. Kapcsolataink között, amelyekben tényleges interakciót folytatunk, a legnagyobb számban ilyen szintű kapcsolatok vannak. Minimális a személyes bevonódás, főként előírt szerepeiknek megfelelően viselkednek.⁵²

3. szintű kapcsolatok:

Kölcsönösség:

- valódi személyes bevonódás feltételezhető,
- bizonyos intimitás alakul ki,
- az értékek és attitűdök hasonlósága, személyes szükségletek kiegészítő jellege,
- az énfeltárás kölcsönös legyen,
- azonos mértékű.

Az énfeltárás

Önmagunk „kiadása” és partnerünk kiismerése hatékony módszere egy kapcsolat elmélyítésének. Az önfeltárás révén jutunk el a támogató, intim társas érintkezéshez, ami nélkül az élet elviselhetetlen volna. Az önfeltárás a legfőbb eszköz is lehet arra, hogy felszínes érintkezéssel járó kapcsolatok átforduljanak a kölcsönösségbe. *Jourard* szerint az önfeltárásnak van egy eltűrt és elvárt optimum szintje. E szint fokozatos, lassú emelése, amennyiben kölcsönösen történik, segíthet egy kapcsolat elmélyítésében és fejlődésében. Aki viszont túl korán fed fel nagyon intim információt magáról, azt kerüljük, mivel úgy véljük, hogy rosszul alkalmazkodik, ill. az intimitás nagyon magas szintjét várja el tőlünk. Az ilyen embert fenyegetőnek, ellenszenvesnek éljük meg.⁵³

⁵¹ Csepeli György: i.m.

⁵² Forgas, Joseph P.: i.m.

⁵³ Forgas, Joseph P.: i.m.

Intim kapcsolatok:

Szerelem

A szerelem kizárólagos (egy időben csak egy),

a törődés magas foka, és fontos a szexuális összetevője is.

Rubin (1973) kifejlesztett egy attitűdskálát, melyben megkülönbözteti a szerelmet a szeretettől.

A szerelem három tulajdonsága:

- törődés,
- kötődés,
- intimitás.

A szeretetre jellemző:

- pozitív értékelés és tisztelet,
- hasonlóság.

Walster és Walster a szerelem két típusát különböztetik meg:

- szenvedélyes szerelem,
- partner jellegű szerelem.⁵⁴

Konfliktuskezelés hosszú távú kapcsolatokban:

Az intim kapcsolat nem feltétlen jelent felhőtlen érzelmi és viselkedési kötődést. Az intimitás gyakran éppen azáltal jön létre, hogy a partnerek konfliktusaikat kölcsönös meglegedésre oldják meg. Sokat számít, hogy egy pár miként kezeli saját konfliktusát.

Konfliktusmegoldási stratégiák:

- konfliktuskerülés,
- megoldási kísérlet a partner támadása révén,
- kompromisszumos megoldás.⁵⁵

Csoportok

Sok féleképpen lehet osztályozni a csoportokat.

Hogyan jönnek létre:

- *formális* (hivatalos, a tagjai akaratától független, társadalmi értelemben objektív léttel rendelkező),
- *informális* (spontán).

A formális csoportokban meghatározott pozíciókat találunk, minden egyes pozícióhoz szerep társul. Ezek meghatározott alá-fölérendeltségű vagy mellérendeltségű kölcsönös viszonylatokat képeznek. Az informális csoportban az egyének

⁵⁴ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁵⁵ Forgas, Joseph P.: i.m.

önön elhatározásuk folytán vállalják a csoportthovatartozást.⁵⁶

Konstruktív és destruktív szerepek csoportokban:

Konstruktív szerepek:

- kezdeményező (változtat, újít, stb.),
- véleménynyilvánító (kommunikációs szerep),
- kérdező (felvilágosítást kér mindenben),
- informátor (felvilágosítást ad mindenről),
- szabályalkotó (kimondja a csoport szabályait),
- általánosító (összefoglal, tisztáz, stb.),
- engedelmeskedő (passzív, de fontos szerep).

Destruktív tevékenységi szerepek:

- akadékoskodó (a véleménynyilvánító torzója),
- vetélkedő (buzgó engedelmeskedő válhat ezzé),
- mindentudó (az általánosító túltengéses módon),
- hírharang (informál, de dezinformál is közben).⁵⁷

Csoporttagok típusai:

- α hangadó, vezetőszemélyiség.
- β szakértő szerep.
- χ átlagos csoporttag.
- Ω opponens szerep.

α A csoport "bohóca", a kínos helyzeteket megmenti.

β A csoportvezető segítője, de rivalizáló is lehet.

χ A "közlegény", a csoport többsége.

Ω Az ellenlábás, provokációival dinamizálja a csoportot.

Az egészséges csoport lehetőséget ad arra, hogy ezek a pozíciók és szerepek folyamatosan változhassanak (pl. a témák változásának megfelelően). Ha ilyen szerepcserére nincs lehetőség egy adott közösségben, akkor feszültség alakul ki, pl. az opponensi szerepkörben megrekedő résztvevő hamarosan az állandó "bűnbak" szerepét fogja betölteni. Az állandóan opponensi szerepet betöltő egyetlen aktivitása a konfrontációban, kritizálásban fog állni és nem fogja a konstruktív közösségi munkát megtanulni. A semleges megfigyelő (gamma) pozícióban megrekedő csoporttag, aki a csoportban lejátszódó folyamatokat érzékeli, kommentálja, és különböző információk közlésével segíti egyes témák

feldolgozását, kivonja magát a vitákban való aktív részvételből. Így vita-készsége nem tud fejlődni.⁵⁸

A csoporthoz való tartozás következménye a másoktól kapott bizonyosság birtoklása, melyért cserébe mi hasonlót nyújtunk. A csoporthoz tartozás hatására megjelenik az egységesült *norma*, ami növeli a csoport hatékonyságát, másrészt a csoporttagoknak, mint egyéneknek megkönnyítik a világ értelmezésének a feladatát, ill. a társadalmi összehasonlítást is. Minél intenzívebben vállalt a csoportthovatartozás, annál szélesebb körű az egységesülés. Az önmagunkról alkotott képünket is csoportképződménynek foghatjuk fel, hiszen azt mások visszajelzése alapján alakítjuk ki. Amit konformizmusnak neveznek, az lényegében a csoporttámogatás iránti szükséglet kifejeződése.⁵⁹

Csoportkohézió

Mennyire elkötelezettek a tagok a csoport közös normái és céljai iránt, és mennyire pozitív érzelmek fűzik őket egymáshoz és a csoporthoz. A pozitív érzések jelentős hatást gyakorolhatnak a csoport teljesítményeire. A kohézió a csoporton belüli interakciós folyamatokat is befolyásolja. Az összetartó csoportok kevésbé tűrik a deviáns viselkedést, és erősebb nyomást fejtenek ki a konformitás irányába.⁶⁰

Csoportgondolkodás

Valahányszor az erős csoportkohézió megakadályozza fontos és eltérő vélemények kifejtését, mindig fennáll a veszély, hogy a valóságnak nem megfelelő döntések születnek.⁶¹

Csoporteltolódás

Csoportban mindenki egy kicsit bátrabban viselkedik, dönt, ezért a kockázatvállalás is nagyobb a csoportnak, mint az egyéneinek.

Bizonyos értelemben a csoport elrejtí az egyéneket. *Zimbardo* kimutatta, hogy ha az egyének egyénenként kevésbé azonosíthatók, az agresszív cselekedetek valószínűsége megnő.⁶²

Csoportközi konfliktus

Az emberek erősen hajlanak arra, hogy saját csoportjaikat túlértékeljék, míg mások csoportjait

⁵⁶ Csepeli György: i.m.

⁵⁷ Csepeli György: i.m.

⁵⁸ Hézszer Gábor dr.: A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve (Kálvin, Db. 1995.)

⁵⁹ Csepeli György: i.m.

⁶⁰ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁶¹ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁶² Forgas, Joseph P.: i.m.

leértékeljék, mivel a két csoport közötti különbséget felnagyítva észlelik. Egy „felsőbbrendű” csoport tagsága az identitás pozitív érzését nyújtja.⁶³

Kurt Lewin: csoportdinamika

A csoport és az egyén között nem statikus összefüggés van, hanem dinamikus: az egyén létének a tere a többi egyén, az egyén a csoportjától függ, de ő is hat a csoportra.⁶⁴

Vezetés

Két típus:

- feladat orientált vezető,
- személy orientált vezető.

Vezetési stílusok (Kurt Lewin):

- *demokratikus* (minden információt megoszt),
- *autokrata* (parancsol, tekintélyen alapul),
- *laissez faire* (szabadon hagyni mindent, anarchikus).

A konformitás

Másokhoz hasonlóan cselekedni és gondolkodni alapvető emberi hajlandóság.⁶⁵

A csoport értékeihez, normáihoz, szabályaihoz, a csoport által formált attitűdökhöz való igazodás.⁶⁶

A konformitást úgy határozhatjuk meg, mint egy személy viselkedésének vagy véleményének olyan változását, amely egy egyéntől vagy egy csoporttól származó, valódi vagy vélt nyomás következtében alakul ki.⁶⁷

A konformitás három formája:

- *behódolás* (hatalom hatása, jutalom elnyerése, büntetés elkerülése motivál),
- *azonosulás, identifikáció* (vonzalom hatása),
- *internalizáció* (kompetencia, hitelesség hatása, belső jutalom, saját értékrendszerébe építi be).⁶⁸

Leon Festinger: az emberek sokkal inkább másokat követnek, nem azért, mert félnek a csoportot büntető szankcióktól, hanem azért, mert egyedül a csoport viselkedése tájékoztatja őket arról, hogy mit is kell tenniük. Amikor a körülmények nem

⁶³ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁶⁴ Csepeli György: i.m.

⁶⁵ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁶⁶ Csepeli György: i.m.

⁶⁷ Aronson, Elliot: i.m.

⁶⁸ Aronson, Elliot: i.m.

egyértelműek, más emberek fontos információforrássá válhatnak.⁶⁹

Deutsch és Gerard szerint a konformitás irányába ható nyomások két csoportba sorolhatók:

- információs befolyás,
- *normatív* befolyás.

Független és engedékeny, konform személyek típusai (Salamon Asch):

Független:

- magabiztos (szembeszáll a többséggel, küzd),
- individualista (neki mindig igaza van),
- lelkiismeretfurdalásos (megszenvedi döntését).

Konform, engedékeny:

- viaszember (elhiszi a többség igazát),
- önmagában bizonytalan,
- kisebbségi érzésű (nem tudja elviselni, hogy más lehet a meglátása, mint a többségnek).⁷⁰

Közömbösség látszata

Járókelői közömbösség

Az a tény, hogy sokan vannak jelen, nem növeli, hanem csökkenti annak valószínűségét, hogy egyáltalán bárki is közbelépjen. Úgy érzi, hogy nemcsak ő a felelős a dologért, hiszen mások éppúgy ott vannak.⁷¹ A felelősség megoszlik több ember között.

Társas lazálás

Latane (1979) szerint az egyének kisebb erőfeszítést fejtenek ki munkájukban, ha tudják, hogy egyéni hozzájárulásukat egy csoportfeladathoz nem lehet megbízhatóan megállapítani. A kollektív teljesítményért való felelősség a sok egyén között megoszlik.⁷²

Az én

Énünk megismeréséhez mások véleményeinek megismerésén keresztül vezet az út.

Az öngazolás, a saját viselkedés magyarázata szükségletként él bennünk, ezekhez mások viselkedésének értelmezésével jutunk el, tehát az énkre vonatkozó információkat másoktól kapjuk, másoktól függnek.

⁶⁹ Aronson, Elliot: i.m.

⁷⁰ Csepeli György: i.m.

⁷¹ Aronson, Elliot: i.m.

⁷² Forgas, Joseph P.: i.m.

Önértékelésünk akkor marad pozitív, ha teljesítményeink igény szintünknek megfelelően alakulnak. Ha ellentmondás mutatkozik, akkor vagy növeljük a teljesítményünket, vagy leszállítjuk az igény szintünket.

A *negatív önértékelés* következménye az általános embergyűlölet, mások elfogadásának képtelensége, mely paradox módon kiszolgáltatottságban, az elfogadás utáni sóvárgásban fejeződik ki.

Az én-elfogadtatás lényegi sajátossága az *eszményiesítés*. Az eszményiesítés fontos eszköze a távolságtartás: a háttérbe ne pillanthasson be a másik, s ekképpen nem dőlhet össze a benne rólunk kialakult eszményiesült kép.

G.H. Mead „én”-konceptiója:

- az akaró én,
- a vállalkozó én,
- a kockázató én és az erre reagáló személyek visszatükrözéseként kialakított „felépített én”.⁷³

A benyomáskeltés

A benyomáskeltés kifejezéssel azoknak a terveknek, gondolatoknak, motivációknak és jártasságoknak az összességét írjuk le, amelyek mind befolyásolják másoknak szánt közléseinket. Ha stratégiánk sikeres, és a társak pozitívan kezdenek gondolkodni rólunk, ez visszahat énképünkre, kedvezőbbé teszi azt, és javítja önértékelésünket. *Goffman „homlokzatnak”* nevezte azokat a pozitív társadalmi értékeket, amelyekről egy személy sikerrel hirdetheti, hogy képviseli őket. Akiknek nagy a *helyeslés iránti szükségletük*, feltehetően szélesebb körben fognak benyomáskeltési stratégiákkal élni.⁷⁴

A frankfurti iskola

Vizsgálatuk alapja az volt, hogy a kutatásban vizsgált személyeknek milyen a tekintélyhez való viszonyulásuk. Két különböző személyiség típust különítettek el:

- tekintélyelvű (*autoriter*),
- demokratikus (tekintélyellenes).

Autoriter személyiség:

- önmaga megértő elfogadására képtelen,
- másokhoz sem a megértés eszközével közelít,
- reakciói: felháborodás, tiltás, szabályozás,
- elfojtott vagy nyílt agresszivitás,
- értelmi-gondolati világát merevség jellemzi,
- előítéletek rabja,

- tudományellenes beállítottság (babona, áltudomány iránti érdeklődés).

Demokratikus személyiség:

- agresszivitás hiánya,
- szeretet-orientáció,
- az „én” elfogadása,
- tolerancia másokkal szemben,
- tárgyilagosság,
- érzelmi-gondolati világa flexibilis,
- beállítottsága a tudományos gondolkodási mintákat követi,
- az új iránt érdeklődést, kíváncsiságot mutat.⁷⁵

Kognitív megközelítés:

- az egyik típus gondolkodása egyszerű, kevésbé képes differenciálásra, míg a másik típus gondolkodása komplex, árnyalt megközelítést tesz lehetővé.⁷⁶

Szocializáció

A gyermek társadalomba való belépésének folyamata már a megszületést megelőzően, a méhen belül elkezdődik. Az anya hiánya a gyermek fejlődésének súlyos kerékkötője. Az első évben jelentkező hiányokat nem lehet egyszerűen pótolni. A gyermekkor történései egymásra rétegződnek, s bizonyos szempontból tekintve visszafordíthatatlanok.

A gyermeki „én” fejlődése lényegében a külsőleg adott interperszonális viszonyrendszer belsővé tétele, *interiorizációja*.

Az „én” kialakulásához vezető szocializációs szakasz alapvető feltétele a társas környezet állandósága, a „*jelentős másik*” léte.

Az élet első nagy frusztráció-élménye, egyben fontos (érzelmi szempontból is) szocializációs folyamata, a szobatisztaság megtanulása.

Óvodáskor szocializációjában fontos lépés az „én”-központúság fokozatos leépülése. *Piaget*: decentráció, azaz az „én” egyre bonyolultabbá, differenciáltabbá válik.⁷⁷

Nevelési stílusok

Lewin által kialakított vezetési stílusok alapján:

- *tekintélyelvű nevelési stílus:*
 - jellemzője: agresszivitás,
 - eszköze: büntetés (verés, megszégyenítés, stb.),

⁷³ Csepeli György: i.m.

⁷⁴ Forgas, Joseph P.: i.m.

⁷⁵ Csepeli György: i.m.

⁷⁶ Csepeli György: i.m.

⁷⁷ Csepeli György: i.m.

- hatása: az interorizáció csak látszólagosan megy végbe, valójában a kényszeres reakciók együtteseként a személyiséget csak megnyomorítja. Túl erős felettes ént eredményez.
- *anarchikus nevelési stílus:*
 - jellemzője: szélsőségesen engedékeny,
 - hatása: gátlástalanság, elemi szabályok, viselkedési normák felrúgása, gyenge felettes én alakul ki, lelkiismeretlenség és kíméletlenség jellemezheti.
- *demokratikus nevelési stílus:*
 - eszköze: szeretet,
 - jellemzője: teret enged a gyermeki kezdeményezésnek,
 - hatása: interorizáció, elkötelezettség értékek és normák iránt, morális fogékonyság.⁷⁸

Kortárcsoportok

A kölcsönösségi elv begyakorlására itt kínálkozik alkalom (a család és az iskola ennek nem teremti meg a lehetőségét). Itt egyenlőségen alapuló viszonyokra számíthat, ill. a választás fontosságát is itt tanulja meg, nemcsak azt, hogy mit jelent választónak, hanem azt is, mit jelent választottnak lenni.

Tartalmi oldalról sok esetben deviánsnak tűnnek, de a lényeg maga a folyamat:

- önkéntes alapon, közösségileg meghatározottan kell cselekedni, viselkedni, vagyis olyan célokat kell szolgálni, melyek nem az egyéni érdekek szűk körén belül helyezkednek el.⁷⁹

Empátia

Az empátia azt jelenti, hogy egy másik személy fájdalmának láttán kellemetlen fiziológiai reakciót élünk át. Minél nagyobb fájdalmat él át a szenvedő, annál kellemetlenebbül érezzük magunkat. Saját kellemetlen érzésünket akkor tudjuk csökkenteni, ha segítünk neki vagy kilépünk a szituációból. Ha tényleg tudunk valamit tenni, gyorsan cselekszünk, ha azonban úgy látjuk, hogy semmit sem tudunk tenni, annál gyorsabban igyekszünk eltávolodni az eseménytől, helyszíntől.⁸⁰

Meggyőzés

Minél intelligensebbek a hallgatóink, annál kevésbé meggyőző az egyoldalú érvelés és annál hatékonyabb az, amely kifejti a fontosabb ellenérveket is, majd fokozatosan megcáfolja őket. Ha már valaki eleve hajlik arra, hogy higgyen a közlőnek, annak az egyetlen álláspontra

összpontosító kifejtés hatásosabb, mint a másik nézetet is bemutató. Ha viszont kezdetben inkább az ellenfél véleményével szimpatizál, akkor jobban hat rá az olyan érvelés, amely a másik fél nézetét és annak cáfolatát is tartalmazza.⁸¹

Befolyásolhatóság

A befolyásolhatóság legegységesebb személyiségváltozója az *önértékelés*. A meggyőzés célját szolgáló közlés jobban hat arra, akit az az érzés hat át, hogy nem felel meg, mint arra, aki elégedetten szemléli önmagát.⁸²

Frusztráció és agresszió

A frusztráció nem egyszerűen a megfosztottságnak, hanem a *viszonylagos* megfosztottságnak az eredménye.

Az agresszió kifejezése nem gátolja meg az agressziós tendenciákat, sőt, fokozza őket. Az esetek legnagyobb részében az erőszak nem csökkenti az erőszakot: az erőszak még nagyobb erőszakot szül. Amikor valakit valamilyen sérelem ér, akkor előfordul, hogy olyan bosszút áll, amely túl ló a célon. Az erőszakos jellegű műsorok nézése fokozza a nézők agresszivitását. A gyerekek a felnőtt agresszorok viselkedését, mint modellt követik saját viselkedésük során. Azok a gyerekek, akik sok agresszív jellegű műsort néznek a tévében, sokkal inkább az agresszivitáshoz folyamodnak saját problémáik megoldásában is.⁸³

Büntetés

Azok a szülők, akik szigorú büntetést alkalmaznak, ezzel a magatartással rendszerint csak azt segítik elő, hogy gyermekeik szélsőséges módon agresszívek lesznek. A büntetés hatékony lehet, amennyiben meleg kapcsolat keretei között, megfontoltan alkalmazzák. A *szigorú* vagy *korlátozó* büntetés rendkívüli mértékben frusztráló hatású lehet. A frusztráció az agresszió legalapvetőbb oka, célszerű lenne a frusztráló módszerek használatát elkerülni. A szigorú büntetés gyakran eredményez behódolást, de internalizációt ritkán.

A frusztráció nem vezet szükségképpen agresszióhoz, - ellenkezőleg, konstruktív viselkedést is eredményezhet, ha előzetes gyakorlás révén a békés megnyilvánulásokat vonzóvá és követésre érdemessé tették a gyerekek számára.

⁷⁸ Csepeli György: i.m.

⁷⁹ Csepeli György: i.m.

⁸⁰ Aronson, Elliot: i.m.

⁸¹ Aronson, Elliot: i.m.

⁸² Aronson, Elliot: i.m.

⁸³ Aronson, Elliot: i.m.

Minél nagyobb empátiás készséggel rendelkezik valaki, annál kevésbé fog agresszív cselekedetekhez folyamodni.⁸⁴

Magányosság

A magányosság különböző típusai:

- reménytelenség (az illető tehetetlen, félelemmel telített és reménytelen),
- türelmetlen unalom (valahol máshol akar lenni, unatkozik és kényelmetlenül érzi magát),
- depresszió (elszigeteltség érzése, melankólia, szomorúság),
- önbecsmérlés (csúnyának, butának, bizonytalanának érzi magát).

Azok a magányos emberek, akik magányosságukra belső-állandó magyarázatot adnak (pl. személyiségük, külső megjelenésük) a leginkább lemondóak és depressziósak. Azok, akik magányosságukat saját erőfeszítéseik hiányának tulajdonítják (belső-alkalmi) kevésbé idegesek, jobban bíznak a változásban. Az alkalmi külső okok (ismeretlenség egy új helyen) több reménnyel kecsegtetnek a változásra, míg az állandó külső okok (szándékosan kiközösítő emberek) gyakran vezetnek ellenségességhez.

A magányos emberek kevésbé vállalják az alkalmi érintkezések kockázatát, mivel ezek a tartós magányt nem enyhítik, hanem még fájdalmasabbá teszik.⁸⁵

A magányosság legfontosabb ismertető jele: az eligenedés ténye a "különállás", mely gyakran elvezet a "senkinek nincs rám szüksége" érzéshez, a személyiség óhatatlanul válságba kerül. Ha a magányosság állapotától huzamosabb ideig valaki nem tud megszabadulni, akkor nagy lesz a valószínűsége annak, hogy pszichikai erői egyre gyengülnek, és ennek következtében a magányosság feloldásának is egyre csökkennek az esélyei. Közöségi viszonyokban élni alapvető szükséglete az embernek, azért mert egy egész sor olyan életfeltételt is magában hordoz, melyek nélkül az ember élete nem lehet teljes.⁸⁶

A magány okozta szociális zavarok egy ponton szinte törvényszerűen kiváltanak valamilyen pszichés zavart is. A kapcsolatnélküliség érzelmi deprivációhoz, lelki válsághoz vezet, mely

természetesen tovább korlátozza a baráti kapcsolatok lehetőségét.⁸⁷

Kemper (1978) szerint egy másik ok az elmagányosodásra, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok miatt elszenvedett "önmegvalósulási" kudarcok miatt az egyénekben büntudat alakul ki, mely a társadalmi környezeti hatások következtében összekapcsolódik a félelemmel. A kombinálódott érzelmi hatások pedig az egyénben egy idő után felkeltik a közösségtől való elfordulás szükségletét.⁸⁸

Irodalomjegyzék

Aronson, Elliot: *A társas lény* (KJK, Bp. 1980.)

Csepeli György: *Szociálpszichológia* (Osiris, Bp. 1997.)

Csepeli György: *A szociálpszichológia vázlata* (Népművelési Propaganda Iroda, Bp. 1979.)

Forgas, Joseph P.: *A társas érintkezés pszichológiája* (Gondolat, Bp. 1989.)

Goffman, Erving: *A hétköznapi élet szociálpszichológiája* (Gondolat, Bp. 1981.)

Hézszer Gábor dr.: *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve* (Kálvin, Db. 1995.)

Mead, George Herbert: *A pszichikum, az én és a társadalom* (Gondolat, Bp. 1973.)

Mérei Ferenc: *Társ és csoport* (Akadémiai Kiadó, Bp. 1989.)

Szabó István dr.: *Bevezetés a szociálpszichológiába* (Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp. 1997.)

Sziklai László Péter dr.: *A "magányosság" szociális és pszichológiai problémái* (IN: Párkapcsolat, Konfliktuskezelő Magazin, 2002/III-IV. szám)

Debrecen, 1999. április 30.

Rénes László

⁸⁴ Aronson, Elliot: i.m.

⁸⁵ Forgas, Joseph P.: i. m.

⁸⁶ Dr. Sziklai László Péter: A "magányosság" szociális és pszichológiai problémái (IN: Párkapcsolat, Konfliktuskezelő Magazin, 2002/III-IV. szám)

⁸⁷ Dr. Sziklai László Péter: i. m.

⁸⁸ Dr. Sziklai László Péter: i. m.

Segítőkapcsolatok pszichológiája

(vázlat)

1. A segítő kapcsolat

A klienssel való találkozás

A klienssel először találkozáskor különböző benyomások érnek bennünket, a szimpátia kérdése is ilyenkor dől el, ill. problémájáról már ekkor egy „előfeltevés” megfogalmazódik bennünk.

A segítő szerepe a kliens szerint:

- onnipotencia⁸⁹,
- tekintély,
- a megoldás az ő kezében van,
- a felelősség is az övé,
- „felérendelt”.

Egyensúlytalanság van a kliens és a segítő között, ezért ki kell alakítani a partner szerepet, hogy egészséges egyensúly alakuljon ki.

Az elégedettség

Az elégedettség bizonyos fokának átélését a biztos lelki egzisztencia elengedhetetlen feltételének kell tekintenünk. Ahelyett, hogy negatív kritikával kezdenénk, bizonyos esetekben először az elégedettség növeléséről s ezzel együtt jobb lelki egyensúlyról kell gondoskodnunk. A szociálisan alkalmazkodó magatartásnak előfeltétele egy bizonyos elégedettség.

A megbillent lelki egyensúlyt bosszúval, egészen a gyűlöletig erősödő elutasítással, felfuvalkodottsággal, rombolási hajlammal próbálják helyrebillenteni. Különösen aggasztó az önfogadás létrejövő hiánya, amely elkerülhetetlenül a belső egyensúly zavarához és ezáltal az elégedettség élményének hiányához vezet. Az önfogadás három érzelmi tulajdonságon alapul, amelyek kialakulatlansága megbéníthatja az életvezetési képességet; ezek az önértékezés, önbecsülés és önbizalom.⁹⁰

⁸⁹ latin → mindenhatóság, korlátlan hatalom

⁹⁰ Bang, Ruth: A segítő kapcsolat mint a személyes segítség alapja (Tankönyvkiadó, Bp. 1980.)

Az érzelmi alapszükségletek

Az érzelmi alapszükségletek megfelelő kielégítésének hallatlanul nagy jelentőségéről szóló felismerést Freudnak köszönhetjük. E szükségletek közé tartozik többek között a szeretet különféle formájú átélésének szüksége - szeretetet adni és kapni -, a gyengédség, a valakihez tartozás, az elismerés, a siker szüksége, stb. E szükségletek kielégítése terén az ember nem önellátó. Ezért úgyszólván valamennyi érzelmi szükséglet a kielégítő emberi kapcsolatok iránti alapszükségletbe torkollik. Az ember sohasem egyedül, önmagában fejlődik, hanem mindig csak másokkal való kapcsolatában, akár pozitív, akár negatív értelemben.

Semmi sem annyira szükséges számunkra belső egyensúlyunkhoz, mint az, hogy mások elfogadjanak. A legmélyebb kielégülést egy személyes kapcsolatban élhetjük át azért, hogy a partner elfogad bennünket. A mások általi elfogadás elősegíti az önfogadást, ami viszont hozzájárul a belső egyensúlyhoz és biztonsághoz, továbbá az önértékezés, önbizalom és önbecsülés erősítéséhez.

Az emberi élet tulajdonképpen lelki tragikumában áll, hogy az ember azért igyekszik érett és harmonikus személyiséggé válni, hogy ezáltal életét a másokkal való, kielégítő kapcsolatokban élhesse, - de ugyanakkor csakis kapcsolatok által válhat ilyen személyiséggé. (H. Guntrip)

Az ember lelki teljesítőképességének foka szorosan összefügg érzelmi életének jellegével.

A lelki egészség nem valamilyen meglévő adottság, hanem azt mindig újra ki kell alakítani. Az az út, amely a saját elégedettségről való gondoskodáshoz vezet, elvezethet a mások elégedettségéről való gondoskodáshoz is. Így lehet a másokért való gondoskodást az önmagunkról való gondoskodással összekötni. A segítő újra és újra tudatosítsa magában saját lelki háztartásának aktívumait és passzívumait. Gondoljon arra is, hogy van lehetőség a helyzetnek számára kedvező, alkotó megváltoztatására. Igen fontos tudatosítani magunkban, hogy gyakran több dologra tudjuk kiterjeszteni saját, alakító befolyásunkat, mint ahogyan első pillantásra gondoljuk.⁹¹

A kliensnek segíteni kell abban, hogy föl tudja vállalni az érzéseit. Ehhez nekünk is ki kell mondani a saját érzéseinket.

A segítőkapcsolat jelentése:

- interakció, kölcsönhatás,
- munkakapcsolat,
- kapcsolatkezelési eszközökkel szabályozott,
- tudatosan tervezett, tudatos folyamat,

⁹¹ Bang, Ruth: i.m.

- tanulási helyzet,
- modell-helyzet (a kielégítő emberi kapcsolatok modellje is).

Ki mit vállal a munkakapcsolatban?

A kliens vállalja:

- nyitottságot,
- nem viszi ki a feszültségét,
- betartja a megállapodást.

A segítő adja:

- szakmai tudását,
- önmagát,
- figyelmét,
- titoktartását.

A segítőkapcsolat célja:

A kliens megtanulja a problémáját és a bekövetkező változásokat kezelni.

A segítség folyamatának fázisai

1. A kedvező munkalétkör kialakítása.
2. Kezdődő önkritika.
3. Új felismerések szerzése.
4. E felismerések megvalósítása a gyakorlati életben.

1. A kedvező munkalétkör kialakítása.

- Két ember találkozása mindig valamilyen „légkörben” történik.
- Az önmagán segítségre való rávezetés segítő kapcsolatot igényel.
- A bizonytalanságot semmiképp nem kell a negatív érzelmi tulajdonságok közé sorolni; korlátozott mennyiségben „lelkileg egészségesnek” és az ilyen helyzettel összhangban állónak nevezhetjük, sőt alkotó impulzusok forrásává is válhat (ami azonban kezdetben megterhelő is lehet).
- A segítő alapján véve számíthat bizonyos kapcsolatkézségre, de nem föltétlenül a kapcsolat kezdetén. A gyakran túlsúlyban levő destruktív érzelmek és gondolatok sokszor igen jelentős mértékben gátolják (leblokkolják) a kapcsolatkézséget.
- A negatív belső feszültségeket, ha nem is kell teljesen kiküszöbölni, de hatóerejüket fokozatosan, lehetőség szerint csökkenteni kell.
- A segítőben élő bizonyos gondolatok és érzelmek a segítségre szorulóban hasonló

gondolatokat és érzelmeket váltanak ki; ez pozitív és negatív értelemben egyaránt érvényes.

- Az ember magatartási zavara és érzelmi élete szorosan összefügg, továbbá a lelki egészség jelentőségére a kielégítő életvezetés szempontjából. A kudarcot vallóból többnyire károsult lesz, aki kiváltja törődésünket, sőt a szakmai érdeklődésünket, emberi együttérzésünket is. Ez ösztönzi a megértés vágyát; a megértés vágya viszont csökkenti az elutasítás érzését, az elítélésre és lebecsülésre való hajlamot.
- A lelki háttér „korrekciójával” el kell érünk, hogy ez a korrekció ne csak a segítő kapcsolat irányába tett első lépés legyen, hanem egyben a tulajdonképpeni segítségi folyamat első lépése is. E nélkül nem juthat el a belső egyensúlynak és biztonságérzetnek ahhoz a minimumához, ami az objektivitást lehetővé teszi:
 - objektivitást a segítővel kapcsolatban;
 - a saját nehézségekkel és az adott élethelyzettel szemben;
 - önmagával, az emberekkel és általában az élettel kapcsolatban.
- Ez pedig előfeltétele a 2. fázis önkritikájának.
- Az 1. fázis akkor közeledik a vége felé, ha annak jelei mutatkoznak, hogy a kliensben alábbhagynak a destruktív érzelmek és gondolatok, csökken a feszültség, a segítő iránt pedig pozitív gondolatok és érzelmek kezdenek bontakozni, s objektivitás lép a szubjektív impulzusok helyébe. Ez az az időpont, amikor a kontaktus kapcsolattá válik, és amikor kialakulnak az önmegfigyelés és önkritika előfeltételei.⁹²

2. Kezdődő önkritika.

- A kritikus önvizsgálat nagy lelki teljesítmény, amihez a belső biztonság bizonyos mértékére szükség van.
- Előbb fejlesszük ki a teljesítőképeséget, csak aztán követeljük meg a teljesítményt.
- Az önkritika szorosan összefügg az önismerettel, önmegértéssel. Bizonyos fokú önmegértés a helyes társas viselkedés elengedhetetlen feltétele.
- Nagyon sok esetben a személyes segítség feladata lesz, hogy az embereket hozzásegítse önmaguk jobb megértéséhez. Ez többek közt azt jelenti, hogy képessé kell tennünk őket az önkritikára.
- A lehető legtárgyilagosabb önkritika lelki teljesítménye minden megterhelő hatása

⁹² Bang, Ruth: i.m.

ellenére „kifizetődik”. Az ember „többé” válik általa, hiszen éppen a bizonyos fokú érettség következtében az ilyen személyiség képes arra, hogy tapasztalatból - a hibákból és tévedésekből is - tanuljon.

- A lelki károsodás lehetetlenné teszi, hogy tapasztalják az önkritika előnyeit, éspedig nemcsak azért, mert gyakran egyszerűen nem mernek rá vállalkozni, hanem azért is, mert ha mégis megtörténik, gyorsan destruktív hangsúlyt kap. A magatartási zavarok révén elért „látszattmegoldásokra” kerül sor. A hibás magatartás negatív környezeti tapasztalatokhoz vezet, mivel a környezetről kialakított téves elképzelések folytán konfliktusokat vált ki; a környezettel (többnyire más emberekkel) kapcsolatos nehézségek elutasítást és elítélést váltanak ki a környezetből, s ezáltal tovább súlyosbítják a lelki nélkülözést (frusztrációt). Kialakul egy ördögi kör; a személyes segítség feladata elősegíteni, hogy az egyén ezt az ördögi kört át tudja törni.

3. Új felismerések szerzése.

- Az önbírálat önmagában még nem érték, hanem értékét csak az a hatás adja, amit kivált.
- Az önkritika révén nyert belátásoknak nem szabad a gondozott lelki teherbíró képességét azáltal meghaladniuk, hogy nem érzi és nem ismeri fel önmagában annak a lehetőségét, hogy a szükséges konzekvenciákat meg is tudja valósítani.
- Ilyenkor mindennel, amit mondunk, vagy nem mondunk, amit teszünk, vagy nem teszünk, erősíteni kell a segítségre szoruló hitét és bizalmát saját meglévő képességeiben. A segítő akkor képes ezt meggyőző módon tenni, ha maga is meg van győződve e képességek meglétéről.
- Mindenki jobban szereti, ha azt állapítják meg, hogy valamit helyesen csinált.⁹³ De a

⁹³ Az ember szívesebben és könnyebben teljesít, ha a teljesítmény jutalmat kap, "kifizetődik", vagyis megéri a fáradságot. Természetesen nem anyagi értelemben, mint ahogy a "kifizetődik" szó sugallja. Ugyanis gyakran érzelmi és szellemi kielégülés formájában történő "fizetésről", jutalomról van szó. A lelkileg és erkölcsileg érett ember számára saját belső békéje kedvéért is "kifizetődő" lehet egy áldozat. Így válhat a teljesítmény "élvezetté"

Tagore sorainak értelmében:

Álmomban úgy vélem, az élet csak öröm.

Fölbredve láttam: az élet kötelesség.

Cselekedtem s éreztem: örömmé vált a parancs.

hibák és a tévedések végtére is szintén az élethez tartoznak, s jó is, hogy ez így van, mert ezen a módon tanulhatunk valami újat. A gondozott ebben az esetben valami nagyon fontosat tanult az alkotó életvitel szempontjából, mindenekelett a megértést. Csak az a segítő, aki a gondozottja magatartási zavarának hátterét s ezzel az okait megértette, tud ezáltal a megértésre tanítani is. Ez képessé teheti arra is, hogy az egész élethelyzetének objektív szemléletéhez s végső soron önmagának és másoknak „könnyebb kezeléséhez” jusson el.

- Maga a lelkileg egészséges ember sem mindig enged fönntartás nélkül a kétségtelenül meglévő önmegvalósítási (érettebbé válási) szükségletének, mivel hat benne egy másik, ezzel ellentétes szükséglet is, mégpedig az állandóság (vagy úgy is mondhatjuk: a kényelem) szükséglete. Két pszichológiai törvényszerűség hat egymással szemben: az egyik a továbbfejlődésre, a másik pedig az adott szint fönntartására irányul. Akár jó, akár rossz, az adott szintnek van egy előnye az újjal szemben: az, hogy ismerjük, hogy már bizonyos fokig megbarátkoztunk vele, s nagyjából tudjuk, „mihez tartuk magunkat”. Minden újjal szembeni ellentmondásos érzelmeinkben döntő szerepe van a belső biztonság iránti szükségletnek.
- Az ellenállások a lelkileg veszélyeztetett vagy éppen sérült emberekben felerősödnek, hiszen ezek a lelki egzisztenciájukat különösen bizonytalannak érzik. Ezért hajlamosak arra, hogy fokozottabban ragaszkodjanak a „látszattbiztonságukhoz”.

4. A felismerések megvalósítása a gyakorlati életben.

- A segítőnek a tapasztalatból való tanulást - egyebek közt a negatív tapasztalatból való tanulást is! - kell tanítania. (H. Guntrip)
- A valóságközelebi beállítottság jellemzője, ha megkíséreljük, hogy a másoknál és önmagunkban meglévő határok keretein belül olyan konstruktívan bánjunk a tévedésekkel és kudarcokkal, amennyire csak lehetséges. Nem a hibák kiirtása a cél, hanem az, hogy állandóan tanuljunk belőlük.
- A segítő feladata a kapcsolat konstruktív módon való befejezése.

Az általunk gondozott ügyfelek közül sajnos sokan nem jutnak tovább a második sornál; ekkor földadják a harcot, és kétes eszközökkel kétes "élvezetet" (kielégüléseket) keresnek. (R. Bang, 1980.)

- A kudarcot csak akkor lehet megelőzni, ha a segítő kapcsolatot kezdettől fogva tudatosan irányítjuk, ha azok az érzelmek, amelyeket a segítő „beleinvestál”, minden intenzitás és valódiság mellett mennyiségileg és minőségileg is „helyesek”.
- A segítő kapcsolat konstruktív befejezésének előfeltétele, hogy a munkát a korábbi fázisaiban is konstruktívan irányítsuk.⁹⁴

Változás áll be:

- kognitív szinten,
- attitűdjeiben (a diszfunkcionális attitűdök elhagyása),
- önértékelésében,
- érzelmi lereagálásban (szorongás csökken, negatív belső feszültség oldódik),
- belátásban, rálátásban,
- közelség-távolság szabályozásában,
- szenzitivitásban (érzékenységekben).

A burkolt fogalmazás veszélyei

A burkolt fogalmazásban az van, amit nem merek nyíltan felvállalni, de szeretném, ha megértené.

Az általános fogalmazás sem viszi előre az ügyet.

A konkrét érzések, konkrét célok megfogalmazására kell törekednünk, ezt várjuk el a klientsztől is.

Őszinteség

A bizalom fontos a segítő kapcsolatban. A bizalom olyan, mint az önbeteljesítő jóslat. A segítő részéről az igazmondás kötelező. A „kegyes hazugság” semmilyen ügyet nem visz előbbre. Pontos tájékoztatást kell adni mindenről.

Kommunikáció

A kommunikációs csatornák összességében hatnak ránk.

A nonverbális üzenetek nem tudatosak, de mégis fontos üzeneteket hordoznak.

Néhány fontos, üzenetértékű kommunikációs „forrás”:

- tekintet:
 - visszajelzés,
 - érzelmek kifejezése,
 - figyelem kifejeződése,
 - jelzi a változásokat.
- mimika:
 - viszonyokat fejez ki,

⁹⁴ Bang, Ruth: i.m.

- a kommunikációs szituációt fejezi ki,
- érzelmeket hordoz,
- univerzális, de a használatának a mértéke kultúra függő.
- pupilla tágasság:
 - tudattalan, de az észlelése is tudattalan.
- vokális kommunikáció:
 - hangnem,
 - hanghordozás,
 - a beszéd sebessége,
 - hangszín,
 - mindig összefügg a beszéd tartalmával,
 - az érzelmi viszonyulást fejezi ki,
 - a belső ellentmondásokra érzékeny ez a csatorna,
 - a szünetek után elhangzó információ a fontos.
- gesztusok (fej, kezek, lábak mozgása):
 - ebben van a legtöbb egyezményes jel,
 - tagolják, szabályozzák a kommunikációt
 - érzékenyen mutatják a feszültséget.
- testtartás:
 - viszonyt, álláspontot fejez ki,
 - sok benne a tudattalan.
- a csend:
 - a csend-feszültség tűrőképessége,
 - a csendet nehéz tűrni, mivel nem tudjuk mit gondol a másik,
 - minél tovább tart a csend, annál nehezebb megszólalni, annál nagyobb súlya van a megszólalásnak.

Ha a verbális és nonverbális, ill. kommunikáció és a metakommunikáció között ellentét van, fellép az inkongruencia.

2. A segítő

Gyakran elhangzik az, hogy a pszichológiai és pszichiátriai félműveltségnek esetleg veszélyei lehetnek. Az ismeretek hibás vagy rossz irányú felhasználása ellen a „teljes kiképzés” sem jelent biztosítékot. Aki tudja, hogy mire terjed ki a tudása, és nem utolsósorban tudja azt is, hogy mit nem tud, az korlátozott tudását jobban fel tudja használni.

Ha igaz az az állítás, hogy a személyes segítségnyújtásnál az egyik legfontosabb „munkaeszköz” magának a segítőnek a lényé (személyisége), akkor ebből az következik, hogy a segítőnek sohasem szabad megfélekeznie saját személyéről. A segítségre szoruló emberrel való találkozás a segítő számára is fejlődési esélyt jelent, ha fölismeri, és ki tudja használni ezt az esélyt.⁹⁵

⁹⁵ A pszichológiailag elmélyített egyedi gondozás olyan művészet, amely az emberi kapcsolatokról

Amíg a segítő a saját bizonytalanságát „látszatbiztonsággal” próbálja ellensúlyozni, addig nem tud pozitív hatást kiváltani.⁹⁶

Az elfogadó magatartás nehézségei és elősegítői

Pszichológiai szempontból az elfogadó, nem elítélő magatartást igen jelentős lelki teljesítménynek nevezhetjük. Amit az értelem felfog, annak a segítő érzelmeit is oly mértékben kell befolyásolnia (vagyis megváltoztatnia), hogy az igazságtalanság miatti felháborodáson túlemelkedve, az ilyen viselkedés rejtett okainak mélyebb megértése révén lehetővé váljon az el nem ítélő elfogadás. Nem szabad önmagukat megtévesztve azt hinniük, hogy nincs szükségük arra a lelki teljesítményre, amit egy ilyen átalakulási folyamat megkövetel, mert a helyes magatartás majd teljesen spontán, magától bekövetkezik anélkül, hogy tennék érte valamit.⁹⁷ Nehéz dolog a munkát károsító spontán érzelmi felindulásokat szakmai tudás révén kormányozni.⁹⁸

Az elfogadó magatartás nehézségei

- Az ember hajlamos arra, hogy elítéléssel és spontán elutasítással reagáljon, ha számára érthetetlen és meglepő magatartással találkozik.
- A saját erkölcsi értékeknek olyan általános érvényességet tulajdonítunk, ami nem mindig illeti meg azokat.
- A kliens kudarcát tudattalanul a saját önértékkérzésünk, önbecsülésünk és önbizalmunk megtámasztására, erősítésére használjuk fel.

Az elfogadó magatartás elősegítői

- Az a képesség, hogy különbséget tudunk tenni a hibás magatartás és az ember között, aki ilyen magatartást tanúsít.
- Pszichológiai ismeret.
- A „zavaros zavaróról” szóló meggyőződés: azok okoznak gondot, akiknek gondjaik vannak.
- Önmagunk állandó művelése, csiszolása azáltal, hogy növekvő tudatosságra törekszünk saját gondolkodásunk, érzelmeink és cselekedeteink eredetét és kihatásait illetően.

szóló tudományos ismereteket arra használja, hogy mozgósítsa az egyes embernek és a társadalomnak azokat az erőforrásait, amelyek elősegíthetik a kliens jobb beilleszkedését egész környezetébe vagy annak egyes részeibe. (S. Bowers, 1949.)

⁹⁶ Bang, Ruth: i.m.

⁹⁷ A munkát elősegíti egy olyan beállítottság, amely hasonlít ahhoz a bírói alapelvhez, miszerint "in dubio pro reo" (kétség esetén a vádlott javára kell dönten).

⁹⁸ Bang, Ruth: i.m.

- A jó vagy rossz helyett az érettség, ill. az éretlenség kérdését vetjük fel. Ahol valami rosszal találkozunk, gyorsabban hajlunk a leértékelő elítélésre, mint ott, ahol a lelki egészség hiányát véljük felismerni.⁹⁹

Destruktív „ördögi kör”

Ha a segítő teljesen indokolatlanul szidják és vádolják, akkor már igen sok szakmai tudás és emberi érettség kell ahhoz, hogy ne engedjünk az öngazolás kísértésének. Az ilyenfajta tisztázásokkal és érvelésekkel, vitákkal semmit sem nyerünk. A segítségre szoruló viselkedését ilyenkor olyan erősen meghatározzák a tudattalan, racionális érveléssel el nem hárítható okok, hogy éppen az ellenkezője következik be annak, amit szeretnénk; fölerősödnek az inadekvát eszközökkel folytatott önérvényesítési erőfeszítések. Ha aztán ráadásul a segítő is erőteljesebben folytatja a tisztázásra és helyreigazításra irányuló fáradozásait, akkor destruktív ördögi kör alakul ki.¹⁰⁰

A segítő beállítottsága

A segítő beállítottságának mindenfajta segítségnyújtás esetén azonosnak kell lennie. Ezt a beállítottságot egyebek közt annak a törekvésnek kell meghatározni, hogy védjük a segítségre szoruló önértékkérzetét, önbecsülését és önbizalmát. Legyen ez kötelező minden segítő számára bármely szakmai területen dolgozik. Ez az alapja egyben a különböző segítőket együttműködésének valamely adott esetben, és - ami talán külön említést érdemel (sajnos!) - a segítőket egymás közötti kapcsolatának, tehát a feljebbvalók és beosztottak, valamint a munkatársak közötti kapcsolatnak is.¹⁰¹

Megértés

Senki sem képes egy másik embert maradéktalanul megérteni. De valójában önmagát sem ismerheti meg teljesen senki. A segítő nem lenne képes más személyiségeket megérteni bizonyos fokú önmegértés nélkül.

Amiknek hivatásuknál fogva az „erkölcsi irányjelző” szerepét kell betölteniük - a bennük is működő destruktív erők könnyen kiesnek tudatukból, mert a konstruktív tartoznak az állandó „munkaeszközök” közé. Az erkölcsi felháborodás legmélyebb gyökerei a saját destruktív érzelmeink, gondolataink és impulzusaink elleni állandó harcunkban lelhetők fel. A bennünk levő destruktív

⁹⁹ Bang, Ruth: i.m.

¹⁰⁰ Bang, Ruth: i.m.

¹⁰¹ Bang, Ruth: i.m.

erők valamilyen formában megnyilvánulásra törekszenek.¹⁰²

Az intuíció

Az intuíció csak az ismeretek, tapasztalatok és az önismeret által nyert belső biztonság talaján válhat hatékonyvá. A lelki érettség képessé tesz bennünket arra, hogy felismerjük, megérezzük - részben intuitív módon is - önmagunkban és a segítségre szorulóknak az élet szempontjából törvényszerűt, szükségszerűt.¹⁰³

Empátia

Az empátia az a képesség, hogy a másik emberrel való közvetlen, személyes kapcsolatban beleéljük magunkat a másik lelkiállapotába, ennek nyomán megérezzük és megértjük a másik érzelmeit, indítékait, törekvéseit, amelyeket az szavakban direkt módon nem fejez ki. (Buda Béla)¹⁰⁴

A másik érzései, feszültségei nincsenek kimondva, a társas szituációban nem jelenik meg.

Figyelem, odafordulás, szándékos érdeklődés nélkül a megértés még hézagosan sem jöhet létre. Minél inkább képesek vagyunk a jelen pillanat átélésére és a másik emberre irányuló empátiára, annál inkább kölcsönössé válik a segítő kapcsolat.

Akadály lehet az empátiás megértésnek az én gyengesége, az énkép diszharmonója. Ilyenkor a személy nem tud eléggé ráhangolódni, odafigyelni a másikra, mert önmagával van elfoglalva; beszűkül, nem „fogja” a másik jelzéseit. Az empátia tehát függ az emberek közötti kapcsolat jellegétől, az empátiát átélni akaró ember szándékától. Kialakulásához készségek, ismeretek elsajátítása és gyakorlat szükséges; nem magától jön létre.

- A kezdete az odafordulás, érdeklődés, a jelzések felfogása,
- ezt követi az érzelmi ráhangolódás, amely azonban még nem egyenlő az empátiával,
- a beleélés akkor lesz empátia, ha az érzelmileg felfogott élmény tudatosul, ha a másik emberből megértett összefüggéseket megnevezzük és értelmezzük önmagunk számára.¹⁰⁵

Heinz Kohut empátia elmélete szerint szinte egyetlen pillanat alatt lehet élményeket szerezni empátiával.

¹⁰² Bang, Ruth: i.m.

¹⁰³ Bang, Ruth: i.m.

¹⁰⁴ Keményné dr.Pálffy Katalin: Bevezetés a pszichológiába (Tankönyvkiadó, Bp. 1989.)

¹⁰⁵ Keményné dr.Pálffy Katalin: i.m.

Fiziológiai szinten is megjelenhetnek a másik érzései, pl. a betegség tünetei. (Bányai Éva)

A nemet mondás képessége

Félelem van az emberben attól, hogy nemet mondjon. Inkongruencia lép fel, ha olyan dologban engedünk, amelyben valójában nemet mondanánk.

Egyetértés és ellenvélemény

Nem kell mindenben egyet érteni, ki lehet fejezni az ellenvéleményt, de ez ne értékítélet legyen. Nem az a cél, hogy ugyanúgy gondolkodjon a kliens, mint mi.

Kérdések

Legjobb úgy kérdezni, amiben már benne van az is, amit eddig elmondott a kliens. A kérdés irányt ad. Az irányított kérdések elviszik a klienst. A zárt kérdéseket kerülni kell, nyitott kérdések a hatékonyabbak.

Ahhoz, hogy a beszélő megnyíljon, sokszor nem elegendő a figyelem. "Ajtónyitó kérdéseknek" nevezi a kommunikációelmélet azokat a kérdéseket, amelyek segítik megnyílni a beszélőt, és tovább ösztönzik a kommunikáció folytatására. A kérdéseken kívül a hallgató folyamatos visszajelzéseket ad, időnként megismétel egy-egy szót, vagy mondatot, rákérdez valamilyen részletre - mindezek megerősítik a beszélőt abban, hogy bizalommal folytathatja a mondanivalóját, hiszen látja az érdeklődő figyelmet. Egy-egy szakasz tömör újrafogalmazásával, "visszamonddásával" (parafrazálásával) pedig arról adunk megnyugtató képet, hogy a hallottakat meg is értettük.¹⁰⁶

A figyelem és hallgatás

"Ahol a csend és a tudatosság találkozik, összeolvad és eggyé válik, ott van a fogékonyság" (Osho, 1998.).

A hallgatni tudás elsajátítása hosszú folyamat, mely nem annyira szellemi képességeken, mint érzelmeken, a személyiség fejlettségi fokán múlik.

A meghallgatás nem pusztán intellektuális felfogása a közölt információknak, a meghallgatás csatlakozás: ráhangolódás, megérzése, megosztása annak, amit a beszélő érez. Empátiás figyelemmel megérzi azokat az érzelmeket is, melyek a mesélőben zajlanak.

A megosztott figyelem nem teszi lehetővé az érzelmi ráhangolódást, az empatikus megértést. Nemcsak a beszélő vesztes ebben a helyzetben, hanem maga a hallgató is: fáradtságának és csalódottságának éppen az elköteleződés hiánya az

¹⁰⁶ Singer Magdolna: Cselekvő csend (Kharón. Thanatológiai Szemle, V. évf. 1. szám 2001.)

oka. Hiányzik a befektetés az együttlétebe. Az igazi jelenlét, mely nem pusztán fizikai jelen levést jelent, hanem odaadó figyelmet, valamint az azonosulást a klienssel és történetével.

"Figyelni, alaposan meghallgatni, a másikban elmélyedni csak akkor lehet igazán, ha önmagunkban is el tudunk mélyedni, sőt, néha beszélni is tudunk önmagunkkal, mégpedig másképpen, mint amit a pillanatnyi realitás diktál, vagy, ami intellektuálisan megragadható" (Vannesse, 1993.).

A meghallgatás maga is alkotás, szellemi tevékenység, mely az alkotás folyamatában is örömet okoz.¹⁰⁷

Kompetencia

Mi a kompetencia jelentése:

- hatékony,
 - sikeres,
 - hozzáértő, szakértő, hivatott, irányadó,
 - célirányos,
 - illetékes, jogosult, feljogosított.

Kompetencia-határok

Kiesik az ember kezéből a kompetenciája, nem ura a helyzetnek, a kompetencia határai bizonytalanok válnak.

A segítő személyisége

Kevés az objektív kritérium, mivel leginkább a személyiség szerepe jelentős.

Alapvető elvárások:

- személyi alkalmasság,
- teherbíró képesség,
- önismeret,
- önellfogadás,
- hitelesség,
- empátia,
- szerephatárok ismerete,
- emberismeret,
- kudarcátírás,
- konfliktus feldolgozó képesség,
- saját ellenállás felismerése,
- másság elfogadása,
- hit az emberben, a változtatás lehetőségében.

3. A kliens

¹⁰⁷ Singer Magdolna: Cselekvő csend (Kharón).
Thanatológiai Szemle, V. évf. 1. szám 2001.)

Ellenállás

Az ellenállás jele lehet, ha kliens túl sokat vagy éppen túl keveset beszél. Nem akarja a valós problémát feltárni (de lehet feszült is).

Az ellenállás további formái:

- idillikus információadás,
- gyanakvó magatartás,
- az érzelmi bevonódás hiánya,
- folyamatos szabadkozás,
- érvénytelenítés, annulláció,
- folyamatosan tanácsot kér,
- túlzott önsajnálát,
- alárendelődés,
- hibás emlékezetre való hivatkozás.

A segítő részéről is létezik ellenállás.

A következő formákban ismerhetők fel:

- unalom, figyelem hiánya,
- sokat beszél a segítő,
- tanácsokat osztogat,
- bagatellizálás,
- fontoskodás,
- vigasztalás,
- részvételével zavarba ejti a kliens,
- racionalizálás,
- kételkedés,
- okoskodás, intellektualizálás,
- nonverbális úton nemet mondani.

A belső és külső kontrollos személyek

Rotter szerint az emberek aszerint osztályozhatók, hogy viselkedésüket és a velük történeteket úgy tekintik-e, mint ami saját ellenőrzésük, befolyásolásuk alatt áll, vagy pedig hatókörükön kívül esőnek látják.

A belső kontrollos egyén biztos abban, hogy ha akarja, meg tudja változtatni mind környezetét, mind saját viselkedését, a külső kontrollos ember viszont kevésnek érzi ehhez saját erőit (ezért gyakrabban szenved erős szorongástól, neurotikus tünetei vannak). A két attitűd a szülői minta és nevelés következtében alakul ki, alapvetően tanult viszonyulási mód.¹⁰⁸

Céldiszkrepancia

Az igény szint és a teljesítmény tényleges színvonala közötti eltérés az ún. céldiszkrepancia. Ez az eltérés lehet pozitív irányú: teljesítményünk meghaladja előzetes várakozásunkat - ilyenkor sikerélményünk van. A negatív eltérés esetében a teljesítmény alatta

¹⁰⁸ Keményné dr.Pálffy Katalin: i.m.

marad az igényeinknek; kísérő érzelmek ilyen esetben a kudarc.

A siker és a kudarc erős motiváló tényezőként működik. A siker nagyobb mértékben növeli az igény szintet, mint amilyen mértékben a kudarc csökkenti azt.¹⁰⁹

Lelki teljesítőképesség

Az a mód, ahogyan az egyén az élményekre reagál, rendkívül fontos felvilágosítást ad lelki erőneiről és gyengeségeiről, s ezáltal lelki teherbíró képességéről és teljesítőképességéről is.

Azok az emberek, akik lelki teljesítőképességükben korlátozottak, nagyon gyakran „érzelmileg fogyatékosok”. Veszélybe kerül az ember lelki létezése szempontjából a legfontosabbak közé tartozó alapszükségletnek, a megfelelő emberi kapcsolatok iránti szükségletnek a kielégítése. Az „érzelmileg fogyatékos” személyiség háromféle értelemben is beszűkül:

- Kiesnek a fejlődés ama lehetőségei, amelyek az érzelmi élmények kölcsönös cseréjéért feltételezik, tehát mindenekelőtt a lelki élet szűkül be.
- Elmarad egy kielégítő, életvezetés szempontjából elengedhetetlen segédeszköz, ti. az egészséges érzelmi élet.
- A lelki érettség hiánya következtében elvesz a lehetőség a helyes döntésekre.

A helyes érzelmi élet tehát esetleg fontosabb lehet, mint a helyes gondolkodás.

Az a mód, ahogyan az egyén az élményekre reagál, rendkívül fontos felvilágosítást ad lelki erőneiről és gyengeségeiről, s ezáltal lelki teherbíró képességéről és teljesítőképességéről is. A lelkileg egészséges tudatosan kockáztatja meg a hibás döntést, és viseli annak következményeit. Az érzelmi életében károsodott viszont valószínűleg nincs tudatában. A tudatosságnak ez a hiánya megakadályozza a külső és belső realitások objektív megítélését, így sem arra nem képes, hogy a pillanatnyi helyzetet megoldja, sem pedig arra, hogy tanuljon valamit a negatív tapasztalatokból.¹¹⁰

Konstruktív és destruktív érzelmi tulajdonságok

A személyiség fejlődésére és életvezetésének jellegére *konstruktívan* ható érzelmi tulajdonságok és impulzusok közé a következőket soroljuk:

- szeretet (kapcsolatkészség, szívéllyesség, jóindulat);
- bizalom (önmaga és mások iránt, az élet iránt);
- tisztelet és megbecsülés;
- hála;
- remény;
- együttérzés, beleélési készség;
- természetes törekvés az önmegvalósításra: vitalitás, lelki aktivitás.

A *destruktív* tulajdonságok közé tartoznak:

- ellenségesség, agresszió, bosszúvágy;
- irreális bizalmatlanság (önmaga, mások és az élet iránt);
- elégedetlenség, kétségbeesés, reménytelenség;
- csalódottság, kiábrándultság;
- megvetés;
- féltékenységi, irigységi, birtoklásvágy;
- makacosság;
- túlzott ösztönösség, indulatosság;
- túlzott szorongás, alárendeltség-, kudarc- és elégtelenségérzés, büntudat, kisebbségi érzés.

Felelőtlenség azonban az ilyen érzelmi tulajdonságokat a „konstruktív vagy pozitív” és a „destruktív vagy negatív” kategóriába sorolni anélkül, hogy rámutatnánk: soknak közülük ellentétes aspektusa is lehet.¹¹¹

A lelkileg érett és a lelkileg éretlen személyiség jellemzői

Az érett és lelkileg-szellemileg egészséges személyiség néhány ismertetőjegye:

- az értelem és az érzelmek egyensúlya;
- a pozitív (konstruktív) erők az életkornak megfelelően kibontakoztak;
- a negatív (destruktív) erőkön képes uralkodni;
- intelligencia;
- képesség a lemondásra;
- képesség a saját szükségletek anélkül történő kielégítésére, hogy az másokat az elkerülhetetlenül nagyobb mértékben akadályozna szükségleteik kielégítésében;
- a külső és a belső realitások felismerésének, megértésének, elfogadásának és befolyásolásának képessége;
- a helyzetek, események és élmények objektív megítélésének képessége;
- az a képesség, hogy engedünk másokat a maguk módján érvényesülni;

¹⁰⁹ Keményné dr. Pálffy Katalin: i.m.

¹¹⁰ Bang, Ruth: i.m.

¹¹¹ Bang, Ruth: i.m.

- önmegértés: képesség az önkritikára és önmegfigyelésre, az önértékelés, önbecsülés és önbizalom indokolt mértéke;
- képesség a reális gondolkozásra és tervezésre;
- a lényeges és a lényegtelen megkülönböztetésének képessége;
- képesség a hibákból és a tévedésekből való okulásra, és a lelki, valamint erkölcsi követelmények teljesítésére;
- készség az önálló felelősségvállalásra és döntésre;
- belső szerénység az emberi lehetőségek határainak ismerete és elfogadása következtében.

A lelkileg éretlen személyiség néhány jellemzője:

- az értelem és az érzelmek közötti egyensúly hiánya;
- a destruktív erők túlsúlya a konstruktívak felett;
- gyorsan támadó vagy védekező állásba helyezkedik;
- hiányzik az önkritikája;
- irreális elképzelései vannak önmagáról, saját lehetőségeiről és határainról (többnyire a hiányos önértékelés, önbecsülés és önbizalom következtében);
- merev ragaszkodás a véleményekhez, gondolkodásbeli és érzelmi rugalmatlanság;
- türelmetlenség (nem képes hagyni, hogy mások a maguk módján érvényesüljenek);
- képtelenség a lemondásra;
- túl erős érvényesülési vágy;
- egocentrizmus (önzés);
- érdektelenség, érdeklődéshiány;
- a külső és belső realitásokat nem tudja objektíven nézni, elfogadni és befolyásolni;
- túlságosan szubjektív, kontrollálatlan, spontán reagálás;
- visszariadás a felelősségtől és az önálló döntéstől, hajlam a passzivitásra és a függőségre;
- belső önállótlanulás, hajlam a konformizmusra,
- hatalmi törekvés, gőg, kóros uralomvágy;
- hajlam az ambivalens gondolkozásra és érzelmekre;
- az elhárító mechanizmusok túlzott „használata” az önérvényesítés során.

Arra törekszünk, hogy a segítségre szoruló számára tudatosítsuk a benne meglévő lelki erőket. A lappangva meglévő, de legátolt vagy elégtelenül fejlődött erőket aktivizálja, ill. kifejlessze, és a segítségre szoruló arra bátorítsa, hogy ezeket az erőket fölhasználja. Azoknak a pozitív erőknél a fejlesztése, amelyekkel egy ember rendelkezik, jobb

eredményeket ígér, mint a negatívok elnyomása. (Hess-Haeberli, 1962.)¹¹²

Magatartási zavarok

Hogy bepillantást nyerjünk egy magatartási zavar okaiba, és fölismerjük az esetleges összefüggést a segítségre szoruló külsődleges magatartása és érzelmi élete között, - ehhez megválaszolandók lehetnek a következő kérdések:

1. kérdés: Milyen kapcsolatok játszanak szerepet a segítségre szoruló életében?
 - a., ezek kielégítik,
 - b., vagy megterhelik,
 - c., esetleg kapcsolatok nélkül él?
2. kérdés: Milyen volt eddig és milyen most a szellemi, lelki és testi teljesítménykövetelmények viszonya a kliens által átélt szellemi, lelki és testi kielégülésekhez? (A „lelki terhek kiegyenlítődének” kérdése.)
3. kérdés: Milyen volt, illetve mi a helyzet most különösen az érzelmi kielégüléssel?
4. kérdés: Sikerül-e a segítségre szorulóknak, hogy saját szükségleteit másokéval összhangban elégítse ki?¹¹³

Johari ablak

Aréna	vak terület
ismerem, más is ismeri	nem ismerem, más ismeri
rejtett terület	sötét terület
ismerem, más nem ismeri	nem ismerem, más sem ismeri

Az indulatáttétel

Az indulatáttétel egyike az emberek közötti kapcsolatok legfontosabb - s egyben általában a legkevésbé ismert - jelenségeinek. A föl nem ismert indulatáttétel az oka végtelenül sok félreértésnek, a kialakuló, elmélyülő, bonyolódó és egyre élesebbé váló indulatok egész sorának, gyakran tragikus bántalmaknak és sértéseknek. Minél világosabban látjuk ezt, annál önállóbban, szabadabban és mindenekelőtt: türelmesebben tudjuk „kezelni”, irányítani emberi kapcsolatainkat. (E.-B. Aschenheim, 1963.)¹¹⁴

¹¹² Bang, Ruth: i.m.

¹¹³ Bang, Ruth: i.m.

¹¹⁴ Bang, Ruth: i.m.

Elhárító mechanizmusok

A személyiségnek az ego része dolgozza ki. Az ego nagy része tudatos, viszont az elhárító mechanizmusok tudattalanok. A személyiség védelme a feladata az egonak, és a szuperego és az id közötti kapcsolatot teremti meg. Ha ez nehezen megy, akkor az elhárító mechanizmussal oldja fel. A kultúra visszazorítja az ösztönök kielégítését.

Mindenkinek van elhárító mechanizmusa. Az a jó, ha minél több van. Az nem jó, ha valaki beszűkült, ill. nem adekvátan tudja használni. Az elhárító mechanizmus célja: a tudatosból a negatívát kiküszöbölni.

Az elhárító mechanizmusok fajtáit *Sigmund Freud* kezdte el csoportosítani, de *Anna Freud* fejezte be.

4. Pszichoterápia és krízisintervenció

Pszichoterápiák

Pszichoterápia alatt az elmebetegségek és egyéb mentális zavarok pszichológiai (nem pedig fizikai vagy biológiai) alapú gyógyítást értjük.

A pszichoterápia két személy - a kliens és a terapeuta - közti kommunikációt feltételezi. A klienst belső, személyes félelmeinek, érzelmeinek, élményeinek szabad kifejezésére biztatják, anélkül, hogy attól kellene félnie, hogy a terapeuta elítéli vagy megbélyegzi őt. A terapeuta pedig elfogadását és megértését ajánlja fel, és arra törekszik, hogy segítsen a kliensnek problémái minél hatékonyabb kezelési módjainak kifejlesztésében.¹¹⁵

Pszichoanalízis

A személyiség pszichoanalitikus elmélete szerint a pszichológiai betegségek általában a gyerekkorból eredő, tudattalan konfliktusok következményei: a tudattalanba elfojtott impulzusok és érzelmek eredményei.

A pszichoanalízis célja az, hogy a konfliktusokat (elfojtott érzelmeket és motívumokat) a tudatba emelje azért, hogy azok racionálisan kezelhetőkké váljanak.

- *Szabad asszociáció és álomanalízis*

A tudattalan konfliktusok visszanyerésének fő analitikus technikája a szabad asszociáció. A klienst arra biztítják, hogy engedje szabadjára gondolatait és érzéseit, és válogatás nélkül mondjon ki mindent.

A szabad asszociációval együtt gyakran alkalmazott technika az álomanalízis. Az álom a tudattalan vágyakat és félelmeket jelenítheti meg eltorzított alakban. Freud különbséget tett a manifeszt (nyílt, tudatos) és latens (rejtett, tudattalan) álomtartalmak között. Az álom manifeszt tartalmáról beszélgetve és a szabad asszociációk módszerével az analitikus és a kliens megkísérlik az álom tudattalan jelentését feltárni.

- *Indulatátvitel*

A kliensnek az a törekvése, hogy a terapeutát érzelmei tárgyává tegye, indulatátvitel néven ismert: a kliens olyan attitűdöket fejez ki az analitikussal szemben, amelyeket más, számára fontos emberek irányában érez. Tanulmányozván a kliensek vele kapcsolatos érzelmeit, az analitikus hozzásegíti a betegét ahhoz, hogy az a mások irányába mutató érzelmeit is jobban megérthesse.

- *Interpretáció*

Az analitikus az interpretáció segítségével vezeti rá a klienst annak belátására, hogy nehézségei milyen tudattalan konfliktusokban gyökereznek. Az interpretáció egy hipotézis, amely összegzi a kliens viselkedésének valamely szeletét, és magyarázatot kínál annak motívumaira.

- *Átdolgozás*

Az analízis előrehaladtával a beteg az átdolgozás hosszú folyamatán megy keresztül. A kliens megtanul a tagadás helyett szembenézni a valósággal, és érettebb, hatékonyabb módon viselkedni. A konfliktusoknak a terápia során való átdolgozásával a személy elég erőssé válik ahhoz, hogy szembenézzen az eredetileg ijesztő konfliktushelyzettel, és hogy szorongás nélkül reagáljon rá.¹¹⁶

Pszichoanalitikus terápiák (pszichodinamikus terápiák)

Freud óta jó néhány, a freudi fogalmakon alapuló pszichoterápiás eljárást fejlesztettek ki, amelyek sok tekintetben különböznek a klasszikus pszichoanalízistől.

- *Egoanalízis*

Az emberi viselkedés irányításában nagyobb szerepet tulajdonítottak a racionális, problémamegoldó egónak, mint a tudattalannak. Az ego funkcióinak, különösen az önértékelés és a kompetencia érzésének megerősítésére törekedtek, hogy az egyén konstruktívabban legyen képes kezelni pillanatnyi szorongásait és kapcsolatait.¹¹⁷

¹¹⁵ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: Pszichológia (Osiris, Bp. 1997.)

¹¹⁶ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹¹⁷ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

Viselkedésterápiák

A pszichoanalízissel ellentétben - amely a személyiség megváltoztatására tesz kísérletet - a viselkedésterápiák pontosan körülhatárolt célok elérésére törekednek: jól meghatározott szituációkban megjelenő maladaptív viselkedések megváltoztatására.

- *Szisztematikus deszenzitizáció*

Tulajdonképpen dekonkondicionálás, vagy „ellenkondicionálás”. Igen hatékony a szorongások és a fóbiák gyógyításában.

- *Pozitív megerősítés és kioltás*

Ha a teljesítmény az élet egyik területén javul, ez gyakran együtt jár más szférák fejlődésével is. (Kazdin, 1982.) A kívánatos viselkedések megerősítését az elkerülendő kioltásával is kombinálhatjuk. A kívánatos viselkedések megjutalmazásán és a nemkívánatosak figyelmen kívül hagyásán alapuló operáns kondicionálást sikeresen használták számos gyerekkori probléma kezelésében.

- *Modellálás*

A viselkedés megváltoztatásának egy másik hatásos módszere a modellálás, amely a megfigyeléses tanulást használja ki.

- *A viselkedés ismételtetése*

A modellálást gyakran szerepjátszással, vagyis a viselkedés ismételtetésével kombinálják.

- *Asszertív tréning*

Az asszertív (önérvényesítő) reakciók gyakorlásával nemcsak a szorongás csökken, de a személy hatékonyabb megküzdési stratégiákat is ki tud fejleszteni.

- *Önszabályozás*

Az önszabályozás a saját viselkedés megfigyelését és különféle technikák használatát (önmegegerősítés, önbüntetés, az ingerfeltételek szabályozása, stb.) igényli, melyek célja a maladaptív viselkedés megváltoztatása.

Az önmegerősítés: önmagunk megjutalmazása azonnal a cél elérése után; önbüntetésként a cél elvetéséhez kellemetlen következményeket vagy nem kedvelt feladatok elvégzését rendelhetjük.

Kognitív viselkedésterápiák

Olyan kezelési módszereket takar, amelyek viselkedésmódosítási technikákat alkalmaznak, de a maladaptív hiedelmek megváltoztatását is megkísérik. A terapeuta élményeik hatékonyabb értelmezésére tanítja a klienseit, és ezzel segít abban, hogy uralkodjanak a zavaró emocionális reakciókon (szorongás, depresszió). A terapeuta arra buzdítja a klienst, hogy a helyzetét próbálja meg egy kicsit más fényben látni, és vizsgálja meg

ennek a váltásnak a következményeit is. A tartós viselkedésváltozás elérése érdekében a személy vélekedéseinek és hiedelmeinek megváltoztatása is fontos.¹¹⁸

Humanisztikus terápiák

A Carl Rogers által kidolgozott kliensközpontú terápia azon az alapfeltevésen nyugszik, mely szerint a kliens önmaga legjobb ismerője, és az ember (általában) képes saját problémái megoldására. A terapeuta feladata itt az, hogy segítse ezt a folyamatot. A terapeuta pontosítja a kliens által kifejezett érzelmeket, de nem megítéli vagy kibővíti azokat. A humanisztikus terapeuta nem értelmezi, interpretálja a kliens viselkedését (ahogy az analitikus), nem is próbálja meg módosítani (ahogy a viselkedésterapeuta), mivel ezek a beavatkozások a terapeuta saját nézeteit erőltetnék a páciensre. Célja, hogy az egyén saját gondolatainak és érzelmeinek megértését serkentsse, és hogy segítse az egyént saját megoldásának megtalálásában. A humanisztikus terápiák abban igyekeznek segíteni az embereknek, hogy megismerjék valódi önmagukat, és hogy szabadon válasszák meg életüket és viselkedésüket, ahelyett, hogy hagyják, hogy a külső események irányítsák őket. A terapeuta abban segíti a klienseket, hogy olyan emberré váljanak, amilyenre képesek válni.

A feltételei:

- integrált kongruens kapcsolat,
- feltétlen pozitív figyelmesség,
- empátia,
- tisztelet és melegség,
- konkrétság, az itt és most,
- közvetlenség,
- őszinteség,
- hitelesség, kongruencia (megfelelés a klienssel, a helyzettel és önmagammal).

Sokféle humanisztikus terápia létezik, de mindegyik az egyén fejlődés és önmegvalósítás iránti természetes törekvését hangsúlyozza.¹¹⁹

Eklektikus megközelítések, integratív terápiák, egyéb pszichoterápiás irányzatok

A pszichoterapeuták többsége nem ragaszkodik egyetlen módszerhez, hanem eklektikus megközelítést alkalmaz.

Néhány egyéb pszichoterápiás irányzat:

¹¹⁸ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹¹⁹ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

- *Gestalt-terápia*

A hangsúly azon van, hogy a személy kifejezetten tudatában legyen annak, amit éppen csinál. Fantáziák, álmok, vagy egy konfliktus mindkét oldalának leereagálása - ezek a tudatosság fokozásának módszerei.

- *Realitás-terápia*

A személy értékeinek meghatározása és a jelen viselkedés, valamint a jövőre vonatkozó tervek összevetése ezekkel az értékekkel. Felelősség vállalásra buzdítják a személyt.

- *Racionális-émotív terápia*

Bizonyos irracionális gondolatok helyettesítése reálisabbakkal. Feltevése szerint a kognitív változás emocionális változást von maga után.

- *Tranzakcióanalízis*

Tudatosítani a személy kommunikációi mögött lévő szándékot. A destruktív szociális interakciók vagy játszmák lelepleződnek.

- *Hipnoterápia*

A terapeuta a konfliktusok és a kétségek csökkentésére különféle hipnotikus eljárásokat alkalmaz.¹²⁰

Csoport- és családterápia

- *Csoportterápia*

Azt teszi lehetővé, hogy kliens mások jelenlétében dolgozza fel problémáit, hogy megfigyelhesse, mások hogyan reagálnak a viselkedésére, és azt, hogy ha a régi sikertelennek bizonyulnának, megpróbáljon új válaszmintákat kidolgozni.

- *Családterápia és házaspár-terápia*

A csoportterápiák specializált változatainak tekinthetők. A partnerek érzéseinek kifejezésében, egymás szükségleteinek fokozottabb megértésében, az erre való fokozott érzékenységben és a konfliktusok hatékonyabb kezelésében ajánl segítséget. A terapeuta segítségével tisztázhatják elvárásaikat, és egy mindkettejük számára elfogadható kompromisszumot dolgozhatnak ki. A családterápia kiindulópontja az, hogy az „azonosított beteg” tünete elsősorban annak a jele, hogy valami baj van a családban, hogy a család, mint rendszer nem működik rendesen.¹²¹ A

¹²⁰ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹²¹ A család egy rendszer, ahol az emberek interakciókban vannak egymással. A rendszerrel van probléma, nemesak azzal, aki hordozza; a gyengébb láncszem jelzi, hogy probléma van ("indexpáciens", "jelzőpáciens").

A legtöbb probléma kommunikációs probléma. Ha megromlik a viszony, akkor semmi sem működik. *Meg kell vizsgálni:*

terapeuta segítségével a családtagok tudatosítják, ki hogyan kapcsolódik a másikhoz, és hogy az ő viselkedése hogyan járul hozzá a problémához.¹²²

A pszichoterápiák közös tényezői

- *Meleg és bizalomteljes interperszonális kapcsolat*

A kliens és a terapeuta kölcsönösen elismeri és megbecsüli a másikat.

- *Megnyugtatás és támogatás*

Megnyugtató egy olyan szakemberrel beszélni, aki nem tartja szokatlannak nehézségeinket; a támogatás és a remény érzését adja.

- *Deszenzitizáció*

Aránytalanul felnagyítódnak azok a problémák, amiket magunkban tartunk, míg ha valakivel megosztjuk gondjainkat, veszíthetnek súlyosságukból. A tanulásemélet szempontjából az történik, hogy a terápiás ülés biztonságában a nyomasztó tapasztalatok ismételt megbeszélésével az azokhoz fűződő szorongás fokozatosan kioltódik.

- *Az adaptív válaszok megerősítése*

A terapeutának tudnia kell, hogy a megerősítés eszközével hat a kliensre, és ebben a szerepében tudatosan kell a kívánt változás elősegítésére törekednie.

- *Megértés, belátás*

A pszichoterápiák mindegyike magyarázatot nyújt a kliensnek problémáinak természetéről: hogyan kezdődtek, miért állnak fenn, hogyan lehet őket megváltoztatni. A változás lehetőségének tudata reményt ad az embernek, és a remény a változás előmozdításának fontos változója.¹²³

Biológiai terápiák

A patológiás viselkedés biológiai megközelítése azt feltételezi, hogy a mentális zavarokat az agy biokémiai vagy fiziológiai diszfunkciója okozza.

- *Gyógyszeres kezelés*

A gyógyszeres terápiának is megvannak a maga korlátai. Minden szernek nemkívánatos mellékhatásai is vannak. A drogok anélkül enyhítik a tüneteket, hogy a beteg szembe kényszerülne nézni a betegségéért felelős problémákkal. Az élet

- mi jellemző a családra normál helyzetben,
- hogyan működik,
- mi a probléma,
- hogyan kezelik a problémát,

¹²² Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹²³ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

során fokozatosan kialakult attitűdöket és megküzdő stratégiákat nem lehet egyik pillanatról a másikra pusztán egy gyógyszer bevitelével megváltoztatni.

- *szorongásoldók*

Csökkentik a feszültséget, rövid távon igen hasznosak, de tartós szedése fizikai függéshez, addikcióhoz vezet. A gyógyszer szedésének abbahagyásakor a személy súlyos elvonási tüneteket tapasztal magán.

- *antipszichotikumok*

A skizofrénia tüneteit enyhítő szerek, normálszemélyeknél a hatása inkább kellemetlen (így ezeket nem szedik olyan nagy mértékben, mint a szorongásoldókat).

- *antidepresszánsok*

A depressziós betegek hangulatának a javítását segítik. Néhány hetes gyógyszeres kezelésre is szükség lehet, míg a hangulat változása megfigyelhető.

- *Elektrokonvulzív terápia*

Az epilepsziás görcshöz hasonló rohamot előidéző, enyhe elektromos áramot (elektrosokk) bocsátanak az agyra. Manapság csak a gyógyszerre nem reagáló, igen súlyos depressziós betegeknél használják.¹²⁴

Krízisintervenció

Az erős stresszt átélt egyéneknek és családoknak azonnal segítséget tud nyújtani a krízisintervenció. A terapeuta segít a probléma tisztázásában, megnyugtatója a páciens, egy lehetséges megoldási módot javasol, más hivatalok vagy családtagok segítségét kéri. Ez a fajta terápia általában rövid, és az aktuális krízis leküzdéséhez szükséges segítséget nyújtja a kliensnek.¹²⁵

A krízisterápia nehézségei

Krízis által érintett tabuk:

- halál
- erőszakos halálmek
- öregség
- agresszió
- segítő-segített viszony
- kompetencia, hatékonyság
- intimitás
- a segítő veszélyeztetettsége

Krízisterápia nehézsége:

¹²⁴ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹²⁵ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

- „nehéz beteg”,
- nehéz helyzetben provokálja a segítő, ill.
- az empátia készségét,
- a frusztrációs toleranciáját („szeretet-teszt”),
- az elfojtott halálfélelmét és / vagy látens szuicid késztetését.¹²⁶

Telefonos krízisközpontok

A telefonos krízisközpontok munkatársai általában mentálhigiénés szakemberek által irányított önkéntesek. Néhány központ kifejezetten az öngyilkosságok megelőzésére jött létre, más központok általánosabbak, és a bajban lévő telefonálóknek segítenek megtalálni a számukra szükséges támogatást. Az önkéntesek kiképzésében fontos a figyelmes hallgatás megtanulása, az öngyilkosság-veszély észlelése, az empátia és megértés közvetítése, informáltság a helyi lehetőségekről, remény és megnyugtató sugárzása. Vannak még speciális vonalak a bántalmazott gyermekek és feleségek, a megerősöskolt áldozatok és más speciális problémákkal küszködők számára. A telefonszámokat széles körben nyilvánosságra hozzák, remélvén, hogy a rászorultak is megismerik azokat.¹²⁷

5. A segítő sérülékenysége, burn-out, kiégés.

Hogyan segíthetjük elő érzelmi kiegyensúlyozottságunkat?

Érzéseink és viselkedésünk megfigyelésével meghatározhatjuk azokat a cselekedeteket és helyzeteket, amelyek fájdalmat vagy nehézséget okoznak. Motívumaink és képességeink elemzésével megnövelhetjük annak lehetőségét, hogy aktívan befolyásoljuk az életünket.

- *Fogadjuk el érzéseinket*

Sok szituációban a kellemetlen érzelmek átélése teljesen normális reakció. Nincs okunk szégyenkezni. Ezek természetes érzelmek és jobb, ha észleljük, mintsem hogy letagadnánk őket.

- *ismerjük meg gyenge pontjainkat*

Ha rájövünk arra, hogy melyek azok a helyzetek, amelyek elszomorítanak, vagy amik kihoznak a sodrunkból, ez a tudás segítséget nyújthat a stressz elleni védekezésben is.

- *fejlesszük adottságainkat és érdeklődésünket*

¹²⁶ Dr. Temesváry Beáta előadása nyomán, 1999.

¹²⁷ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i. m.

A készségek kifejlesztésével nyert kompetenciaérzés nagymértékben támogatja az önbecsülést is.

- *legyenek kapcsolataink*

A legtöbb emocionális zavar oka az elszigeteltség és a magányosság érzése.

- *tudjuk, mikor kell segítséget kérni*

Mikor úgy érezzük, hogy kevésbé tudunk problémáikon uralkodni, ideje szakemberhez fordulni. A segítség kérésére való készség épp az emocionális érettség jele, és nem a gyengeségé. Ne várjunk addig, míg teljesen elborítanak a problémák.¹²⁸

A segítő sérülékenysége

A segítő sérülékenysége:

- Helfer szindróma.
- Burn-out:
 - neurózis,
 - alkoholizálás,
 - pszichoszomatika,
 - depresszió,
 - szuicid veszély!

Okai:

- narcisztikus személyiség vagy krízis:
 - ab ovo,
 - foglalkozási deformitásként,
 - traumatikus okból (tárgyvesztés: gyász, partnervesztés, stb.),
- negatív életesemények,
- fokozott empátiakészség („overengagement”),
- a pályamotiváltság oka:
 - öngyógyítás
 - korábbi pszichiátriai betegség.¹²⁹

Burn-out, kiégés

A kiégés az elhúzódó, krónikus stresszre adott szélsőséges reakció. Az a pont, amikor:

- a segítő már képtelen több stresszel szembenézni,
- nem találja többé érdekesnek az eseteit,
- nem érdeklődik klienseinek sorsa iránt,
- címkézni kezd,
- vagy cinikus megjegyzéseket tesz,
- hajlamossá válik arra, hogy klienseit tegye felelőssé nemcsak saját problémáikért, hanem esetleg az ő rossz érzéseierért is,
- nem képes megújulásra,

¹²⁸ Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: i.m.

¹²⁹ Dr. Temesváry Beáta előadása nyomán, 1999.

- igyekszik majdnem fóbiasan betartani a szabályokat, hogy ne hagyjon magán támadási felületet.

A kiégett munkahelyi vezető megnehezíti beosztottjainak életét, rendszeresen feddi őket, kollégáival állandóan vitákba keveredik, érzelmi kitérőket produkál, minden problémára paranoid módon reagál, nem a munka normális velejáróiként, hanem személyes támadásként kezeli őket.

A kiégés tünetei a további stressz elkerülését szolgálják, a terhek vállalásának képtelenségét tükrözik.

Minden segítőnek etikai kötelessége figyelni a kiégés tüneteire mind saját viselkedésében, mind kollégáiban. Ahogy klienseink esetében is a stressz tünetei segítő beavatkozásra indítanak minket, kötelességünk kollégáink érdekében az ők esetükben is észrevenni, hogy segítségre szorulnak.

A problémával kapcsolatban a segítő is ugyanolyan szakaszokon mennek át, mint amit *Elisabeth Kübler-Ross* leír. A súlyos személyes probléma elfogadásának szakaszai ugyanazok, bármilyen természetű is maga a probléma.

A kiégés súlyos krízishelyzetet teremt. A krónikus stressz-állapot szükségszerűen vezet kiégéshez, mert az egyik stressz-helyzet felerősíti a másikat és a következmények is növelik a stressz-szintet.

Mint minden krízis, ez is hozzájárulhat az éréshez, a növekedéshez, az ember életfeladatainak a megoldásához.¹³⁰

Debrecen, 1999. október 19.

Rénes László

¹³⁰ Kozma Judit: A szociális munkás személyes és szakmai fejlődése (Kézirat, 1997.)

Irodalomjegyzék:

Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: Pszichológia (Osiris, Bp. 1997.)

Bang, Ruth: A célzott beszélgetés (Tankönyvkiadó, Bp. 1976.)

Bang, Ruth: A segítő kapcsolat mint a személyes segítség alapja (Tankönyvkiadó, Bp. 1980.)

Buda Béla: A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei (Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Bp. 1988.)

Buda Béla dr.: Mentálhigiéné - Tanulmánykötet (Animula, Bp. 1994)

Buda Béla dr.: Mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (TÁMASZ, Bp. 1995)

Családgondozás és iskola - Szöveggyűjtemény, szerk.: Berényi András (KLTE, Db. 1999.)

Családterápiás olvasókönyv I. -Szerk.: Bíró S. dr. - Komlósi P. dr. (Mérei F. Mentálhigiéné Szolgálat, Bp. 1990.)

Fekete Sándor: Segítő foglalkozások kockázatai - a helper szindróma és burn-out jelenség (Psychiatria Hungarica, 1991./1.)

Freeman, Dorothy R.: Házassági krízisek (Animula, Bp. 1994.)

Satir, Virginia: Az új családműhely (BFI, Bp. 1993.)

Watzlawick, Paul - Weakland, John H. - Fisch, Richard: Változás - A problémák keletkezésének és megoldásának elvei (Gondolat, Bp. 1990.)

Fejezetek az életkorok lélektanából

Fejlődéslélektani ismeretek segítőfoglalkozásuk részére

Bevezetés

A személyiségzavarok kialakulásában jelentős szerepet játszanak az *én* és *felettes-én* fejlődés sérülései. A tünetképződés okait e sérülésekben találjuk meg, így tehát a fejlődési folyamat ismerete nélkülözhetetlen.

Freud szerint a lelki struktúra 3 fontos részre bontható:

- ösztön-én
- én
- felettes-én.

Az emberi lélek e 3 tartománya nem határolódnak el élesen egymástól.

Az én feladata az integrálás, koordinálás. Terhei nem csekélyek amikor megkísérli, hogy eleget tegyen 3 követelőző hatalomnak:

- a külvilág elvárásainak,
- az ösztön-én igényeinek és
- a felettes-én utasításainak.

Azután, ha az én kudarcot vall, ha nem képes e követelményeknek eleget tenni, szorongás gyötri. A külvilág felől a szorongás reális félelem formájában, az ösztön-énnel kapcsolatosan, mint ideges szorongás, a felettes-én felől pedig mint büntudat vagy lelkiismeretfurdalás jelentkezik. A felettes-én a jónak és rossznak tudója, a tiltó és korlátozó hatalom, mely előírja az én számára a kívánatos viselkedést. A fejlődés során a szülők helyét veszi át, örködik azon, hogy a veszélyesnek ítélt vágyak ne kerülhessenek a tudatba, jobbra az ő igénye szerint történik az elfojtás. Az erkölcs, az önmegfigyelés a felettes-énhez kapcsolódó fogalmak. Az ösztön-én az ösztönenergiák hordozója. Vak, kielégülésre törekvő energiák ezek, melyek azonban csak az énen keresztül kerülhetnek a külvilággal kapcsolatba. Az ösztönélet és a külvilág küzdelme egyaránt utat nyithat a pszichés megbetegedés vagy kulturálisan magasra értékelt alkotások felé. A túl gyenge felettes-én nem tud megbirkózni az ösztön-énnel, a túl szigorú pedig elnyomja, gúzsba köti az ént.

Az életkorok lélektana

Erikson a pszichoanalízis és a szociálpszichológia eredményeinek együttes felhasználásával elméletet alkot annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy hogyan tekinthető az egész emberi élet - a külső és

belső hatások, krízisek és megoldások éltető küzdelmében formálódva - a személyiségfejlődés kiteljesedő folyamatának.

A fejlődési modellnek 8 stádiumát írja le:

- 1. Csecsemőkor: önbizalom-önbizalmatlanság.
- 2. 1-3 éves kor között: önállóság-önállótlanlás, szégyenérzet, kétely.
- 3. Óvodáskor: kezdeményezőkézség-büntudat.
- 4. Iskoláskor: alkotókészség-kisebrendűségi érzés.
- 5. Serdülőkor: identitás, identitás-zavar, szerepcsere.
- 6. F fiatal felnőttkor: intimitás, közelség-izoláció, elzárkózás.
- 7. Érett felnőttkor: alkotókészség, újrakezdés-megrögzöttség.
- 8. Öregkor: én-teljesség-kétségbeesés.

Az ember személyisége nincs "készen", kialakulása, fejlődése szakaszokban történik, és a fejlődés egymásra építkezve történik. Minden fejlődési szakasznak megvan a maga belső ellentmondása. A fejlődési szakaszok feladata ezekkel a belső ellentmondásokkal való birkózás. Az átmenet mindig "normatív válság" keretei között történik. A válság, a krízis nem csupán negatív tartalmat hoz. A válság szavunkba belehallható a *váltás*, *változás* szó is. Ezen a 8 stádiumon keresztül akkor alakul egészségesen az ember személyisége, ha az egyes fejlődési korszakokban sikeresen vívta meg a belső ellentmondással, élethelyzeti krízissel, identitás kihívással a küzdelmet, és a "normatív válság" valóban a változás előkészítését jelenti. Az egészséges fejlődés során az egyes fejlődési szakaszokból az egész életre kiható megtapasztalások közül nem a negatív, hanem a pozitív megtapasztalást építi be a személyiségbe, továbbítja élményként. Az a cél, hogy mindkét élmény-komponens valóságos megtapasztalása után megteremtődjön a belső egyensúly. A szakaszok tehát egymásra épülnek, láncolatot alkotnak - szerencsés esetben. De a láncszemek valamelyike meg is sérülhet, és az egészséges folyamat törést szenved. A későbbi terápia, bizonyos keretek között a gyógyító-segítő beszélgetés is ahhoz kíván segítséget nyújtani, hogy a megsérült személyiségű ember felfedezze személyiségfejlődési folyamatában a "szakadásokat", törekeket, azokat értelmezze és a megszakadt láncolatot újra összekösse.¹³¹

Az énefejlődés

¹³¹ Debrecenyi Károly István: A felnőttkor lélektani sajátosságai IN: Fejezetek az életkorok lélektanából (Caritas Hungarica - Híd, Bp. 1993.)

Margareth Mahler észrevette, hogy a pszichotikus gyerekek énállapotai gyakran meglepő hasonlóságot mutatnak a csecsemőével, amikor az még nem ismeri fel saját személyiségének a határait, s mintegy a külvilággal összemosódó állapotban él. Mahler dolgozta ki a szeparálódás-individuáció elméletét, melyben szakaszokra bontja a csecsemő pszichés fejlődését. Az anyával való kielégítő kapcsolaton múlik elsősorban, hogy a gyermek minden életszakaszból megfelelő tápanyagot merít-e ahhoz, hogy veszteség nélkül léphessen a következőbe, s hogy a személyiség biztos, vihartálló szerkezetét sikerül-e felépítenie. A fejlődés - bár csúcspontok vagy krízisek szerves részét képezik - folyamatos történés. A Mahler által megállapított határok is egybemosódnak, azokat az egyes szakaszokban domináló jellegzetességek, a lelki struktúra egy ott uralkodóvá váló vonása alapján lehet elkülöníteni.

Az elhárító mechanizmusok

Ösztön-én. felettes-én és a külvilág, rendszerint eltérő követelésekkel szembesítik az ént. A kielégítetlen követelések feszültséget ébresztenek az énbén. A személyiség egyensúlyának védelme érdekében szükség van arra, hogy az én képes legyen a feszültségek elhárítására. Az én védelmet szolgálják az elhárító mmechanizmusok. A fejlődés előrehaladtával az elhárításmódok egyre több lehetősége áll az én rendelkezésére. Az énéjlődés egyes szakaszainak megvannak a jellegzetes elhárításmódjai, s egy személyiség számára is - bár az egyes helyzetektől függően használhat más és más elhárítást- léteznek olyan elhárításmódok melyeket előnyben részesít. Ezek általában mint jellemvonások jelennek meg.

- A regresszióknak sajátos szerep jut az elhárító mechanizmusok sorában. Nem annyira mint elhárításmód, hanem mint a fejlődés elhárítása, a fejlődéssel ellentétes tendencia jelenik meg. A regresszióban a fejlődés egy már elért, magasabb szintjéről egy korábbira csúszik vissza az én. A fejlődésben minden magasabb rendű forma fenntartása több energiát igényel. A visszacsúzás éppen a fejlődés során épült pontokra történik. Amikor az én egy konfliktussal szemben alulmarad, amikor az adott szintű elhárító mechanizmusai, melyek az én védelmét szolgálják csődöt mondanak, akkor jön létre a regresszió, s ilyenformán mint alapvető elhárításmód is értékelhető. Feszültségcsökkentő hatású, mivel az alacsonyabb szint kevesebb alkalmazkodási energiát igényel, lehetővé válnak olyan vágyak kielégítése is melyek a magasabb szint

követelményeivel már nem voltak összeegyeztethetőek.

- Az elfojtás során az én úgy védekezik a veszélyes vágygal szemben, hogy a vágyhoz tartozó képzeteket kiszorítja a tudatból. Az egykor vágyott dologgal szemben viszolygás, undor lép fel. Magától a vágytól ezen a módon nem szabadulhat az én. Az továbbra is fenntart bizonyos feszültséget, kerülő utakat keres. Burkolt formában az álmok anyagába szövődik, cselekvéseket motivál vagy tüneteket hoz létre.¹³² Elfojtás (tagadás-elfojtás) szakaszai:
 - első szakasz: a tagadás,
 - második szakasz: elfojtás a tudattalanba, de a vágy megmarad,
 - harmadik szakasz: viszolygás, undor szakasza.
 - Kerülőúton visszatérnek a vágyak (pl. álomban, elszólásokban, viccekben, stb.).
- Az izolációval - az elfojtáshoz részben hasonlóan - az én úgy védekezik a tiltott vágyak, kínos élmények ellen, hogy a hozzájuk kapcsolódó gondolatokat, viselkedésformákat leválasztja az eredeti indulatról. E tartalmak azonban nem szorulnak ki a tudatból. Céltalanak tűnő viselkedésmódok jelennek meg, általában az egyén számára is zavaróan, érthetetlenül. Ezek mint kényszer-cselekvések ill. gondolatok, indokolatlannak látszó indulatkitörések, az intellektuális, érzelmi és szociális élet súlyos gátjává válhatnak.
- Az azonosításnak, identifikációnak igen fontos szerepe van az énéjlődésben. A személyiség építésének, gazdagításának, a sokoldalú alkalmazkodásnak nélkülözhetetlen eszköze. Az egyén nem csupán követni igyekszik egy mintát, hanem a viselkedés formáit és tulajdonságokat saját énjébe építi. A nevelés is csak azonosítási mintákat nyújtva lehet hatékony. Azonosulás az érzelmileg közel álló személyekkel. Lehet jó, mert flexibilis, de rossz is, ha ettől befolyásolhatóvá válik.¹³³
 - Analitikus identifikáció a rátámaszkodó azonosulás,
 - az agresszorral történő azonosulás esetén, ha a másik valamit tilt, akkor

¹³² Barta Anna: Fejlődéslelektan segítő foglalkozásúak számára IN: Fejezetek az életkorok lélektanából (Caritas Hungarica - Híd, Bp. 1993.)

¹³³ Barta Anna: i.m.

ennek az elfogadása az azonosulással történik meg.

- Hasítás az, mikor személyeket két felé választ: jóra és rosszra. Egyértelműen negatívra és pozitívra oszt, de érett személyiség integrálni tud.¹³⁴
- A kivetítés - projekció - igen korai, primitív elhárításmód. Az én úgy igyekszik megszabadulni a feszültségektől, hogy a késztetéseket, indulatokat a külvilágba vetíti ki, másoknak tulajdonítja azokat.
- Az annulláció¹³⁵, a meg nem történte tevés jellegzetesen gyermeki elhárításmód. Egy kellemetlen eseményt eltörölni, mintha sohasem játszódt volna le, a realitás teljes figyelmen kívül hagyását jelenti.
- A reakcióképződésben egy indulattal szemben - melyet a külvilág ill. a felettes én nemkívánatosnak minősít - úgy védekezik az én, hogy ellentétes irányú viselkedést, jellemvonást alakít ki. Így a jellemformálódásban jelentősszerephez juthat ez az elhárító mechanizmus. Általában a túl erős, vagy a túl szigorúan tiltott indulatok jutnak erre a sorsra. Az én nyeresége a felettes-én kibékítésében jelentkezik.
- A kompenzáció esetén, a csökkentértékűség valamely érzésével küzd az én, amikor olyan helyzetet próbál teremteni, olyan tulajdonságokat igyekszik kifejleszteni, melyek kiegyensúlyozzák, feledtetik a csökkentértékűség érzését. Ha e törekvésben az egyénnek rendelkezésére állnak a megfelelő adottságok, úgy a kompenzáció jelentős énépítő erő forrása lesz, de fennáll a veszély, hogy e törekvései irreális irányba sodorják az egyént.
- Az elaboráció az elhárító mechanizmusok talán legmagasabbrendű, leghatékonyabb, a realitást leginkább tekintetbevevő, így legalkalmazkodásképesebb formája. Az elaboráció esetében a feszültségelvezetés helyett sokkal inkább a feszültségfeldolgozása, a feszültségoldás a helyes kifejezés. Az én feszültségei nem egyszerűen elhárítódnak, hanem valamilyen módon felhasználásra kerülnek.

¹³⁴ A jót és a rosszat akkor tudja integrálni, ha a gyerekkorban több pozitív élmény érte.

¹³⁵ latin → hatályon kívül helyezés, érvénytelenítés, megsemmisítés

A neurózisok lényeges eleme az ödipális vágyak elleni küzdelem, melyek elhárítása, a túl erős elfojtás gúzsba kötik az ént. A pszichopátiás kórkép fejlődésének pedig sarkpontja a felettes-én gyenge működése. Így ösztönerőket nem fékezi kellően erős belső hatalom. Az ösztönkésztetések és az őket szabályozó belső erők egyensúlya volna tehát a kívánatos. Nem csupán a teljes ösztönkorlátozás, hanem a szabályozatlan ösztönkielés is súlyos tünetek forrása lehet: a személyiség és intellektus éréseinek elakadásához vezethetnek.¹³⁶

A serdülőkor

Az érett, genitális szexualitás megjelenése elkerülhetlenné teszi a családon kívüli intim kapcsolat keresését. A személyiségfejlődés hosszú leválási folyamata az identitás megszilárdulásával zárul.

A serdülőnek számot kell vetnie mindazon értékekkel, melyeket szülei képviseltek, hogy azonosuljon velük, vagy elvesse őket. Előbb-utóbb mindenkinek át kell esnie a fejlődéstől elválaszthatatlan problematikus időszakon ahhoz, hogy önnön értékeit megalkothassa. Természetesen mindez nem egycsapásra történik, hiszen a feladat nem kisebb, mint a személyiség struktúrájának átrendezése.

Milyen feladatok megoldása előtt áll a serdülő:

- szexuális éréseinek el kell jutnia a genitalitás¹³⁷ uralmához.
- Képesnek kell lennie arra, hogy családon kívül, mély érzelmi kapcsolatot létesítsen, ami viszont nem jár az érvényesítés félelmével.
- El kell fogadnia a felnőtt szereppel járó feladatokat, s hogy felelősséggel tartozik önmagával és másokkal szemben egyaránt.

A pubertás lefolyása először a testi éréssel indul. A változások, habár örvend is nekik, meg is ijesztik. Ez az átmeneti állapot félelmet és bizonytalanságot ébreszt benne. Belső világa is foglalkoztatni kezdi. Még nem felnőttként, de már nem gyerekként, a serdülő gyakran éli át magányosságát. A keresés izgalmát is átéli, új embereket ismer meg, ideálokat követ, eszmékért lelkesedik. A lekövetlen szexualitás átfűti a kapcsolatokat, elmélyítve az érzelmi kötődést. Az ösztönök felélénkülése együtt jár a korai kötődések felélénkülésével. Az ödipális érzelmek ismét felébrednek, anélkül azonban, hogy igaz mivoltukban bebocsájtást nyernének a tudatba. Az ödipális érzésekkel szembeni védekezés különböző formáit írja le *Anna Freud*:

¹³⁶ Barta Anna: i.m.

¹³⁷ genitális, latin → nemi, nemzési, nemző.

- Érzelmait a családról visszavonja, másokra helyezi át (tanár, korai szerelem stb.)
- Ellentétbe fordítja az érzéseit. A szeretett személy jelenléte haragot vált ki, súlyos kritikákkal illeti.
- Saját magáról nagyzasos fantáziákat alakít ki.
- Regresszió - visszahúzódik a kisgyermekkorba, ahol még minden elfogadható.

Anna Freud két olyan elhárításmódról is ír, melyeket jellemzőnek tart e korra, s melyek segítségével a serdülő ösztönkésztetése ellen küzd, konfliktusait igyekszik feldolgozni.

- Az egyik az intellektualizálás. A gondolkozási folyamatok korábban túlnyomóan konkrét formáit a serdülőkorra az absztrakció váltja fel. A gondolkodás megszállása a feszültségek feldolgozásának szükségletéből fakad, s intellektualizálásának termékei többnyire pusztán saját problémáit tükrözik burkolt formában.
- A másik elhárítás az aszkézis, melyben a serdülő az erős ösztönkésztetésekkel szemben azok tagadásával igyekszik védeni magát.
- *Blos* egy harmadik elhárításmóddal egészíti ki az előbbieket, melynek lényege az uniformizálódásra való törekvés. A többiekhez való hasonlósá válás, végső soron az egybeolvadás igénye kerekedik felül, szemben a független személyiség vállalásával.

Az önálló élet megkezdése nem könnyű feladat. A serdülő ambivalens érzelmei mellett a család reakciói is megnehezítik ezt. A szülők megköthetik, visszahúzhatják. A szülőknek is meg kell birkóznuk azzal, hogy gyermekről lemondjanak.

A serdülés nemegyszer az egyén életének legproblematicusabb szakasza. A személyiség szerkezet olyan gyengeségei, melyek a kisgyermekkor történéseihez köthetőek, de melyeken az egyén látszólag túljutott, most, az elszakadás küszöbén ismét jelentkezve a felnőtté válás gátjaivá lehetnek. *Anna Freud* szerint bármily szélsőségekkel is járjon be a serdülő viselkedése, amíg a fejlődés, a változás nem akad el, nincs okunk komoly aggodalomra.

Lauffer szerint a vészjelek a következők:

- A serdülő nem mond le a kisgyermekes magatartásformákról, ill. visszatér azokhoz.
- Túlzottan merev, szigorú önkontrollt igyekszik fenntartani. Valójában azoktól az érzésekről, fantáziáktól fél, melyek, melyek a kontroll gyengülésével elárasztanák.
- Kapcsolatai nem korának megfelelően alakulnak, pl. kisgyermekes társaságát keresi, akik közt még biztosan mozog.

- A serdülő életében a szülők túlzottan fontos szerepet játszanak. Ez a problémák önálló megoldásának képtelenségét jelentheti.
- Érzelmait nem képes megfelelően kinyilvánítani. Ez lehet erős elhárítás, de érzelmi elsívárosodás következménye is.
- Nem képes mások viselkedését, mint a saját félelmeitől, kínos gondolataitól független történet megítélni, úgy véli azok mindig valamilyen vonatkozásban állnak vele.
- A jövőre való beállítódás problematikus. Pl. nem készül rá, irreális félelem gyötri, vagy túlértékeli a lehetőségeit.
- A serdülő nem képes valamely bénító gondolattól szabadulni, így az a jövőre való felkészülés gátja lesz.
- Úgy érzi cselekedeteit valami akaratán kívüli erő irányítja.

Minuchin a serdülőkori családnál a nyíltságot, s az új értékrend elemeinek elfogadása előtt nem elzárkózó vitakészséget ítéli fontosnak a szülő és a gyermek kapcsolatában.

A serdülőkor lezárása, az én önállósulásának megszerzése úgy lehet sikeres, ha az én a korábbi viselkedésmintáit újraértékeli, a jelenben folyó azonosításokkal ötvözi, és a személyiség olyan szintézisét hozza létre, melyet az önazonosság élményével tud elfogadni. Ezt a folyamatot nevezi *Erikson* az én-identitás kialakulásának.¹³⁸

A személyiségfejlődés akkor érte el a felnőttéget, ha a tulajdonságok, vonzalmak, érdeklődési irányok, viselkedési módok bizonyos hierarchiába rendeződtek.

A kedvezőtlen környezeti hatások a fejlődésmentet átmenetileg, vagy tartósan megzavarhatják. Ha ezek a külső hatások súlyosak, ha érzékelhető következményekkel járnak: lelki traumának nevezzük őket. Traumatikus hatású lehet pl. a korai anya-gyermek kapcsolat megzavartsága, az anya feltűnően kiegyensúlyozatlan, túl aggódó, vagy túl laza viselkedése a szeparáció-individualizáció fázisában, súlyos családi konfliktusok, csonka család stb. A korai traumák hatása elkísérheti a gyermeket a serdülőkorba, de ekkor már, mint a belső fejlődés gátja jelentkezik. Méghozzá gyakran más formában, mint ahogy ezt a józan ész várná.¹³⁹

A fiatal felnőttkor

A fiatal felnőttkorban a legkülönbözőbb alkalmazkodási zavarok támadnak, a partnerkapcsolatok, a hivatásválasztás, a társadalom rendjébe való beilleszkedés problematikusá válik.

¹³⁸ Barta Anna: i.m.

¹³⁹ Vikár György: Az ifjúkor fejlődéslelektani szempontból IN: Fejezetek az életkorok lélektanából (Caritas Hungarica - Híd, Bp. 1993.)

A serdülés azonban nem csak új problémákat vet fel, nem is csak lezártnak tűnő kisgyermekkorú konfliktusokat éleszt újjá, de új erőket is mozgósít. Ha a fiatal felnőtté válás neurotikus tüneteket észlelünk, a teljesítőképeség csődjét, vagy deviáns viselkedést, a lélektani kulcsprobléma rendszerint megoldatlan maradt. A gyermekkorú kapcsolatok sérüléseiből eredő szorongások és indulati feszültségek, vagy a kedvezőtlen családi minta riasztó hatása felerősödik, amikor valóban át kellene adnia magát egy igazi párkapcsolatnak, vagy egy pálya mellett elköteleződni. A különböző neurotikus tünetcsoportok: szorongások, fóbiák¹⁴⁰, kényszerek, hypochondriás¹⁴¹ érzések és aggodalma gyakran ebben a korban jelennek meg klinikailag észlelhető szinten. Ha eredetüket elemezzük, első okaikat a gyermekkorban találjuk meg, de a felnőttkor feladataival való szembesülés hatására lépnek elő a lappangó állapotból és válnak nyilvánvaló betegséggé. Az esetek egy részében nem találunk nyilvánvaló neurotikus tüneteket, de a megoldatlan érzelmi problémák miatt a fiatal nem képes tanulásban, munkában megfelelően teljesíteni. Az esetek egy más részében azt látjuk, hogy a fiatalok problémamegoldási kísérleteik kudarcának hatására valamely társadalom peremén elhelyezkedő deviáns csoporthoz csapódnak. A neurotikus gyakorisága 20 év felett ugrásszerűen megnő. Deviáns viselkedésként ebben az életkorban a nőkre inkább a szuicidiumot, férfiakra inkább az alkoholizmust találták jellemzőnek.¹⁴²

A felnőttkor

A. H. Maslow 14 pontban szedte össze az érettség ismérveit:

- 1. A valóság hatékony észlelése, kielégítő viszony a realitáshoz.
- 2. Elfogadás önmagunkkal, másokkal és a természettel szemben.
- 3. Spontaneitás.
- 4. Feladatközpontúság.
- 5. Távolsgártartás (kapcsolataiban nem lép fel a birtoklás vágya).
- 6. Függetlenség a kultúrától és a környezettől.
- 7. A befogadás állandó frissessége.
- 8. Végtelen horizontok (transzcendens nyitottság).
- 9. Szociális érzés.
- 10. Mély, de szelektív társas kapcsolatok.
- 11. Demokratikus jellemszerkezet.

¹⁴⁰ görög → beteges félelem, iszony, irtózás vmitől (a kényszerképzetek egyik fajtája)

¹⁴¹ görög → betegség beképzése v. túlértékelése

¹⁴² Vikár György: i.m.

- 12. Etikai szilárdság.
- 13. Ellenségességtől mentes humorérzék.
- 14. Alkotóképeség (kreativitás).

Gordon W. Allport 6 pontban foglalja össze saját véleményét a személyiség érettségéről:

- 1. Az én érzésének kiterjesztése
 - A serdülőkor ebből a szempontból különösen fontos időszak, de nem csupán csak a serdülőkor kérdése az én érzésének kiterjesztése: minden új ambíció, új eszme, új kapcsolat később is énazonosságunk tényezőivé válnak.
- 2. Meghitt viszony másokkal
 - Úgy tudunk bensőséges, ragaszkodó, szeretet-kapcsolatokat kialakítani, hogy közben képesek vagyunk elkerülni a szeretet tárgyának birtokbavételét.
- 3. Érzelmi biztonság (önelfogadás)
 - Az érettség eme jellemvonásának legszembetűnőbb kérdése a "frusztrációtűrés". Az érett személyiség együtt tud élni emocionális állapotaival anélkül, hogy olyasmiket cselekedne, ami mások boldogságát akadályozza. Ennek gyökerei kora gyermekkorra nyúlnak vissza, az ösbizalom kialakulásához.
- 4. Valóság-hű percepció¹⁴³, jártasságok és feladatok
 - Az érett személyiségnek nemcsak észlelései felelnek meg a valóságnak, hanem birtokában van a problémák megoldásához szükséges jártasságnak is. A valóság-hűséghez és a jártassághoz még a munkában való elmélyülés képessége társul.
- 5. Az én tárgyiasítása: önismeret és humor
 - Szókratész óta tudjuk, hogy az élet nagy titka és kihívása: ismerdd meg önmagad. Régi vélemény szerint 3 jellemünk van: az egyik, amivel valóban rendelkezünk, a másik, amiről gondoljuk, hogy van, és a harmadik, amit mások tulajdonítanak nekünk. Az önismeret leghasználhatóbb "mérése" a második és a harmadik összehasonlításán alapulhat. Az önismeret képességének - talán meglepő módon - nagyon fontos összetevője a humor. Az a

¹⁴³ latin → érzékelés, észlelés; a tudatunktól független valóság közvetlen visszatükrözése

humor, amely segítségére van önismeretünknek, képessé tesz arra is, hogy saját jellemvonásainkat, értékeinket belső ellentéteinkkel és fogyatékosságainkkal együtt ismerje fel.

- 6. Az egységes életfilozófia
 - A határozott elhivatottság céljainak megvalósításáért egy életfilozófia keretei között küzd az érett személyiség.

A felnőttkor szakaszai:

- 1. Fiatal felnőttkor (21 - 25 év)
- 2. A felnőttkor középső szakasza (25 - 40 év)
- 3. A felnőttkor késői szakasza (40 - 60 év)
- 4. A felnőttkor nyugdíjas szakasza (60 - 65 év)
- 5. Az öregedés-öregség kora (65 - 75 év)
- 6. Az elköszönés kora¹⁴⁴

Család-modellek

Hill modellje a család szempontjából 8 életszakaszt különít el:

- 1. az újonnan házasodott pár,
- 2. a csecsemős család,
- 3. a kisgyermekes család,
- 4. az iskolás korú gyermekes család,
- 5. a serdülő korú gyermekes család,
- 6. a felnövekedett gyermeket kibocsátó család,
- 7. a magukra maradt, aktív szülők,
- 8. inaktív öreg házaspár.¹⁴⁵

A fiatal felnőttkor

Ez a korszak a nagy döntések meghozatalának, és az egész életre kiható szerepek megválasztásának időszaka. Az élet alternatívák közötti döntéseket kíván, dönteni márpedig nem könnyű. A felnőtté válásnak ebben a korai szakaszában a döntés mellett erősek az önkifejtő törekvések, jellemző a rendkívüli optimizmus. Az egész életünket szakadatlanul jellemző alkalmazkodási feladat talán az életszerepekkel szembeni külső és belső elvárások területét érinti leginkább. Az alkalmazkodási kihívásnak kétféleképpen lehet eleget tenni. Az egyik az *asszimilálás*: a külső világot saját magához igazítja, változtatja az ember. A másik út az *akkomodálás*: önmagát alakítja az ember a külső körülményekhez. Az ifjú felnőttkor legfontosabb feladata, hogy megtanulja és alkalmazza e kétféle alkalmazkodást, megtalálva a megfelelő arányt.

Párválasztás

¹⁴⁴ Debrecenyi Károly István: i. m.

¹⁴⁵ Komlósi Piroska: A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére IN: Családgondozás és iskola - Szöveggyűjtemény, szerk.: Berényi András (KLTE, Db. 1999.)

Buda Béla érdekes motivációkra hívja fel a figyelmet a párválasztással kapcsolatban, mindenütt, egyes sajátos szükségletekre mutatva rá:

- 1. A kiegészítő szükségletek elmélete
 - Olyan személyiségek választanak így párt, akik a másikban valami fontos kiegészítést keresik életüknek. Az a lényeg, hogy a partner a belőle hiányzó tulajdonságokkal rendelkezzen.
- 2. A sajátos igények elmélete
 - Olyan emberekről van szó, akiknél a személyiségfejlődés során vagy a túlzó kielégítés, vagy éppen a tartós kielégítetlenség miatt egy lélektani igény nagyon erősen rögzült.
- 3. A "szülő-imágó" elmélete
 - Az ilyen módon párt kereső fiatal társában az ellentétes nemű szülő tulajdonságait vágyik felfedezni.
- 4. A kompenzáló személyiségzavar elmélete
 - Eszerint a személyiség valamely mély konfliktusa - mondjuk szorongás, félelem, bizonytalanság - enyhül, ha olyan partnert talál, aki még nálánál is bizonytalanabb, szorongóbb, és így saját gondjait kisebbnek láthatja.

(Buda Béla, 1988.)

Arra kell motiválnunk a fiatalokat, hogy minél nagyobb tudatossággal építsék kapcsolatukat, őszintén beszéljenek elvárásaikról, igényeikről egymásnak. Fontos, hogy számot vessenek a váratlan nehézségekkel, mérjék fel azokat, és nézzenek velük őszintén szembe. Mint ahogy később a házasság sem lesz attól "jó", ha nem lesznek benne kemény próbák, bizalmat próbáló válságok, hanem ha ezen válságok kezelésére nem lesz idő, tapintat, figyelem és őszinte szándék. Így van ez már a párkeresés időszakában is.

Szülői szerep

Felkészülés a szülői szerepre az előzőnél semmivel sem kisebb feladat.

Mikor nem jön "túl korán" a gyermek?:

- ha eljutottak a házastársi szerep megtanulásában egy olyan szintre, ahol már lehetővé válik egy további szerepre való figyelés
- ha biztosítottak a születendő gyermek számára a kedvező feltételek. A lakáskörülményeken és az anyagiakon túl itt mindenekelőtt arra gondolunk, hogy legyen kialakítva az az élettér, ahová a jövevény megérkezve valóban *otthonra talál*, ahová "hazavárják".

A felnőttkor középső szakasza

Fontos sajátosságai:

- Korábban megfogalmazott célok, higgadt, reális újraértékelése - nagyobb távú célok kitűzése.

- Az életszínvonal megszilárdítása - az önző anyagiasság veszélye.
- Családi élet "megszervezése", a "külön utak" kísértése.

Az összegyűjtött és a döntések szolgálatába állított élettapasztalat a megszerzett önismeret és emberismeret, a társadalmi és családi felelősségtudat megszilárdulása mind úgy hat a személyiségre, hogy képes az ember eddigi céljait felülvizsgálni, módosítani. Könnyen tolakodik a cél és életprogramok listáján az első helyre az anyagiasság. Ez vezethet önmaga és családtagjai kizsigeléséhez, a lelki, fizikai "kiegészhez", a "minél több, annál kevesebb" szindrómához, a legközvetlenebb személyes kapcsolatokban is az elüzettesedő viszonyhoz.

"A legelterjedtebb félreértés szerint, aki ad, az "felad" valamit, megfosztja magát valamitől, áldozatot hoz. Az olyan ember, akinek jelleme megrekedt a befogadó, kihasználó, felhalmozó beállítódottság szintjén, az csakugyan ezt érzi, amikor ad. A piacra orientált karakter szívesen ad, de csakis cserébe; hacsak ad, és nem kap is, úgy érzi: becsapták. A nem alkotó ember szemében adni, egyenlő a tönkremenéssel. Legtöbbjük éppen ezért nem is ad... Adni nem azért nagyobb öröm, mint kapni, mert veszteség, hanem mert tulajdon elevenségem fejeződik ki benne... Az áruháalmazó, aki attól retteg, hogy hátha elveszít valamit, lélektanilag szólva tönkrement nincstelen, akármennyire van is. Aki viszont önként tud adni, az gazdag. Úgy éli meg önmagát, mint olyan valakit, aki önnön gazdagságával másoknak is juttathat..." (Erich Fromm, 1956.)

Az intimitás hiánya, az érzelmi felszínesség megakadályozza, hogy az "újat" a párok egymásban fedezzék fel, és ne csábuljanak külön utakra.

Ezekben az években a családi életben új alkalmazkodási feladatok jelentkeznek:

- A házastársat partnerként szeretni, személyiségként becsülni.
- A tinédzser gyerekek támogatása személyiségfejlődésükben.
- Új szabadidő tevékenységek kiépítése.
- Alkalmazkodás az öregedő szülőkhöz, a róluk való gondoskodás.¹⁴⁶

(Durkó Mátyás, 1988.)

A felnőttkor késői szakasza

Ekkor fontos lehet a szembenézés az eddig megtett úttal. Ez a szembenézés nagyon ellentmondásos lehet: megmutatkoznak a sikerek, de a melléfogások és az "elszalasztott alkalmak" is.

¹⁴⁶ Erre a korosztályra kétfelől nehezedik a nyomás, és a nőkre - mivel az ő hivatásuk is kettős - sokkal több jut.

Az előző korszak vitalitása, dinamikája gyengülni látszik, szellemi, fizikai teljesítőképessége terén megtapasztalja a kifáradás első jelét.

A férfiak esetében a klimax olyan állapot, amelyben a fizikai, szellemi, szexuális teljesítmény-csökkenés romló közérzetet, majd zavaró lelki tüneteket eredményez. A klimaxos férfi nagyon nehezen viseli el közérzetének romlását, hogy "már nem a régi", az élet oly sok területén "nem tudja tartani a színvonalat". Fontos lenne tudnia, hogy a klimax nem egyenlő az öregséggel, még az öregedéssel sem: nem kellemes, de átmeneti és kezelhető állapot. Egy kiegyensúlyozott férfi, aki felkészült életének erre a szakaszára, és azt nem fogja fel tragikusan, sikeresen juthat túl rajta.

A női klimaxról gyakrabban beszélünk. A nőknél a folyamat rövidebb idő alatt, néha robbanásszerűen játszódik le, és ezért sokkal megterhelőbb is. Ez a hormonális változás kihatással van a vegetatív idegrendszer egyensúlyára. Megjelennek a pszichés tünetek is:

- alvászavar,
- nyugtalan álmok,
- szorongás,
- túlérzékenység,
- szeszélyes hangulat,
- feledékenység.

A gyógyszerkísérletek eredményessége miatt komoly segítséget tud nyújtani az orvos, és a mentálhigiénés támogatás is hozzá tud járulni ahhoz, hogy ennek az időszaknak a kellemetlenségei csökkenthetőek lehessenek.

A középkorú ember mellett a családban és a munkában is felnőtt egy új generáció. Egy generáció, mely sok mindenben eltérő életfelfogást, értékrendszert, munkastílust vall. A merev elutasítása ennek az újnak, csak további feszültségeket szül.

A gyerekek önálló útra lépnek, családot alapítanak, saját életüket építik. Magukra maradnak a szülők. A férj és a feleség újra egymásfelé fordulhatnak, újra felfedezhetik a kettesben-lét szépségét, olyasmiket engedhetnek meg maguknak, amire eddig sem idejük, sem energiájuk nem volt. Új életforma, új lehetőségek, új elfoglaltságok, - de meg kell találni őket.

A felnőtt kor nyugdíjas szakasza

Kétségtelen, hogy élettanilag ez már nem felfelé ívelő szakasz, elkezdődik az érett felnőtt ember készülődése az öregedés korára. Nem jelenti azonban, hogy gazdag élettapasztalatával, bölcsességével ne érhetne még el szép eredményeket. Az életnek ebben a szakaszában nem kis kihívások érik az embert, pl.:

- hanyatló fizikai erő,
- romló egészség,
- nyugdíjazás,
- szerényebb jövedelem,

- önmaga újbóli hasznossá tétele,
- házastárs, barátok halála,
- új baráti kapcsolatok teremtése saját korcsoporttal.

Ebben az életkori szakaszban talán éppen az a legnehezebb, hogy több, próbára tevő kihívás nehezdedik az emberre. Nagyon komoly lelki próbatétel a nyugdíjazás, ami sokak számára a feleslegesség érzését hívja elő. Nagy segítség lehet, ha a nyugdíjas valami valóban fontos, értékes feladatot talál, ha nem jelent életében hirtelen változást a nyugdíjazás: nem kell egyik pillanatról a másikra tétlenségre kárkoztatnia magát. A legnagyobb veszély a bezárkózás a négy fal közé, a munkahelyi, baráti kapcsolatok teljes megszűnése. Egy életszakasz valóban véget ért, de itt van a lehetőség a nyitásra, megint valami új felé. Mennyi mindenre nem kerülhetett sor a hivatásbeli elfoglaltság, a munkahelyi lekötöttség miatt. Ennek a korszaknak az igazi nagy kérdése: a nyugdíjaskorú ember bölcs, egészséges kedéllyel vállalja-e, hogy az öregedés kora következik, vagy pedig elkezd lázadni az öregedés ellen.

Az öregedés-öregség kora

Az embernek 3 életkora van:

- a kronológiai (személyi iagzolmányunk őrzi),
- biológiai (orvosi leleteink beszélnek róla),
- pszichológiai (érzéseink és cselekedeteink árulkodnak róla).

Arról a szemléletváltásról kell itt szólnunk, amely az öregséget nem statikus állapotnak tekinti, hanem folyamatnak. Ennek a szemléletnek a középpontjában nem a deficitek állnak, hanem a lehetőségeket látja és láttatja. Az idős ember biológiai, szociális és pszichológiai vizsgálatánál az a szemlélet vezessen bennünket, amely az öregedésben nem megváltozhatatlan, visszafordíthatatlan helyzetet lát, hanem olyan folyamatot, amely nem csak visszafelé, hanem előre is kínál utat.

Nagy jelentősége van annak, hogy az ember felkészült-e az öregedésre.

Gyökössy Endre tíz jótanácsa az öregedés elfogadására:

- 1. Sose tartsuk értelmetlennek, vagy céltalannak az életet, mert nem az.
- 2. Mindhalálíg ápoljuk kapcsolatainkat: fölfelé, befelé, kifelé (Istennel, önmagunkkal, az emberekkel és a természettel).
- 3. Ne idegenkedjünk az újtól. Vagy növekszünk - vagy zsugorodunk. A természetet nem ismeri a stagnálást.
- 4. Mindvégig foglalkozzunk azzal, amivel foglalkoztunk, vagy azzal, amivel mindig szerettünk volna, de nem futotta időnkéből.

- 5. Kössünk barátságot a fiatalokkal, különösképpen gyerekeink gyerekeivel, a harmadik generációval.
- 6. Többet törődjünk az élőkkel, mint a holtakkal.
- 7. Beszéljünk, ne csak megbeszéljük.
- 8. Mosolyogjunk sokat és sokszor - a humor vonzó, a keserűség taszító.
- 9. Óvakodjunk a tétlenségtől, és a stresszeket okozó túleröltetéstől.
- 10. Barátkozzunk meg az öregséggel, mint az Isten elvonókúrájával.

A betegség, mint az élet nagy próbatétele

A betegséggel járó testi-lelki szenvedést nem szabad lekicsinyelni.

Az ember előtt talán három út áll betegségében. Egyik, hogy a betegséget "emberalatti módon" fogadja. Szitkozódik, gyűlölködik, kibírhatalanná válik környezete számára. A másik út, hogy "emberfeletti módon" fogadja betegségét. Hősként tűri a szenvedést, összeszorított ajkakkal, de ezt nem lehet sokáig bírni. A harmadik az érett személyiség útja, amely a betegség vállalását emberhez méltóan hordozza el. Kínjait, csalódottság érzését, kérdéseit sem leplezve kész arra, hogy a betegsége formálja őt.

Az elkészülés kora

A halál, a haldoklás az élettől idegenné vált. Az emberek döntő többsége kórházban hal meg, többnyire végtelenül magányosan. A halál hospitalizálódott, és az ember azt veszítette el, ami a legfontosabb számára, a búcsúzás lehetőségét, az otthoni környezettől, azoktól, akik számára fontosak, és akiket most hátrahagy.

A családtagok nem szeretetlenségéből nem kísérik hozzátartozójukat a haldoklás útján, hanem mert nem tanulták meg, hogy ezt hogyan is kell tenni.

Magányosan, kiszolgáltatottan búcsút inteni ennek a földi világnak kínzóbb érzés lehet, mint maga a halál. Ezért olyan fontos, hogy a haldoklót ne hagyjuk magára, hogy a hozzátartozóknak megadjuk azt a lelki támogatást, amivel útítársak tudnak lenni.¹⁴⁷

A beteg emberekre jellemző hatások

A beteg ember fizikailag és lelkileg egyaránt szenved. A betegség megváltozott reakcióképesség, amelynek következtében a szervezet nem képes elhárítani a károsító ingereket. (Bán M. 1989.)

A beteg embert nagy terhelés éri, ami több módon jelentkezik:

- kiszakad környezetéből, csökken a keresete,
- megbomlik a lelki egyensúlya,
- félelem és szorongás gyötri,

¹⁴⁷ Debrecenyi Károly István: i. m.

- a látott, hallott, esetleg képzelt vagy korábban átélt tapasztalatok befolyásolják,
- felelősnek érezheti magát betegségéért, bűntudata alakulhat ki,
- félelem támad benne a betegség,
- következményeitől,
- mindezek együttesen agresszivitást válthatnak ki benne és fokozódó sértődékenységet.

Magatartásuk szerint a betegeket megkülönböztethetjük:

- együttműködő,
- ellenkező,
- nyugtalan és szorongó,
- bizalmatlan,
- képzett beteg,
- betegségét színlelő,
- betegségét tagadó,
- neuraszténias,
- hisztériás,
- hospitalizált.

(Bokor N. 1989.)¹⁴⁸

A halállal való kapcsolatunk, halálszemléletünk

A halálról világos képet szerezni, igazából azt jelenti, az életet helyesen megérteni. (Richard Steinpach)

Transzkulturális, etnográfiai és pszichológiai leírások tanúsítják, hogy a haláltól való irtózás általános emberi jelenség; a természeti népekre is jellemző (Temesváry, 1996.). A XX. században azonban a haláltól való félelem új dimenziókat kapott.

Philippe Ariès áttekintette a halállal kapcsolatos közösségi attitűdöket a VI. századtól napjainkig, és ezen időintervallumban négy különböző szemléletet, halálviszonyt különít el:

- Az első korszak a *megszelídített halál* időszaka, amikor a halál az élet természetes része; a haldoklás és a halál közösségben, nyilvánosan zajlik (egészen a XVIII. századig).
- A második halálviszony-korszak az *önmagunk halála*, amikor a halál egyre személyesebb jelleget ölt; ebben az időben alakul ki a gyászmenet, a templomi gyászmise és ravatalozás szertartása.
- Az újkorhoz kapcsolódik a harmadik korszak, a *másik halála*, melyben tovább fokozódik a halállal kapcsolatos elhárítás. A halottkultusz felerősödik.
- A negyedik korszak, a *tiltott halál*, ami a XX. században alakul ki. A haldoklás és a halál a kórházak falai közé kerül; a haldokló körül

hazugságháló épül, már nem ura többé saját halálának, csupán alanya. Tabu lett a halál.¹⁴⁹

Eduard Wechsler szerint is négy szemlélet szerint viszonyulunk a halálhoz:

- Természethit. Örök körforgása a természetnek.
- "Etikus-heroikus" látásmód a meghalást "feladatnak tekinti", amelyre föl kell készülni.
- "Mechanikus-fizikális", a természettudomány törvényeinek megfelelő mechanikus szükségszerűség.
- "Racionális-matematikai" halálszemlélet emóciómentes álláspont.

Fritz Reimann megjegyezte, hogy mind a négy felfogás egy bizonyos alapmagatartásra épül, amely végigvonul az ember egész életén, s amelynek a halállal kapcsolatos beállítottság csak végső konzekvenciája. Így nemcsak életünk formálja halálszemléletünket, hanem halálszemléletünk is formálja életünket.

A halálhoz többféle magatartással viszonyulhatunk:

- tagadó,
- elutasító,
- halálvágygal,
- elfogadó,
- megszokó módon. (Kunt Ernő, 1981.)

A halálhoz való viszony még érzékenyebb, még sajátosabb része a személyiségnek, mint a nemiséghez való kapcsolat. A mély műveltségű embereknek általában rendezettebb, érleltebb halálképük van. (Kunt Ernő, 1981.)

Különös kettőség övezi a halállal való kapcsolatunkat. Az egyik a teljes közömbösség, sőt még a gondolatnak is az elhessegetése, a másik pedig a félelem és a rettegés.

"Non mortem timeamus, sed cogitationem mortis", vagyis: nem a haláltól félünk, hanem a halál gondolatától. Az európai jellegű kultúrákban szinte mindenki fél a haláltól. A halálfélelem három forrásból táplálkozik:

- a magányból,
 - a fájdalomtól,
 - a bizonytalanságtól való félelemből.
- A halálfélelmet indukálhatja még sok minden. Példák:
- önsajnálattal,
 - aggodalom az itthagytak sorsa miatt,
 - az elszakadás a környezettől, emberektől,
 - az itthagyt tárgyi, szellemi, érzelmi értékek miatt érzett fájdalom.

¹⁴⁸ Szei Tibor: Az empátia (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1993.)

¹⁴⁹ Kolosai Nelda - Bognár Tamás: Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az ittmardottakon... (Kharón, Thanatológiai Szemle, V. évfolyam 1. szám; 2001.)

A halálfélelem elsősorban az önmagunkkal való szembesüléstől való félelem. Az igazság pillanata. (Marie de Hennezel, 1989.)

A halálfélelem, mint a szülők elvesztésének szimbóluma 4-6 éves korban jelenik meg (Piaget, 1978.), 15-20 évesek között viszont már nárcisztikus félelemként jelentkezik, mint a saját egészséges test megsemmisülésétől való félelem. Az a hiedelem, hogy a halál beláthatatlanul messze van, a halál tagadásával egyenértékű (az idő eltolást elhárításnak tekinthetjük).

Edmund Leach szerint az idő egyfelől repetitív (ciklikus), másfelől irreverzibilis (lineáris). A rítusok a cirkuláris időtudat helyreállításával segítik a halál problémájának kezelését, a mai társadalom azonban a változást, a fejlődést hangsúlyozva a lineáris időt helyezi előtérbe.

Az életszeretet, az étellel való elégedettség kivédi a halálfélelemet, a reménytelennek megélt sors, a jövőre vonatkozó negatív elvárások, a célnélküliség pedig felerősítik azt. *Blazer* (1973) és *Bolt* (1978) szerint azok is kevesebb halálfélelemet élnek meg, akik életüket értelmeseznek ítélik. Az egészséges személyiségfejlődés esetén, aki eljutott a halál elfogadásához, az egyúttal értékelné tudja az élet minden örömét.¹⁵⁰

A halál közelsége zavaróbb az élő számára, mint maga a halál.¹⁵¹

A halálhoz kapcsolódó sajátos "fóbia" már a haldokló elkerülését is maga után vonja. A terminális állapotban lévő beteget már ritkán látogatják. Egyes esetekben az öngyilkossági cselekmény közvetlen motivációja is összefügg azzal, hogy a súlyos betegség, a senyvedés során sokak átélik, hogy ők is olyan személytelenül, magukra hagyva, "félretolva" végzik majd, mint oly sok rokonuk és ismerősük, akiknek hálálát végig asszisztálták elfojtó, annulláló módon.

Aki a környezetében lezajló halálesetekkel kapcsolatosan elutasító, az nem éli át a halál dimenzióit, nem szembesül azzal, hogy élete értelmével szembenézzen, hogy helyét a világban és emberi kapcsolataiban újradefiniálja, és hogy bizonyos fokig felkészüljön a saját élete végére is. Az élet delén bekövetkező krízis a "midlife crisis" gyakori jelensége összefügg azzal, hogy egyszer mégiscsak (krízisszerűen) kénytelen találkozni az ember a halál problémájával. A saját létezés, gyermeki optimizmusa, az omnipotentia-érzése

¹⁵⁰ Kolosai Nelda - Bognár Tamás: Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az ittmaradottakon... (Kharón, Thanatológiai Szemle, V. évfolyam 1. szám; 2001.)

¹⁵¹ Szentí Tibor: A halál (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1994.)

rendül meg. "Pánik szindróma" bukkan fel úgy, hogy valamilyen haláleset okoz sokszzerű élményt, és erre nyers, kontrollálhatatlan rémület, szorongás alakul ki. A tagadás és az elfojtás folytatódik, nem a szorongást élik át, hanem a következményt (pl. fulladásérzést), s így tudják átfordítani reakciót betegségbe, mégpedig olyanba, amit lehet kezelni.¹⁵²

A saját élményeink, tapasztalataink is csak a félelmeinket erősítik. Ma a humánus elmúláshoz szükséges legfontosabb láncszemek hiányoznak. Amikor valaki hosszadalmas betegségben szenved, többnyire kórházba adják. A haldokló szereteteitől elszakítva, az orvosi technika minden segítőeszközétől körülvéve, a modern kórház személytelen környezetében, és ugyanakkor félelmetes magányban búcsúzik a világtól. (Juszt László, 1981.) A kórházi ápolószemélyzet nem tudja, és nem is tudhatja betölteni a hozzátartozók szerepét a beteg körül. A gyógyító tevékenység a betegségre irányul, és nem a betegre. (Kunt Ernő, 1981.)¹⁵³

A gyógyíthatatlan betegség elfogadásának lélektani fokozatai:

A haldoklás szakaszait azért kell ismernünk, hogy a beteggel mindig abban a lelkiállapotban teremtsünk kapcsolatot, ahol éppen ő tart.

Elisabeth Kübler-Ross (1977.) szerint a gyógyíthatatlanság, a halál elfogadásának a fokozatai:

- Elutasítás, izoláció:
 - A beteg még nem mer szembenézni a tényekkel; szüksége van erre az elutasításra, hogy időt nyerjen.
- Düh, ill. a "miért pont én?" stádium:
 - Már nem a betegség ténye ellen tiltakozik, hanem az ellen, hogy ez éppen ővele történt meg. Segítenünk kell a családtagokat, hogy a betegnek ezeket a dühkitöréseit ne tekintsék személyes sértésnek. A betegnek nem velünk van baja, indulatai nem ellenünk irányulnak, hanem betegsége ellen.
- Az alkudozás időszaka:
 - Már nem tiltakozik a betegség ellen, egyességet szeretne kötni a sorssal, az étellel. A betegek újabb és újabb alkut szeretnének kötni, időt kapni, de hát mit is tehetnének mást, mint az utolsó pillanatig ragaszkodnak az élethez. Ez így egészséges.
- A depresszió:

¹⁵² Buda Béla: A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai IN: Kharón - Thanatológiai Szemle (1997/1.)

¹⁵³ Szentí Tibor: A halál (1994.)

- A depresszió már a küszöbön álló veszteséget jelzi. Ha utat engedünk a beszélgetésekben bánatának, könnyebben lép tovább. A betegek a fantázia szintjén átéli saját halálukat. Ha ezekről a beszélgetést mindenki elhárítja teljesen magára marad velük. De ha kibeszélhetik, megkönnyebbülnek.
- A megbékélés, belenyugvás:
 - A hozzátartozók talán ebben az időszakban igénylik a legnagyobb támogatást. Főként, ha nem tudnak egyedül maradni a haldoklóval. Tehetetlenek ebben a csöndben, amikor már nem tudnak semmit sem tenni. Fontos, hogy érzékennyé tegyük a családtagokat arra, hogy a legtöbb, amit most tehetnek, ha jelen vannak.¹⁵⁴

A tudomásul vétel fokozatai kultúránként eltérnek. Kübler-Ross leginkább az amerikai modellt írta le. Bokor Nándor szerint ez Európában és Magyarországon némileg változik, azáltal, hogy a mi kultúránkban a beteg felvilágosítása nem rögtön történik meg, hanem sokszor a beteg maga jön rá a különböző jelekből, hogy állapota nem a gyógyulás felé tart.

Európában:

- tudatlanság,
- bizonytalanság,
- burkolt tagadás, elhárítás,
- lázadás,
- alkudozás,
- depresszió,
- megbékélés.

Magyarországon:

- tiltakozás,
- harag, gyűlölet,
- alkudozás,
- elfogadás,¹⁵⁵
- megadás.¹⁵⁶

A gyógyíthatatlan betegek, haldoklók segítése

A haldokló pszichológiai segítségre is szorul és a gyors meghalás igénye éppen abból származik, hogy ebben a zavaros, nehéz pszichológiai helyzetben nem kapja meg a haldokló a segítséget. (Buda Béla, 1981.)¹⁵⁶

A saját fel nem dolgozott halálfélelmünk döntő a halálhoz, a haldoklóhoz való viszonyulásban. Kevesen néznek szembe a halál kérdésével, kevesen

tudják feldolgozni, enélkül pedig nem lehet másoknak sem válaszolni. (Polcz Elaine, 1993.)¹⁵⁷ Elisabeth Kübler-Ross (1988) szerint: "ahhoz, hogy segíteni tudjunk haldokló betegeinken, legfontosabb a saját halálattitűdünk megismerése, és képességünk a halállal való szembenézésre."

Aki maga nem rendelkezik egy bizonyos nyitottsággal a spiritualitás felé, nem is képes megérteni a terminális állapotú beteg ilyen igényét.¹⁵⁸

A halál medikalizációjával, maga a haldokló ember került ki az orvoslás figyelmének középpontjából: gépek, műszerek, laboratóriumi eredmények válnak igazán fontossá, miközben a beteg teljesen magára marad. A haldoklók ellátása számos szempontból elégtelen, s a halál közeledtével izolációjuk tovább fokozódik.¹⁵⁹

A halál ma társadalmilag súlyos problémát jelent, egyben tünete és fenntartója az emberek elidegenedésének, közösségekből való kiszakadásának, kóros individuációjának. A betegség és a halál továbbra is nagy tabu, a mindent megoldó gyógyításban, a biotechnológia fejlődésében való hit ugyan megrendül, de helyette az alternatív gyógy módokban reménykedünk gyermekies módon. Ezek a gyógy módok éppúgy elterelni igyekeznek a haláltól a figyelmet, mint a medicina, azt ígéri ugyanis, amit az orvoslás nem tud teljesíteni, a gyógyulást, a tünetek gyors és kellemes megszüntetését.¹⁶⁰

Gyász

A gyász elutasítása legalább akkora feszültséget okoz, legalább annyi embert érint, mint a halálfélelem és a halál problémája.

A haldoklónak, az átlépőnek a támogatása egyúttal az itt maradók számára a gyász előkészítése és vezetése is.

A rítusok a kapcsolatot a gyászoló és az elköltözött között létrehozzák és ezzel segítik a gyászt, mégpedig úgy, hogy a gyászoló segíti az eltávozottat és ezzel önmagán is segít.

A rítus utat mutat, összetart, segít elkerülni a káoszt és a megsemmisítő élményeket megszelídíti, elfogadhatóvá teszi.

¹⁵⁷ Szent Tibor: A halál (1994.)

¹⁵⁸ Kolosai Nelda - Bognár Tamás: Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az ittmaradottakon... (Kharón, Thanatológiai Szemle, V. évfolyam 1. szám; 2001.)

¹⁵⁹ Blasszauer Béla: Az élet végén esedékes döntések a XXI. század küszöbén IN: Kharón - Thanatológiai Szemle (1997/1.)

¹⁶⁰ Buda Béla: A halál és a haldoklás... IN: Kharón - Thanatológiai Szemle (1997/1.)

¹⁵⁴ Debrecenyi Károly István: i. m.

¹⁵⁵ Szent Tibor: A halál (1994.)

¹⁵⁶ Szent Tibor: A halál (1994.)

A szenvedés lényege a gyásznak. A szenvedés elkerülésével, bármilyen módon történjen az, nem lehet a gyász munkát elvégezni.¹⁶¹

Hagyni kell a gyász folyamatát végigfutni, sőt ezt elő kell segíteni. Engedni kell és bátorítani, hogy foglalkozzék az elvesztett emberrel, viselje a gyász jeleit, és hajtsa végre azokat a gyászrituálékat, amelyeket a társadalom neki kínál. Foglalkozzék a halott emlékével. (Buda Béla, 1982.) Engedjük, sőt ösztönözzük őket beszélni.

Tapasztalati tény, vizsgálatok is mutatják, hogy ahol a hozzátartozók aktívan részt vesznek a haldoklás folyamatában, és ahol erről beszélnek, és érzelmeket "cserélnek", ott a gyász lefolyása lényegesen könnyebb, és kevesebb feszültség származik belőle. (Buda Béla, 1982.)¹⁶²

A gyász át nem élése sok hátrányos következménnyel jár. Emiatt az emberek ma nem tudnak egymásnak lelki segítséget nyújtani a gyászban. Nemcsak a hadoklóval "zárlatos" a kommunikáció, hanem a másik emberrel is¹⁶³

Nagyon nehéz, ha a hozzátartozókban föltámad a lelkiismeret-furdalás. Mindaz, ami rosszat az elhalt életében vele szemben elkövettünk, vagy az elmulasztott segítség, illetve szeretet. A gyászoló az ezek feletti bánat öröklődését egyedül alig lesz képes feloldani. A gyász egyik feladata az lesz, hogy ezt a bűntudatot is feldolgozza a veszteséggel együtt. (Buda Béla, 1982.)¹⁶⁴

A gyász egy kritikus időszak, amikor a gyászoló ötször olyan gyakran betegszik meg és kétszer olyan gyakran kísérel meg öngyilkosságot, mint a nem gyászoló populáció.

Minden harmadik nő életét valamilyen módon érinti a perinatális gyász (spontán vetélés, művi abortusz, a perinatális periódusban bekövetkező halálestet, intrauterin elhalás, sikertelen mesterséges megtermékenyítés stb.).

A gyász fázisai:

A különböző népek vallásai, szokásrendszerei, hagyományai, normái a gyászolással kapcsolatos kérdésekben is támpontot adtak az embereknek. A gyászolást szinte mindenütt több fázisra osztották. Mi most a szakirodalmi fázisokat a zsidó hagyományokkal hasonlítsuk össze.

A zsidóság gyászsal kapcsolatos előírásaiban a halál beálltától kezdődően négy gyászidőszakot neveznek meg:

- Az első szakasz a halál beálltától a halott, vagyis a koporsó földdel való befedéséig tart. Ezen időszakban a gyászoló a mély fájdalom állapotában van.
- A mély fájdalom állapotból közvetlen az átmenet a temetéstől számított hét napig tartó következő gyászperiódusba.
- A következő szakasz a temetéstől számított harminc napig tart, melybe a hét napos gyász is beletartozik.
- Az utolsó szakasz a gyászév, amit szintén a temetés napjától számítanak.¹⁶⁵

fázisok	Lindeman	Verena Kast	Yorick Spiegel
1.	megráz-kódtatás, sokk	elutasítás	sokk fázisa
2.	sóvárgás, keresés	felszakadó érzelmek	kontrollált fázis
3.	szétesés, felbomlás	bűntudat	regresszív fázis
4.	újrászerveződés, megnyugvás	keresés és elválás	adaptív fázis
5.	-	új viszony a világgal és önmagával	-

A *Yorick Spiegel* szerint az első fázis, a sokk fázisa néhány napig is eltarthat. A második, a kontroll fázis a temetés végéig, a rokonok, ismerősök távozásáig, olyan 3-7 napig tart. A következő, a regressziós fázis, a múlt feldolgozásának és a jövő felé irányultságának egy rettentő nehéz küzdelme. A gyászoló újból magára marad, ambivalens érzelmek között vívódik. Ilyenkor tud a legtöbbet segíteni egy értő kívülálló. A legvégén az adaptációs fázis a viszonylag legkönnyebb, ami az élet újrakezdésének az ideje, s általában 6-12 hónapig tart.¹⁶⁶

A patológias gyász

A patológias gyász fennállhat:

- szimbiózis esetén,
- váratlan halálestnél,

¹⁶¹ Polcz Alaine: Együtt - a halálban és a gyászban IN: Kharón - Thanatológiai Szemle (1997/1.)

¹⁶² Szentí Tibor: A halál (1994.)

¹⁶³ Buda Béla: A halál és a haldoklás... IN: Kharón - Thanatológiai Szemle (1997/1.)

¹⁶⁴ Szentí Tibor: A halál (1994.)

¹⁶⁵ Oláh János: Gyász a zsidó hagyományok szerint a bibliai- és talmudi időkben, valamint napjainkban (Kharón, Thanatológiai Szemle, V. évfolyam 1. szám; 2001.)

¹⁶⁶ Szentí Tibor: A halál (1994.)

- ambivalens érzelmek a halott és a gyászoló között (nincs lehetőség ezeknek a tisztázására).

Verena Kast patológiás típusai:

- megtapadás a gyász valamelyik stádiumában,
- elfojtott düh,
- örökös büntudat,
- leválásra való képtelenség.

Parkes a patológiás gyászt megelőző gyászolók két típusát különbözteti meg:

- gátolt típus:
 - nem éli meg a gyászt,
- prolongált típus:
 - időben eltolja gyászt.

Öngyilkosság

Az öngyilkosság egyéninek látszó tragédiája mélységesen közösségi gond. (Kunt Ernő, 1981.)

Négy jellemző, az öngyilkosságot megelőző traumatizáció:

- tárgyvesztés,
- szégyen,
- büntudat,
- narcisztikus sérelem.

Kétféle öngyilkossági cél létezik:

- a megsemmisülésre törekvés,
- "taktikai" eszköz, "zsarolás" egy közelebbi cél eléréséhez.

Az öngyilkossági okokat sok minden motiválhatja. Példák:

- Félelem valamilyen nyomasztó, megoldatlan gond miatt.
- Magányosság, "elidegenedési szindróma".
- Olyan személyiség-átalakuláson esik keresztül, amely elviselhetlenné teszi az addig megszokott életét és "új önmagát".
- Főleg éretlen személyiségnél előfordulhat, hogy nem tudja önmagát elfogadni és ez a helyzet az öngyűlöletig éleződik.¹⁶⁷
- Gyakran büntetésnek szánhatjuk azoknak, akikkel a közvetlen kapcsolatainkban konfliktusba keveredtünk.

Az életmentést az teszi jogosulttá, hogy a legtöbb megmentett hálás az eredményes közbelépésért. Nemcsak a taktikai, még a heroikus öngyilkosok egy része is. (Benedek István, 1974.)

Az öngyilkos mentésére szolgáló tevékenység három fázisa:

- a megelőzés,

¹⁶⁷ Szent Tibor: A halál (1994.)

- az életmentés,
 - az utógondozás. (Benedek István, 1974.)¹⁶⁸

¹⁶⁸ Szent Tibor: A halál (1994.)

Egyéb témák

Tekintély és partnerség

Megdöbbentő, hogy milyen kevesen nőnek fel ma nálunk érett tekintélyek vezetése alatt. Ez az oka annak, hogy a felnőttek között is viszonylag kevés az érett tekintély, és így a negatív tekintélyek élményének időszaka nem zárul le a gyermek- és ifjúkor befejeztével. Tragikusnak mondhatjuk, hogy mennyire megterhelik a felnőttek életét azok az állandó, negatív feszültségek, melyeknek kiváltója, hogy kénytelenek érett tekintélyek helyett autoriter személyiségekkel együtt dolgozni. Ha maguk is éretlen tekintélyek keze alatt nőttek fel, akkor magasabb fokú önismeret nélkül nem képesek fordulatot elérni egy konstruktívabb magatartás felé. Ahogyan a hatalommal bánnak, az gyakran tudattalanul inkább a saját, ugyancsak tudattalan szükségleteik (mindenekelőtt a biztonság, önértékelés és önbecsülés) kielégítését szolgálja, mint azok szükségleteinek a kielégítését, akiket "hatalmával" szolgálnia kellene.

A tárgyilagosan megállapított fölény érzése erkölcsi és szakmai szempontból nemcsak elfogadható, hanem bizonyos helyzetekben kívánatos és szükséges is; azonkívül teljesen összeegyeztethető a nagyfokú belső szerénységgel és hálával. Egy bizonyos fölényérzésnek a legcsekélyebb köze sem kell, hogy legyen a nagyképűséghez.¹⁶⁹

Munkakörülmények

Világszerte végzett munkapszichológiai vizsgálatok kimutatták, hogy az emberek sokszor meglepően felszínes apróságokért gyűlölik egymást. (Hárdi I. 1992.)

Még a legjobb csoportban is mindig akad egy olyan munkatárs, aki magatartásával megmérgezi a többi jó közérzetét. Rosszabb esetben a légkört megmérgező ember veszi át az uralmat és terrorizálja a közösséget.

Munkatársak és kollégák, főnökök és beosztottak sokat tehetnek egymás lelki egészségéért. (Hárdi I. 1992.)

A kedvező körülmények között végzett munka a lelki egészség egyik legfőbb védelmezője. Az érdekes munka leköti, s eltereli figyelmünket a kellemtelenségekről. (Hárdi I. 1992.) A rossz munkakörülmény kihívás: mennyire tud megkapaszkodni, és mit tud azért tenni, hogy az adottságok javuljanak.

¹⁶⁹ Bang, Ruth: A segítő kapcsolat mint a személyes segítség alapja (Tankönyvkiadó, Bp. 1980.)

"Az egészséges személyiség vállalja tetteiért a felelősséget, akármilyen következményekre számít is. A következmények egyébként általában jók." (M. Ben-Menachem, 1991.)

Lelkismeretünk szerint a tanult értéket őrizzük és feladatunkat ennek megfelelően hajtjuk végre.¹⁷⁰

Szupervízió

A szupervízió értelmezése (interpretációja):

Olyan rendszerben átadni az előfeltevéseinket, hogy a tanulási folyamatban és az elakadásokban segítsen.

A szupervíziós beszélgetés mesterséges módon kialakított és irányított beszélgetés, a probléma van a fókuszban. Célzott tanulási folyamat, de nem határozhatja meg a feldolgozás irányát. Az iránytartás szupervízor felelőssége. A részvételben kölcsönösségre van szükség.

Elsősorban megérteni kell egymást, a rálátást kell megadni a problémát hozónak. Ehhez megfelelő légkör szükséges. A diagnosztikus jelenlét helyett reflektív jelenlét.¹⁷¹

A szupervízió fő célja az optimális szakmai érettség elősegítése.¹⁷²

A lelki segítségnyújtásra vállalkozó szakmai érettségének kritériumait *Ruth Bang* két csoportba sorolja:

- Az egyik csoportba tartozók:
 - a szociális érdeklődés,
 - beleérző és segítőkészség,
 - felelősségérzet,
 - döntési készség,
 - a lényeges és lényegtelen megkülönböztetésének képessége,
 - a türelem,
 - a személyes rokon- és ellenszenv konstruktív kezelése,
 - a másokkal való együttműködés képessége.

¹⁷⁰ Szenti Tibor: Az empátia (1993.)

¹⁷¹ Dr. Sárvári György előadása nyomán, 1999.

¹⁷² A szupervíziót sokféleképpen határozták már meg. Az egyik legtömörebb (és "legszárazabb") meghatározása a következő:

Olyan irányított, aktív tanulási folyamat, amelyben a résztvevő saját szakmai személyiségének és önszabályozásának a fejlődése érdekében a reflektív jelenlétben együttgondolkodva, a szupervízor vezetésével, védett, szabályozott bizalmi helyzetben, szerződéses keretek között dolgozhat. Területei:

- egyéni,
- csoportos,
- team,
- vezetői ("coaching"), szervezet tanácsadás.

- A kritériumok másik csoportja:
 - a tudatosság,
 - az önismeret,
 - az előítélet-mentesség,
 - nyitottság,
 - a tanulékonyosság,
 - az önkritika,
 - az ismeretek alkotó alkalmazása,
 - a tekintély helyes kezelése.

A szupervízió feladatai:

- Az elméleti oktatás kiegészítése és elmélyítése.
- A szakmai fejlődés előmozdítása és értékelése.
- Az elméleti ismeretek és a gyakorlati munka kapcsolatának, összhangjának erősítése. (Dr. Szilágyi Vilmos, 1980.)¹⁷³

Az önismeret

Minden egészséges felnőtt ember számára nélkülözhetetlen bizonyos fokú önismeret, amely őt a tárgyi világgal kapcsolatos feladataiban és személyi kapcsolataiban eligazítja. Az emberekkel foglalkozó szakmákban még inkább felerősödik az önismeret jelentősége - egyre többen fogadják el azt az összefüggést, hogy aszerint fog fejlődni a társam, ahogyan a vele való kapcsolatunk alakul - ehhez pedig minél jobban ismernünk kell önmagunkat, érzéseinket, indulatainkat, viszonyulásainkat, hatásunkat.¹⁷⁴

Énkép, önértékelés, énképvédő manőverek

A túlzottan magas önértékelésű, merev énképű személyek gyakrabban élnek az elhárítás kifelé történő megoldásaival, a bűnbakkereséssel, a felelősség áthárításával. Ezt externalizációnak nevezik.

Az alacsony önértékelésű személyek általában nem vagy kevésbé élnek az elhárító manőverekkel (ez érthető, hiszen itt a negatív visszajelzés összhangban van az énképpel, nem okoz ellentmondást).

A szeretetteljes, meleg családi légkör a gyermekben pozitív önértékelést alakít ki. A pozitív önértékelésű személyekre általában az ún. elkerülő (represszor) viszonyulás jellemző: kevésbé veszik észre saját negatív tulajdonságaikat, nem nagyon érzékenyek a külső "vészjelzésekkel" szemben, jó viszonyra törekszenek környezetükkel, a konfliktusokat hajlamosak elsimítani, képesek jól beilleszkedni a közösségbe.

A türelmetlen, túl követelő családban, ahol a hibák hangsúlyozása, a büntetés dominál, a gyermekben negatív önértékelés alakul ki. A negatív

önértékelésű személyekre az ún. kiélező (szenzitizátor) viszonyulás a jellemző: saját negatív tulajdonságaikat felnagyítják, érzékenyen felfogják a környezet negatív jelzéseit (kiélezzik azokat), ingerlékenyek, védekezésre-támadásra készek, nehezebben alkalmazkodnak.¹⁷⁵

Az önismeretszerzés

Az önismeretszerzésben legjobban azok a valódi közösségek segítenek, amelyekben őszinte összetartozás, erős érzelmi szálak kötik össze a tagokat. A tartós együttlét, a közös feladatok és felelősségvállalás kitermeli a igényt egymás formálására. Az ilyen csoportokban az őszinteség konstruktív, segítő módon nyilvánul meg. A csoporthoz tartozás érzése, az elfogadás biztonsága megkönnyítheti az egyénnek a kritika elviselését, feldolgozását. A legáltalánosíthatóbb célkitűzés tehát, hogy lehetőleg mindenki beletartozzék egy (vagy több) valódi közösségbe.¹⁷⁶

A tudatos önismeret segíti a másokhoz való alkalmazkodásunkat, a harmonikus őszinte emberi kapcsolataink kiépítését. A harmóniára való képességünket nagyban befolyásolja az öröme való képességünk, a szépség felismerése, keresése és befogadása.

Szexuális egészségvédelem

A szexuális egészségnek egy 1975-ben kiadott WHO jelentés szerint három fő eleme van:

- a szexuális és gyermeknemző viselkedés élvezetének és ellenőrzésének képessége,
- mentesség az olyan félelmektől, büntudattól, tévhiteltől és más pszichológiai tényezőktől, amelyek gátolják a szexuális reagálást és kapcsolatot,
- mentesség az olyan szervi zavaroktól, betegségektől, amelyek akadályozzák a szexuális és nemző funkciót.

A szexuális egészségvédelem célja nemcsak a reprodukció védelme, vagyis a nemi betegségek távoltartása, hanem a személyiségnek és kapcsolatainak fejlesztése is.

A szexuális nevelés lényege a szexuális egészség védelme és ápolása, vagyis tulajdonképpen egészségvédelemről, ill. egészséges életmódra nevelésről van szó. *Az egészséges nemi élet eszerint az egészséges életmód egyik fontos eleme!*

Ahogy nincs "beszéd-ösztön", ugyanúgy nincs "nemiösztön" sem! Ha pedig a szexuális viselkedés nem velünk született és biológiailag meghatározott, hanem a szélesebb értelemben vett tanulási folyamatok függvénye, akkor tulajdonképpen pszichoszexuális fejlődésről kell beszélnünk. Ezt

¹⁷³ Bang, Ruth: i.m.

¹⁷⁴ Keményné dr.Pálffy Katalin: Bevezetés a pszichológiába (Tankönyvkiadó, Bp. 1989.)

¹⁷⁵ Keményné dr.Pálffy Katalin: i.m.

¹⁷⁶ Keményné dr.Pálffy Katalin: i.m.

részben már Freud is felismerte, amikor kidolgozta elméletét az egyéni szexuális fejlődés szakaszairól (ilyenek: az orális, anális és fallikus fázist követő latencia-periódus, majd a genitális érettség fokozata).

A pszichoszexuális fejlődés korszerű elmélete a *biológiai nemmel való identifikálódást*, s az adott nemre és életkorra érvényesnek tartott *nemi szereptanulást* tartja döntőnek. Haerberle professzor egyik központi gondolata a *"szkriptezési elmélet"* alkalmazása, ami tulajdonképpen a szerepelmélet továbbfejlesztése.¹⁷⁷ A felnövekvő gyermek az első és legfontosabb "szkripteket" a szüleitől kapja, de később sok más szkriptet is megismer, és választania kell közülük. Többnyire ugyan azokat választja, amelyek összhangban állnak a szüleitől kapott szkriptekkel, de megtörténhet ennek az ellenkezője is.

A sokféle szkript szexuális értékluralizmusra utal, ami elkerülhetetlenné teszi a választást, hiszen nem lehet minden szkriptnek eleget tenni.

Fontos, hogy a szexuális és/vagy szerelmi partnerek a köztudatban előforduló szkriptek közül, előítéleteiket leküzdve ki tudják választani azokat, amelyek az ő harmónikus kapcsolatukat elősegítik. Ez az egyéni pszichoszexuális fejlődés - s így a szexuális nevelés - egyik fő célja, mintegy próbaköve.¹⁷⁸

A megfelelő szexuális nevelést többek között gátolja:

- a szexualitás témakörétől való húzódozás, vagy annak aktualitásaiban (pl. a fogamzásgátlás, AIDS-megelőzés) való megrögződés,
- a tanárok kommunikációs nehézségei (tájékozatlanság, komplexusok a saját családdal kapcsolatosan),
- az értékkonfliktusok, az alternatívák kezelésének hiánya,
- az identitást kívülről érő pressziók (kortárs csoport, deviáns minták, pornográfia, stb.),
- nemi sztereotípiák (pl. szépségideálok).

(Buda Béla, 1998.)¹⁷⁹

A szexuális kulturáltság mindhárom fő területén (ismeretek, attitűdök és viselkedés) bajok vannak: hiányok, bizonytalanság és értékválság figyelhető meg. Mindez sürgős gyógyító és nevelő beavatkozásokat tesz szükségessé.¹⁸⁰

¹⁷⁷ Latinul a script szószerint írást jelent, átvitt értelemben leírt véleményt, szabályt, forgatókönyvet, viselkedési normát.

¹⁷⁸ Szilágyi Vilmos: A (pszicho)szexuális fejlődés régi és új modelljei IN: Magyar Szexológiai Szemle (1999/1.)

¹⁷⁹ Magyar Szexológiai Szemle (1999/1.)

¹⁸⁰ Szilágyi Vilmos: Szexuális kultúránk alakulása IN: Magyar Szexológiai Szemle (2000/2.)

Egy német felmérés szerint a mai tizenévesek átlagban 3 évvel korábban kezdik el a nemi életet (vagy legalábbis ennyivel korábbra tehető az első közösülésük), mint egy-két évtizeddel ezelőtt. Így a 10%-uk már 14 éves koráig kipróbálja a szexet, s a 16 éves lányok 45%-a, a fiúk 35%-a mondhatja el ugyanezt.¹⁸¹

Hazánkban legutóbb 3700 fős reprezentatív felmérésben vizsgálták a 14-24 éves lányok nemi élettel kapcsolatos attitűdjeit. A vizsgálat szerint a lányok első közösüléseinek (koitarche) átlagos időpontja 16,8 éves kor. E mellett megállapítják, hogy szignifikánsan többen választják az abortuszt azok, akik váltogatják szexuális partnereiket (17,5%), mint azok, akiknek állandó partnerük van (10,9%).¹⁸²

Egy másik német tanulmány írója, Ralf Osthoff megállapítja, hogy a terhes tizenévesek legtöbbször már teherbe esésük előtt kritikus élethelyzetben voltak. Ebből a szempontból a korai terhesség elsősorban nem oka, hanem következménye az érintettek súlyos lelki és szociális problémáinak.

Az érintett lányok énképe, önbizalma nagyon elbizonytalanodik, ezért nem képesek racionális döntésekre (Nöstlinger - Wimmer-Puchinger, 1994).

Sok lányanya rendezetlen családi körülmények között nőtt fel, és a fiatal anyák jelentős része maga is lányanya gyermeke (Berger, 1987; Cyran, 1986). A saját gyermek akár valamiféle kiútnak is tűnhet az elkerülhetetlen konfliktusok elől, hogy anyaként felértékeljék, vagy megalapozzák saját szociális státusukat. Előfordul az is, hogy beismerik: azért vállaltak gyermeket, hogy a szülői háztól megszabaduljanak, partnerkapcsolatukat elmélyítsék, és „saját” családjuk legyen, amelyben hasznosíthatják magukat (Vogelgesang, 1997).

A terhesség kitudódása után sok lányanya tapasztal erős külső behatást, hogy semmiképpen se vetesse el gyermekét; a szülés után viszont ugyanezek az emberek cserbenhagyják őket. Gyakran már szülés előtt megszakad a kapcsolat a gyermek apjával, a szülőkkel való viszony pedig problematikusá válik. Még kortársaik között is alig találnak megértő beszélgetőpartnert, mivel ők többnyire eltérő felfogásúak (Sonnenburg, 1993).

Idealista módon meleg fészket szeretnének biztosítani gyermeküknek egy rendezett családban, másrészt viszont gyakran maguk is negatív élményeket gyűjtöttek a szülői házban, s nem találják a külső kereteket céljaik megvalósításához. Az újszülöttek gyakran agressziót váltanak ki, ha az anyák magukra vannak utalva (Vogelgesang, 1997).¹⁸³

¹⁸¹ Magyar Szexológiai Szemle (2000/1.)

¹⁸² Magyar Szexológiai Szemle (2001/1.)

¹⁸³ Magyar Szexológiai Szemle (2001/1.)

Egy osztrák vizsgálat szerint a lányanyák pozitív megoldását három tényező befolyásolja:

- 1. a lányok személyiségének érettsége;
- 2. rendelkeznek-e kognitív feldolgozási stratégiákkal;
- 3. a szociális és gazdasági támaszrendszerek megléte.

(Janig, 1994)¹⁸⁴

Intimitás

Az intimitás fontos, sőt, központi tényező a párkapcsolatban. Négy típusba sorolható:

- szexuális,
- testi,
- érzelmi,
- eljárásbeli (műveleti).

Mindegyik különböző szintű lehet a nemek, a kultúra és egyéb hatások következtében - tehát nincs általánosan elvárható, ideális szint. Az intimitásról szóló elméletek a pszichodinamikai, interperszonális és rendszerelméletekből származnak. Az intimitás konfliktusaiból különböző kapcsolati problémák adódhatnak, főleg, féltékenység és depresszió, s a legtöbb kapcsolati zavarban szerepet játszik az intimitás zavara.¹⁸⁵

Anne W. Schaef szerint négy viselkedéstípus akadályozza az intimitást:

- 1. a felelősségvállalás hiánya;
- 2. a kapcsolat irányításának illúziója;
- 3. az „őszintétlenség”;
- 4. az énközpontúság.¹⁸⁶

Kötődési stílusok

Bartholomew és Horowitz (1991) szerint négyféle kötődési stílust különböztethetünk meg:

- 1. a biztonságosat, amelynek jellemzője, hogy érzelmileg könnyen kerül közel másokhoz, de nem zavarja az egyedüllét sem;
- 2. az elutasítót, amely nem igényli a szorosabb érzelmi kapcsolatokat, fontosabbnak tartja a függetlenséget;
- 3. a félnket, amely ugyan kívánja a szoros érzelmi kapcsolatot, de nehezen tud bízni bárkiben, és fél a csalódástól;
- 4. az elmélyedőt, amelynek elsődlegesen fontos az érzelmi közeledés, de aggódik, hogy nem talál viszonzásra.¹⁸⁷

Házastársi kapcsolat

A házasságnak hagyományosan két funkciója volt: a nem rokon családok összekapcsolása és az

újszülöttek védelme. Az *incesztustabu*¹⁸⁸ az első funkció eszköze volt; nélküle nem alakulhattak volna ki nagyobb szociális egységek, pl. törzsek és népek. Ez együttjárt az *endogámia* (rokonságon belüli házasság) tilalmával és az *exogámia*¹⁸⁹ parancsával, ami a "patrilineáris" (apát alapul vevő) leszármazás számon tartásával együtt a mai házasságoknak is háttérét képezi.¹⁹⁰

Mind gyakrabban esik szó a családnak, mint az egyén és a társadalom egyik legfontosabb intézményének válságáról - ami egyúttal a házasság válságát is jelenti.

A házastársi kapcsolatok változásainak megértése szempontjából jelentős fejlemény volt az elmúlt 3-4 évszázadban kibontakozott *szerelmekultusz* tanulmányozása. Ez lényegében az érzelmi és szexuális összhang elsődlegességét hirdette. Napjainkban a szerelmi házasság az általánosan elismert erkölcsi érték és követendő norma. Az egyéni érdekek ezért gyakran a szerelem áruhájába öltöznek, s ezáltal látszólag szentesítődnék.

A házasság válságára utal, hogy kevesebben kötnek házasságot, s hosszabb távon a házasságoknak csak viszonylag kis része (10-20%-a) mondható stabilan kiegyensúlyozottnak.

Egyénileg egy párkapcsolat válsága mögött mindig bizonyos, fontosnak tartott igények, szükségletek kielégületlenségét találjuk. Kevesen jutottak el addig a felismerésig, hogy "tökéletes házastárs" hosszabb távon nem létezik; lehetetlen egyetlen partnerben "mindent" megtalálni. Tehát vagy lemondunk néhány, kevésbé fontos igényünkről, vagy pedig több partnerben próbáljuk megtalálni mindazt, amit keresünk.

A házasságnak - és vele együtt a családnak - három fő funkciója volt:

- termelési-gazdálkodási,
- szexuális,
- fajfenntartó-gyermeknevelő.¹⁹¹

Az említett alapfunkciókon túlmenően a legkülönbözőbb egyéni szükségletek kielégítése is a házasság funkciójává vált. Ennek során előtérbe kerültek a házastársi kapcsolat lelki funkciói, amelyek a szükségletek változásai szerint alakulnak. Az individualizálódás folyamata és a gyorsan differenciálódó egyéni szükségletek egyre inkább

¹⁸⁸ latin → a vérfertőzés (közele rokonok nemi kapcsolatának) tilalma

¹⁸⁹ görög → a nemzetségen vagy csoporton kívüli házasság kötelezettsége

¹⁹⁰ Magyar Szexológiai Szemle (2000/2.)

¹⁹¹ A mai család már nem termelőegység. A házasság és család gazdasági funkciójának csökkenésével egyre fontosabbá váltak pszichikus funkciói: a védettségnújtás, a felüdülés és az önmegvalósítás elősegítése. Dr. Szilágyi Vilmos: A jövő családformái IN: Magyar Szexológiai Szemle (1998/1.)

¹⁸⁴ Magyar Szexológiai Szemle (2001/1.)

¹⁸⁵ Magyar Szexológiai Szemle (1999/1.)

¹⁸⁶ Magyar Szexológiai Szemle (2000/3.); bővebben:

Anne W. Schaef: Menekülés a meghittség elől (Új Pradigma, Bp. 2000.)

¹⁸⁷ Magyar Szexológiai Szemle (2001/2-3.)

úgy alakították a házasságot, hogy igazi *intimkapcsolattá* váljon és elősegítse mindkét fél *önmegvalósítását*, ami A. Maslow (1963) és mások szerint ma már alapszükségletnek tekinthető. A házasságnak tehát egyre alkalmassabbá kell válnia például a személyiségfejlődés elősegítésére.¹⁹²

Konfliktuskezelés házasságban

A.P. Greeff és T. de Bruyne a következő konfliktusmegoldási stílusokat különböztetik meg:

- 1. A *versengő* viselkedés, amely asszertív ugyan, de nem kooperatív; inkább erőltet, és győzelemre törekszik.
- 2. Az *együtműködő* viselkedés asszertív és kooperatív; és a problémák megoldására törekszik.
- 3. A *megalkuvó* viselkedés már kevésbé asszertív, de kölcsönös engedményekre hajlamosít.
- 4. Az *elkerülő* viselkedés nem asszertív, nem kooperatív és teljes visszahúzódást eredményez, kitér a nyílt állásfoglalás elől.
- 5. Az *engedékeny* viselkedés nem asszertív, de kooperatív; a „békeség érdekében” igazat ad a másoknak.

Egy másik kutató, *Burman* szerint a párok főleg három stílust alkalmaznak:

- testi agressziót,
- verbális agressziót,
- visszahúzódást.

Ezeknél többé-kevésbé hiányoznak a problémamegoldó készségek.

Greeff és Bruyne vizsgálata szerint az együtműködő konfliktusmegoldási stílus jelenti a legnagyobb fokú házastársi megelégedettséget mind a nők, mind a férfiak körében. Ez ugyanis feltételezi az egyenrangúságot és a kölcsönös bizalmat. Ezzel szemben azok a párok, ahol egyik vagy mindkét házastárs a versengő konfliktusmegoldási stílust alkalmazta, a legkevésbé voltak elégedettek egymással. Következésképpen ugyanis rendszerint a harag, a tehetetlenség érzése és a feszültség növekedése volt. Az ilyen stílust alkalmazók nem törődnek a párjuk igényeivel, mindenáron győzni akarnak. Az együtműködő mellett a megalkuvó konfliktuskezelési stílus is gyakran eredményezett kölcsönös elégedettséget, akár egyik vagy mindkét fél volt megalkuvó. Ez a stílus közel áll az engedékeny stílushoz, de részben az együtműködő stílushoz is, bár az engedékeny konfliktuskezelés gyakrabban okoz elégedetlenséget mindkét félben (tehát nemcsak az önmagát feladóban, hanem a „győztesben” is). Az elkerülő konfliktusmegoldási

¹⁹² Szilágyi Vilmos: Új trendek a házastársi kapcsolatokban és a párterápiában IN: Magyar Szexológiai Szemle (1999/1.)

stílus viszont rendszerint házastársi elégedetlenséggel jár együtt. Ennek magyarázata az lehet, hogy ilyenkor előbb-utóbb újra felmerül a konfliktus és könnyen érzelmi elhidegülést eredményez.¹⁹³

Egy kapcsolat életképességének, beválásának annál több az esélye, minél több konfliktushelyzetet sikerül együtt megoldani.¹⁹⁴

„Akár tetszik, akár nem, a házassági problémák egyetlen megoldása, hogy kompromisszumot kötünk.”¹⁹⁵

Kohabitáció

A házasságkötések csökkenése mögött az együttélések növekedését találjuk. Az együttélések új formái is feltűnnek: ilyen a 20-30 évesek együttélése, mint a házasság alternatívája. Ezen túlmenően az elváltak is gyakrabban együttélnek egy új partnerrel. A házasságpótlékok, legfőképpen a szabad együttélések jogi elismerése *Christopher Prinz* szerint jobban szolgálhatná a család érdekeit. (Prinz, 1995.)

Akkor beszélhetünk együttélésről (kohabitációról), amikor a szexuális partnerek házasságkötés nélkül, tartósan közös háztartásban élnek. (Ez a meghatározás általában a homoszexuális partnerekre is érvényes.) A kohabitáció szociális intézmény lett, hiszen a 20 év körüliek többségére jellemző, s a házasságkötéseket legtöbbször bizonyos idejű együttélés (próbaházasság?) előzi meg. A kohabitáció így "alternatív életstílussá" válik. Szaporodása nem fenyegeti a házasságot, hiszen mindkettőnek ugyanazok a normái. Miért terjed oly gyorsan a kohabitáció? Prinz szerint ez nyilván összefügg:

- a házasság és családi élet válságával,
- a gyermekvállalási kedv csökkenésével,
- a női nemi szerepek változásával, illetve a női és férfi nemi szerepek közeledtek egymáshoz és rugalmasabbá, sőt, felcserélhetővé váltak,
- a nőmozgalmakkal, tehát a házasság hagyományos keretei nem mindig elégítik ki az egyenrangúság igényét,
- a fogamzásgátlók használatával,
- a művi abortuszok legalizálásával.¹⁹⁶

Ma hazánkban a gyermekek közel 30%-a házasságon kívül születik, de a nyolcvanas években még csak alig 10%-a.¹⁹⁷

¹⁹³ Magyar Szexológiai Szemle (2000/4.)

¹⁹⁴ Szilágyi Vilmos: A jövő családformái IN: Magyar Szexológiai Szemle (1998/1.)

¹⁹⁵ John M. Gottman - Nan Silver: A boldog házasság hét titka (Vince, Bp. 2000. 185.o.)

¹⁹⁶ Szilágyi Vilmos: Együttélés: a házasság alternatívája? IN: Magyar Szexológiai Szemle (1998/1.)

¹⁹⁷ Magyar Szexológiai Szemle (2000/3.)

A féltékenység

A féltékenység nemcsak szerelmi kapcsolatban jelentkezhet, hanem bármilyen más kapcsolatban is, ahol érdekeinket veszélyeztetve látjuk. Lényegében olyan, *agresszióra hajlamosító izgalmi állapot, amit egy birtokunkban levő - vagy jogos tulajdonunknak érzett - dolog elvesztésétől való félelem vált ki.* Tehát a birtoklás, a hatalmi vetélkedés játssza benne a döntő szerepet. Továbbá a *csökkentértékűségi érzés*, az alacsony önértékelés, az elbizonytalanodás, amelynek kompenzálása az egyénnek nem sikerül, s így komplexussá válik - vagy átcsap túlkompenzálásba: agresszív gyanúsítgatásba és ellenőrzésbe.

A féltékenységet sokan összetévesztik a féltéssel, holott a féltékeny nem a másikat félti, hanem önmagát. S nem valami reális veszély miatt, hanem, mert beteges félelmét partnere kisajátításával próbálja ellensúlyozni.¹⁹⁸

A féltékenységet többféleképpen is megközelítik a szakemberek:

- A *pszichodinamikai (analitikus)* módszer az egyén megoldatlan, gyermekkori traumáiból indul ki.
- A *rendszerelmélet* az adott párkapcsolatot tartja alapvetőnek.
- A *kognitív-behaviorista* megközelítés tanult reagálásnak tartja, amely „átanulható”.
- Ezzel rokon a *szociálpszichológiai* módszer, amely társas hatások eredményeként kezeli.
- *Evolucionista* vagy *szociálbiológiai* elméletek szerint viszont a féltékenység velünk született, csak más genetikai kódok alapján működik a férfiakban és a nőkben.¹⁹⁹

Diszfunkciót keltő tényezők:

a., A pszichoszexuális fejlődést nehezítő tényezők:

- szoros anya-fiú kötődés a nukleáris családban (az "egyke" dominanciája);
- férfiminták hiánya (az apa fizikai vagy funkcionális távolléte, passzivitása, a férfinevelők hiánya stb);
- a kortárs csoportok nagy szerepe és ebben a (nemi szereppel kapcsolatos) önértékelési traumatizáció;
- a tömegkommunikáció keltette szélsőséges férfiideál (elérhető?);
- az önkielégítés (gyakorisága, s még mindig) tilalmas jellege;

¹⁹⁸ Szilágyi Vilmos: Új trendek a házastársi kapcsolatokban és a párterápiában IN: Magyar Szexológiai Szemle (1999/1.)

¹⁹⁹ Magyar Szexológiai Szemle (2000/4.), bővebben: A.M. Pines: A féltékenység. Okok, tünetek, gyógymódok (Fiesta-Saxum, Bp. 2000.)

- a vizuális ingerek túlsúlya (szemben az intimitás és kommunikáció megtanulásával);
- a szexuális kultúra hiánya (hiedelmekből eredő gátlások stb.).

b., A "teljesítményelv" uralma a szexualitásban:

- a "machismo" (avagy a hódítások halmozása);
- a "numerák" vagy "menetek" száma;
- a különleges minőségre törekvés (együttes vagy többszörös orgazmus);
- a teljesítmény-erőltetésből eredő kudarcok szerepe.

c., Modern-ősi gátlásformák:

- félelem a szövődeményektől (lekötődés, terhesség, fertőzések);
- félelem a partnertől (a partner túlértékelése, státusa, fölénye);
- félelem az intimitástól (a nárcizmus kultúrája);
- a vágy hiánya (pl. a túlzott teljesítményigény, a rivalizálás, a szex "hatalmi" használata stb. miatt).

d., Zavaró körülmények:

- pl. alkalmatlan hely, idő, fáradtság, alkohol stb.

e., Életstílusból eredő zavarok:

- pl. "edzésihiány", dohányzás, drogok, alkohol, munkamánia stb.

f., Az "ifjúságkultusz" gátló hatásai:

- pl. a külsőségek túlértékelése stb.

g., "Játszmák" a kapcsolatokban és a házasságban

h., Ingerszaturáció és ingerfixáció

- a pornográfia szerepe.

i., Az újrakezdés nehézségei.

(Buda Béla, 1999.)²⁰⁰

Masters és Johnson óta tudjuk, hogy a szexuális zavarok egyik legfontosabb, közvetlen oka a *kudarctól való félelem*, ami a figyelemnek az egyén feltételezett, saját gyengeségeire fixálódásából ered. A szeretkezések alatti figyelemzavar egyrészt a saját testtel, másrészt a szexuális viselkedéssel, teljesítménnyel való elégedetlenség következménye. Általános tapasztalat, hogy bármely neurotikus zavarral együttjár valamilyen szexuális zavar. A szorongás jellemző tünete a vágy hiánya és a szex kerülése.²⁰¹

Perverziók

²⁰⁰ Magyar Szexológiai Szemle (2000/2.)

²⁰¹ Magyar Szexológiai Szemle (2000/2.)

Hans Giese szerint a szexualitásnak három funkciója van:

- testi, szociális (kapcsolati-közösségi),
- lelki,
- erkölcsi.

Ezek a funkciók normatív hatásúak, s e normák tartós megsértéséből alakulnak ki a perverziók, amelyeknek vezető tünetei a következők lehetnek:

- értelmetlenség,
- a gyakoriság növekedése, a kielégülés csökkenése,
- promiszkuitás és anonimitás,
- sajátos fantáziák és praktikák,
- szenvedélyesség,
- periodikus, kényszeres nyugtalanság.²⁰²

Szexuális fetisizmus négy fő fajtája:

- 1. *Antropo*-fetisizmus

A vágy tárgya az ember része, pl. haja, lába, melle, fenéke stb.

- 2. *Dolog*-fetisizmus

Tárgya rendszerint egy lehetséges szexuális partnerhez kapcsolódó tárgy, pl. fehérnemű, használati tárgy, illat stb.

- 3. *Humán*-fetisizmus

Tárgya maga a sajátos ember, pl. színes bőrű, az öreg (gerontofília), a túl fiatal (pedofília) stb.

- 4. *Hely(zet)*- és *cselekvés*-fetisizmus

Ide tartozik a korábbi orvosi szemlélet szerinti perverziók döntő többsége, pl. voyeurizmus, exhibicionizmus, frotteurizmus stb.²⁰³

Homoszexualitás

Alfred C. Kinsey hatalmas statisztikájú felmérése előtt a mi zsidó-keresztény kultúránkban a homoszexuális aktusokat olyan ritkának gondolták, mintha azok csak "természetellenes" és groteszk kivételek lettek volna. Kinsey azonban bebizonyította, hogy ez a hagyományos szemlélet teljesen téves. A középkorú férfiak kb. 50%-a, a nők 20%-a már rendelkezett valamilyen homoszexuális jellegű élménnyel. Sőt, a férfiak 37%-a, a nők 13%-a serdülőkora és öregkora között legalább egy olyan homoszexuális élményt is átélt, amely orgazmussal végződött. Mindemellett Kinsey adatai szerint a férfiak 4%-a, a nők 2%-a volt kizárólagosan homoszexuális beállítottságú.

Ezen adatok nyilvánosságra hozatala érthetően nagy megdöbbenést keltett. Sokan egyszerűen nem hitték el a homoszexuális viselkedés ilyen magas arányát, bár Kinsey adatait azóta többször átvizsgálták és kontrollálták, de mindig ugyanazt az eredményt kapták.

²⁰² Szilágyi Vilmos: Mikor kóros a vágy? IN: Magyar Szexológiai Szemle (1998/1.)

²⁰³ Magyar Szexológiai Szemle (2000/4.)

A statisztikák bebizonyították, hogy a heteroszexualitás és a homoszexualitás nem valami élesen elkülöníthető és összeegyeztethetetlen jelenség, hanem inkább fokozat kérdése. Kinsey szavaival: "A világot nem lehet jókra és gonoszokra osztani. Nem minden fekete, vagy fehér. (...) A természet ritkán dolgozik elkülönült kategóriákkal. Csak az emberi értelem talál ki ilyen kategóriákat és próbálja beleerőltetni a tényeket különálló rekeszekbe. Az élővilág a legkülönbözőbb aspektusok állandó keveréke. Minél előbb megtanuljuk ezt az emberi szexuális viselkedés vonatkozásában, annál előbb fogjuk megérteni a szex realitásait."

A mindennapi gyakorlatban egyes embereket nem statisztikai okból neveznek homoszexuálisnak, hanem mert megfelelni látszanak annak a sztereotípiának, hogy milyenek a homoszexuálisok, és hogyan viselkednek. Ez a közhiedelem legtöbbször teljesen irreális. Feltételezik, hogy a férfi homoszexuálisok igyekeznek nőként viselkedni, a női homoszexuálisok pedig utánozzák a férfiakat. Ez a feltételezés téves, ami rossz következtetésekhez vezet.

Az a kultúra, amely mesterséges választóvonalat húz a homoszexuálisok és heteroszexuálisok közé, eltorzított és nagyon leszűkített képet mutat az emberi természetről. Ez a szemlélet nem látja az emberi különbségek fokozatos jellegét, az emberi viselkedés árnyalatait, vagyis az élet természetes változatosságát.²⁰⁴

Drog

Téves az az elgondolás, hogy a kábítószerfogyasztás csak napjainkban okoz problémát, a régi társadalmi rendszerben nem, vagy alig létezett. Ez igaz lehet a hatvanas évekre és a hetvenes évek elejére, mikor még valóban nagyon szűk körre volt jellemző az abúzus, s ez is főleg csak gyógyszerek szedését jelentette alkohollal kombinálva. A hetvenes évek második felében²⁰⁵ viszont már sokkal szélesebb körben elterjed a fiatalok körében a kábítószerézés, s ez egy "ellenkulturális" mozgalomnak, a csöves szubkultúrának a számlájára írható. A gyógyszer+alkohol mellett megjelennek az olyan gyógyszerek, amelyekhez nincs szükség az alkohol besegítésére (Parkan, kodeint tartalmazó gyógyszerek), de tömegesen a *szipózás* terjed el

²⁰⁴ Erwin J. Haeberle: A szexuális beállítottságról IN: Magyar Szexológiai Szemle (2001/2-3.)

²⁰⁵ Kolos Tamás: A ragasztószereket nartikumként használó gyermekek pszichológiai vizsgálata IN: Magyar Pszichológia (1974/3.) és Farkasinszki Tamás: Ragasztószerez-szippantó gyerekek IN: Alkoholológia (1976/2.)

(ragasztókat és hígítót belélegezve érhető el a hatás, aminek az elterjedését főleg a könnyű beszerezhetőségének és olcsóságának köszönhetjük).²⁰⁶ A hetvenes-nyolcvanas évek fordulójára már a fiatalok között nem ritka a *politoxikomán*. A nyolcvanas években a fogyasztott drogok köre nő. Szélesedik az *indiai kender* termelők és fogyasztók köre²⁰⁷. A kemény drogok iránti igény elterjedését mutatja, hogy egyre többen fogyasztanak házilag gyártott *mákkészítményeket*. Tulajdonképpen ekkorra már mindent kipróbáltak a fiatalok, amitől valamennyire is kábító, bódító, euforizáló hatást remélhettek. A rendszerváltozás idejére így kialakult egy potenciális keresleti oldal, aminek nem sokáig kellett várnia a megfelelő kínálati oldalra²⁰⁸.

A kábítószerfogyasztásban az utóbbi pár évben nagy változások történtek. Nemzetközileg is tapasztalható tendencia, hogy tömegesen terjedt el az *extasy* és a *speed* tabletták használata²⁰⁹ (*amfetamin származékok*), s minden drogot, de ezeket különösen egyre fiatalabbak használják és egyre több nő/lány.

²⁰⁶ Külön fejezetet lehetne írni arról, hogy a "hatalom" hogyan próbálta elkendőzni ezt a problémát, de egy idő után nem lehetett szemet hunyni, hiszen szaporodni kezdtek a recepthamisítások, a gyógyszerári betörések, a kórházi osztályokról a jellegzetes gyógyszerek lopása, lakótelepek építkezéseiről, cipőgyárakból tetemes mennyiségben tűntek el a ragasztók (Palmatex), stb. És a közvélemény már ekkor több halálesetről is tudott!

²⁰⁷ Ekkor már könnyű nyugatra kiutazni (és még nem is olyan drága). "Divatos" célpont Amsterdam, Európa drog-fővárosa, ahonnan szinte semmi kockázattal nem járt kisebb mennyiségű kendermagot hazahozni.

²⁰⁸ Magyarország tranzit országból cél országgá vált, s ma már mindenféle drogból megvan a megfelelő kínálat. Bárhol beszerezhetőek, igaz a kemény drogok köre még inkább csak Budapesten, egy-két nagyobb városban, valamint Dunántúl néhány városában találunk gazdára. Ennek az oka az igazán magas árak lehetnek.

²⁰⁹ Tömeges elterjedésüket annak köszönhetik, hogy nem túl drágák, a divatokhoz adekvávan alkalmazkodnak: a techno és rave zenék gyors ritmusát a szerek felerősítik a szívritmus gyorsításával (ez okozhat életveszélyt!), a megadiszók olykor több ezres tömegében individuális élményt adnak, nem szólnak bele a hétköznapiakba, mert egyelőre még a fogyasztója nem marginalizálódik vagy kriminalizálódik a drogfogyasztás miatt. Valóban "ideális" arra, hogy hosszú távú fogyasztókat nyerjenek ezekkel a szerekkel.

A Népszabadság 2000. decemberében arról ír, hogy az ORFK szerint hazánkban legalább kétszáz ezer alkalmi drogos van, akik kizárólag a hét végi bulik idején szednek valamilyen könnyű szert, ami évi öt tonna amfetamint, valamint öt- és tíz millió szem közötti mennyiségű ecstasy tablettát jelent.²¹⁰

Nagy problémát jelent, hogy a drog erőssége és tisztasága a fogyasztó előtt általában nem ismert. A feketekereskedelemről beszerzett drognál nem lehet biztos a fogyasztó abban, hogy amit vesz, az az, aminek mondják. Gyakran keverik különböző anyagokkal, mint pl. cukor, hashajtó, hintőpor, olcsó drogok, de ezeknél sokkal veszélyesebb anyagokkal is! A vásárló nem lehet biztos a drog töménységében, így nem tudhatja, mi az, ami túl sok, a hatás előre nem tudható, éppen ezért igen veszélyes (akár ténylegesen életveszélyes).

Egységes kábítószer egyezmény: 1961 N.Y.C.

Drogok

Drognak nevezzük azt az anyagot, amely a központi idegrendszerre hatva hangulati, gondolkodásbeli változásokat okoz és hatása potenciálisan káros a szervezet testi-lelki folyamataira.

A drogokat domináns hatások alapján 4 főcsoportba oszthatjuk:

- 1. Stimulánsok, „gyorsítók”
 - energetizáló, feldobja a fogyasztót: kokain, extasy, speed.
- 2. Bódító szerek
 - szorongásoldó, nyugtató hatású: alkohol, ópiátok, ragasztó-hígító szerek, nyugtatók.
- 3. Hallucinogének:
 - hallucinációt okozhatnak: LSD, psilocybin.
- 4. Atípusos hatású drogok
 - a többitől eltérő hatásmechanizmusúak: marihuána, cannabis, hasis.

Kábítószerek csoportosítása hatóanyaguk alapján:

- ópiátok
 - az ópium a mák nedve
 - máktea
 - morfin
 - mindegyik erős pszichés függést okoz, de a testi függés is kialakul
- heroin
 - félszintetikus anyag

²¹⁰ Kiskereskedelmi áron csak ez a két(!) drogfajta eladása ebben az évben 30 milliárd forint bevételt jelentett az alvilágnak. (In: Népszabadság, 2000. december 6. 20. old.)

- a heroinnál a legerősebb a fizikai függés, a szer hiányában a használt adagtól és a használat időtartamától függő erősségű testi tünetek lépnek fel (pl. hidegrázás, izzadás, hasmenés, orrfolyás, súlyos szorongások, csont és ízületi fájdalmak stb.
- a túladagolás halált okoz
- a heroin gyakran szennyezett, ezért hatóanyagtartalma változó, hatása nehezen kiszámítható.
- kokain
 - az egyik legdrágább drog, mégis népszerű
 - rendszeres használata után depresszió léphet fel
 - az alkohollal nagyon veszélyes
 - erős lelki függőséget alakíthat ki.
- cannabis származékok
 - marihuána: rendszeres, hosszan tartó használata hangulati elsivárosodáshoz, apátiához vezethet
 - hasis: testi függőséget nem, ellenben pszichés függőséget okozhat
 - cannabis, indiai kender (fű): alkalmi használónál 13 perc a hatás, 56 perc a távozás, gyakorlott használónál 10 perc a hatás és 27 perc a távozás. Kimutatható alkalmi használónál 2-4 napig, a krónikusnál 2-3 hétig is; pszichés függőség kialakulhat.
- amfetamin
 - extasy
 - speed - eredetileg kokain-heroin keveréke
 - 20 perc a hatás, 8-12 óra a távozás
 - alkalmi használata után is nyomott hangulat és fokozott alvásigény jelentkezik
 - huzamosabb idejű használata után depresszió alakulhat ki
 - fizikai dependenciát nem okoz, viszont pszichés függőséget igen.
- LSD
 - dózisfüggő: kis adagban inkább a hangulatot befolyásolja, nagyobb adagoknál tudatmódosító hatása a jellemző
 - rendkívül erős pszichés hatásai miatt lelkileg labilis emberekre veszélyes lehet
 - fizikai függést nem, de lelki függőséget okoz.

Függőség

A függőségnek két fő fajtája van. Az egyiknél a vágyat egy kémiai anyag bevétele elégíti ki (kémiai függőség), a másik esetben maga a viselkedési minta az, ami kényszeresen visszatér, ez a viselkedési addikció.

Függőség tünetei, napi adagok:

- kisebb adag,
- nagyobb adag,
- nagy adag,
- túladagolás.

Kezelés és gyógyítás

A kényszeres droghasználó ember érzelmi élete fokozatosan elsivárosodik, szociális élettere beszűkül. A súlyos pszichés problémákkal küzdő ember eleinte a külső-belső szorongató élmények és a külvilág előli „elbújásra” használja a szert. Később a mindennapi drog megszerzéséért folytatott harc és az elvonástól való félelem súlyosítja meglevő szorongását, amit - más módszerek nem lévén - szintén droggal csillapít. *Leon Wurmser* amerikai pszichiáter szerint minden kényszeres kábítószer-használat egy öngyógyító kísérlet. „A kényszeres droghasználat sokkal inkább egy tünet a többi között, a háttérben meghúzódó zavar kifejeződése, nem a betegség maga.”

A drogos belül különleges élményeket, érzéseket, életvitelt él át, még kívülről elutasítást.

Éppen elég büntetés a drogosnak, amit csinálnak. Abban kell segíteni, hogy visszatérjenek abba az állapotba, hogy kezelni tudják a problémáikat. A konfliktus önmagában nem baj, a kezelése a nehéz. Az önkéntesség fontos a terápiában. A szenvedésnyomás hatására alakul ki általában az önkéntesség. Az embert el kell fogadni, a viselkedését nem (Rogers). A szenvedélybeteg megmutatja, hogy hol nem működik a család. Ezért nem elítélni kell őt, hanem támogatni, ill. változtatni a problémákon.

A kezelés folyamata:

- 1. kontaktusfázis
- 2. méregtelenítés
- 3. megvonás szakasza
- 4. utógondozás, rehabilitáció.

Néhány intézményi ellátás:

Konzultáció (counseling)

A counseling tanácsadást jelent. A segítői gyakorlatban ez a kifejezés árnyaltabb és nem direkt. Célja, hogy változást idézzon elő a kliens életformájában, kapcsolatainak rendszerében és kezelésében, látásmódjában. Módszere a pszichológiai együttműködés, amely viszonylag hamar kiemel a krízisből. Bátorító, önkifejezést erősítő, konkrét problémamegoldó kapcsolat.

Terápia

A terápia célja szintén a változás. Segíti a problémák feldolgozását, fejleszti a személyiséget. Lassabb, de tartósabb átrendeződést eredményez. A keretei a konzultációval szemben zártabbak. Eszköze a feltáró beszélgetés, amely tükröz, értelmez és összefüggéseket tár fel.

Ambuláns betegellátás

Egyéni vagy csoportos terápiával, gyógyszeres kezeléssel, hozzátartozók bevonásával, önszervező csoportok megajánlásával segítenek az ambulanciák.

Rehabilitáció

Az igazi nagy probléma - mely a tartósabb józanságot megakadályozza - a lelki megvonási tünet-együttes „túlélése”. Ez már nem valósítható meg kórházban, itt csak előkészítő a drogbeteg. A sikerhez speciális rehabilitációs körülmények szükségesek megfelelő időtartammal, ami a minimális 8 hónaptól akár több évig is eltarthat. Csak önkéntes alapon lehet elképzelni a rehabilitációt, melyet valójában egyetlen drogbeteg sem óhajt, ezt az élet kényszeríti ki. Kezelésre az elvonási tünetek előli menekülésbe való belefáradás, a teljes anyagi, egzisztenciális ellehetetlenülés, a lepusztulás, hozzátartozók ultimátumai, bírósági határozat miatt jelentkeznek. A szenvedélybetegségekől csak szenvedések útján lehet szabadulni, ez az áldozat nem kerülhető el. A drogos Én-nek „meg kell tanulnia”, hogy egy másik Én születhessen, megerősödhessen. Ezt az ember egyedül képtelen végig csinálni, ehhez kell a rehabilitáció folyamata, mely már nem elsősorban orvosi kérdés.

A környezet és közösség segíti a testi tünetektől már megszabadult, de lelki mivoltában nagyon sérülékeny egyént. A drogos életforma feladása, megváltoztatása szinte lehetetlen feladatok elé állítja a legelszántabb jelentkezőket is. Ezért kell a rehabilitáció segítségével új környezetben speciálisan felkészült segítőkkel elhagyni a régi életet, feladni a kapcsolatokat és reflexeket, hogy egy új szemlélet alakulhasson ki, valami beléphessen a drog helyébe.

Bármilyen, ami az önkifejezés eszközeként segít megszabadulni a pszichés terhektől, terápiás hatású lehet.

Drogprevenció

Meg kell tanítani:

- a szenvedélykeltő szerek visszautasítását,
- apróbb sikertelenségek elviselését,
- konfliktusok megoldását,
- korlátokat felállítani és elfogadni,
- érzelmeket kifejezni,
- kapcsolatokat építeni,
- saját erőnevet és gyengéit felmérni,

- ellenállni a reklám nem kívánatos hatásainak és elsajátítani helyes megítélésüket,
- az érzéseket kezelni,
- pozitív értékrend kialakítását,
- a jó közérzet, a boldogság és sikeresség szükségletének kontrollálását.

Hajléktalanság

A hajléktalanság kérdése ma már mindenki számára nyilvánvaló, hogy komoly társadalmi probléma, s nem pár (tíz)ezer ember speciális „nyavalyája”. Sajnos, tömeges „jelenségé” kellett válnia ahhoz, hogy ez tudatosuljon a lakosságban, de nem utolsósorban egyre több embernek saját bőrén muszáj volt tapasztalnia, milyen is kiszolgáltatottnak lenni, ha a szakmája leértékelődött az új gazdasági struktúrában, ha nincs munkája, ha jövedelme az átlag alatt van stb.

Kiszolgáltatottnak lenni talán a legrosszabb „állapot”. A hajléktalanoknál viszont kevesen érezhetik magukat kiszolgáltatottabbnak. Ebben a helyzetükben a társadalom hozzáállásától nagyban függ, hogy örökre ebben maradnak vagy vissza tudnak integrálódni a dolgozó/otthonnal (hajlékkal) rendelkezők táborába. Azt hiszem, olykor a bánásmód és az attitűdök terén is van mit javítani.²¹¹

A hajléktalanná válás állomásai

Kényszerűen rátalál azokra a hajléktalanok számára fenntartott, elkülönített intézményekre (elkülönített segélyezési iroda, elkülönített orvosi rendelő, elkülönített szállás, elkülönített munkaügyi központ), amelyek mind-mind afelé lökik, hogy önmagát végérvényesen hajléktanként definiálja.

A szociális ellátó rendszer tehetetlensége és az államigazgatás diszfunkcionalitása egyaránt elősegíti a hajléktalanná válást.

A hajléktalanság nem lakásnélküliséget jelent, hanem egyfajta személyiség-állapotot, eszköznélküliséget, amely kiszolgáltatottá teszi az embert. Az otthonnélküliség olyan apatikus állapotot eredményez, amelyben a folyamatos, kiegyensúlyozott munkavégzés, tehát az öfenntartás sem lehetséges.

A látványos közvetlen okok: a munkanélküliség, a válás, a szegénység stb. kiválthatnak hajléktalanságot, de csak úgy, hogyha összegződnek az egyén életében már korábban jelen lévő egyéb tényezőkkel. A szeretet, a biztonságérzet, az örömteli emberi kapcsolatok, az önállóság lehetőségének a hiánya vezet oda, hogy az embernek később nem lesz ereje, önbizalma,

²¹¹ Breitner Péter: A hajléktalanná válás lépcsőfokai IN: Esély, 1999/1. szám

cselekvési mintája ahhoz, hogy megbirkózzon a krízishelyzetekkel.²¹²

A személyiségfejlődésben jelentkező problémák

A gyermekkor minősége meghatározó a későbbi kötődések szempontjából. A legtöbb hajléktalan életútjában megvannak azok a töréspontok, amelyek akadályozzák az egészséges kötődés képességének kialakulását. Ezek a gyenge kötődési képességgel rendelkező emberek gyakran választanak olyan szakmát, megélhetési módot, amely folyamatos kilépési lehetőséget biztosít a kapcsolataikból. Viszonylag gyakran fordul elő pl. a magányos kamionozás, de néha ilyen célt szolgálhat a munkásszállóhoz kötött munkavállalás is.

Elenyésző azoknak a családoknak a száma, ahol nem történt válás, és ami a gyerekekre még sokkal rosszabbul hat, az apa igen gyakran, de néha az anya is rendszeres alkohol fogyasztó volt, és kiábrándult, durva ember. A hajléktalanok apái közül meglepően sokan voltak valamilyen erőszakszervezet: katonaság, rendőrség, munkásörtség tagjai.

Akiknek az iskola sok kudarcot jelent, azok elvesztik a kompetenciaérzésüket és a csökkentértékűsége tudata alakul ki bennük. Ha a család az iskolához hasonlóan csak a meg nem felelés érzését erősíti a gyerekekben, akkor biztosra vehetők a további kudarcok. A rideg, katonásan követelő apák erre a fejlődési szakaszra is nagyon károsan hatnak. Az ilyen apa mellett felnövő gyerek sokszor felnőtt korában is ott érzi magán az apja megvető pillantását, és ezért nem képes a saját teljesítményét objektíven megítélni.

A hajléktalan-élettörténetekben gyakran előbukkanó motívum, hogy a szülők elválnak, és mindketten újraházasodnak. Rossz viszony alakul ki a mostohaszülőkkel (ilyenkor a gyerek általában már eleve nem is szereti a mostohát, az akár rászolgált, akár nem), s ez az édes szülővel is megrontja a kapcsolatot. A gyerek így lényegében kiszorul a családból.

Az állami gondozott fiatalok próbálják megkeresni a szüleiket, ami újabb csalódással jár. A fiatal az intézetből kikerülve hozzájut az addig felgyűlt családi pótlékhoz, esetleg az árvasági járadékhoz (otthonteremtési támogatáshoz), valamint étkezési támogatásra is számíthat. A befogadás csak addig tart, amíg ezek a pénzek el nem fogynak.

A hajléktalanok életének ebben a szakaszában általában is jellemző a szülőkkel való kapcsolat további romlása, az otthonról való menekülés, a korai házasság és az általános perspektívátlanság. A fiatalok gyakran menekülnek olyan kapcsolatokba, amelyekkel az elvesztett szülőt szeretnék pótolni.

A volt állami gondozottak a külvilág felé mindenáron bizonyítani akarják, hogy alkalmasak az anya és apa szerepre, de belül nagyon

bizonytalanok. Sokan közülük ragaszkodnak az intézményi élethez (munkásszálló, katonaság, kórház), miközben nagyon rossz véleményük van róla. Meglepően sokan vonzódnak közülük a divatosra vált biztonsági őr pályához. Valószínűleg a bennük felhalmozódott agresszió feltételezett kiélési lehetősége, a munkakör egyértelmű feladatai, világos alá- és fölrendeltségi viszonyai és a hatalomból való részesedés illúziója csábítja őket. Az intézeti élet autoriter magatartásra tanít. Az elsődleges kötelékek hiányában másodlagos (autoriter módon felépülő intézményt) keresnek maguknak.

A hajléktalanok között kevés az idős ember. Nagyon ritka, hogy valaki öregkorára válik hajléktalanná, aki pedig fiatalabban válik azzá, az csak ritkán ér el magas kort. A hajléktalanság megöli a lelket és a testet egyaránt. A hideg, a piszok, a rossz táplálkozás, az alkohol, amelyek szükségszerű alkotóelemei ennek az életformának, betegségekhez és korai halálhoz vezetnek. Nagyon gyakoriak a pszichés betegségek is.

Az ember társas lény. Ha nagyon kevés szállal vagy egyáltalán nem kötődik a világhoz, akkor eltorzul a személyisége, és csak a legalapvetőbb biológiai szükségleteit kielégítő, vegetatív lényvé degradálódik. Legfeljebb a világ iránt érzett, egyre primitívebb formában feltörő gyűlölet és az alkohol savanyú öröme mozgatja meg az érzelmeit, ellenkező esetben teljes apátiába süllyed. Sok a magányos kukázó, akik heteken át nem váltanak egyetlen szót sem senkivel.

A megaláztatások, az eltaszítottság, az undorodó pillantások a test és lélek elsorvadásához vezetnek. Mikor az utolsó szál is elpattan, ami még a világhoz köti, a hajléktalan a hozzátartozók minden embernek kijáró gyászában sem részesülhet: azonosítatlan holttest lesz belőle, még egy utolsó kényelmetlenséget okozva a hatóságoknak.²¹³

Debrecen, 2000. október 9.

Rénes László

Irodalomjegyzék

Aries, Philippe: Gyermek, család, halál (Gondolat, Bp. 1987.)

Bokor Nándor: Általános ápolástan - gondozástan (Bp. 1989.)

Barta Anna - Vikár György - Debrecenyi Károly István: Fejezetek az életkorok lélektanából (Fejlődéslélektani ismeretek segítő foglalkozásúak részére) Családsegítés, mentálhigiéné, módszertani füzetek X. (Caritas Hungarica - Híd, Bp. 1993.)

²¹² Breitner Péter: i.m.

²¹³ Breitner Péter: i.m.

- Barnes, Gill Gorell: Családterápia és gondozás - Alapvető ismeretek a családkról és a családterápiáról (Családterápiás olvasókönyv sorozat II. Animula, Bp. 1991.)
- Berne, Eric: Emberi játszmák (Gondolat, Bp. 1984.)
- Buda Béla: Az empátia - a beleélés lélektana (Ego-School, Bp. 1992.)
- Buda Béla dr.: Szexuális viselkedés. Jelenségek és zavarok - társadalmi és orvosi dilemmák (Animula, Bp. 1994)
- Comer, Ronald J.: A lélek betegségei. Pszichopatológia (Osiris, Bp. 2000.)
- Elias, Norbert: A haldokló magányossága (Helikon, Bp. 2000.)
- Fromm, Erich: A szeretet művészete (Gondolat, Bp. 1984.)
- Hárdi István: A lélek egészségvédelme A lelki egészségvédelem jelene és távlatai (Bp. 1992.)
- Hegedűs Katalin: Az emberhez méltó halál (Osiris, Bp. 2000.)
- Hennezel, Marie de: A meghitt halál (Európa, Bp. 1997.)
- Hennezel, Marie de - Leloup, Jean Yves: A halál művészete (Európa, Bp. 1999.)
- Hite Riport - A nők szexuális életéről (Magyar Könyvklub, Bp. 2000.)
- Hooper, Anne: Szexuális intimitás (Magyar Könyvklub, Bp. 2001.)
- Keményné dr.Pálffy Katalin: Bevezetés a pszichológiába (Tankönyvkiadó, Bp. 1989.)
- Kübler-Ross, Elisabeth: A halál és a hozzá vezető út (Gondolat, Bp. 1988.)
- Nagy Mária Ilona: A gyermek és a halál (Pont, Bp. 1997.)
- Pándy Mária: Játszmák nélkül. Tranzakcióanalízis a gyakorlatban (Helikon, Bp. 1999.)
- Pilling János: A haldoklás és a gyász pszichológiája (SOTE Képzéskutató, Bp. Hospice tankönyvek sorozat, 1999.)
- Pilling János: A halál és a haldoklás kultúrantropológiája (SOTE Képzéskutató, Bp. Hospice tankönyvek sorozat, 1999.)
- Pines, A. M.: A féltékenység. Okok, tünetek, gyógymódok (Fiesta-Saxum, Bp. 2000.)
- Popper Péter: Hazugság nélkül (Saxum, Bp. 1999.)
- Popper Péter: Fáj-e meghalni? (Saxum, Bp. 1999.)
- Popper Péter: Fel nőtnek lenni... (Saxum, Bp. 2000.)
- Pszichológia és nevelés (Vajda Zsuzsanna szerk.; Akadémiai Kiadó, Bp. 1999.)
- Szenti Tibor: Az empátia (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1993.)
- Szenti Tibor: Önismeret (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1993.)
- Szenti Tibor: A hit (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1994.)
- Szenti Tibor: A halál (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1994.)
- Szenti Tibor: A szeretet (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1994.)
- Szenti Tibor: Megkapaszkodás és elszakadás (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1995.)
- Szenti Tibor: Állat vagy ember? (Nővérek továbbképzése Csongrád megyében, Szeged-Hódmezővásárhely, 1995.)
- Szilágyi Vilmos: Intimkapcsolatok kézikönyve (Medicina, Bp. 1994.)
- Szilágyi Vilmos: Szexuális szocializáció. Nemi nevelés a családban (Medicina, Bp. 1997.)

**Buda Béla: Az öngyilkosság
Orvosi és társadalomtudományi
tanulmányok**

Animula, Bp. 1997.

(kivonat)

Mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint *öngyilkosságot* követ el az ember, aki életének saját maga vet véget.

Az öngyilkossághoz három kritérium tartozik:

- a meghalás tudatos szándéka;
- egy módszer képzete, amely módszer alkalmas az élet kioltására;
- e módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Öngyilkossági kísérletről beszélünk, ha valaki a meghalás, az öngyilkosság szándékával károsítja szervezetét, de ennek következtében nem hal meg. Az öngyilkosság három meghatározó jegyéből következik, hogy a kísérlet négy körülmény - vagy ezek kombinációja - miatt lehet sikertelen:

- a meghalás szándéka nem elég erős vagy nem egyértelmű;
- az öngyilkosság módszere nem, vagy nem eléggé hatékony;
- az öngyilkossági cselekedet hibás vagy inadekvát;
- a halál bekövetkezése előtt külső segítség - amelyet többnyire orvosi beavatkozás is kísér vagy követ - a szervezet károsodását megakadályozza, megállítja vagy megszünteti.

Durkheim 1897-ben adta ki könyvét az öngyilkosságról. Ez a kötet nemcsak az öngyilkosság szempontjából nagy jelentőségű, általában ezt a munkát tekintik a modern szociológia egyik kiindulópontjának is. A statisztikai adatok virtuóz elemzésével az öngyilkosságok gyakoriságát *három társadalmi áramlat* összegezett következményének mutatja be; Kimutatja, hogy az öngyilkosságok egy része a társadalmi integráció lazulásának hatására jön létre. Társadalmi integrációnak azt a szabályozó erőt nevezi, amit a család, a vallási vagy politikai közösség gyakorol az egyénre. Ha az egyén e szabályozó erők befolyása alatt él, ez életét vezérli, annak célt és értelmet ad. Azt az öngyilkosságfajtát, amit a társadalmi integráció csökkenése okoz, egoista típusnak nevezte, mivel szerinte a társadalmi integráció csökkenésével az egyén csak magával törődik, saját céljaival foglalkozik, keveset törődik másokkal és a társadalmi következményekkel.

A társadalmi integráció igen erős is lehet, és ezáltal is kiválthat öngyilkosságot. A nagyon erős kollektív kötésben élő társadalmak kialakítják tagjaikban a hajlandóságot, hogy feláldozzák önmagukat a közösségért. A nagyfokú társadalmi integráció okozta öngyilkosságokat *altruista* öngyilkosságoknak nevezte, mintegy az egoista típus ellentétéként.

Legérdekesebb a harmadik, az ún. *anómiás* típus. *Durkheim* felfigyelt arra a tényre, hogy a gazdasági változásokat az öngyilkossági gyakoriság statisztikai változásai kísérik. Gazdasági válság vagy fellendülés egyaránt növeli az öngyilkosságok számát. Szerinte az ember akkor van lelki egyensúlyban, ha szükségletei és vágyai összhangban vannak a kielégítésükhöz rendelkezésre álló eszközökkel és lehetőségekkel. A gazdasági változás ezt az összhangot bonthatja meg - és ezzel együtt a lelki egyensúlyt is - egy csomó ember számára; vagy az eszközök és a lehetőségek válnak hirtelen elérhetetlenné (válság), vagy pedig a vágyak és szükségletek szaladnak túl az egyébként kedvező lehetőségeken (fellendülés). *Durkheim* szerint ilyenkor egyfajta társadalmi szabályozás szenved zavart, meglazulnak a normák, a szokás és az erkölcs biztos törvényei, létrejön a társadalom *anómiás* (normátlan - nomos ugyanis görögül törvényt, szabályt jelent) állapota.

Az öngyilkos cselekményt szerinte más érzelmi állapotok kísérik a különböző típusokban. Az egoista öngyilkosságban az apátia, az altruistában a szenvedély vagy az akarati energia átélése, az anómiásban pedig az elkeseredés és az undor uralkodik. *Durkheim* feltételezte a vegyes öngyilkosság - típusok létezését is.

Durkheim anómia koncepcióját *Merton* amerikai szociológus a harmincas évek végén módosította, és ezzel az öngyilkosságnak is új értelmezési lehetőséget adott. *Merton* szerint az anómia nem egyszerűen az egyéni vágyak és igények szabályozatlansága, hanem egyfajta ellentét a társadalmi szerkezeteken és kultúrán belül. Szerinte a társadalom bizonyos célokat és igényeket kítűz tagjai elé, ezeket hirdeti, mintegy előírja, ugyanakkor tagjai számára nem ad lehetőségeket, módokat ezek elérésére. A célok és az elérésükhöz szükséges eszközök diszkrpanciája különösen a társadalom egyes rétegeit sújtja. Ezekben az emberekben megnő a személyiségük belső feszültsége, majd ennek késztetésére valamilyen reakciót adnak a nehezen tolerálható helyzetre, többnyire olyan reakciót, amely a társadalmi szabályoktól eltérő, elhajló - ún. deviáns - viselkedésmód. Az öngyilkosság egyike ezeknek. Ez a magyarázat pedig jogosultnak látszik, hiszen már *Durkheim* is konstataulta, hogy az öngyilkosság statisztikailag összefügg elmeogyógyászati kórképekkel, alkoholizmussal, bűnözéssel (pl. sok

bűnöző menekül tetteinek elkövetése után öngyilkosságba.)

A szociológiai elméletek különösen a második világháború után bontakoztak ki. Státus a szociológiában a személyiségnek minden olyan szabályszerű, jellegzetes helyzete, amelyet a társadalmi szerkezetben vagy a társas kapcsolatokban betölt. *Gibbs és Martin* szerint minél inkább kötődik egy személyiség egy társadalmi státushoz, minél integráltabb azzal, annál kisebb számára az öngyilkosság valószínűsége. A státusokból való kiszakadás általában hajlamosít az öngyilkosságra, növeli az öngyilkosság valószínűségét. Ez magyarázatot ad a társadalmi ranglétrán felfelé vagy lefelé haladó egyének (az ún. mobilitásban levő személyek) nagyobb öngyilkossági gyakoriságára is. *Henry és Short* felfogása az ember törekvéseinek megghiúsulása, frusztrációja, ha mennyiségben növekszik, növeli az agresszív indulat erejét. Az agresszió vagy gyilkosságra vagy öngyilkosságra serkent. Az agresszív indulat irányulását az szabja meg, hogy az egyén kit tart felelősnek frusztrációjáért. Ha a külső társadalmi kényszer erős, akkor az agresszió kifelé vetül, ha viszont gyenge, az egyén a maga megghiúsulásaiért önmagában keresi a hibát, agresszióját maga felé fordítja. *Henry és Short* elmélete is, mint a többi említett koncepció, jó magyarázat bizonyos statisztikai összefüggésekre, de nem ad magyarázatot az öngyilkosság minden statisztikai szabályszerűségére.

Henry és Short elméletével, amely az ötvenes évek közepén került nyilvánosságra, új szempont jelent meg a szociológiai öngyilkosság elméletekben. *Henry és Short* vetette fel először, hogy a személyiség fejlődési folyamatában már sokkal előbb, esetleg a gyermekkorban érvényesülnek olyan társadalmi hatások, amelyek később szerepet kapnak majd az öngyilkosságban. A meghatározó tényező tehát a személyiségben is rejlik, és ez ugyanakkor - történeti vetületben nézve - szociális is.

A személyiség lényegében társadalmi termék, különféle lélektani sajátosságai társadalmi hatásokra alakulnak ki és szilárdulnak meg, mindezen tényezők szociológiailag vizsgálhatók, de ehhez kell a személyiség és a rá ható emberi, társas folyamatok behatóbb pszichológiai ismeret is.

Itt kanyarodik vissza a szociológiai öngyilkosság - kutatás a lélektanhoz és a szociálpszichológiához, amelytől egy időben elszakadt.

Az öngyilkosságok megoszlása az ország területén az utóbbi hetven év alatt csaknem azonos, állandó. Mondhatjuk, hogy az ország térképén a Viharsaroktól északnyugat felé haladva az öngyilkosság gyakorisága folyamatosan csökken. E szabály alól nem kivételek a nagyvárosok sem.

Szeged gyakorisági aránya a legnagyobb, ezt követi Budapest, majd Debrecen, Miskolc, Pécs (1966-1967-ben). Régebben Debrecen gyakorisága volt a legnagyobb, megelőzte a fővárost is, ez a gyakoriság hosszú időn át csaknem azonos maradt, míg Szegedé egyenletesen nőtt, kb. 12 év alatt több mint ötven százalékkal. 1965-ről 1966-ra Miskolc öngyilkossági gyakorisága csaknem megkétszereződött, és 1967-ben is ezen a magas szinten maradt.

Ez a szabályszerűség semmiféle „keresztmetszeti” szociológiai hipotézissel nem magyarázható meg, hiszen a század hetven éve alatt az országban óriási arányú társadalmi változások zajlottak le, a lakosság jelentős hányada lakóhelyet cserélt belső migráció révén, és igen nagy civilizációs és kulturális fejlődés, életmódváltozás következett be. Hasonló szabályszerűség más országokban is kimutatható. Franciaországban pl. elkülöníthetünk egy északi országrészt, magas öngyilkossági gyakorisággal és egy déli, ahol kevés az öngyilkos. Egy-egy terület, egy-egy kulturális egység a rá jellemző személyiségformálási folyamataiban tagjainak különböző mértékben és formákban adja tovább, tanítja meg az öngyilkosság sémáját, mint a nagy emberi problémák végső „megoldóképletét”. Feltételezik, hogy mint minden más viselkedésformára, az öngyilkosságra is van szocializáció a lakosságban, ezt részben a család, részben a mikromilió végzi, látszólag értelmetlen közléseken, előforduló öngyilkosság- esetek megbeszélésén és más hasonló kommunikatív módokon át.

Úgy tűnik, hogy a családban történt öngyilkosság előkészítő, szocializáló hatása nagyobb, mint más példaké. Többben is rámutatnak arra, hogy az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet. Már *Durkheim* - akihez minden teória visszanyúl - is igyekezett cáfolni, hogy ezt biológiai öröklésnek lehet tekinteni, kimutatta, hogy fitt is szociális hatások érvényesülnek.

Kétségtelennek látszik azonban, hogy ilyenfajta szocializáció az öngyilkosságok egyik tényezője, ez egyfajta viselkedésmintát, helyzetmintát, konfliktusmegoldási képletet ad, ami önmagában még nem elég, mert még kell hozzá a személyiség problémája, feszültsége, kellő fokú zavara. De ez a szocializációs hatás. Amely a gyermeki személyiséget észrevétlenül, öntudatlanul éri, és amely mint minden kulturális tényező, nagyfokú állandóságot és társadalmi változásokról való függetlenséget mutat - esetleg megmagyarázza az említett területi állandóságokat az öngyilkosság gyakorisági adataiban.

Újabb adatok nyomán pontosabban ismerjük az öngyilkossággal járó és azt megelőző társaslélektani

folyamatokat. Az öngyilkosság történéseinek pontosabb elemzése kiderítette, hogy az öngyilkosságot elkövetők túlnyomóan nagy része és az öngyilkosságot megkísérlők csaknem mindegyike közli szándékát környezetével. Régebben a szakemberek úgy vélték, hogy az igazi, elszánt öngyilkos senkinek sem szól tervéről. Ma a kutatók a szándék közlését szabályszerűnek és ugyanakkor a megelőzés szempontjából stratégiai fontosságúnak tartják.

Az utalásos verbális közlést vagy a nem verbális kommunikációt a környezet rendszerint megérti, gondol is az öngyilkosságveszélyre, de ezt a gondolatot különféle észérvekkel, racionalizációkkal elhárítja magától, a kapott jelzésre nem reagál. Kb. egytizede az öngyilkosoknak látszólag nem jelzi előre tettét.

A közlések többnyire annak (vagy azoknak) a személyeknek szólnak, akivel az öngyilkosságra készülő ember intim, de ambivalens érzelmi kapcsolatban van, általában, akivel a lényeges problémái vannak, akitől szeretet vagy segítséget vár, de nem kap meg vagy nem eléggé kap meg. Közhezszerű tény, hogy az öngyilkossággal való fenyegetőzés arra szolgál, hogy vele az egyén emberi problémáiban érjen el valamilyen változást, hogy megmozgassa és cselekvésre bírja azt, akinek közlése szól. A komoly, „halálos” komolyságú öngyilkossági közlést is ilyen szándék mozgatja. Kutatások tisztázták, hogy az öngyilkossági kísérletek után az emberi kapcsolatok az esetek nagy részében jelentős változáson mennek át; az életben maradt általában több segítséget, odafordulást, szeretetet kap, mint korábban. Vannak olyan adatok, amelyek szerint az öngyilkossági kísérleten átesett ember veszélyeztetettebb újabb öngyilkossági kísérletre, ha ilyen átrendeződés, változás nem történt.

Az öngyilkossági szándék közlésének, mint segélykérő közlésnek felfogása, utat nyit az öngyilkosság megelőzése számára. A kétségbeesett, feszült ember szándékát valamilyen segítség elodázhathatja, időt adhat, míg az elutasítás, a ridegség az öngyilkossági cselekedet felé taszít. A cry for help jelenség felismeréséből az öngyilkosság megelőzésére hivatottak számára az következik, hogy minden öngyilkossági közlést komolyan kell venni, igyekezni kell részben közvetlenül, részben a környezet befolyásolásán át segíteni. A közlés mögött megbújó szándék komolyságát és erejét kutatni felesleges is, hiszen az öngyilkossággal fenyegetőző ember is segítségre szorul, mentálhigiénésen veszélyeztetett.

Az öngyilkosság lélektani magyarázatával foglalkozó kutatások értékes terméke az öngyilkosság előtti szindróma (preszuicidális

szindróma) koncepciójának kialakulása, amely az említett *Ringel* nevéhez fűződik.

Ringel szerint minden öngyilkosságot vagy komolyabb kísérletet azonos lélektani konstelláció előz meg. Ezt a közös konstellációt igen különböző lélektani problémák válthatják ki, tehát maga az öngyilkosság a személyiség feszültségeinek egyfajta meghatározott kifutási útja. E konstelláció az öngyilkosság előtti szindróma. Ennek három lényegi jegye van, azért szoktak vele kapcsolatban öngyilkossági-triászról is beszélni:

- fokozódó dinamikus beszűkülés,
- az agresszivitás gátlódása,
- menekülés a fantáziavilágba.

A beszűkülés a következő pszichológiai jegyekben mutatkozik:

- a/ az appercepció és az asszociációk merev lefutása;
- b/ rögzült magatartássémák ismétlődése;
- c/ érzelmi beszűkülés;
- d/ bizonyos pszichológiai mechanizmusok (az ún. szorongáselhárító mechanizmusok) beszűkülése, ezek között az agresszív indulatot visszatartó és befelé fordító pszichés mechanizmus túlsúlyra kerülése;
- e/ az emberi kapcsolatok beszűkülése, amelynek során a személyiség ezeket a kapcsolatokat magában leértékeli, redukálja, súlyosabb esetben az izolálódásig menően;
- f/ az egyéni értékvilág beszűkülése, vagyis a személyiség a számára korábban értékes és kívánatos dolgok iránt már nem érez vonzódást, azok nem keltik fel érdeklődését.

Az öngyilkosság előtti szindrómában az agresszív indulat nem tud megnyilvánulni, ugyanakkor a személyiség igen sok frusztrációt szenved, amely nyomán indulati feszültsége nő. Lélektani gátló mechanizmusok működése mellett az agresszió levezetődésének azért sincs módja, mert:

- a/ az öngyilkosság előtti állapotban a személyiség általában önmagára haragszik, önmagával elégedetlen;
- b/ a frusztrációkat az egyén ambivalens kapcsolatban szenved el, ilyenkor a másik iránti szeretet és vágy megakadályozza, hogy az agresszió felé irányuljon, holott a frusztrációt ő okozza;
- c/ nincs olyan személy, aki az agresszív indulatnak tárgya lehetne, vagy a személyiség elszigeteltsége miatt, vagy pedig azért, mert az elszívott sérelem természete olyan.

A fantáziába való menekülés jelenségeiben is szerepet játszik a beszűkülés dinamikája, a

külvilágtól elvont pszichés energiák ugyanis a fantáziavilágot szállják meg, fantáziában az öngyilkosság előtt álló személyiség érzékletes, képi módon foglalkozik problémáival, elképzeli azoknak kedvező kimenetelét (vágyfantáziák), de képzeletbeli kifejezést ad befelé forduló agresszív indulati impulzusainak is, képzeletében megbünteti az őt megghiúsító személyeket. A fantázia-tevékenységben érik meg az öngyilkosság gondolata és terve is. A fantázia-tevékenység során mind erősebb lesz benne az öngyilkosságra vonatkozó képzetcsoporthoz, ez egyre több indulati energiát köt meg magában. Ezt az erőteljes indulati gócot, képzetstruktúrát „gyűjtja be” a precipitáló élmény, valamely újabb - valós vagy szimbolikus-frusztráció. Ennek kapcsán a terv cselekvéssé érik, előbb azonban lezajlik a már tárgyalt kommunikáció, segélykérő jelzés a releváns személyek felé, akiknek elutasítása végül betetőzi a helyzetet.

A fantáziákban jól megmutatkozik az élethez kötő és az élettől eltávolító pszichés erők küzdelme, amely küzdelem hozza létre lényegében a „cry for help” jelenséget, a megkapaszkodás utolsó próbáját.

Az öngyilkosság előtti szindróma nagy gyakorlati jelentőségű, ugyanis további támpontokat ad az öngyilkosjelöltek felismerésére. A személyiségben viszonylag kevés az irreverzibilis, feltartóztathatatlan folyamat, a pszichológiai állapotok szüntelen mozgásban vannak. Így az öngyilkosság előtti szindróma katasztrófális beszűkülése hetek vagy akár hónapok alatt megváltozhat, eltűnhet, esetleg a precipitáló probléma vagy konfliktus elmúlásával, csökkenésével párhuzamosan de anélkül is. Öngyilkossági kísérlet után csaknem normális, kiegyensúlyozott pszichés állapotok jöhetnek létre. Az öngyilkosság előtti állapotban is hozzáférhető a személyiség társaslélektani ingerek számára, ezek felkelthetik benne a reményt, felébreszthetnek benne aktív és reális készleteket, érlelhetik, megváltoztathatják. Ezért az öngyilkosság aktusának megelőzése vagy megakadályozása önmagában is igen fontos feladat, ugyanis időt nyer és ad a személyiségnek problémájának feldolgozásához, elfogadásához.

- A/ Tényleges öngyilkossági tematika és utalások
 - 1. Korábbi öngyilkossági kísérlet vagy utalások.
 - 2. Öngyilkosság előfordulása a családban vagy a környezetben (szuggesztív tényezők).
 - 3. Direkt vagy indirekt öngyilkossági fenyegetések.
 - 4. Konkrét képzetek közlése az öngyilkosság végrehajtási módjáról vagy előkészületi cselekvéseiről.

- 5. Korábbi öngyilkossági tematika és nyugtalanság utáni nyugalmi állapot („unheimliche Ruhe”).
- 6. Önmegsemmisítő, zuhanó vagy katasztrófaálmok.
- B/ Speciális szimptomák vagy szimptomaképek:
 - 1. szorongó, agitált magatartás.
 - 2. Hosszan tartó alvászavarok.
 - 3. Affektus - és agressziópangás.
 - 4. Depresszív fázisok vagy kevert állapotok (Mischzustände) kezdete vagy lezajlása.
 - 5. Biológiai kríziskorszakok (pubertás, klimaktérium stb.).
 - 6. Súlyos büntudat vagy elégtelenségi érzések.
 - 7. Gyógyíthatatlan betegségek vagy ilyen betegségek téveseszméi.
 - 8. Alkoholizmus és toxicománia.
- C/ Környezeti viszonyok:
 - 1. Rossz családi helyzet a gyermekkorban („broken home”).
 - 2. Emberi kapcsolatok hiánya vagy elvesztése (magányossá válás, gyökértelenedés, szerelmi csalódás, halálesetek stb.)
 - 3. Foglalkozási vagy pénzügyi nehézségek.
 - 4. Életcélok hiánya, feladatok hiánya.
 - 5. Teherbíró vállalási kötődés hiánya vagy megszűnése.

Az empátia segítségével elérhető felismerésekről igen sok leírás van a szakirodalomban, néha ezek a felismerések annyira pontosak, hogy szinte a telepátia gondolatát ébresztik, pedig az empátiában semmi misztikus nincs, az tulajdonképpen az emberben rendkívül fejlett és sokrétű, nem verbális kommunikáció egyfajta dekódolási módja.

Az öngyilkosság-veszélyesnek ítélt betegnek valamit adni kell. ez a valami többnyire szimbolikus dolog. Ez az ellátás első lépése. Adni kell fokozott törődést, érett és őszinte odafordulást, megbecsülést, megértést, néhány jó szóban, gesztusban biztatást, esetleg szeretet. Az öngyilkossággal küszködő ember számára ez nagy dolog, ez egy pillanatra kimozdíthatja beszűkültségéből, ebben megkapaszkodhat, erre kapcsolati készség kinyilvánításával válaszolhat.

Az öngyilkosság előtt álló emberrel szemben igen fontos az őszinte, szorongásmentes viselkedés. A bajbajutott ember - aki eleve ellenségesen és gyanakvóan hangolt - saját, felfokozott és az autodestrukció szolgálatába állított empátiája révén minden disszonáns elemet észrevesz, a szorongást

különösen észreveszi. A problémák emberi megbeszélése során felszabaduló indulatoknak és érzelmeknek katartikus szerepük lehet, oldhatják a beszűkülést, és a pszichés helyzetet holtpontjából kimozdíthatják. Az őszinteség, a kongruencia szabálya igen fontos, nem szabad adni a „sokat tapasztaltat” vagy a „szakembert”, nem kell törekedni a másik ember problémájának megoldására, sem tanácsban, sem egyéb módon, hiszen ez általában nem is lehetséges, ezt neki magának kell elvégeznie.

Minden öngyilkos kommunikációt komolyan kell venni, legyen az bármilyen valószínűtlen vagy bármennyire is ijesztgetés vagy lélektani zsarolás. Pszichológiai értelemben kell komolyan venni, vagyis minden eset fokozott odafordulást és megértő erőfeszítést igényel. Az öngyilkossággal fenyegetőző „hisztériás” is valamiért kényszerül ehhez az eszközhöz folyamodni, ezt az okot fel kell tárni, meg kell ismerni. A segélykérő embereknél különösen fontos, hogy őszintén és emberien foglalkozzunk velük, problémáikat és érzelmeiket, indulataikat ventillálni segítsünk, anélkül, hogy problémáiknak megoldására ígéretet tennénk. A kapcsolat hitelbázisán azután egyszerű tanácsok, útmutatások adhatók.

Minden törekvés azonban az öngyilkosság megelőző elhárítására a pszichológiai ellátás javulását és általában az egészségügyi ellátás kulturáltságát emelné. A szuicidium ezért is érdemel külön figyelmet, az emberi problémák olyan csomópontja, amelynek megmozdításával hatni lehet egy sereg más, fontos jelenségre.

Ha a veszélyeztetettség megállapítása nem csupán kutatási célokat szolgál, a kialakuló minősítéseknek nagyon komoly következményei vannak, intézkedések születnek a nyomukban, kezeléseket állítanak be, az érintettek rendszerint a pszichiátriai betegség stigmáját kapják meg. Ha a kezelések pszichoterápiából állnak, vagyis a veszélyeztetettség megállapítása elsődleges emberbaráti-segítő beavatkozással és nem orvosi akcióval kapcsolódik össze, akkor a gyakorlati kategóriák még tágabbá válnak és tudatosan nem csak a szorosabb értelemben vett szuicidális megnyilvánulásokat vonják be. Ilyen kategória pl. a krízis fogalma, amely a pszichoterápiás és emberbaráti gyors, elsősegélyszerű beavatkozások döntéseiben szükséges, de kissé ilyen a „cry for help” illetve a szuicidális kommunikáció fogalma is, amely egyszerűen azt jelenti, hogy minden olyan közlést komolyan kell venni és pszichológiai beavatkozás indikációjának kell tekinteni, amely öngyilkossági gondolatokra, szándékra utal.

A legtágabb kategória, amelyet a szuicidológusok használnak - elsősorban a telefonos szolgálatok

operátorainak felkészítésében illetve a potenciális öngyilkosokkal szabályszerűen érintkező szakemberek vagy foglalkozások (pl. orvosok, rendőrök, stb.) érzékenyítésében - az, hogy a másik emberre való ráhangolódás alapján mintegy rá lehet érezni a preszeuicidális állapotra.

Az öngyilkosság oka, magyarázata a civilizált ókortól kezdve izgatta az emberi elmét. Az ókori szerzők tehát természetesnek vették, ha valaki inkább megölte magát, nehogy áruló legyen vagy hogy a rá váró kintól, megszegyenüléstől, esetleg a mások által ráért haláltól megmeneküljön.

Ám az ókorban fel kellett figyelni a gondolkodó embereknek arra is, hogy sokan vetnek véget életüknek úgy, hogy erre nincs érthető okuk. Az élet a legfőbb értékek egyike, eldobása tehát - ok nélkül - csakis kóros lehet.

Nagyjából így alakult ki az első kérdésfeltevés, amely az öngyilkosság és a pszichiátria viszonyára utalt. A 17. század végétől és a 18. századtól kezdve azonban a természettudományok fejlődésnek indultak, tárgyuk lett az ember is, és lassanként újra kialakult a lélek betegségeinek tanulmányozása. Felfigyeltek ugyanis arra, hogy az öngyilkosság gyakran zavart viselkedés vagy nagyfokú levertség, melankólia után következik be. Mind több orvos kezdte ezért azt a nézetet vallani, hogy betegség, elmebeteg állapot az, ha valaki megöli magát. Számos öngyilkosságban azonban a zavartság jeleit nem lehetett kimutatni, az önkezü halál pillanatáig az illető ember betöltötte társadalmi funkcióit és teljesítette különféle kötelességeit. Nem volt tehát ok arra, hogy betegnek nyilvánítsák, csupán azért, mert egyszer csak öngyilkos lett.

Esquirol alakította ki a „pillanatnyi elmezavar” koncepcióját abból kiindulva, hogy az élet elvetése csakis kóros lehet.

Az a koncepció azután rendkívül hatásosnak és tartósnak bizonyult, hosszú időre az öngyilkosság uralkodó magyarázatává vált. Az öngyilkosság az érdeklődés előterében maradt, és már századunk húszas éveiben megjelentek bibliográfiák.

Az öngyilkosság azonban mindig eleven és fontos téma maradt a pszichiátria és a lélektan szakirodalmában, annál is inkább, mert gyakorisága világszerte növekedett, és élő társadalmi problémaként is értelmezést, sőt megoldást sürgetett.

A pszichiátriai vetületek leginkább úgy érzékelhetők, ha néhány kérdésfelvetésben próbáljuk megfogalmazni őket. Ilyen kérdés pl. az, hogy

- a/ tényleg kapcsolatban áll-e az öngyilkosság az elmebetegségekkel,

- b/ milyen pszichopatológiai folyamatok eredménye az öngyilkosság, illetve
- c/ milyenek az öngyilkosság pszichológiai tényezői.

Az első kérdést több alternatív formában is fel lehet tenni. Lehet pl. úgy kérdezni, hogy valóban elmebeteg-e minden öngyilkos. Mai tudásunk alapján erre egyértelműen nemmel kell felelnünk. Bármilyen tág értelemben is határozzuk meg az elmebetegség fogalmát, az öngyilkosok jelentős része nem kerülhet bele.

A pszichiátriai kórképek közé sorolják a neurózisokat és a pszichopátiákat is, számos elmélet ezekkel is törvényszerű összefüggésbe állítja az öngyilkosságot. Az ilyen zavarok nagyon gyakoriak a lakosságban, van olyan felmérés, amelyek szerint a lakosság 70-80%-a neurotikus, mások szerint ez túlzott arány, ám a legmértékertartóbb becslések is a lakosság ötödét-negyedét neurotikusnak tartják. Valószínű tehát, hogy az öngyilkosok között is kb. olyan arányú a neurózis előfordulása, mint az átlagnépességben. Az esetek többségét csak azért minősítik valamilyen pszichopatológiai kategóriával, mert az öngyilkossági cselekmény megtörtént.

A bolgár szakemberek ezzel valami nagyon fontosat fogalmaztak meg, azt, hogy az elmebetegség vagy egyáltalán valamilyen pszichiátriai jelenség feltételezése legtöbbször abból az előfeltevésből származik, hogy az öngyilkosság nem lehet normális, és abból az megítélési gyakorlatból, hogy az egyes öngyilkosságokat mintegy messziről nézik, klisészerű szempontok alapján közelítik meg.

Az első kérdésfeltevésünk (a) megfordított fogalmazása már sokkal helyénvalóbb. Azt tehát, hogy elmebeteg-e minden öngyilkos, elvethetjük, tudományos probléma viszont, ha azt kérdezzük: gyakoribb-e az elmebetegségekben vagy általában a pszichiátriai kórképekben az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet, és ha igen, mely kórállapotok veszélyeztetettek leginkább az öngyilkosság szempontjából?

A sok ellentmondásos megfigyelés, vizsgálati adat azt valószínűsíti, hogy az idült pszichiátriai betegségben szenvedők valóban veszélyeztetettebbek az öngyilkosság szempontjából, mint a velük összehasonlítható átlagnépesség. Különösen kifejezett a veszélyeztetettség a depresszióban és a skizofréniában, de a krónikus neurózis is növeli az öngyilkossági cselekmény valószínűségét és különösen kockázatos a szuicidium szempontjából a krónikus alkoholizmus és kábítószer-függőség.

A második kérdésfeltevést (b), az öngyilkossághoz vezető pszichopatológiai folyamat természetére vonatkozót a kutatások elég jól kiderítették. Úgy tűnik, körvonalaiiban tisztázódott, hogy az öngyilkosságban közös mozzanatok játszanak szerepet, és ezek közös folyamatba torkollnak, függetlenül az eredettől és az okoktól, és ebben a közös folyamatban sokkal kisebb a változékonyság, mint az oki konstellációkban. A folyamat lényegét az osztrák *Ringel* írta le legteljesebben a preszuicidális szindróma koncepciójában (1969). Eszerint öngyilkosságveszély akkor lép fel, ha a személyiségben dinamikus beszűkülés következik be, az agressziókifejezés gátolt lesz, és az agresszió a saját én ellen irányul, és ha az előbbi két körülmény hatására a fantáziát mindinkább az öngyilkossági gondolatok töltik meg.

A legfontosabbnak a beszűkülés látszik, lennek során az érdeklődés csökken a külvilág dolgai iránt, a felfogóképeség egyirányú és beszűkült lesz, az érzelmek is sablonos, szűk sémákban rendeződnek, a személyiség fokozatosan feladja értékeit és emberi kapcsolatait. A beszűkülés következtében az agresszió is elszakad a szokványos tárgyaitól és inkább a saját én felé fordul. A tudatban mindinkább kidolgozza, kiszínezi. Az öngyilkossági fantáziák azután részben utat nyitnak az agresszió számára (ekkor történik meg valójában az agresszió befelé fordulása a korábbi pangó, felgyülemlett állapotból), részben pedig tetézik a beszűkülést, ugyanis egy idő után már semmi sem érdekes, csak az öngyilkossági terv.

Preszuicidális szindróma mindenféle személyiségállapot talaján kialakulhat. Létrejöhét az érhetőnek tűnő öngyilkosság eseteiben, mint reakció az élethelyzetre, amely a halál felé terel, de létrejöhét betegségekben is. A nagy fájdalommal küzdő, életét féltő idült beteg könnyen kerül ebbe a szindrómába. A depresszió eleve beszűkülést okoz, akárcsak az alkoholizmus és a kábítószer-élvezet (mert mindkettő az örömháztartás sajátos beszűkült, rövidzárlatos formája). A tüneteivel és önértékelési veszteségeivel bajlódó krónikus skizofrén ugyancsak könnyen csúszhat bele a preszuicidális szindrómába. Minden olyan állapotban, melyben e szindróma kifejlődhet, szinte törvényszerűen gátolt a természetes agresszióvezetődés, legfeljebb alkalmatlan, tüneti jellegű indulatkitörésekben jelentkezhet. Nincs más tárgy tehát az agresszív indulat számára, csak a saját személy.

A *Ringel* -féle leírásához még az tartozik hozzá, hogy az öngyilkosság előtti állapotban szinte törvényszerű az emberi kapcsolatok meglazulása, felbomlása, esetleg az izoláció, a magáramaradás. Érzelmetlen emberi kapcsolatban szinte lehetetlen úgy beszűkülni és annyira a fantáziavilágba merülni, hogy öngyilkosság következzen be. Feltétel tehát,

hogy az emberi kapcsolatok elhalványuljanak, elszegényedjenek. Sajnos, ennek az életben elég nagy a valószínűsége, gyakran olyankor is, amikor családi vagy egyéb formális kapcsolatok miatt valaki látszólag nincs egyedül. Igen könnyen magára maradhat az ember, különösen akkor, ha nem képes a kölcsönösségre, ha gyermekes lelkiállapotba kerül, és főleg kapni szeretne az emberi relációkban, ha terhére van a másinak, vagy ha túlzott érzékenység fejlődik ki benne. Ez pedig a krónikus betegségekben könnyen alakul így, a súlyos beteg előbb-utóbb terhére válik szeretteinek, rendszerint nem is a betegséggel járó ápolási feladatok, hanem a fokozott érzékenység és konfliktuskészség miatt. Könnyen jön ez létre idős korban is. Ha pedig valaki egy nagy, szenvedélyes érzelmi kapcsolatra, vagy vérségi kötelékre szűkül be, ennek él, és ezt elveszíti, automatikusan adódik a magámaradás lehetősége. A szenvedély ilyenkor könnyen transzformálódik agresszív töltetté és válik az öngyilkossági motiváció erősítőjévé.

A preszuicidális szindrómához vezető lelkiállapotok és betegségek tehát a pszichikus magámaradás tényezőjén át érvényesülhetnek, ekkor képes a pozitív visszacsatolás mechanizmusán át a belső indulati kavargás öngyilkossági cselekmény kiváltására. Ami az öngyilkosság előtt álló emberben zajlik, az általában nem tekinthető normál lélektani állapotoknak, az pszichopatológiai folyamat, amelyben a valóságelv felfüggesztődik (eltekintve az öngyilkosság végrehajtásához szükséges valóságkontaktustól).

Igen fontos körülmény, hogy az öngyilkosság legfőbb célmozanata a menekülés az elviselhetetlennek, reménytelennek tűnő állapotból, élethelyzetből. Az öngyilkossági cselekménynek tehát szerves része egy sötétre festett, reményfosztott kép a jövőről. A menekülésben nem az élet értékének a megtagadása a lényeg, hanem az, hogy ez a legfőbb érték bizonyosan elvesz, meggarthatatlan, az ember vegye tehát a saját kezébe a sorsát, és rövidítse meg szenvedéseit. Ebből is következik, hogy az öngyilkossági motivációk szinte soha sem egyértelműek, hanem ellentmondásokkal terheseek, szaknyelven: ambivalensek. Mindig jelen van azért a remény, hogy a kilátástalan élethelyzet mégiscsak jobbra fordul, és mégiscsak van esély arra, hogy az életet a személyiség igényeinek megfelelő szinten folytatni lehet.

Ezt mutatja az a tapasztalati tény, hogy csaknem minden öngyilkos tesz egy utolsó, kétségbeesett kísérletet arra, hogy az őt halálba kergető problémát rendezze, és hogy főbb emberi kapcsolatai közül valakit mozgósítson a segítségére.

Ez úgy zajlik le, hogy az öngyilkosságra készülő ember valakit rendszerint értesít szándékáról, és közlésében az a vágy rejlik, hogy az illető próbálja őt visszatartani, próbálja megmenteni a végzetes lépéstől. Többnyire az a személy kap az öngyilkosságra készülő embertől ilyenfajta információt, aki a legfontosabb kapcsolat partnere, gyakran az, akinek eltávolodása vagy sértő viselkedése éppen az öngyilkosság aktuális oka. Sokszor előfordul azonban, hogy az öngyilkossági szándékot éppen a kéznél levő, a legkönnyebben elérhető, és a várhatóan leginkább segítően reagáló személy számára jelzik.

Az öngyilkossági terv, elhatározás közlése néha nyílt, egyértelmű (pl. félreérthetetlen bejelentés vagy fenyegetés formájában történik), néha viszont rejtjeles, nem könnyen megfejthető, gyakran utólag derül csak ki, hogy a néhány mondatos párbeszédben valamiféle segélykérés rejtőzött. Ha az öngyilkosságra készülő embert környezete már kiveti, eltaszítja, igen valószínű, hogy az öngyilkossági jelzést sem fogja fel vagy pedig nem veszi komolyan. A megfigyelések szerint a szándék közlését legtöbbször elhárítják, és ez az öngyilkossági cselekmény közvetlen kiváltó mechanizmusa. A személyiség végképp magámaradtnak érzi magát, szinte istenítéletszerűen fogja fel az elutasítást, megerősítést lát benne, hogy a halál az egyetlen megoldás. Az öngyilkossági cselekményt megelőző gyermekes - regresszív - lelkiállapot különösen alkalmas arra, hogy szélsőséges következtetésekhez vezessen.

Az öngyilkossági szándék közlése és az abban rejlő segítség iránti vágy a szakirodalomban a „segélykérési” szindróma - „cry for help” szindróma - elnevezést kapta. Ez a jelenség többnyire a preszuicidális szindróma talaján következik be, annak mintegy sajátos megoldási kísérlete. Gyakori jelenség, hogy az öngyilkosság felé haladó lelkiállapot kedvezően, életigenlő módon változik annak hatására, hogy a fontos kapcsolati partner segítően, támogatóan reagál, hajlandó a konfliktus rendezésére vagy változtat az együttélés addigi szokásain. A „cry for help” szindróma tehát sajátos utolsó fázis az öngyilkossághoz vezető pszichopatológiai folyamatban, amelyből még van visszatérés, van kiút (Shneidman, Farberow, Litman 1970, Shneidman 1973, Farberow, Shneidman 1961 stb.)

A segélykérés jelensége jól mutatja a személyiség belső ellentmondásosságát, ambivalenciáját, és érthetővé teszi azt a körülményt, hogy az öngyilkossági cselekményből véletlenül életben maradt ember miért juthat viszonylag hamar túl szuicidális kríziséen, miért hagy fel korábbi

szándékával, miközben esetleg még rosszabb helyzetbe került, mint korábban volt (pl. az öngyilkossági kísérlet miatti egészségkárosodás következtében). Mutatja tehát, hogy az öngyilkos megnyilvánulásokban is az élet értéke a legfőbb, és mutatja, hogy az öngyilkosságot közvetlenül megelőző állapot patológiás, nem fejezi ki a személyiség olyan érdekeit, amelyeket folyamatosságában képvisel, vagyis amelyek az öngyilkossági cselekmény után is érvényesek maradnak számára.

A pszichológiai krízisállapot minden ember lehetséges lelki reakciója; ilyen állapotban negatív érzelmek, feldolgozatlan indulatok kavarnak, a személyiség szükségszerűen beszűkül, közelít a preszuicidális szindróma állapotához. A krízisben könnyen átvált a személyiség olyan belső szabályozási státusba, amely felfüggeszti vagy nagyon megnehezíti az én uralmát a különféle késztetések felett. Létrejöhét a regresszió, olyan folyamatok indulhatnak meg, amelyek már nem állnak a bajban levő ember kontrollja alatt. A krízis kimenetelét, és különösen öngyilkosságveszélyes voltát azután egy sor körülmény befolyásolja, így pl. az emberi kapcsolatok rendszere, az én szabályozási ereje és frusztrációtűrése (ebben a gyermekkori szocializáció faktora rejlik), a személyiségre ható öngyilkossági modellek, továbbá az öngyilkossággal kapcsolatos kognitív megítélését határozzák meg, és amelyektől függ maga a krízisállapot érzelmi vihara is, részben pedig amelyek az öngyilkossági cselekmény körülményeit alakítják ki.

Az öngyilkosság valószínűsége krízishelyzetben a reménytelenség kognitív állapotának mértékétől függ, vagyis attól, hogy mennyire kiúttalannak, véglegesnek, megváltoztathatatlanok fogja fel valaki kellemetlen helyzetét. A kellemetlenség mértéke csak másodlagos.

Az öngyilkosság (annak bármely változata) sajátos folyamat, amelyben a személyiség egésze részt vesz, amely normállélektani tényezőkből szövődik össze, ám amelynek vannak pszichopatológiailag is értelmezhető szakaszai. A pszichiátriai betegségek ugyancsak a személyiség egész fejlődési folyamatát involváló jelenségek, érthető, hogy ezek az öngyilkossághoz vezető folyamattal sajátos kapcsolatba léphetnek. Ilyen esetekben a krízis gyorsabb kialakulású vagy mélyültebb lehet, az értelemek szabályozása nehezebb, a kognitív helyzetkép torzultabb, és az öngyilkosság okainak empátiás rekonstrukciója a vizsgáló számára nehezebb, mert több a bizzar preconcepció, előfeltevés, vagy több a sajátos beállítódás. Minden esetet egyedileg kell vizsgálni egész folyamatában,

és rendszerint ezt mulasztják el a pszichiátriai kórképre hivatkozva.

Számos olyan kutatást ismerünk, hogy a pszichiátriai betegek öngyilkosságában is ugyanazok az alkotóelemek fedezhetők fel, és az öngyilkossági cselekmény időzítése, módja, jellege egyáltalán nem véletlen (pl. Resnik 1968).

Azt kell elsődlegesnek tekinteni, hogy a pszichiátria gyógyító, segítő diszciplína és társadalmi gyakorlat. Nem a betegségtan tehát az elsődleges fontosságú, hanem az, hogyan lehet enyhíteni a szenvedésen, hogyan lehet megmenteni a pszichés zavarok miatt fenyegetett életet. Ebből az aspektusból a pszichiátriának sokkal szélesebb jelenségkört kell felölelnie és befolyása alá vonnia, mint a tankönyvileg nyilvántartott elmebetegségek körét. Ha sikerül a személyiség fejlődési zavarait gyógyítani, a kríziseket megoldani, az öngyilkossági cselekményt feltételeiben megakadályozni, akkor a pszichiátria betölti azt a feladatát az öngyilkosság szempontjából, amelyet a társadalom vár tőle.

Az öngyilkossággal kapcsolatos legfontosabb felismerés az, hogy az önmagát elpusztító ember nem meghalni akar, hanem túrheteretlen és reménytelen élethelyzetből akar szabadulni. A halál csupán ennek a megszabadulásnak végső eszköze. A legtöbb öngyilkos tulajdonképpen küzd a halál ellen, szeretné úgy megoldani a dolgot, hogy ne kelljen meghalnia.

Minden öngyilkosságban benne van valamilyen konfliktus és meghiúsulás, mindegyikben negatív az önértékelés, jelen van a reménytelenség érzése, reménytelen betegség, az időskori gyengülés, a megalázás, magára hagyás, sérelem, stb. a közvetlen megelőző lelkiállapot. Ez azonban csupán részmagyarázat az öngyilkosságra. Az öngyilkosság gyakorisági viszonyaiban kétségtelenül szerepet játszik a társadalmi stresszek, meghiúsulások, konfliktusok gyakorisága, valamint az önértékelés sérülékenysége.

Durkheim leírta, hogy a magányosság minden formája veszélyeztető tényező az öngyilkosságban, az egyedül élők, özvegyek, elváltak, közösségen kívülállók között gyakori az öngyilkosság, gyakoribb, mint a velük összehasonlítható átlagnépességben. Bizonyos életkorokban és élethelyzetekben az én sérülékenyebb és ilyenkor nagyobb szüksége van a külső megerősítésre, veszélyeztetettek az alkoholisták, az idült drogbetegek, a deviánsok, a bűnözők.

Magyarországon az öngyilkosságok legnagyobb hányadát az időskori öngyilkosságok teszik ki, a szakemberek mondják, az időskori öngyilkosságok

országunk. A magyar kommunikációs kultúra az idős emberek körül különösen szegényes, az idős embert magára hagyják és ha nem is bánnak vele rosszul, rendszerint érzi, hogy gyerekeinek, rokonságának már terhére van. Ez az érzés általában egyik kiváltó körülmény az idős férfiak gyakori önakasztásos halálkozásában. Tehát a legfontosabb tényező az öngyilkossági minta. Régóta ismert, hogy a családban történt öngyilkosság növeli az öngyilkossági halálkozás valószínűségét a családban. Különösen szülők öngyilkossága „öröklődik” így át gyakran a gyerekekre.

Ismeretes, hogy vannak öngyilkossági járványok, amikor ugyanolyan módszerrel hasonló élethelyzetben lévők pusztítják el magukat. József Attilát nagyon sokan utánozták a szárszói vasútállomáson, Latinovits Zoltán a leghíresebb követő, de valóságos járványt indított el Marilyn Monroe, vagy Domján Edit halál a fiatalságukon már túljutott nők között, vagy a szépségkirálynő tragikus öngyilkossága néhány évvel ezelőtt a fiatal, meg nem értett lányok körében.

A magyar kultúrában az öngyilkosság, mint pozitív minta, mint problémák „megoldóképlete” nagyon erősen van jelen. Ez következik a nagy öngyilkossági gyakoriságból is, ilyen gyakoriság mellett nagyon sok ember tapasztalt öngyilkosságot, még többet hallott róla beszélni. A hivatalos kultúra is teli van öngyilkossággal, Széchenyi, a Telekiek, József Attila éppúgy számottevő e szempontból, mint a biztos halálba „kirohanó” Zrínyi, vagy Dugovics Titusz. Igen valószínű, hogy ez a momentum a specifikum a magyar öngyilkosságban, ezért vagyunk - „halottak élén”.

Az öngyilkosság okai már jelzik a megelőzés és a kezelés módjait. Az öngyilkosság ellen hat, ha az öngyilkosság kutatása fejlett, ha a szakemberek ismeretszintje megfelelő, ha a segítő foglalkozásúak és az öngyilkosság miatt veszélyeztetettekkel érintkezők érzékenyek az öngyilkossági készítés felismerésére. Az öngyilkossági kísérleten átesetteket, vagy öngyilkosok túlélőit hozzátartozóit speciálisan kezelni és gondozni kell, meg kell próbálni feldolgozni, megszüntetni bennük a közvetlen szuicidális mintahatást.

Lényeges, hogy a közvéleményre is hatni kell, mai ismereteink szerint célszerű a tömegkommunikáció valamiféle öncenzúrája, az öngyilkossági mintát erősítik az öngyilkossági esetek szenzációs tárlásával. Az öngyilkosságról beszélni kell, a rá vonatkozó ismereteknek el kellene terjedni a köztudatban, különösen az öngyilkossági lelkiállapot felismerését és a lelki segítség módjait illetően.

Társadalmi méretekben az öngyilkosság ellen hat az elmebeteg és depressziósok megfelelő kezelése és gondozása, az idősgondozás, a magányos, idős emberek szociálpolitikai ellátása, az alkoholizmus és a drogabúzus elleni harc, a krónikus szenvedélybeteg megfelelő rehabilitációja. Általában az öngyilkosság valószínűségét csökkenti, ha a család és a rokonsági rendszer erősödik.

A humanisztikus pszichológia alkalmazása a Lelkiségegy Telefonszolgálatok munkájában

A Lelkiségegy Telefonszolgálatok kialakulásának előzményét két külön szálon találjuk meg.

Az első kezdeményezés Harry Warren baptista lelkész nevéhez fűződik. 1885-ben, egy New-York-i szállodában este az egyik vendég kérésére nem tudtak egy lelkészt felkutatni, pedig jelezte, hogy sürgősen beszélni szeretne valakivel. Másnap reggel Warren hiába állt szolgálatára, már késő volt, - a hölgy öngyilkos lett.

Ennek az élménynek a hatására alapította meg az első telefonszolgálatot, és lelkigondozást a világon. A másik "úttörő" kezdeményező is lelkész volt: Chad Varah anglikán lelkész 1953-ban, Angliában úgy érezte, hogy a társadalmi erőfeszítések ellenére továbbra sem történnek jelentős változások az öngyilkossági mortalitás szempontjából.

Úgy gondolta, hogy ami a vallási és világi szervezeteknek nem mindig sikerül, azt talán egy közvetlenebb hangú, megértő szándék utolsó esélyként meg tudja adni. A telefonos lehetőség mellett, mint Szamaritánus szervezet már szélesítették a tevékenységi körüket. A különböző élethelyzetekben adódó lélektani problémák megoldására is egyre nagyobb figyelmet fordítottak, természetesen összehangolva a szuicid prevenciók munkával.

A Szamaritánus telefonszolgálatnál már körvonalazódott az a hármas feladatkör, ami a mai Lelkiségegy Telefonszolgálatok munkáját is meghatározza:

- szuicid prevenció,
- krízisintervenció,
- mentálhigiéné.

Már ekkor, úgy, mint napjainkban ezt a munkát önkéntes segítők egyesülései hozták létre.

Ez a kezdeményezés arra ösztönözte az európai kontinensen és más földrészeken is a szakembereket, hogy egyre több Lelkiségegy Telefonszolgálatot indítsanak be.

Már 1960-ban, Genfben tartottak első ízben kongresszust az európai Lelkiségegy Telefonszolgálatoknak.

1964-ben, Oxfordban a III. Kongresszus alkalmával megalapították IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Service) néven a nemzetközi szövetségüket. A Szövetség léte azért fontos számunkra, mert ennek a speciális segítőmunkának az alapelveit, módszertanát és célkitűzéseit pontosan meghatározták.

A gyakorlati munkát számos elméleti tanulmány és kutatás erősítette meg, főleg a krízis és a szuicidium tárgyköréből.

A krízis meghatározói, elemzői tették lehetővé, hogy felismerjük ezt az állapotot.

Lindeman (1942. USA) megállapítása, hogy a krízisben lévő ember a problémáját sem megoldani nem tudja, sem elmenekülni tőle nem tud.

Erickson rámutat, hogy a krízis az emberi létezés "tartozéka", átmeneti állapot, mikor szükséges újrászabályozni az intrapszichés és interperszonális működést, hogy a hibás pontok felszínre kerüljenek.

Jacobson szerint a krízisben a fenyegetettség, a szorongás, a félelem súlya azért elviselhetetlen, mert megkérdőjeleződik az addigi értékrend, elképzelés, cél, s ilyenkor a veszteség, a legyőzetés lehetősége megtorpanást okoz. Ekkor a döntés kényszere is nyugtalanítólag hat az emberre.

Andriessen arra keresett választ, hogy miért érezheti megoldhatatlannak a konfliktusát a krízist átélő, illetve még a krízis előtt milyen módon ütközött össze személyiségében a céljai és a valóság, a vágyai és a realitás.

Caplan 1964-ben leírja a krízis folyamatát és meghatározza a lélektani krízis kialakulásának legfontosabb jegyeit.

Farberow a krízisintervenció lehetőségeivel foglalkozott, ami szintén beépült a gyakorlati alkalmazásba.

A szuicidium szakirodalma is jelentős. Émile Durkheim 1897-es tanulmánya óta nagyon sok kutatás történt.

A Lelkiségegy Telefonszolgálatok munkájában meghatározó szerepe van többek között Ringel 1949-es preszuicidális szindróma leírásának, mely az öngyilkosság előtti állapotot jellegzetes és szabályszerűen jelentkező "öngyilkosság-triász"-ként határozta meg (beszűkülés, gátoltságában maga ellen forduló agresszió és a fantáziavilágba menekülés).

Kielholz veszélyeztetettségi skálája felsorolja, hogy milyen ismérvei, viszonyai, szimptomái vannak az öngyilkosságba menekülőknél.

Schneidmann az öngyilkosságok tíz alapvető közös vonására figyelt fel.

Egy gyakorlati munkában, ahol az interperszonális kapcsolat a meghatározó, nagyon fontos az az attitűd és módszer, ami ezt a folyamatot működteti. Különösen lényeges ez egy segítőmunkánál, ahol a

segítő és a segített interakciójától várunk eredményt, pszichológiai hatást. Megfelelő attitűd és jól megválasztott módszer nélkül a diszciplínák gyakorlatban nem alkalmazhatók. Nem elhanyagolható az sem, hogy az attitűdnek és a módszernek determináns szerepe van a munkában, ami adekvát esetben a segítő projekciójában kifejezésre jut.

Ha ezeknek a megállapításoknak a gyakorlati jelentőségét el tudjuk fogadni, akkor érthetjük meg igazán, hogy miért lehet nagy hatású Carl Rogers személyközpontú irányzata, a humanisztikus pszichológia klienscentrikus felfogása.

Minden pszichológia humanista, mivel az ember a tárgya és az emberi jólét fejlődése érdekében működik, de nem minden pszichológiai irányzat humanisztikus (Honti, 1989.).

A humanisztikus pszichológia feladatának vehetjük az emberi élet, a lelki jólét minőségének fejlesztését, az emberi kapcsolatok nyílttá, egyértelművé tételét és ezen kapcsolatok fejlesztését. Ebből adódik, hogy a humanisztikus pszichológia nem a lelki gyógyítás orvosi modelljét követi, hanem az emberi kommunikáció és az ezekből származó kölcsönhatások rendszereinek a gyakorlati, hasznosítás szempontú tudománya.

A humanisztikus pszichológia egyrészt a pszichoanalitikus pszichoterápia gyakorlatának és elméletének a bírálatából fejlődött ki, másrészt annak a felismerésnek révén, hogy az emberi problémák betegségeként való kezelése éppen a problémák és a problémás személy szempontjából nem előnyös. Ennek több oka is lehet, például a társadalmi és környezeti megbélyegzés, közösségi kirekesztés esetlegesen a probléma állandósulásához és mélyüléséhez is vezethet.

Fontos még, hogy mindaz a kezelés, ami nem hat, az is beépülhet és része lehet a probléma újratermelési folyamatának.

A humanisztikus irányzat legfontosabb jegyei a következők:

- nem tekinti az emberi problémákat "betegségnek";
- a terapeuta nem gyógyít, hanem segít, szolgáltatást nyújt;
- nem az elméletet részesíti előnyben, hanem a fejlesztő hatású találkozásokat, beszélgetéseket;
- a fejlődés minden ember veleszületett sajátja;
- a fejlődést kell segíteni azáltal, hogy elhárítja előle az akadályokat;
- a fejlődés legfontosabb akadálya a jelennek a valósággal való kontaktus lazulása;
- a kontaktus-lazulás feloldásának a legfontosabb feltétele a nyílt, bizalmon alapuló emberi viszony;
- a fejlődés maga az ember mélyebb potenciáinak megvalósítása irányába vezet. (Honti, 1989)

A humanisztikus szemlélet a hangsúlyt a fejlesztő szolgáltatásra teszi, így paradox módon önmaga feleslegessé tevésére törekszik. Carl Rogers már a harmincas-egyvenes években kidolgozta gyakorlati módszerét, ami aztán az ötvenes években a pszichoterápiában a pszichoanalízis és a behaviorizmus mellett - harmadik főáramaként - humanisztikus pszichológiaként bontakozott ki. Rogers és köre a nyitottságot hangsúlyozta, nem volt célja, hogy az irányzat bekerüljön a medicinába és ezáltal "hatalmat" gyakoroljon. Nem tekintették irányzatukat "omnipotensnek", nem féltették más módszerektől, nem őrizték határait, mégis szemléletmóddá, társadalmi mozgalommá, sőt, életfilozófiává is vált amelllett, hogy alapvetően problémakezelő technikát dolgoztak ki. Rogers eszmerendszeréből következik, hogy nem akart iskolát teremteni, mégis sokféle tudományos folyamatot termékenyített meg.

Jelentősége abban is megnyilvánul, hogy a humanisztikus irányzat flexibilis kiképzési rendszer létrehozását engedte meg, amely kiképzés segítségével nemcsak orvosok és pszichológusok válhattak segítővé vagy terapeutává, hanem szociális gondozók (szociális munkások), ápolónők, vagy akár laikusok is, így pl. akik a lelkiségély telefonszolgálatokban dolgoznak (Buda).

Rogersi alapelvekként ismerjük és használják a telefonszolgálatoknál ma is azt a koncepciót, amit a pszichoterápia négy viselkedési alapfeltételeként írt le:

- nondirektivitás, ami azt jelenti, hogy a segítő teljesen a kliens belső világára figyel, azt helyezi középpontba, és attól idegen elemeket nem visz bele a beszélgetésükbe. Így tehát tartózkodik a kérdezgetésektől, utasításoktól, tanácsadástól.
- feltétel nélküli elfogadás alatt azt értjük, hogy a klienst, mint embert fenntartások nélkül, szuverenitását tiszteletben tartva fogadja el a segítő.
- kongruencia elve a segítőnél elvárja a teljes őszinteséget, tehát minden kommunikációs megnyilvánulásának összhangban kell lennie azzal, amit mond. Ha a közlés ellentmondásmentes, ha segítő adekvátan nyilvánul meg, akkor ez hitelessé válik a kliensnek.
- empátia lényege a megengedő-elfogadó, semminek ellen nem feszülő, autentikus én-állapot. Ennek a hatása kölcsönös (segítő és kliens között), s ez hozza a fejlődést.

Az empátia explicitté tétele hatalmas fejlődést indított el. Rávezette a szakembereket arra, hogy a figyelő, megértő, elfogadó emberrel való "találkozás" katalitikus hatású, a belső erők, az integratív erők felszabadítója lehet.

A krízis kommunikációja mindig együtt jár a kommunikáció krízisével is (Balikó). Az empátia az a megközelítés, ami ezen oldani képes.

A humanisztikus irányzatot terápiás módszerként és képzési modellként is hatékonyan alkalmazzák a Lelkisegély Telefonszolgálatok.

A Hívókkal kialakított kapcsolatban, mind szuicid prevenció, mind krízisintervenció helyzetekben hatásosnak bizonyultak.

Buda Béla szerint a személyközpontú megközelítéssel a problémás emberek, kliensek túlnyomó többségének hatékonyan lehet segíteni, ha nem is mindig sikerül mélyrehatóan megváltoztatni őket, de olyan segítő hatást lehet gyakorolni, ami nem iatrogén jellegű, nem szövődményes, és amihez más segítő hatás csatlakozni tud.

Ebből is következik, hogy a Lelkisegély Telefonszolgálatok munkája, mint a prevenció ellátórendszer primer szegmense alkalmas erre a feladatra.

Több magyar szakember gondolja úgy, hogy a humanisztikus pszichológia magyarországi elterjedése emeli leginkább az általános pszichológiai kultúra színvonalát, az emberek önmagukkal, életmódjukkal szembeni igényének az emelkedését, hogy természetessé váljon személyiségünk tudatos építése, valamint az emberi viszonyok és a kommunikáció készségének a fejlődése, és nem utolsósorban a változtatás igénye a rossz mentálhigiénés kondíciókon.

Lelkisegély Telefonszolgálatok 1970 óta működnek Magyarországon. Ma már közel 40 Szolgálat folytat ilyen tevékenységet hazánkban. A Szolgálatoknál dolgozó szakemberek és laikusok reménye az, hogy munkájukkal, - a bajbajutottak segítése mellett - hozzájárulnak ehhez a folyamathoz is.

Debrecen, 1997. november 6.

Rénes László

Felhasznált irodalom:

Balikó Márta: *Tele/psziho/fo*n (Magyar Pszichiátriai Társaság, Animula, Bp. 1990)

Buda Béla: *Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át I-II.* IN: *Magyar Pszichológiai Szemle, 1976. I-II.*

Buda Béla: *Az empátia - a beleélés lélektana (Ego-School, Bp. 1992)*

Buda Béla: *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei (Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Bp. 1988)*

Buda Béla dr.: *Mentálhigiéné - Tanulmánykötet (Animula, Bp. 1994)*

Buda Béla dr.: *Mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (TÁMASZ, Bp. 1995)*

Buda Béla dr.: *Az öngyilkosság (Animula, Bp. 1997)*

Buza Domonkos: *A budapesti Lelki Elsősegély Telefonszolgálat adatfelvételi rendszerének vizsgálata.* IN: *Végeken, 1992. I*

Dr. Hegedüs Imre: *A budapesti Éjjel-nappali Lelki Elsősegély Telefonszolgálat (ÉLET) - a mentálhigiéné új formája.* IN: *Egészségügyi Felvilágosítás, 15. 1974.*

Humanisztikus pszichológia (Szerkesztette: Fodor Katalin; Országos Közművelődési Központ, Módszertani Intézet, Bp. 1989)

Kéző Balázs: *A telefon: eszköz és módszer* IN: *Magyar Pszichológiai Szemle, 1976. VI.*

Rogers, Carl: *Ilyen vagyok (This is Me) (OKK, Módszertani Intézet, Bp. 1989)*

Vannesse, Alfred: *Hallgatástól a meghallgatásig (LESZ; Animula, Bp. 1993)*

Dr. Kálmánchey Albert: *Krízisintervencióról szóló előadások vázlatai (kézirat, Db. 1995-1997)*

PSZICHÉS HATÁS ÉS PSZICHOTERÁPIA TELEFONON ÁT

(A telefonos lelki elsősegély nyújtás pszichológiai problémái)

BUDA BÉLA

Országos Ideg- és Elmegyógyintézet²¹⁴

A tanulmány a lelki elsősegélynyújtó és krízismegoldó telefonszolgálatok pszichológiai problémáit tekinti át, abból az előfeltevésekből kiindulva, hogy a szolgálatok munkája pszichoterápiás jellegű attitűd- és magatartásbefolyásolás. A tanulmány első része különböző diszciplínák és kutatási ágak ismeretanyaga és megállapításai (pl. a nem verbális kommunikáció kutatása, a telefon szociológiája, a rádiózás lélektana és szociológiája, pszichoanalízis, stb.) alapján a telefonnak, mint kizárólagos vokális csatornának kommunikációs sajátosságait elemzi. Kimutatja, hogy a telefon különösen érzékenyen közvetíti a beszélő szakember kongruenciájára vonatkozó információkat. Ismerteti azokat a kritériumokat, amelyeket a telefonszolgálatban dolgozó szakemberek képzettségének el kell érnie. Majd a tanulmány szempontokat nyújt ahhoz, hogy értelmezze a szakember a hívásokat, hogyan minősítse azokat, milyen módon percipiálja a mögöttük levő pszichológiai problémákat. Terjedelemben a tanulmány leghosszabb része a telefonon át történő pszichológiai beavatkozások természetével, szintjeivel és hatásmechanizmusával foglalkozik. A szerző a következő funkciókat és szinteket különbözteti meg a telefonszolgálat intervencióiban:

1. Elirányító és információadó funkció ("diszpécser" szint)
2. Kontaktusteremtés
3. Nem-specifikus terápiás hatások
4. "Encounter"
5. Rövid-pszichoterápiás vagy krízismegoldó fázis
6. Pszichoterápiás szint

E szintek kibontakozásának a kontaktus időbeli folyamatossága ill. ismétlődése a feltétele. A szerző ismerteti az egyes fázisokban érvényesülő terápiás tényezőket. Majd a telefonszolgálatok működésének effektusára tér ki. Hangsúlyozza a telefonszolgálatok eredményességét és hasznát. A szolgálatok jelentőségét nemcsak az öngyilkosság-megelőzésben és a krízismegoldásban látja, ezen túlmenően mentálhigiénés jelentőséget is tulajdonít a szolgálatok szervezésének és működésének.

A lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok világszerte működnek, feladatuk az öngyilkosság megelőzése, és a pszichológiai krízisek elsősegélye. Ilyen szolgálatok működnek hazánkban is, nemcsak a nagyvárosokban, hanem mind több kisebb városban is. A telefonszolgálatok pszichológiai kérdéseit foglalja össze a tanulmány, elsődlegesen a telefonon át gyakorolt lélektani befolyásolás szempontjából. A tanulmány különböző kutatási ágak, diszciplínák adatai alapján ismerteti a telefonon át történő kommunikáció sajátosságait, leírja a szolgálat szakemberei számára ajánlatos kiképzési követelményeket, szempontokat ad a hívók problémáinak megértéséhez, majd részletesen elemzi a telefonon át kifejthető pszichoterápiás hatás különböző szintjeit és mechanizmusait. A tanulmány elsődlegesen azoknak íródott, akik ilyen telefonszolgálatok munkájában részt vesznek. A leírtaknak azonban van jelentőségük a pszichoterápiás munkára vonatkozóan általában is, és a tanulmány hozzájárulhat a telefonszolgálatok létjogosultságával, munkamódszereivel, célkitűzéseivel és effektusával kapcsolatos félreértések és viták tisztázásához is.

A telefonkommunikáció és a segélynyújtó szakember

Az ötvenes évek elejétől elszaporodtak a világon - főleg a nagyvárosokban - a lelki elsősegélyt nyújtó telefonszolgálatok. Szinte hetenként szerveződik egy-egy ilyen szolgálat valahol, így számukat nyilvántartani szinte lehetetlen. Egyedül az Egyesült Államokban működő telefonszolgálatok számát kb. 200-ra becsülik, és ha számításba vennénk azokat a szolgálatokat is, amelyek csak a nap meghatározott szakaszában üzemelnek, - és nem éjjel-nappal mint ahogyan ideális körülmények között az ilyen szolgálatoknak tevékenykedniük kellene, -

²¹⁴ A budapesti Éjjel-nappali Lelki Elsősegélynyújtó Telefonszolgálat (ÉLET) szakembereinek belső továbbképzésén tartott előadás nyomán, 1973.)

messze meghaladná az ötszázat az olyan telefonállomások száma a világban, amelyeket a bajbajutottak felhívhatnak, és amelytől segítséget várhatnak.

A szolgálatok különféle szervezésűek. Egyesek speciális intézetekben, kórházakban működnek, ahová a telefonon jelentkezőket szükség esetén be lehet hívni, és pszichológiai, pszichiátriailag el lehet látni. Másokat emberbaráti egyesületek tartanak fenn, ezek hajlandók bárhol felkeresni a segélykérőt és számára megadni minden lehetséges emberi segítséget (szükség esetén pl. pénzt., szállást, munkalehetőséget stb.). A változatok között szinte mindenféle forma előfordul. Egy valami azonban valamennyi szolgálatban közös: a *telefon* központi szerepe. A segítség legfőbb módja az, hogy a telefonon jelentkező azonnal szakemberrel kerül kapcsolatba, aki a telefonon át megpróbál pszichológiai hatást gyakorolni, a jelentkező bajában lélektani segítséget, mintegy *elsősegélyt* nyújtani.

A szolgálatokat az *öngyilkosság megelőzésének* szándéka hívta életre. Legtöbb helyen a szolgálatok neve is magában foglalja e célt (Amerikában pl. Suicide Prevention Centereknek nevezik őket). Az öngyilkosság korszerű kutatásából ismeretessé vált az a tény, hogy az öngyilkossági tervet fontolgatók, öngyilkosságra készülők túlnyomó többsége ambivalens, viaskodik a halál gondolatával, kapaszkodik az életbemaradásért. Ismeretessé vált, hogy ez a belső küzdelem az öngyilkosságra készülöket gyakran arra bírja, hogy barátaikhoz, rokonaikhoz, gyakran idegenekhez is segítségért forduljanak ("cry for help" - lásd összefoglalóan: Buda, 1971). A segítségkérés sokféle lehet. Elég ritkán fordul elő, hogy az öngyilkosságra készülő ember védelmet kér saját destruktív impulzusai ellen. Inkább valamelyik aktuális problémájában kér tanácsot, támogatást. Belső feszültségei már túl nagyok ilyenkor, az indulatok szinte kényszerpályán zajlanak, a belső bizonytalanság igen nagy ("preszuicidális szindróma" - lásd: Ringel 1969, stb.). A segítségkérést leggyakrabban mágikus, tudattalan elvárások, fantáziák motiválják. Mivel az öngyilkosság elleni közvetlen segítségkérés a kommunikációban sokszor nem fejeződik ki nyíltan, a környezet legtöbbször nem is veszi észre, hogy miről van szó, és néha még az öngyilkosság bekövetkezése után sem tudatosul, hogy az utolsó találkozás, párbeszéd során a másik valamilyen segítséget remélt. A szakember azonban felfogja a rejtett üzenetet, reagál a segítségkérésre, pszichológiai eszközökkel megkísérelheti a belső feszültség levezetését, az indulati beszűkültség oldását. Az öngyilkosságot megelőzni kívánó szolgálatok alapgondolata az volt, hogy ez a segítségkérő szándék minél gyakrabban találja meg a szakembereket, hogy az öngyilkosságra készülők legalább egy része felvegye a telefonkagylót és ezzel lehetőséget adjon a beavatkozásra.

Hamar nyilvánvalóvá vált, hogy az ilyen szolgálatokat nem csak öngyilkosjelöltek veszik igénybe, hanem mindenféle problémás emberek, akik tanácstalanok, elkeseredettek, bajban vannak. Éppen ezért újabban mind több helyen nem öngyilkosság megelőző szolgálatoknak, hanem *krízisintervenciós* szolgálatoknak (pl. Crisis Intervention Center) nevezik őket. A szakemberek tudják, hogy nagy mentálhigiénés jelentősége van az olyan kritikus élethelyzetek megoldásának is, amelyekben még a szuicidium veszélye nem merül fel. Később, ismétlődve vagy szakszerű segítség nélkül krónikussá válva ilyen krízisekből öngyilkossághoz vezető állapotok lehetnek.

A szolgálatok alapvető munkája, a telefonon át történő lelki segélynyújtás sajátos folyamat, amelyet érdemes elemezni. A folyamat lényege *pszichológiai hatás kötött kommunikációs csatornán át*. A pszichológiai hatás *terápiás* jellegű. A folyamat - az elemzés szempontjából - több összetevőre, tényezőre bontható. Egyik tényező a kommunikációs csatorna, a telefon maga. Másik a szakember, aki a drót "segítő" végén ül és a hívásokat fogadja. Harmadik a hívó fél, a bajbajutott, segítségkérő ember és annak pszichológiai állapota. Negyedik a terápiás intervenció a szakember részéről. Végül ötödik az effektus, a terápiás intervenció következtében beálló változás. A tényezők felsorolásában, sorrendiségében érvényesült bizonyos törekvés a valós összefüggések logikai követésére, alapvetően azonban a sorrendet didaktikus szempontok határozták meg, az a megfontolás, hogy a folyamat fő szabályszerűségeit ebben a gondolatmenetben, a kommunikációs csatorna sajátosságaiból kiindulva lehet leginkább megértetni.

1. A telefon

A pszichiátriában és a pszichológiában a terápiás beavatkozások általában *személyes, közvetlen kapcsolatban* történnek. A szakember és a beteg vagy kliens sokféle kommunikációs csatornán át érintkezik egymással. A terápiás beavatkozások módjait a szakemberek általában a közvetlen, személyes találkozásra vonatkoztatva tanulják meg és gyakorolják be. Az idevágó ismeretanyag és tapasztalatok háttéréből éppen ezért furcsa, sokak számára nehezen érthető helyzet, hogy a telefonszolgálatok munkájában a kontaktus csak a hang segítségével közvetített kommunikációs csatornára redukálódik.

Pedig erről a kommunikációs csatornáról nagyon sokat tudunk. Ismereteink forrásai közül csak egyik - és nem is a legjelentősebb - a már egy-két évtizede meglevő, működő telefonszolgálatok leszűródött tapasztalata. Számos olyan helyzet van az életben, amikor emberek között a kapcsolat vokális kommunikációs csatornára korlátozódik és más kommunikációs csatornák nem működnek, és amikor - különböző okokból - ez a reláció tudományos vizs-

gálatok tárgyává válik. A telefonszolgálatok szempontjából jelentős ismereteink e korlátozott kontaktusformáról a következő területekről származnak:

- a) A telefonnak mint társadalmi kommunikációs eszköznek lélektana és szociológiája.
- b) A telefon felhasználása általában az orvosi gyakorlatban.
- c) A rádiózás lélektana és szociológiája.
- d) Az expresszió (érzelemkifejeződés, pszichológiai tartalmak kifejeződése) kutatása.
- e) Az ún. vocal behavior kutatása
- f) A telefon felhasználása a pszichoterápiás praxisban.
- g) A pszichoanalitikus szituáció kommunikációs sajátosságai.
- h) A telefonszolgálatok saját tapasztalatanyaga.

E területekről a következő lényeges ismeretek említhetők:

a) A telefon régebben az emberi érintkezés eléggé mesterséges eszköze volt. Az utóbbi évtizedekben azonban felhasználása rohamosan terjedt. Egyre több a készülékek, állomások száma, a fejlett ipari országokban a lakosság legnagyobb része számára hozzáférhető a telefonhívás. Érthető, hogy a helyi beszélgetések száma mindenütt nő. A növekedés a távolsági beszélgetések terén még nagyobb. A telefon társadalmi felhasználása ma pszichológiai és szociológiai vizsgálatok tárgya is. Elég sok statisztikai adattal rendelkezünk arról is, hogy milyen társadalmi rétegek milyen típusú beszélgetéseket milyen gyakran folytatnak le. A vizsgálatok érdekes tanulsága, hogy *a telefonálás mesterséges jellegét a mai ember mind kevésbé érzi*. Könnyebben és többször folyik telefonon át érzelm teli, személyes kommunikáció. Míg régebben az érzelemszegény információcsere volt a telefonbeszélgetések jellemzője, ma ez megváltozott. A változás mutatkozik abban is, hogy *az üzleti és adminisztratív életben is személyesebben alkalmazzák a telefon-kommunikációt*. Megbeszélések, döntések történnek telefonon, sok ember feltétel nélkül megbízik a telefonon át történő hangazonosításban. Egyre több szerkezetet is igénybe vesznek természetesen arra, hogy a hangazonosítást technikailag is lebonyolítsák, és ezzel a telefonon át történő megállapodásokat, döntéseket ugyanúgy megerősítsék, mint ahogyan a levél végén megerősítő hatását az aláírás. Egyre gyakoribb, hogy értekezletek körkapcsolásos telefonon folynak, amelyben mindenki hallhatja egymást. Mindez arra mutat, hogy *a telefon a szociális érintkezés egyre közvetlenebb és személyesebb eszköze lett*, amelyet mind gyakrabban használunk.

b) A telefon ennek megfelelően az orvosi gyakorlatban is egyre nagyobb jelentőségre tesz szert. Az átlagos hívások szaporodásánál sokkal nagyobb arányban nő az orvos és a beteg közötti telefonhívások száma. Azt is kimutatták a vizsgálatok, hogy az orvos és a beteg között lezajló információcsere nagyon lényeges a telefonbeszélgetésekben, egyre lényegesebb. A telefon tehát ma már nemcsak a segítségkérés jelzőeszköze, hanem igazi - kétirányú - kommunikációs csatorna az orvos és a beteg között.

Több oka is van ennek. Egyrészt az orvos-beteg viszony *tekintélyelvűsége* megszűnőben van. Az orvos mindinkább szükségesnek érzi, hogy információt adjon a betegnek, ha az valamiről megkérdezi, és egyre inkább vállalja magára beteg állapotáért a felelősséget és ennek jegyében sűrűbben igényli az információkat maga is, és így felhasználja a kínáló eszközt, a telefont. Korábban az orvosok gyakran kitértek az információcsere alól, és személyes találkozást ajánlottak. Ezt lehetővé tette számukra az orvosi rendtartás eléggé univerzális szabálya, az, hogy orvosi ténykedést csak a beteg vizsgálata alapján lehet végezni, továbbá, hogy a beteggel való bármilyen kontaktus az orvos számára erkölcsi szempontból "pièce touchée", vagyis azért az orvos felelősséggel tartozik. Az orvoslás fejlődése megváltoztatta ezt a helyzetet, noha az orvosi működés szabályzatai tételesen nem változtak. Az orvosok azonban betegek egy részét jól ismerik, problémáikkal, szervezeti állapotukkal tisztában vannak és rendelkeznek tapasztalatokkal a betegek kooperációs készségéről is. Ennek alapján - tehát *a meglevő orvos-beteg kapcsolat talaján* - a telefonkontaktus jó lehetőség, a beteg számára fáradságot kímél meg, az orvosnak pedig az idő jobb kihasználását engedi meg. Különösen a *gyógyszerszedéssel, gyógyszerhatásokkal* kapcsolatos ügyekben alkalmas a telefonhívás, ezt mind a beteg, mind az orvos gyakran kezdeményezi. Az amerikai orvosi gyakorlatban általános, hogy az orvosok meghatározott időben fogadják a telefonokat vagy hívják a betegeket. Mindinkább elterjed, hogy a telefonbeszélgetésekért az orvosok díjat kérnek, ez a díj időarányos, tehát általában jóval kisebb, mint a vizit díja. Orvosok között végzett közvélemény kutatások mutatják, hogy az orvosok a telefon konzíliumot, tanácsot komoly orvosi tevékenységnek érzik, jó hatásfokúnak tartják, és minimális kockázatot látnak csak benne. E hatásfok felismerése tükröződhet abban a tényben, hogy egyes orvosi szociológiai vizsgálatok, amelyek az egyes lakosság-rétegek orvoshoz-fordulásaival foglalkoznak, a telefonbeszélgetéseket is számításba veszik. Említést érdemel, hogy a telefon ilyenfajta felhasználása a pszichiátriában is teret nyert. A gyógyszeresedés kérdéseit a beteggel vagy a hozzátartozókkal gyakran telefonon beszélnek meg a pszichiáterek. A depressziók kezelésében az újabb szakirodalom állandóan hangsúlyozza (pl. Davis, 1974), hogy a pszichiáternek a telefonkontaktust is fel kell vennie a beteggel, és a telefont kell felhasználni akkor is, ha a pszichiáter a családot vagy a környezetet kívánja valamilyen ügyben (pl. öngyilkosság veszélyének elhárításában) segítséget hívni.

Ez ismét a *telefon* fokozódó familiaritására mutat, és ezen belül arra, hogy *mint kommunikációs eszköz behatol az orvos-beteg kapcsolatba is*, és ott alkalmas, hatékony eszközzé válik.

c) Már speciálisabb lélektani tanulságai vannak annak az ismeretanyagának, amely a rádiózás kutatásából szűrődött le. A rádió azonban hasonlít a telefonra, hogy a kommunikáció ugyancsak a vokális csatornára korlátozódott. A rádió azonban egyirányú kommunikációs eszköz. Mint ilyen, a rádióközlés kommunikációs effektusát állítja a vizsgálatok előterébe. Először azt vizsgálták, hogy milyen képet kelt a rádióban beszélő személy a hallgatókban. Már a korai vizsgálatok (pl. Allport, Vernon, 1934) megállapították, hogy a *személypercepció a rádión át meglepően jó*, a hallgatók elég pontosan meg tudják határozni a beszélő életkorát és főbb személyes - pszichológiai tulajdonságait. Már ezek a korai vizsgálatok is tisztázták, hogy a rádió vokális csatornáján át nagyon sok *érzelmi jellegű* kommunikációs tartalmat lehet közölni, és az a hallgatóra nagyon *hatásos*. A rádiózás történetének híres eseményét, Orson Wells „Támadás a Marsról” című rádiójátékának pánikkeltő hatását is részben erre vezették vissza: a rémület, félelem, kétségbeesés hangeffektusait ugyanis a rádió nagyon élethűen közvetítette (Cantrill, 1941, 1972). Ez az esemény elindítója volt a rádióhatás nagyszabású szociológiai kutatásainak, amelyek már a propagandacélú felhasználás előkészítését tüzték ki célul. A második világháború során az ilyenfajta felhasználásának tág tere nyílt. A kutatások megállapították, hogy a perszuzív tartalmú közlések hatása lényeges volt a közlő személyes hitelességével. A legmeggyőzőbb ilyenfajta vizsgálat Merton elemzése egy amerikai hadikölcsönjegyző kampányról, amelyben egy ismert színésznő, Kate Smith érzelmetli, mélyen átélt rádiós szereplése nagy tömegeket mozgatott meg (Merton, 1957).

A rádiózással kapcsolatos megfigyelések átvihetők a telefonra is. *A telefonon át ugyancsak nagyon sok és releváns információt ad magáról a közlő fél, csupán hangján, beszédjének minőségén át. a hallgatóra gyakorolt hatás a telefon esetében is arányos a beszélő hitelességével, amely a hang alapján jól megítélhető.* A telefon esetében is az történik, mint a rádióhallgatáskor: a hallgató figyelme kizárólag a vokális csatorna felé fordul, és abból nagyobb információmennyiséget hasznosít, mint a szokványos, közvetlen interakciós helyzetekben.

d) Az érzelmkifejezés, az emocionális expresszió kutatása régóta foglalkozik a hangon, a beszéden át közvetített érzelmekkel, és megállapításai mindenben összecsengnek a rádiózás kutatásának állításaival. A szakemberek elkülönítik a beszéd *lexikális* részét, tehát a tartalmat, a szövegszerűen leírható közlést, valamint a beszéd formai jegyeiben és a hangban rejlő jellegzetességeket. Ez utóbbit a *vokális* kommunikációs csatorna vagy vokális közlési szféra fogalmában foglalják össze. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a vokális csatorna hű kifejezője az érzelmi állapotnak, ill. az érzelmi állapotok tükrözésén át a személyiség kvalitásainak. Az információk a szövegtől független, nem-specifikus hanghatásokon át fejeződnek ki. Ezeket az információkat mindenki érzékeli, ennek a percepciósi biztossága nagyobb, mint a mimikai információk felfogásának biztossága. A vokális érzelm felismerés sem tudatos többnyire, de a *kommunikációs válaszba az így szerzett információkat önkéntelenül is beledolgozzuk.* A vokális érzelmkifejezés és felismerés *kommunikációs kódja nagyrészt velünk született, biológiai jellegű.* A fejlődéslelektanilag, tapasztalatilag szerzett felismerési szempontoknak is van azonban jelentőségük. A vokális csatornán át felvett információk *tudatosítását és minősítését* azonban tanulni kell, ez részben külső szempontok segítségével történik, részben huzamos önmegfigyelés következtében alakul ki. Ilyenkor belső *átkódoló* munka folyik a pszichikumban (Knapp, 1963, 1972).

Sok adat mutat arra, hogy a vokális csatorna a személyiség megismerésének a mindennapi életben is fontosabb és hatékonyabb eszköze, mint bármely más, nem-verbális kommunikációs csatorna önmagába véve. A többi kommunikációs csatorna izoláltan csak korlátozott mértékű információt közvetít a vokális csatornához képest. A mindennapi interakciókban e kommunikációs csatornák tartalmait együttesen, konstellatív módon értékeljük. Ugyanakkor az ilyen helyzetekben a sokféle hír együttes és redundáns percepciójában az egyes csatornák - és köztük a vokális csatorna - specifikus tartalmi nem különülnek el, bizonyos mértékig hatásuk az összehatásukban el is mosódik.

A telefonra vonatkoztatva e kutatási terület konklúziói megerősítik a rádiózással kapcsolatban említetteket. *A telefonszolgálatra vonatkoztatva ebből következik, hogy a telefonon át a hívó személyiségéről, érzelmi és indulati állapotáról nagyon sokat, megtudhatunk, és a szakember számára is sok lehetősége van az érzelmkifejezésnek, érzelemadásnak.*

f) A "vocal behavior" kutatása lényegében az érzelmkifejezés vizsgálatának sajátos és diszciplinált ága. Nem a hangon át kifejeződő információs elemeket keresi, hanem a beszéd formális jegyeiben mutatkozó jeleket tanulmányozza. E megközelítésben összekeverednek a természetes emberi kommunikációban szereplő effektusok olyan szempontokkal, amelyek tudományos elméletből következnek. A "behavior" fogalmának hangsúlyozása kifejezi a megközelítés behaviorista hagyományát, vagyis a szigorú, módszeres, kevés előfeltevéssel dolgozó empirikus irányzatot. E vizsgálati ág megállapításaiból sokat megtudunk arról, hogy a vokális csatornán át történő érzelm felismerés milyen jeleken alapul. A megközelítésmód egyik jellegzetes képviselője pl. az amerikai Mahl, aki skálába szedte össze azokat a jeleket, amelyekből a beszélő érzelmi feszültségének, *szorongásának* mértékére lehet következtetni. A skálában 10 kategória van (pl. a szótévesztés, a beszéd megakadása, a kimondott szavak indokolatlan ismétlése, a hibás mondat, stb. ilyen kategória), ennek alapján a beszédet tartalomelemzéshez hasonló módon lehet vizsgálni. A Mahl-kategóriák száma és az összes kimondott

szóra vonatkoztatott hányadosa kiad egy ún. beszédzavar-rátát (speech disturbance ratio), amely elég jól jellemzi a beszélő szorongásának, feszültségének fokát (összefoglalóan: Hidas-Buda, 1968, Buda, 1973). Újabb adatok szerint ez a ráta elsősorban a személyiség belső ellentmondását, *inkongruenciáját* (mely fogalomról később bőven lesz szó) fejezi ki (Buda, 1973).

A vocal behavior kutatásában számos más mikro vizsgálat is ismeretes, ezeknek során sok adatunk van pl. arról, hogy milyen hanglejtési, hanghordozási és hangsúlyozási jellegzetességek milyen pszichológiai értelmet hordoznak. Ezek az adatok még nem eléggé rendszerezettek, mindenesetre a hangon át történő érzelm felismerés biológiai kódjára vonatkoztatva sok új ismeretet ígérnek. A vizsgálatokból kitűnik, hogy a vokális csatorna működése, a "*vokális magatartás*" *metakommunikatív értékkel bír, a verbális kommunikációt minősítő hatású, és mint ilyen, szerepet játszik abban, hogy a kommunikációs partnerek között a tudatot mintegy megkerülő, vagy azon átható érzelmi kapcsolat jöjjön létre.* A telefon és a telefonszolgálat szempontjából ennek jelentősége igen nagy.

g) A telefonnak, mint eszköznek a pszichoterápiás gyakorlatban kettős szerepe van. Egyrészt lehet a *terápiás kapcsolat hordozója, másrészt lehet a pszichoterápiás szituáció része.* Terápiás vehikulum lehet annyiban, hogy - hasonlóan a pszichiátriai vagy az általános orvosi telefonkonzultációhoz - *pszichoterápiás munka telefonon át is végezhető.* Számos körülmény teheti szükségessé ezt a fajta kapcsolatot. Ilyen lehet pl. a páciens és a terapeuta közötti nagy térbeli távolság, vagy valamelyikük akadályoztatásának esete. Rendszerint a már meglévő terápiás kapcsolat is ilyen telefonterápia bázisa. Azok szerint, akik ezzel tapasztalatot szereztek, mind a pszichoterápiás folyamat telefonon át történő folytatódása, mind pedig a kizárólagos telefonterápia hasznos, eredményes módszer (pl. MacKinnon, Michels, 1970, Lamb, 1973 és Brockopp, 1973, in: Lester és Brockopp 1973). Egyesek szerint az eljárás hatékonyságában nem marad el a közvetlen, "face to face" pszichoterápiától, különösen akkor, ha célzott terápiás akciók lebonyolításáról van szó.

A terápiás szituációnak a telefon úgy lehet része, hogy a készülék benn van a helyiségben, ahol a pszichoterápia folyik, és időnként a terapeutát hívják. A pszichoanalízis és a belőle kifejlődött iskolák azt írják elő, hogy a telefon ne legyen a terápiás helyiségben és a terapeuta munkája közben ne fogadjon telefonhívást. Ennek az előírásnak nemcsak a zavarás kiiktatása a célja, hanem az is, hogy a terapeuta személyisége minél inkább rejtve maradjon, és hogy a terápiás interakcióba ne kerüljön bele máshonnan származó információs anyag. A telefonálás közben ugyanis a terapeuta elkerülhetetlenül is személyesebben, természetesebben vagy általában rá jellemzőbben nyilvánul meg, mint a páciensével szemben. A telefonbeszélgetés anyaga pedig asszociációkat, gondolatokat, érzelmeket, fantáziákat kelthet a páciensben, és ezek mintegy kívülről kerülnek be a terápiás helyzetbe. Modern iskolák viszont éppen ezért megengedik a telefon használatát, sőt, egyes irányzatok egyenesen helyesnek is tartják, javasolják. E felfogás szerint az orvos úgyszemint képes leplezni saját személyiségét jobb tehát, ha az nyíltan megmutatkozik. A keletkező reakciók pedig terápiás anyaggá változtathatók, függetlenül attól, honnan származtak. A terapeuta ilyen feltételek között jobban rákényszerül, hogy számoljon és operáljon azokkal a hatásokkal, amelyek lényéből és egzisztenciájából eredően a beteget érik, használja ezeket "standard ingereként". Különösen *Eric Berne tranzakcionális irányzata* javasolja azt, hogy a telefon legyen benn a terapeuta szobájában, még a csoportpszichoterápia alkalmából is, és a terapeuta fogadjon és bonyolítson le minden hívást, amelynek információanyaga nem bizalmi jellegű, nem a jelenlevő páciensre vonatkozik, vagy azt nem botránkoztatja meg (Berne, 1961, 1964).

A kórházi pszichoterápiás praxisban a telefonhívásokra vonatkozóan bőséges tapasztalat van, az esetek jelentékeny hányadában a telefonhívások elháríthatatlanok. Saját tapasztalatom is az, hogy ez a terápia szempontjából nem káros, sőt, nagyon értékes pszichológiai anyagot hozhat felszínre. A páciensben - különösen a pszichoanalitikus módon kezelt páciensben - a telefon gyakran érzelmeket mozgat meg, gyakran hamar előhívja a terapeutához való viszonyulás kérdését, amiben ellenállás, indulatáttétel, pszeudo-indulatáttétel stb. - később még említendő fontos problémakör - jelenik meg és válik kezelhetővé.

Míndez nemcsak a telefon terápiás használhatóságát húzza alá, hanem ismételten felhívja a figyelmet arra a körülményre is, hogy a telefonban, a vokális csatornán át a *terapeuta személyesen, pszichológiai valóságában kénytelen megnyilvánulni.*

h) A pszichoanalitikus szituáció úgy vonatkozik a telefonszolgálatok problémáira, hogy az érintkezés a terapeuta és a páciens között abban is lényegileg a hangra korlátozódik, mert a páciens fekszik, nem látja a terapeutát, hiszen az a divány mögött ül. A hangon át történő kontaktusra való beállítódás jól futó pszichoanalízisben olyan erős lehet, hogy a páciens azokat a percekét, amelyeket az érkezéskor és a távozáskor szemtől szembe tölt el együtt a terapeutával, nem érzi igazán a terápiás helyzet részének. Gyakran előfordul, hogy a páciens olyankor, amikor valami racionális, mintegy két egyenrangú emberre tartozó kérdést kíván megbeszélni, feláll vagy felül, ill. érkezéskor vagy távozáskor mondja. A pszichoanalitikus helyzet kommunikációs érdekessége abban rejlik, hogy hiába nem látja a páciens a terapeutát, mégis igen sokat tud meg olyant róla, amit nem szavakban fejez ki, és a terapeuta részéről ezek az információk a páciensre lényeges terápiás hatást is gyakorolnak. Sokszor a hatás a terapeuta számára is észrevétlen marad. A hanghordozás, a hangszín, a hangerő, a megszólalás üteme és viszonya a páciens által közöltek struktúrájához, stb. kifejezhet lényeges, többnyire metakommunikatív jellegű

információkat. A terapeuta légzése, a kimondott szavak közötti szünetek vagy a terapeuta akaratlan mozgásai által keltett zaj is lényeges metakommunikatív effektusokat hordozhat.

Mindezek a telekommunikációs eszközökön, így a telefonon át is kifejeződnek és hatást gyakorolnak. Az elmondottak ismét megvilágítják néhány mechanizmusát annak, hogy a telefonon át a beszélő személyisége miatt nyilvánul meg olyan közvetlenül.

i) A kb. két évtizede működő telefonszolgálatok saját tapasztalata igazolja az elmondottakat, és azt bizonyítja, hogy a telefonon át lehetséges számottevő terápiás lélektani hatást gyakorolni a hívókra, és ennek a hatásnak lehet viselkedés-befolyásoló, tünetet megszüntető eredménye, és ez alkalmas lehet krízisek enyhítésére, öngyilkossági szándék megváltoztatására is (pl. Farberow, Shneidman, 1964, Lester, Brockopp, 1973, stb.).

2. A telefonhívást fogadó szakember

A telefonról, mint kommunikációs csatornáról elmondottak legfontosabb része az, hogy a vokális szférára beszűkült kontaktusban a kommunikáló felek a hangon és a beszéd formális jegyein át nagyon jól percipálják egymás érzelmi állapotát. Ez a telefon fogadó oldalán ülő személy szempontjából azt jelenti, hogy belső feszültségei, ellentmondásai, problémái nagy valószínűséggel kifejeződnek a hívóval folytatott beszélgetés során. Különösen kifejeződik tehát az *inkongruencia* állapota. A pszichoterápiával foglalkozó újabb kutatások, különösen a Rogers-féle iskola vizsgálatai mutatják, hogy a terápiás találkozás gyógyító effektusát leginkább az inkongruencia rontja. Inkongruenciáról akkor beszélünk, amikor a tudatos, szándékolt magatartás a tudattalan indítékokkal vagy az érzelmi alaphelyzettel ellentmondásban van, és ezt az ellentmondást a személyiség leplezni igyekszik. A leplezés a szándékolt magatartásmód erőltetésében mutatkozik. Ilyen helyzetben a kommunikatív megnyilvánulások hitelessége elvész. A mögöttes erőket a kommunikációs partner megérzi, és azokra reagál. Az inkongruencia állapota a személyiségzavarban szenvedő kommunikációs partnerre pl. a páciensre rossz hatással van, a belső zűrzavart fokozza. A pszichoterápiára való felkészítés egyik alapvető feladata tehát annak elősegítése, hogy a terapeuta lehetőleg minél *kongruensebb* legyen, magatartása, kommunikációja minél nagyobb összhangban legyen személyiségének mélyebb erőivel, folyamataival (Rogers, 1951, 1957, Katz, 1963, Tausch, 1968, Buda, 1975 stb.).

Ez a terapeuta személyiségének bizonyos érését, fejlődését igényli, távolról sem jelenti azonban azt, hogy valamilyen teljesen ellentmondásmentes, abszolút módon integrált ember legyen. A szándékolt magatartás és a személyiség mélyebb rétegeinek ellentéte minden emberben megvan, alapvetően el sem tüntethető, az én és a személyiség szükségszerű különállását, dialektikus ellentmondását fejezi ki. Az inkongruencia nem maga ez az ellentét, hanem ennek a tudatlansága, elfojtottsága, tagadása. Ha valaki rendelkezik kellő belátással saját pszichológiai folyamataira vonatkozóan, ezt az ellentmondást időlegesen ki tudja kapcsolni, vagy pedig az interakció során ki tudja egyenlíteni. Sok esetben a belső ellentmondás érzelmi elvállalása és képviselése már elegendő, ilyenkor a kommunikációs partner ezt megérzi, elfogadja.

Ebből következik, hogy éppen a telefon és a vokális csatorna miatt lényeges az, hogy a telefonszolgálatok munkatársa lehetőleg kongruens kommunikációjú ember legyen. ennek érdekében megfelelő önismeretre van szüksége. Ezt az önismeretet különböző kiképző eljárásokkal meg lehet szerezni. Ilyen módszer pl. az egyéni kiképző terápia, a kiképző- vagy saját-élmény-csoportban való részvétel, a részvétel a munka során Bálint-csoportokban és szupervízióban, ill. a tanulás és az önkontroll a terápiás aktivitásra vonatkozó visszajelentések révén (pl. magnetofon felvétel, megfigyelőktől származó információk, a páciensektől kapott információk, stb.). A telefonszolgálatok vezető szakemberei eléggé egységesek abban, hogy a kellő fokú kongruencia megszerzése a telefonon át történő lelki elsősegélynyújtás ill. pszichoterápia gyakorlásának feltétele. A szolgálatra való szelekció fő elve az, hogy olyan munkatársakat ne alkalmazzanak, akinek személyiségzavara, vagy egyes pszichológiai tulajdonságai meggátolják, hogy az említett módszerekkel kongruens kommunikációra, valamint a szolgálatban kifejtett munka másik (később tárgyalandó) alapfeltételére, az *empátiára* kiképezhetők legyenek.

A kongruencia és az empátia elegendő ahhoz, hogy a segítséget kérő hívónak valamennyi pszichológiai segítséget adjanak. A hatékony segítséghez azonban *pszichoterápiai alapismeretek és készségek is kellenek*. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a telefonszolgálatban csak pszichiáterek és pszichológusok működhetnek. Világszerte van ugyan olyan törekvés, hogy főleg ilyen szakemberek üljenek a telefontól. E törekvés kissé a közvéleménynek is szól, amelyben gyakran hangot kap az a nézet, hogy a telefonszolgálat munkatársa esetleg nem ismeri fel, hogy a hívó depressziós vagy elmebeteg és ezáltal esetleg árt neki. (Érdekes, hogy ezek a nézetek nem olyanoktól származnak, akik a telefonszolgálat működését szorgalmazzák; az ilyen "aggódók" addig nem féltik a depressziósokat vagy elmebetegeket, amíg telefonszolgálat nincs, és nincs hová fordulni a bajban. Ha a telefonszolgálat telefonjánál pszichiáter vagy klinikai pszichológus ül, ez a kifogás elesik. Ezzel persze még nincs biztosítva, hogy a depressziót vagy a pszichózist tényleg felismerik-e, és különösen az nincs megoldva, hogy a felismerés esetén mit kell tenni. Szinte sehol sem sikerül azonban, hogy a munkatársi gárda ilyen "abszolút" szakemberekből álljon. A legtöbb szolgálat beéri azzal, hogy a "szakember" fogalma azt fejezze ki, hogy a munkára ismereteiben és készségeiben képzett az illető, és ezt a képzettségét az alkalmazó intézmény

ellenőrzi, szavatolja és fejleszti. Ilyen értelemben nagyon jó szakember lehet pl. antropológus, szociológus, szociális gondozó, gyógypedagógus vagy pedagógus, de gyakran olyan ember is, aki eléggé értelmes, nyitott, fejlődőképes, és megszerezte a munkához szükséges kellő képesítést. A lényeges tehát az, mennyire alkalmas a telefonszolgálat feladatainak megoldására valaki, és nem az, hogy milyen végzettsége, diplomája van. Sok tapasztalat van arról, hogy szükség esetén értelmes, jó jellemű és jól motivált laikusok is kiváló munkát végeznek. Különösen vallásos szervezetek telefonszolgálatában alkalmaznak sokszor ilyen embereket. Általában azonban laikusokat inkább abban hívnak segítségül, ha a bajbajutottnak személyes módon, cselekvően kell segíteni, pl. fel kell keresni, el kell intézni nekik valamit, vagy egyszerűen csak együtt kell lenni a magányos, feszült, elkeseredett emberrel ("befriending").

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy a lelki segélyszolgálat mindig *intézmény* és nem egyedül az az ember, aki a hívásokat fogadja. A szakember kompetenciája tehát nem csak az ő személyes ügye, hanem az intézmény problémája is. A szakember munkáját kontrollálni és segíteni kell, ennek nagyon sok jó módszere alakult ki, pl. a terápiás beszélgetések magnetofon felvételeinek visszahallgatása, értékelése, szemináriumszerű megbeszélése, az érdekesebb esetek csoportdiskussziója, stb., ezek nemcsak a továbbképzés hatékony eszközei, hanem a képzésben is felhasználhatók. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy az intézményeknek szelekciós lehetősége is van, minden olyan esetben, amikor a telefonszolgálat anyagi feltételei biztosítottak és a munkája a közösség vagy a társadalom részéről erkölcsi megbecsülésben részesül, az intézmény a felelős a telefont felvevő munkatárs tevékenységéért. A szakirodalomból jól tudjuk, hogy gyakran az ilyen segélyszolgálatok jelentőségét nem ismerik fel eléggé, a munkát anyagilag nem támogatják, ilyenkor a szolgálat önkéntesekre szorul, és ez mind a szelekciós, mind pedig a kiképzési kritériumok lazulásához, és a telefonmunka hatékonyságának csökkenéséhez vezethet.

A segélykérő, a terápiás beavatkozás és annak eredményei

I. A hívó fél, a páciens

Világszerte tapasztalják, hogy a segélyszolgálatokat a legkülönbözőbb problémákkal és a legkülönbözőbb emberek hívják fel. Nagyon nehéz megállapítani és rendszerezni, hogy a hívók kik, és milyen bajok készítetik őket. A hívók egy része kilitét nem árulja el. Ennek érthető okai vannak, az egész telefonszolgálat célja éppen az, hogy olyan helyzetekben is lehetővé tegye a terápiás segítséget, amikor a bajbajutott vagy nem tud közvetlenül segítségért fordulni, vagy pedig anonimitását nem akarja feladni. A telefonszolgálat szakemberének különben sem első dolga a személyazonosság megkérdezése, ő inkább a bizalom légkörét akarja kialakítani a hívóval, ezt pedig az ilyen direkt kérdés először zavarná. A bajt, a problémát sem mindig lehet megállapítani. Gyakori hogy a beszélgetést megszakítják vagy megszakad, sokszor a hívó olyan belső feszültségben van, vagy olyan felszínes várakozás irányítja, hogy a valódi problémáját inkább csak empátiásan érezni lehet, semmint megfogalmazni, minősíteni. Befolyásolja a hívók és hívások jellegét az is, hogy a segélyszolgálat léte milyen módon vált ismeretessé a közösségben. Az ilyen szolgálatok propagandája általában szelektív (mint a legtöbb propaganda, szükségszerűen, hiszen kommunikációs eszközökhöz és kommunikációs alkalmakhoz kötött), nem egyformán éri el a lakosságot. Nagyon nehéz olyan tömegkommunikációs közleményt fogalmazni, kifejezési formát találni, amelyben az öngyilkossági készlettel küzdőket vagy a lelki krízisben levőket közvetlenül lehet megszólítani. Rendszerint általánosabb, átfogóbb fogalmazással hirdetik a segélyszolgálatot, ezért aztán sokan fordulnak hozzá olyanok is, akik nem tartoznak bele a szolgálat célpopulációjába. Az ilyen hívásokkal is foglalkozni kell, végső soron ezekben is valamilyen - szubjektíve fontos - probléma rejtőzik.

A hívások egy kisebb hányada biztosan hibásnak, zavarónak tekinthető. Ilyenek a szolgálattal való tréfálkozás, a tettett problémák elmondása, agresszióvezetés (a szolgálat szidalmazása), vagy a szexuális célú hívás. Az utóbbiról az amerikai szakirodalomban olvashatunk, leírják pl. hogy a hívó szexuális tárgyú beszélgetést kezdeményez a (többnyire nő) telefonoperátorral, és eközben maszturbál (Farberow, Heilig, Litman, 1965, Tabachnick, Klugman, 1965). Van olyan tapasztalat is, hogy az ilyen "telefonbetyárok" hívásait is érdemes komolyan venni, mert ők is a szolgálat potencióális kliensei; többször előfordult, hogy a hívást pszichoterápiásan kezelő szakember elérte, hogy a tréfálkozás abbamaradt, és a hívó súlyos személyes problémái kerültek szóba. Valószínűleg nem véletlen, hogy ki érez készletet arra, hogy éppen a lelki segélyszolgálattal viccelődjék. Feltehetően a motiváció abból ered, hogy a hívó így hártja el magától a segítségkérés szükségletének érzését. A „telefonmaszturbátor” esetében pedig nyilvánvalóan nagyon magányos és beteg emberről van szó.

A telefonszolgálatnak mindenesetre differenciálnia kell a hívók között, és legtöbb energiát azokra kell fordítani, akik ténylegesen krízisben vannak. A nem odaváló hívásokat lehetőleg röviden, udvariasan be kell fejezni. (Komoly gyakorlati kérdés, hogy ez mikor és hogyan történjék.)

A hívás alapján a szakemberben kialakul valamilyen *kép* a hívóról és annak problémájáról. Bár a telefonon át nagyon sok diagnosztikai következtetés alakítható ki, a szakember akkor jár el helyesen, ha nem a klasszikus diagnosztikai kritériumokban gondolkodik, hanem elsődlegesen *empátiásan* viszonyul a hívóhoz. Arra kell törekednie, hogy beleélje magát annak helyzetébe, átvegye annak szempontját, időlegesen a hívó logikai és érzelmi premisszái szerint gondolkodjék. Ennek részben a probléma mélyebb megértése a célja, részben pedig a terápiás kommunikáció létrehozása, amelynek az empátia a feltétele. (Az empátiáról összefoglalóan lásd: Buda, 1975.) Az empátiás megközelítésben világosan elötűnik a krízis, a probléma súlyossága, a személyiség érzelmi-indulati beszűkültsége, az önértékelés sérülése, az önmagával szembe fordított agresszió. Az empátiás megközelítésben a figyelem kitüntetetten fordul a hívó hangjának és beszédmódjának metakommunikatív információanyaga, és a verbális kommunikációban megbúvó rejtett, mögöttes közlések felé (Buda, 1975). A telefonszolgálatban működő szakember *nem rendelkezik a hívó fölött*, ez az egyik alapvető különbség a közvetlen terápiás helyzettel szemben. A cél tehát az elsősegély, a hívó motivációjának befolyásolásán át, a pszichológiai kontaktus fenntartásával és erősítésével. Ezért van az empátiának elsődleges fontossága, és ezért kevésbé lényeges a diagnosztikus gondolkodás. Anonim hívó esetében a pszichózis megállapítása valamilyen intézkedést igényel, erre pedig ritkán van lehetőség. Ismeretesek olyan segélyszolgálatok, amelyekben gondozókat lehet kiküldeni a hívó lakására, néhol a rendőrség segít abban, hogy a hívóállomás kiletét megállapítsák. A legtöbb helyen azonban a rendőrséget vagy a mentőket lehet mozgósítani csupán, ha a hívó felfedi kiletét. Kétségtelenül ez is hozzátartozik a segélyszolgálatok munkájához, a nemzetközi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy az esetek csak kisebb része ilyen, a legfontosabb akciós tér *a telefonkapcsolaton át történő pszichés befolyásolás*, ebből a szempontból pedig a szakember leginkább az empátiának veszi hasznát.

Az empátia segítségével kapott kép a hívóról *pszichodinamikai* jellegű, vagyis azt igyekszik kifejezni, hogy melyek a hívóban kialakult *konfliktus* összetevői, hogy milyen vágyak, igények milyen akadályokkal, belső vagy külső normákkal ütköznek össze. Fontos az is, hogy a szakember a hívó problémáit *folymatszerű* természetükben értse meg, vagyis felismerje a hívó cselekvéseit, törekvéseit mozgóerők *trendjeit*. Ehhez kell a konfliktus történeti kialakulásának bizonyos ismerete is. Fontos annak megértése, hogy a hívó miért érzi magát zsákutcában, miért nem talál kiutat, mi akadályozza ebben.

Ezt a képet sokféle módon lehet koncipálni. A mindennapi józan gondolkodás is ad szempontokat ehhez. A megértett összefüggések megfogalmazhatók "novellaszerűen", egyszerű szavakkal. Ez a terápiás akció szempontjából éppen olyan jó lehet, mint a szakszerű leírás valamilyen pszichológiai rendszer terminusaiban, sőt ha valaki nem azonosult eléggé az alkalmazott gondolatrendszerrel, még jobb is, mert az inkongruencia a terápiás gondolkodás szintjén is nagyon zavaró lehet. A különböző pszichológiai rendszereket, amelyek az egész személyiséget állítják elméleteik középpontjába [pl. a mélylélektani iskolák, a tranzakcionális elmélet, az ún. non-direktív vagy „client-centered” irányzat (Rogers), az egzisztencialista személyiséglélektan stb.], elvileg egyenértékűnek tartom a hívó problémájának koncipálásában. Szükséges azonban, hogy a hívóról alkotott kép fogalmilag és elméletileg összhangban legyen azoknak a terápiás akcióknak fogalmaival és elméleteivel, amelyeket a szakember később alkalmaz. A kép jelentősége ugyanis az, hogy kiindulási alapot adjon a terápiás tevékenység megtervezéséhez.

2. A terápiás beavatkozás

A pszichoterápiás munkában nagyon sok az ösztönszerű, a gyakorlatban, tapasztalatban kialakult, reflexió nélküli megnyilvánulás. Ez sokszor nagyon jó lehet, nagyon hatékony módon alkalmazható, jó eredményekhez vezethet. A pszichoterápia előző szakember generációjában gyakran említették, hogy a pszichoterápia nemcsak tudomány, hanem művészet is; ilyenkor az effajta készségre gondoltak, ami a medicinában egyébként máshol is megvan (szoktak pl. beszélni a sebész "művészetéről", vagy a belorvos kórismező "megérzéseiről"). A telefonszolgálat munkájában az empátia hangsúlya, továbbá a kongruencia követelménye még inkább bátorít arra, hogy a szakember elvállalja a szavakban nehezen megfogalmazható és indokolható terápiás késztetéseit és eljárásait, és bizzon spontaneitásában. Ha a segélyszolgálat intézményes kontrollja munkáját jónak találja, ez ellen nem lehet kifogás. Helyes azonban, ha a szakember arra törekszik, hogy akcióinak indokait, elveit tudatosítsa, kifejezni tudja. A hatékony terápiás munkában mindig van implicit rend, koncepció, és ez bizonyos odafigyelés, gyakorlás után (mely a szükséges önismeretnek amúgy is feltétele) meg is fogalmazható. Az explicité tett koncepciók azután meggyorsítják a fejlődést a terápiás munkában, mind több összefüggés megértését, meglátását teszik lehetővé.

A terápiás tevékenység több szintben és formában zajlik. Nyers, általánosító rendszerezésben a következő módon látszik leírhatónak:

a) Elsődlegesen és felszínesen a szakember tevékenységének *elirányító* és *információadó* (mondjuk - a szemléletesség kedvéért - *diszpécser*) funkciója van. A hívást fel kell venni, nagyjából el kell dönteni a jellegét, ki kell szűrni a nem odavaló jelentkezéseket, ezeket le kell bonyolítani úgy, hogy ne sok idő teljen el velük, de a szolgálat humánus arcúata ne károsodjék (vagyis azért kifejeződjék a segítőkézség, a társadalmi átlagnál

nagyobb megértés és tolerancia, - ez a szolgálat "public relations" érdeke) stb. A hívások egy részében a jelentkező tényleges segítséget kér, állapota azonban integrált, nincs krízisben, elsősorban információt, ésszerű tanácsot akar. Ilyen esetekben az eligazítást, tanácsot meg kell adni. A tapasztalat szerint a legtöbb ilyen kérés arra vonatkozik, hogy különböző pszichológiai problémában hová lehet fordulni, hol lehet szakszerű segítséget kapni. A segélyszolgálatok jó működésének és a közösségben való meggyökerezésének jelét szokták látni abban, ha nem közvetlenül a bajbajutott kér tanácsot, hanem az, aki közelében van, aki azonnal segíthet (pl. családtag, munkatárs, szomszéd, rendőr stb.). Ilyen módon a szolgálat hatókörébe kerülnek azok az esetek is, akik már arra sem lennének képesek, hogy a telefont felvegyék. Ilyen esetekben racionális, szakszerű tanácsot kell adni, az ilyen információadásban a pszichoterápiának gyakran nyoma sincs.

b) A bajban levő hívóval, a valódi "klienssel" kapcsolatban az elsődleges feladat a *kontaktusteremtés*. Ez nagyon lényeges, ennek többféle vetülete van, benne van az a cél, hogy a hívó egyáltalán tartsa a kagylót és beszéljen, de az is, hogy érezze, figyelnek rá, valaki törődik azzal, amit ő mond, megérti, ami neki fáj, és próbál segíteni. Kezdetben ez érzelemadással, visszajelző és bátorító szavakkal, elakadás esetén biztatással, kérdéssel fejezhető ki, kb. ugyanúgy, mint a mindennapi emberi érintkezésben. A hívó gyakran irritált, türelmetlen, igényei túl nagyok, sértődékeny, - ezt türelemmel és szeretettel kell fogadni. Gyakran ez a kontaktus próbája, a krízisben, magányban levő ember gyakran öntudatlanul is "arra játszik", hogy eltaszítsa magától az embereket (ez az életben általában sikerül is neki), feltétel nélküli elfogadást követeljen.

c) A kialakult kapcsolat talaján lebonyolítható a legegyszerűbb terápiás fázis, a *nem-specifikus terápiás hatás* kifejtése. Ez rendszerint azonos a terapeuta *tájékozódásának* szakaszával, ekkor alakul ki az említett kép arról, mi baja van a hívónak, és akkor körvonalazódnak az első elképzelések arról, hogy mit lehet vele tenni. Azért nem-specifikus ez a fázis, mert a terápiás reláció általános, mindenütt jelenlévő effektusai érvényesültek ilyenkor. (Ezekre csak az utóbbi években fordult a tudományos figyelem, lásd pl. Bergin, 1966. stb.) Ugyanakkor ezek az effektusok nem kicsik és nem lebecsülendők! Nagyon komoly eredményeket lehet elérni velük, és gyakran önmagukban elegendők, hogy súlyos, potenciálisan veszélyes kríziseket megoldjanak. Csak éppen bizonyos önállósággal, önkéntelenséggel jönnek létre ezek az effektusok, a terapeutának nem kell nagyon megoldogoznia értük, inkább a megfelelő terápiás magatartással a feltételeik biztosítását kell elérnie, és arra kell vigyáznia, el ne rontsa ezeket a hatásokat.

Számos ilyen nem-specifikus terápiás elem van a gyógyító párbeszédben a terápiás interakcióban, valószínűleg mindet nem is ismerjük még. Egyik a *placebo-tényező*. A hívást mindig mágikus várakozás is vezérli, a bennük megnyilvánuló hit gyakran el is éri, hogy az igény bizonyos teljesülését éli át a hívó. Az odafigyelést, a megértést, a pár jó szót ez nagyon felerősítheti, és a hívó úgy érzi, kapott valamit. A másik a kimondás, az elmondás *tisztázó, belátást fokozó* hatása. Ősi tapasztalat, hogy a gondolkodásban, átélésben jól érthető, természetesnek tűnő dolgok új megvilágításba kerülnek, ha az ember másoknak próbálja elmondani őket. A magányos töprengés gyakran kényszerpályákon zajlik, a hibás előfeltételezések így mindig erősebbek lesznek, és a gondolkodó én bizonyos következtetéseket mindinkább elfogadni kényszerül. Az öngyilkosság előtti állapotban, amelyre az érzelmi és indulati beszűkülés, a befelé forduló agresszió a jellemző, ez típusos formában mutatkozik meg. Az önkézü halál, a problémás, megoldhatatlan helyzetből az öngyilkosság árán való, kimenekülés vágya és célképzete mindig erősebbé válik, egyedüli kiútnak tűnik. A gondolatok bűvös körét gyakran már az is képes megszakítani, ha az öngyilkossággal való vívódó ember valakinek elmondja gondolatait, érzéseit. A kimondott szó már magában is másként cseng, mint ahogy a belső beszédben, gondolkodásban. A hallgató néhány kérdése, közbeszólása, amely esetleg csak az összefüggések jobb tartalmi megértésére vonatkozik, már elegendő lehet ahhoz, hogy a beszélő ezekből visszajelentéseket, új szempontokat kapjon. Mindenféle pszichoterápiához ez köznapi tapasztalat, ebből ered a kimondás, a verbális közlés alapszabálya. A telefonszolgálat munkájában ez a nem-specifikus hatáselem még erősebb azáltal, hogy a beszélő is és a hallgató is anonim. A beszélőnek nem kell törődnie azzal a benyomással, amelyet interakciós partnerében kelt. A közvetlen, "face to face" interakcióban ez mindig: probléma, és ez még hosszantartó pszichoterápiás folyamatban is gondot okoz, néha. A szociális viselkedésnek ugyanis egyik fontos közvetlen mozgatója az *impressziókeltés*, a saját személyről való előnyös kép kialakítása (Goffman, 1959). A depresszióba került, mindentől szabadulni, menekülni kívánó ember gyakran már nem is tudja vállalni, hogy valakinek szemtől szembe elmondja érzéseinek és gondolatainak zűrzavarát, mert annyira fél attól a visszajelentéstől, amit az interakcióban önmagáról megrajzolt negatív kép jelent. Néha megfigyelhető, hogy ha a krízisben levő ember ilyen közvetlen feltárulkozásra kényszerül valakinek, aki nem szakember, és aki nem őszinte segíteni akarással fogadja közléseit, még rosszabb állapotba kerül, a krízis csak mélyül benne.

A már említett "cry for help" jelenség gyakran e mechanizmuson át válik az öngyilkossági cselekmény közvetlen elindítójává; a segítséget kérő ember nemcsak nem kap segítséget, hanem még - saját közlései nyomán - jobban szembetalálkozik saját nyomorúságának torzképével, és ez megerősíti benne az elhatározást: ennek véget kell vetni. A telefonszolgálatok esetében ez a tényező kikapcsolódik, az ismeretlen hallgatónak könnyebb feltárni a súlyos bajokat. *A telefonszolgálatok egyik terápiás specifikuma ez, és egyben szervezési létjogosultságuk egyik pillére.*

A harmadik nem-specifikus elem a *katharzis* lehetősége. Az öngyilkosságra készülő ember gyakran magányos, nincs olyan emberi kapcsolata, amelyben sokféle frusztrációjának feszültségét levezethetné. Sérelmeit, megghiúsult terveit, be nem teljesült vágyait gyakran senkinek sem mondhatja el. Emiatt néha óriási feszültség, indulati töltés gyűlik össze benne. A telefonbeszélgetésben ez levezetődhet. Sírás, kiabálás, agresszív vádaskodás, átkozódás előfordul a hívók közléseiben, ez többnyire ilyenfajta feszültség levezetés. Néha ez önmagában képes - legalább egy időre - oldani az érzelmi-indulati beszűkülést, csökkenteni az agresszió motivációs töltését. *Ezt a hatást is nagyban megkönnyíti az anonimitás, a kapcsolat személytelensége.* A közvetlen terápiás kapcsolatban csak később teremthetnek meg az ilyenfajta feszültség levezetés lehetőségei.

A nem-specifikus terápiás hatások kifejtéséhez önmagában nem szükséges a szakértelem. Józan, élettapasztalattal rendelkező, segítőkéz laikusok is létre tudják hozni ezeket a hatásokat.

d) A specifikus terápiás hatások első fokozatát "*encounter*" fázisnak nevezhetnénk. Az *encounter* szó találkozást jelent, a német *Begegnung* fordításaként jelent meg az angolszász szakirodalomban, Moreno hatására. Eredetileg azt fejezte ki, hogy az interperszonális kontaktus kialakulása létrehozhat sajátos, felfokozott élményt, a másik emberrel való különleges találkozás élményét. Ennek hatása jótékony, néha terápiás arra, aki bajban van, aki személyiségzavarokkal küzd. Később a fogalom jelentésgazdagodáson ment át, az amerikai egzisztencialista lélektan egyik központi kategóriája lett, és nagyon gyakran vált használatossá az amerikai pszichológia ún. "harmadik irányzatában" ("*third force*"), amelyet Rogers, May, Maslow, Bühler és mások neve fémjel, és amelyet humanista irányzatúnak is szoktak nevezni. Legutóbb a különböző, sajátos élménymodalitásokat, és nagyon intenzív pszichológiai hatásokat ígérő csoportmódszerekben ("*encounter groups*" - ezek közé tartoznak az ún. maraton csoportok és nem verbális kommunikációt középpontba állító csoporteljárások) jelent meg a fogalom, ismét kissé kiterjesztett értelemben.

Az eredeti fogalomhasználat valós pszichológiai tapasztalatot fejez ki: lehetséges olyan párbeszédet, interakciót kialakítani, amely az egyik félben maradandó nyomokat hagy, amely alkalmas arra, hogy előnyös, a személyiséget integráció felé segítő pszichológiai folyamatokat indítson el. Vannak módszerek, amelyek az ilyenfajta lelki "találkozások" valószínűségét növelik. A "találkozásra" azonban a kliensnek is alkalmasnak kell lennie. A szakember tennivalóját legjobban a *Rogers-féle terápiás változók* (Rogers, 1957, 1961, 1963) fejezik ki. Ha a szakember képes a nagyfokú *kongruenciára*, ha a *feltétel nélküli pozitív elfogadással viszonyul* partneréhez, és ha megfelelő *empátiával* képes azt megérteni, és empátiásan szerzett megértését megfelelően, terápiás módon *vissza is tudja tükrözni* az interakcióban, a beszélgetés a partnernek különleges élménnyé válhat. A telefonszolgálat esetében ennek minden feltétele megvalósítható, ha a szakember erre kellően felkészült, sőt, e feltételek érvényesülését még megkönnyíti az, hogy a vokális kommunikációs csatorna nagyon alkalmas a kongruencia közvetítésére, mint erről bőven volt szó. Az elfogadás, az empátiás megértés élménye az elkeseredettség, az érzelmi zűrzavar, a kiúttalanság állapotában szimbolikusan azt az üzenetet tartalmazhatja, hogy a hívó nincs egyedül, van még reménye arra, hogy segítőkéz embereket talál. A kongruencia tiszta, egészséges együttérzést enged meg, lehetővé teszi a vigasztalást, bátorítást egyszerű eszközökkel, a legalkalmasabb lélektani pillanatokban. A *legfontosabb terápiás erő azonban az empátia*. Terápiás hatása több síkon érvényesül. Egyrészt az empátiás megértés és ennek adagolt kifejezése a *legjobb explorációs módszer*. A szakember minden közlése csak azt a közlési motivációt erősíti meg, ami a hívóban egyébként is dolgozik. Nincs szükség kérdésekre, és nem kell tartani attól a veszélytől, hogy a szakember valamivel akaratlanul eltereli vagy megzavarja a közlést. Az empátiás megközelítés sokkal inkább "bábamesterség" („techné maieütiké"), mint az ismert szókratészi módszer, a kérdezés, mert valóban úgy segíti megszületni a mondanivalót, mint a jó szülész a gyereket, nem húzza-vonja, nem erőlteti, hanem a természetes szülési folyamatokat segíti, az akadályokat hártja el azoknak útjából. Másrészt az empátiás beszélgetés a *katharzis legjobb elősegítője*. A beszélgetés a legközvetlenebbül, leggyorsabban jut el az érzelmi feszültséghez, a konfliktusos indulathoz, és a leghamarabb hozza be őket a kommunikációs folyamatba. Harmadsorban a *legjobb feedback technika* is az empátiás megközelítésben rejlik. A visszajeletésnek ugyanis nemcsak az a lényege, hogy pontosan tükrözi vissza a személyiség különböző állapotait, összefüggéseit. Lélektani értelemben visszajeletésről csak akkor beszélhetünk, ha a kapott információt a személyiség be is fogadja. Ez pedig csak akkor lehetséges, ha az tartalmában, szemantikájában, formájában úgy megfogalmazott, amilyen a befogadó kognitív rendszere, és csak annyi új információt tartalmaz, amennyit a befogadó éne képes és hajlandó integrálni. Ismeretes, milyen hatékony védekező mechanizmusok működnek az énből minden olyan információval szemben, amely feszültséget keltene, amely az én kialakult belső rendszerét, operációs módjait kérdőjelezné meg. Az empátiás megértés a kliens, a telefonszolgálatok esetében a hívó belső ütemének rendjében halad, és ami a közlés egy-egy szakaszában megérthető, az rendszerint nyugodtan vissza is csatolható, mert annak elfogadására a személyiség érett.

Az "*encounter*" fázisban érvényesül az a terápiás erő, amelyet Franz Alexander "*korrektív emocionális élmény*" elnevezéssel (*corrective emotional experience*) írt le. Ennek lényege az, hogy a genuin, empátiásan viszonyuló szakemberrel való interakcióban a páciens rádöbben arra, hogy az interakcióval kapcsolatos félelmei, gyanakvásai, bizonytalanságai, amelyek megszokott, mindennapi emberi kapcsolatai nyomán alakultak ki benne, és amelyeket most a terápiás találkozásra rávetít, érvénytelenek, szükségtelenek. Ez szimbolikusan azt az élményt

váltja ki, hogy nemcsak elhúzódozó, értetlen, őt bántó és nem szerető emberek vannak, hanem az emberi kapcsolatok szférájában van remény egészségesebb relációkra. Ez éppen az öngyilkossági gondolattal küzdő ember számára fontos, sokszor "létfonosságú" élmény, akinek fő krízisproblémája a magára maradás, az elszakadás a többi embertől (Alexander, 1956).

Az "encounter" fázis lebonyolítására is alkalmas lehet olyan laikus is, aki érett, kongruens ember. E fázis azonban inkább szakemberek munkáját igényli. A szakemberek képzettségében ugyanis benne van az önfejlesztés készsége, így a szakember hosszabb-rövidebb fejlődési folyamatban elérheti, és továbbfejlesztheti azt, ami a laikusok egy részében megvan, de öntudatlanul hat, és valószínűleg nem fejlődik tovább.

e) Egy következő fázis a *krízisterápiás* vagy *rövid pszichoterápiás* fázis. Krízismegoldás vagy rövid pszichoterápia lehetséges telefonon át is. Ehhez az előző fázisok megfelelő kibontakozása, érvényesülése szükséges. Ennek talaján lehetséges a hívó problémáit oly mélységig áttekinteni, amely már *terápiás terv*, *terápiás stratégia* és *taktika* (Buda, 1974) kidolgozását teszi lehetővé. Ennek keretében elindítható olyan beavatkozás, amely a belső konfliktus vagy zavar magvát vagy tünetképző mechanizmusát veszi célba. A fázis célkitűzése nem lehet személyiség szerkezeti vagy karakterfejlődési problémák megoldása, mert ehhez folyamatos és apró lépésekben haladó munka kell. Szemléleti szempontból a cél meghatározásában irányadó a modell, amely Bálint Mihály ismert hasonlatában fejeződik ki, amely szerint a rövid pszichoterápia úgy hat, mint a fausztatás megakadásakor az olyan beavatkozás, amely kimozdítja a megakadt, a többi szálfa útjában álló rönköket. Bálint Mihály szerint a rövid pszichoterápia mindig *fókuszált* pszichoterápia is, valamilyen akciós célra irányított (Bálint, Ornstein, Bálint, 1972). A krízisben levő emberek esetében a cél a krízis megoldása, a megakadt, holtpontra jutott folyamatok újraindítása. A rövid pszichoterápia egyébként is a krízisterápia lényege. A krízisterápia ezen kívül még magában foglal konkrét segítségeket is, a telefonterápiában erre többnyire csak olyankor kerülhet sor, ha a szakembernek sikerül rábírnia a hívót a személyes jelentkezésre:

A rövid pszichoterápiának a telefonszolgálat munkájában többféle célja lehet. A preszuicidális szindrómában levő emberekben a beszűkülést kell feloldani, és az önmaga ellen fordított agresszió energiáját kell valahogyan levezetni. Ha ez a leírt előző szakaszokon át nem érhető el, akkor specifikus rövidterápiás célt kell keresni, mögöttes mechanizmusokat kell célba venni. Ilyen annyira sokféle lehet, hogy közelítő felsorolásuk is csak külön tanulmányban lenne feloldható. E téren a rövid pszichoterápia irodalmára utalok (Bellak, Small, 1965, Wolberg, 1965, Greenwald, 1967, Nelson et alii, 1968 stb.). Két általános szempontot hangsúlyozni kell, a rövidterápiás munkának a páciens fantázia- és vágyvilágát, valamint interperszonális kapcsolatainak főbb sémáit érintenie kell, továbbá el kell érni, hogy a páciens saját helyzetének és kapcsolatainak megértésében közeledjék a valóságelvhez, és annak keretében el tudja fogadni közvetlen környezetének álláspontjait is. A páciensben tehát *pszichológiai változásnak* kell történnie. Az alkalmazott terápiás módszerek lehetnek analitikus jellegűek, de történhetnek más módszerekkel is. A *paradox technikának* a telefonunkban is van terük, ha a szakember alkalmazásukban megfelelően képzett.

A rövid pszichoterápiánál nagyobb pszichoterápiás beavatkozásra a telefonszolgálat keretében ritkán van lehetőség, de nem is ez a feladat, a telefonszolgálat lelki elsősegélyt nyújt, és a személyiséget mélyebben érintő zavarok másfajta intézményes megoldást igényelnek. Előfordul azonban, hogy egyes bajbajutottak ismételt jelentkeznek, és problémáik megbeszélése így folyamatszerűen folytatódik. Néha a rövid pszichoterápiás effektus eléréséhez is szükség van erre, és a szakembernek a hívót erre biztatnia kell. Ha a hívások folyamatos terápiás munkát engednek meg, elvileg a klasszikus pszichoterápiát megközelítő tevékenység is elképzelhető. Ilyen esetekben ugyanis terápiás kapcsolat alakul ki, tere van az indulatátételnek is.

A telefonon át kifejtendő terápiás akciók szempontjából meg kell említeni néhány mozzanatot, amelynek a pszichoterápiában jelentősége van. Ilyenek a következők:

Ellenállás: A koncepció használata a telefonszolgálatban szükségtelen. A hívó ambivalenciájára, a segítségnyújtással szembeni aktív ellenhatására sokkal nagyobb mértékben kell számítani, mint a közvetlen pszichoterápiás tevékenységben. Az ellenállás tehát természetes közeg, és inkább hiányát kell különlegesnek tartani, semmint jelentkezését. Az egész telefonterápia elsődlegesen az ellenállásnak szól, amely az intrapszichés problematika kifejeződése.

Indulatátétel: A telefonon át történő terápiában nagyon ritkán nyilvánul meg, kibontakozásához folyamat kell. Csak olyan esetekben jelentkezhet, ha ugyanazzal a hívóval azonos szakember folyamatszerűen foglalkozik. Az indulatátételt a rövid pszichoterápiás akciókban nem lehet úgy felhasználni, mint egyes rövidpszichoterápiás módszerekben (pl. Malan et alii, 1963). Indulatátétel-szerű megnyilvánulás - amelyet a magam részéről szívesen nevezek *pseudo-indulatátételnek* - gyakran jelentkezik. Ez a szakember személye iránti érdeklődésben és a szokványos interperszonális kapcsolatsémák - mint pl. barátság, szerelem - felajánlása, kifejezése formájában nyilvánul meg. A Mastroianni és Sophia Loren főszereplésével készített nevezetes olasz film, A pap felesége című is ilyen ál-indulatátételt mutatott be a telefonszolgálatban dolgozó pap és a szerelmi bánata miatt öngyilkosságot megkísérlő fiatal nő között. A terápiából induló barátságnak, szerelemnek - megítélésem szerint - nem indulatátétel a mozgatója, hanem részben ellenállás (a terápia érzelmi feszültségének valamilyen strukturálása, megoldása), részben pedig primér szükségletkielégítés (a magányos ember kapcsolatigényének

kielégítése). Ez azért fontos, mert míg az indulatáttétel feldolgozása terápiás erővé tehető, és a páciens személyiségének központi problémájához lehet eljutni segítségével, az ál-indulatáttétel inkább zavaró hatású, és legfeljebb csak arra jó, hogy a kontaktus fennmaradjon. Az ál-indulatáttétel viszont csalódás, pszichotrauma lehetőségét rejtí magában, ez a krízisben levő ember számára a szó szoros értelmében életveszélyes lehet, ezért kifejlődését lehetőleg meg kell előzni, de ha mégis létrejön, nagyon óvatosan kezelendő.

Interpretáció: Az értelmezés a telefonmunkában sokkal ritkábban alkalmazandó eszköz, mint más terápiaformában. Csak a rövidterápiás fázisban, jól kidolgozott, már csaknem tudatosuló összefüggések kifejezésére érdemes használni. Előbb az értelmezés vagy hatástalan, vagy káros a kontaktusra, mert a hívóban olyan érzést kelt, hogy őt félreértik. Túl korai értelmezés traumatikus is lehet.

Tanács: A munka jellegéből adódóan sokkal gyakrabban kell vállalni a tanácsadást, mint a szentől szembe folyó pszichoterápiás munkában. Legjobb, ha a páciensben érlelődő, ésszerű, a problémához képest adekvát terveket, gondolatokat fejezzük ki a tanács formájában. Alapelv, hogy olyat tanácsolni, amelyet a páciens kivihetetlennek tart, és ezt értésünkre is adta, nem szabad. Ugyanis ez is csak a meg nem értést, az elutasítást fejezi ki a hívó felé. Bizonyos egyszerű, elemi, racionális tanácsok a bajbajutott számára szükségesek, hiszen ilyenkor a viselkedés olyan szintre regrediálódik, amelyen a személyiség már elemi feladatokat sem tart megoldhatónak. Így pl. helyes tanácsolni minden olyan kontaktusfelvételt, amelyben a páciens ténylegesen segítséget kaphat (pl. rendeléseket, intézményeket, segélyszolgálatokat, szociális ügyekkel foglalkozó hivatalokat stb.). Olyan esetekben, amikor a hívó orvosi vagy közvetlen pszichiátriai ellátásra szorul, mindig szükséges a megfelelő információk és tanácsok megadása. A tanácsot azonban megfelelően időzíteni kell, és csak a már megkezdett öngyilkossági cselekmény esetében szabad attól eltekinteni, hogy a tanácsadás előtt a telefonterápia fázisait megpróbálják lebonyolítani.

Visszakérdezés: Analitikusan képzett kezdő pszichoterapeuták "foglalkozási betegsége" a visszakérdezős technika, amelyben a beteg minden közlését, kérdését újabb kérdéssel hártják el. Szentől szemben folyó munkában, amikor a szituáció a terapeuta kontrollja alatt áll, ez a technika sokszor eredményes, bár könnyen ritualizálódik, és az értelmesebb beteg hamar átlát rajta. A telefonmunkában azonban ez a kontaktust zavarja. A kliens kérdésére tehát nem célszerű azt válaszolni, hogy miért kérdezi ezt, hogyan gondolja ő stb. Az explorációban sem helyesek a kérdések (hogyan érti azt, nem gondolja-e, hogy... stb.). A telefonmunkában - mint említettük - ehelyett az empátiás megközelítés a célszerű, ill. olyan interakciós technika kialakítása, amelyben a szakember genuin, nagy fokban kongruens tud lenni.

3. Az eredmény

A lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok hatékonyságának lemerése még nem történt meg. Mondhatnánk: természetesen nem történt meg, hiszen még a sokkal jobban ellenőrizhető közvetlen pszichoterápia hatékonysága sem tisztázódott kellőképpen. Ismeretesek azonban vizsgálatok, amelyek a hatékonyságot mégis igyekeztek megközelíteni, pl. visszajelentéseket kértek a hívóktól, néhol kérdőíveket küldtek ki nekik. Másutt a telefonterápia után mód nyílt a hívók személyes explorációjára, vizsgálatára. Világszerte szokás, hogy a hívókat biztatják, hívják fel a szolgálatot később, számoljanak be arról, mi van velük, hogyan sikerült a problémákat megoldani. Sok adatunk van tehát, amely a *szolgálat hatékonyságát valószínűsíti*. Igen valószínű, hogy a telefonbeszélgetés a preszuicidális szindrómában levők számára komoly segítség, és ha létrejönnek a rövid pszichoterápia feltételei, az effektus nem marad el attól, amely a közvetlen találkozásban elérhető.

A telefonszolgálatok kritikussai gyakran hangoztatják, hogy a szolgálat a letális, öngyilkossági cselekedetekre készülöket nem éri el, és hogy a hívók között nagy számban vannak nem szuicidális esetek is. Ezek a kifogások igazak. A telefonszolgálatok munkájának értékét azonban ez nem csökkenti. A nem szuicidális krízisben levők többnyire még olyan stádiumban vannak, hogy nem értek el az öngyilkossági "megoldás" fázisába, de lényegében haladnak arrafelé. Ha ők segítséget kapnak, az öngyilkosság *preveniója* érdekében mégis történt valami. Az öngyilkosok "elszánt" részének kapcsolatba kerülése a szolgálattal pedig annál nagyobb valószínűségű, minél hosszabb ideje működik a szolgálat a közösségben, minél nagyobb a szolgálat tekintélye, és minél több a kapcsolata más ellátó intézményekkel. Már volt szó róla, hogy jól működő szolgálatokat igénybe vesznek olyanok is, akik az öngyilkossal kapcsolatba kerülnek.

Nyilvánvaló, hogy az öngyilkosság megelőzésében és a krízismegoldásban a szolgálatok igazán hatékonyak akkor lehetnek, ha egy ellátó *szervezetben, rendszerben* működhetnek. A hívók egy részét el kell irányítani, ehhez szükség van olyan intézményekre, ahol azokat biztosan fogadják és megfelelő segítségben részesítik. Szinte szükségszerű, hogy a szolgálat rendelkezzen *ambulanciákkal*, ahová a hívókat be lehet rendelni, és *szociális gondozókkal*, akiket a hívóhoz ki lehet küldeni. Megfelelő kórházi háttér is igen fontos.

Véleményem szerint az öngyilkosság megelőző telefonszolgálatoknak a közvetlen tevékenységen túlmenően egyéb jelentőségük, fontosságuk is van. Így pl. világszerte az a tapasztalat, hogy az ilyen szolgálatok az öngyilkosság- és kríziskutatás központjai, amelyek nagyon értékes *tudományos munkásságot* fejthetnek ki. Nagy tapasztalatra tehetnek szert különböző pszichológiai problémák és páciens típusok kezelésében. Alkalmassak lehetnek *szociológiai adatgyűjtésre, elemzésre* is, mert a telefonszolgálatok információs anyagának tükrében egy

sor társadalmi jelenség körvonalai világosan felismerhetők. Legfontosabbnak azonban azt a *szimbolikus jelentőséget* tartom, hogy a telefonszolgálatok léte és működése nagyon elevenen felveti egy-egy vidék, város vagy ország *mentálhigiénés problémáit*, az ellátásban mutatkozó hiányosságokat és nehézségeket, és szinte követel azokra valamifajta megoldást. Bizonyos fokig tehát ezek a szolgálatok a pszichés problémákkal foglalkozó szakmák lelkiismereti őrpontjaivá válnak. Ez pedig nagyon fontos, hiszen a világon csaknem kivétel nélkül minden társadalom húzódozik attól, hogy a mentálhigiénében rejlő óriási problémákkal szembenézzen. Szükség van tehát arra a kihívásra, amit a segélyszolgálatok jelentenek mind a gyógyító szakmák felé, mind általában a közvélemény felé.

Éppen ezért nagyon fontosnak tartom, hogy a telefonszolgálatok hazánkban is megindultak. Sajnálatos, hogy eddig a hivatalos szervek eléggé szűrmarkúan, bizonytalanul támogatták őket. El kell érni, hogy ez megváltozzék, és a most még szerény keretek között, a munkatársak lelkesedésére építve dolgozó telefonszolgálatok kellően fejlődhessenek, és átfogóbb ellátási rendszereket hozhassanak létre maguk körül a krízisben levők segítésére.

Budapest, 1975. július 17.

IRODALOM

- ALEXANDER, F.: 1956, *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton, New York
- ALLPORT, G. W., P. E. VERNON: 1934. (1933), *Studies in Expressive Movements*. Macmillan, New York
- BALINT M., P. H. ORNSTEIN, E. BALINT: 1972, *Focal Psychotherapy. An Exemple of Applied Psychoanalysis*, Tavostock Publ. London
- BELLAK, L., L. SMALL: 1965, *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotharapy*. Grune and Stratton, New York
- BERGIN, A. E.: 1966, *Some Implications of the Psychotherapy Research for the Practice*. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 71.No.4. 235-246.
- BERNE, E.: 1961, *Transactional Analysis in Psychotherapy. A Systematic Individual and Social Psychiatry*, Grove Press, New Jork
- BLOOM, S. W.: 1963, *The Doctor and His Patient. A Sociological Analysis*. Russell Sage Foundation, New York
- BROCKOPP, G. W.: 1973, *The Telephon Call: Conversations Therapy* in: Lester, Brockopp (eds.) 1973, Ch. 8. 111-116.
- BROCKOPP, G. W., D. LESTER.: 1973, *The Obscene Caller: Responding to the Masturbator*. In: Lester, Brockopp (eds.): 1973, Ch. 12. 157-174.
- BUDA, B.: 1971, *Az öngyilkosság*. *Orvosi Hetilap*, 112. Évf. I. Társadalmi tényezők, statisztikai adatok, 22.sz. 1262-1267 II. Hazai statisztikai adatok, általános társaslélektani szabályszerűségek, 29.sz. 1691-1695 III. Pszichológiai szabályszerűségek, 35.sz. 1943-1946 IV. A megelőzés lehetőségei és módszerei, az öngyilkosságveszély orvosi pszichológiai ellátása, 39.sz. 2327-2332
- BUDA, B.: 1974, *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*, MRT Tömegkommunikációs Központ, Budapest
- BUDA, B.: *Az empáthia jelensége és jelentősége a pszichiátriában*. *Magyar Pszichológiai Szemle* XXXIII. 107.old.
- BUDA, B.: 1975, *A közvetlen emberi kommunikáció promotív aspektusa*. *Magyar Pszichológiai Szemle*, XXXII. 397.old.
- CANTRIL, H.: 1941, *The Invasion from Mars*, Princeton University Press, Princeton
- CANTRIL, H.: 1971, *Támadás a Marsról*. MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest
- DAVIS, J. M. (ed): 1974, *Depressions: A practical Approach. A Total Learning System*. USV Pharmaceutical MFG. Manati, P. R.
- FARBEROW, N. L., E.S. SHNEIDMAN (eds.): 1964 (1961), *The Cry for Help*. McFraw-Hill, New York
- FARBEROW, N. L., S. M. HEILIG, R.E. LITMAN: 1965. *Training Manual for Telephone Evaluation and Emergency Management of Suicidal Persons*, Suicide Prevention Center Inc. Los Angeles
- COFFMAN, E.: 1959, *The Presentation of Self. Everyday Life*, Doubleday, New York
- GREENWALD, h. (ed.): 1967, *Active Psychotherapy*. Atherton Press, New York
- HALEY, J.: 1963, *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York

- HIDAS, GY., BUDA, B.: 1968, A csoportpszichoterápiás folyamat vizsgálata az interperszonális kommunikációelmélet szempontjai szerint (második közlemény). Magyar Pszichológiai Szemle, XXV. Köt. 1-2.sz. 104-122
- KATZ, R. L.: 1963, *Empathy: Its Nature and Uses*. The Free Press, New York
- KNAPP, P. H. (ed.): 1972, *Non-Verbal Communication in Human Interaction*, Holt, Reinhart, Winston, New York
- LAMB, CH. W.: 1973, Telephone Therapy: Some Common Errors and Fallacies, in: Lester, Brockopp (eds.) 1973, Ch. 7. 103-110
- LESTER, D., G. W. BROCKOPP (eds.) 1973, *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, Charles C. Thomas, Springfield III.
- MALAN, D. H. et alii: 1963, *A study in Brief Psychotherapy* Tavostock Publications, London
- MACKINNON, R. A., R. A. MICHELS: 1970, The Role of the Telephone in the Psychiatric Interview, *Psychiatry*, Vol. 32., 82-93
- MERTON, R. K.: 1957, (CEC.ED.) *Social Theory and Social Structure*, The Free Press, New York
- NELSON, M.C. et alii: 1968, *Roles and Paradigms in Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York
- RINGEL, E. (hrsg.): 1969, *Selbstmordverhütung*. H. Huber, Bern-Stuttgart
- ROGERS, C. R.: 1951, *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin, Boston
- ROGERS, C. R.: 1957, The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21. 95-103.
- ROGERS, C. R. 1963, (1959), A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. In: S. KOCH (ed.): *Psychology, a Study of a Science*, Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context, McGraw-Hill, New, 184-256.
- TABACHNICK, N., D. J. KLUGMAN: 1965, No Name- A Study of Anonymus Suicidal Telephone Calls. *Psychiatry*, Vol. 28. 79-87
- TAUSCH, R.: 1968, *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl.) Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe Göttingen
- WOLBERG, J. R. (ed.) 1965, *Short-Term Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York.

A kérdésés művészete

A kérdések típusai

1. Lineáris
2. Cirkuláris
3. Stratégiás
4. Reflexív

1. Lineáris

Ki, hol, mikor, miért, mi miatt...

Cél: ok-okozat felderítése, definiáló, magyarázó, információgyűjtő

Kritikája:

- erkölcsi ítélkezésre késztet, büntudatot, szégyent, ellenállást vált ki a hívóból,
- konzerváló hatás (benntartja a hívót a hiedelemrendszerében).

2. Cirkuláris

Viselkedésre, különbségekre kérdez rá.

Pl.: "Amikor ezt mondta, hogy reagált a férje?" "Mi történt előtte/utána?" "Mi lenne ha.....?"

Cél:

- Interakciók vizsgálata,
- összefüggésbe helyezett elemek,
- új nézőpontok behozása,
- tudatosságszint növelése,

3. Stratégiás

A kérdés egyben beavatkozás is.

Cél:

- Ráébresztés, befolyásolás, korrekció,
- Direktív - a kérdés sugalmazza a megoldásmódot.

Veszélye:

- Az ügyelő saját megoldásait erőlteti a hívóra,
- tanácsot fogalmaz meg a kérdésben,
- rövidre zárja a beszélgetést,
- saját vakfoltok előtörése,

pl. "Miért nem próbálja meg azt, hogy"

Kritika:

- Az ügyelő bíró vagy tanár szerepben tűnik fel.
- Kényszerítő jelleg → büntudat,
szégyen a Hívóban,
elvárásnak való megfelelés.

4. Reflexív

Cél:

- Saját erők kibontása, bátorít, facilitál,
- jövőre irányítja a figyelmet,
- fejlődés beindítása.

Formái:

- megfigyelő perspektíva
- jövőre irányuló
- rejtett összefüggéseket kiemelő
- burkoltan sugalmazó
- normálshoz viszonyító
- különbségeket tisztázó

A kérdezés előnyei

- erősíti az ügyelő kliensközpontúságát,
- felhívó jellegű a hívó számára,
- gondolkodásra sarkall,
- kíváncsivá tesz.

Reflexív kérdések

1. Jövőre irányuló kérdések

Célokra:

- "Mit tervez....?"
- "Mit gondol, mi lesz ha....?"
- "Mit szeretne elérni...?"

Várt kimenetele:

- Milyen előrelépések történhetnek a következő beszélgetésig?
- Hogyan nyilvánulna ez meg?
- Mire számít?

Lehetséges következményekre

- "Mi lenne ha....?"
- "Mi történne ha....?"
- "Mit tenne ha....?"

Katasztrófa elvárásokra irányuló

- "Mitől lenne a legszomorúbb, ha előfordulna?"
- "Mi a legrosszabb, ami az adott dologgal kapcsolatban az eszébe jut?"
- "Mitől tart/fél a legjobban?"

2. Megfigyelő perspektíva

Megfigyelő helyzetbe hozás.

Nő a tudatosságszint és a különbségtevés képcseréje → hatékonyabb problémamegoldás.

Önmagára vonatkozó:

- "Pontosan mit érzett akkor....?"
- "Mit gondolsz a saját reakálásáról?"
- "Ha lenne módja, mit tenné másképp?"

A problémában részt vevő **másik félre** vonatkozó:

- "A másik mit gondolhat erről?"
- "El tudja képzelni mit élhet át a másik ebben a helyzetben?"

3. Rejtett összefüggésekre irányuló kérdések

Ellentétes vagy kényszerítő tartalom:

- "Miben változna az élete, ha hirtelen megoldódna a problémája?"
- "Mi hiányozna a mostani helyzetből?"
- "Mi lehet az, ami igényli ezt a problémát?"
- "Tegyük fel, hogy van valami fontos oka, hogy ezt teszi. Mi lehet az oka?"

Paradoxikus

- "Tudna-e ettől jobban.....?"

4. Burkoltan sugalmazó kérdések

Utalás a megoldásra, de fontos elfogadni a hívó megoldásait.

- "Milyen megoldáson gondolkodott eddig?"
- "Mit gondolsz arról a lehetőségről, hogy....?"
- "Mi a véleménye arról, hogy...?"

5. Normálisához viszonyító kérdések

- "Mit gondolsz, magát jobban foglalkoztatja ez a kérdés, mint más embereket?"
- "Találkozott már hasonló problémával küszködő emberrel?"

6. Különbséget tisztázó kérdések

- "Mióta van ez a gondolata?"
- "Ha vak lenne, hogy észrevegye a lényegét, ki tudna segíteni ebben?"
- "Ha hibázna, miből venné észre?"

A NEM-DIREKTIV SEGÍTŐ BESZÉLGETÉS RŐL ÖSSZEFOGLALÁS. A SEGÍTŐI BESZÉLGETÉS KÁTÉJA

Bevezetés

Egyik formája telefonos kapcsolaton nyugszik, amikor egy ember (a hívó) lelki nehézségei miatt szükségét érzi annak, hogy egy felkészült szakemberrel beszélgetést kezdeményezzen és fenntartsa legalább addig, ameddig gondolatainak, érzéseinek kavargásaiban nyugtot, vagy rendet nem talál. A hangkommunikáció és az anonimitás miatt ez a kapcsolat nagyon meghitt, egyszerű és szinte „vegytiszta”. A változás vagy a változtatás alapja, csírája a kapcsolat megteremtődésének, fejlődésének dinamikáján és minőségén múlik. Beszélgetésvezetésünk, meghallásunk tehát egyszerre legyen tudományos, alázatos és megszentelt. A hangsúly a beszélgetésvezetés nem direktív módszerein van, amelynek célja, központja, tárgya az érzelmekkel áthatott küszködő, szenvedő ember. Módszerünk tehát mélyen humanista, személy-centrikus: bajaiban magát a zsákutcába került embert fogjuk fel, hogy erőforrásainak kibontakoztatására optimális feltételeket biztosítsunk.

A segítői beszélgetésvezető kulcsember, kulcsfigura (maga a kulcs egy lelki zárhoz), Az alábbiakban a telefonos ügyelés sajátosságait, kritériumait foglalom össze Muchielli, C.Rogers, Tringer László, Debrecenyi Károly István munkája alapján.

Mi a nem megfelelő, nem célravezető segítői beszélgetés?

Ha az lényegében és dominánsan:

- társalgás,
- beszélgetés (csevegés, fecsegés, üres formális kommunikáció)
- vita,
- riport,
- kikérdezés,
- rábeszélés,
- gyóntatás.
- magyarázás, győzködés
- irányítás
- tanácsok osztogatása
- büntudatba sodrás
- befolyásolás

Gondold végig, miért?

A cry for help és a preszuicidális szindróma fennállásakor alkalmazandó beavatkozás módszerei másak! A fenyegető helyzet miatt a módszer direktív lesz!

Mi a megfelelő segítő beszélgetés?

Interakció - kommunikáció, amely az együttérzés és a megértés céljából hidat épít a beszélő és a hallgató között. A hívó a beszéd révén tekint rá önmagára és viszonyaira a megoldásra való ráérzés céljából. Egy feszült, kétségbeesett vagy lázadó ember személyes kapcsolatfelvétele anonim úton egy felkészült segítőkéz szakemberrel, aki:

- úgy érti meg a problémát, amilyenek a Hívó érzi, felvázolja, beállítja.
- aki a Hívó érzelmeit - indulatait a feszültségoldás irányába, személyes fejlődésének legkedvezőbb oldala felé tereli, miközben éppen így lesz klienscentrikus és nondirektív.
- aki arra törekszik, hogy Hívója, segítséget kérője a segítség módszerei által megértetté váljon.
- aki nem viszi bele rosszabb érzésekbe, mint amilyenben van.

Melyek a klienscentrikus, megértő segítőbeszélgetés ismérvei?

1. őszinte érdeklődés, előítélet-mentesség, hogy spontán kifejezésre bátorítson.
2. nyitottság,
3. nem hagy olyan érzést a Hívóban, hogy problémájával és annak megoldásával magára marad.
4. tiszta szándékkal törekszik a Hívó nyelvezete, szubjektuma, univerzuma, az őt körülvevő szituáció megismerésére, megértésére. (a feltétlen elfogadás, megértés nem egyenlő az egyetértéssel, helybenhagyással!)
(A fejlődés, a változás motorja a megértés. Sokszor csak ennyi kell.)
5. a viszonylagos objektivitás megtartása céljából állandó kontroll alatt tartja a beszélgetést. (Ezekhez tréning és módszer-ismeret kell. A jó akarat kevés, csak feltétel!)
6. olvas a Hívó gondolatai között és mögött – és bábáskodik a ki nem mondott vagy elhallgatott érzéseknek megfogalmaztatásánál.

Mi a megfelelő segítő beszélgetés feltétele?

- készenléti állapot
- nyugodt körülmény,
- elegendő idő.

Melyek a megfelelő segítő beszélgetés akadályai?

- oligofrénia
- gyermek a Hívó

- ha a téma a törvény és a jog,
- a Hívó elzárkózása a teljes exploráció elől.
- elmezavar,
- különbség a szókincsben és a műveltségben, nyelvi kód különbségei,
- az őszinteség hiánya,
- szándékos torzítás vagy hazugság,
- intimitás (az objektivitás zavarója),
- a bizalom hiánya,
- kedvezőtlen benyomás.
- nem beszélt idegen nyelvre.

Melyek a megfelelő segítőtársítás zavaró tényezői?

- a személyes érintettség, vagy ennek teljes hiánya,
- szubjektivitás, elfogultság
- foglalkozási ártalom,
- a precíz megfogalmazásra való kényszer törekvése,
- a metakommunikáció felületes kezelése.
- a segítőtársításra hatással van még:
 - hely, kor, rang, nem
 - hangulat, figyelem, idő
 - szimpátia, beskatulyázás, vagy tipizálás
 - a verbális csatornák egymásra hangoltsága.
- pozitív indulatátétel

A fentiek szerint a zavaró tényezők külsők és belsők lehetnek, s ezek megnehezíthetik az interakciót, a közlések felfogását, a megértést, s tévútra sodorhatnak, a jelentéstartalom elmosódhat, a segítőtársítás síkja eltolódhat.

Jegyezd meg!

Mindenre figyelni kell, mindent fel kell ismerni benne is, de magadban is. Ismerni kell a verbális csatorna összes különbségeit. Sok dolog ismeretére van szükség a megértéshez, a kontrollhoz, a realitáshoz, az exploráció elnyeréséhez, s ahhoz, hogy „találkozzatok”, amikor már a kevés szó is elég.

Mi a segítőtársításban a figyelem szerepe?

1. a tudományos módszer feltétele,
2. a realitáshoz vezető út,
3. azonosulás (kontrollal),
4. együttműködés (szintén kontrollal),

5. a tanácsadás elkerülésének lehetősége,
6. az őszinteség légkörének biztosítója,
7. a beszéd felépítésének segítője,
8. az önmegfigyelés eszköze.

Az őszinteség légköre perdöntő. Figyelni kell a kongruenciára (a verbális és nonverbális kommunikáció egyezzen!) az elhallgatásra, a beszéd metakommunikációs jelenségeire. Nem szabad befolyásolni. Figyelni kell a beszéd felépítésére, dinamikájára, fejlődésére. Az önmegfigyelés nélkülözhetetlen (előítélet, projekció, nonverbális üzenetek, stb.). Egyszerre figyelj magadra és a Hívóra! Készség és gyakorlat szükséges ehhez.

Melyek az együttérző meghallgatás feltételei és nehézségei?

Ennek a hitelességét (hűségét) és objektivitását egyedül csak a páciens igazolhatja vissza, csak ekkor igaz. A hallgatás nem egyenlő a meghallgatással, viszont mindkettőnél több a meghallás!

Ítélezés jellegű érzelmeket nyilvánítani tilos! Minden Hívó más. Problémáit érzelmei hordozzák. Az érzelmeket kell először kezelnem, hogy a problémái elrendeződhessenek. A sztereotipizálás veszélyes (előítéletek, hamis véleményalkotás, interjú módszer).

Jegyezd meg:

figyelem + kontroll + beszédhelyzet kézbentartása + a saját exploráció segítése és megkövetelése + realitás + objektivitás!

Beszélni nem könnyű! Feszültség, megrendülés esetén pláne. A félreértés, félrehallás nagy kísértés. Követelmény: sem elvenni, sem hozzátenni, sem félreérezni, sem félreérteni! A hívó objektivitásához szubjektivitásán át vezet az út.

Melyek a helyes beszélgetésvezetés szempontjai?

Ha kizártunk minden külső és belső zavaró tényezőt, egyedül a segélykérő Hívó magatartása marad számunkra a mérvadó:

- igyekezz áttekinteni: mi (lehet) a célja a segítségkérőnek a hívás (kapcsolatfelvétel) kezdeményezésével
- a célt (ahová el akar jutni) ne Te tűzd ki
- a cél felé az Ő útján, az Ő eszközeivel, az Ő tempójában haladj (ha lassít, ne gyorsítsd, a ha gyorsít, ne lassítsd)
- a kapcsolat építése,
az interakció figyelése,
a beszéddinamika megfigyelése,
- biztatás az explorációra, a saját probléma megfogalmaztatására.

Melyek a helyes segítői magatartás feltételei?

1. ne kezdeményezz,
az élményekre (esemény + érzelem + idő) koncentrálj,
a személyiségre figyelj s nem a problémára,
egyedül csak a Hívó lehet a fontos,
az elmozdítás céljából meg kell őt értened: a segítői feladat és a beavatkozási folyamat alapja, alapszabálya: megérezzem és megértsem a segítségért folyamodót, s ezáltal ő megérezve és megértve, azaz elfogadva legyen.

Jegyezd meg!

Minden kommunikáció kis interakciós lépések sorozata (mint a sakkjátékban). A segítő beszélgetés célja a realitás, az objektivitás és produktivitás útján érhető el.

A segítő beszélgetésben semmilyen formáit nem szabad alkalmazni a befolyásolásnak (sem a verbálisakat, pl. kérdezgetés, sem a metakommunikatívakat).

Minden hívónak (faja, iskolai végzettsége, neme, ideológiája, vallása, neveltetése, stb. szerint) saját fogalmi és vonatkoztatási gondolat- és érzelmi rendszere van, erre utal szókincse, gondolatmenete, kifejezései. A hívó valósága nem egyenlő az ügyelő valóságával! A valóság leírására minden nyelvnek meg van a maga eszköze. Saját valóságának leírásában a páciens nyelvezete is sajátos, körülményei által determinált.

Valóságát csak hipotézisek útján közelíthetjük meg, így kérdéseink mégis csak tendenciózusok lesznek, de ennyi szükséges.

A Hívó adott viselkedése mindig életeseményeire vonatkozó érzelmi reakció. Ezt pontosan meg kell figyelni.

Ha a segítő beszélgetésben az önkontroll csökken, az a beszélgetésvezető spontán magatartását hozza felszínre. A reakció spontán: ha csak a szituáció küllemére reagálunk, ha azonnal beskatulyázzuk, ha magunkkal azonosítjuk, ha saját személyiségünk alapján reagálunk, ha az automatizmust és a sztereotípiákat nem fejtjük le magunkról. A segítő beszélgetésnek tehát szükséges mértékű feszültsége (dinamikája) és technikája van!

Melyek a leggyakoribb beszélgetésvezetői típusok a beszédre adott viselkedésük alapján?

- értékelő - morális,
hátránya gátlás, büntudat, leintettségek érzete, titkolózás, félelem. Törekedhet a megjelölt hibák elhagyására, vagy kijavítására, de csak azért is módon reagálhat. Saját valóságod mércéjének használatát került!
- interpretáló, (értelmező, magyarázó)
hátránya meg nem értettség, félreértettség, felületes figyelés, gátlás, mérgeskedés.
- vigasztaló, (támogató)

- hátránya: apáskodás, a barátkozás vagy a szuggesztívó igénye, visszautasítás, passzivitás
- kutató, (részletek után kérdező)
hátránya: zavarja a kikérdezés, kényszeredetten, vagy ellenségesen viselkedik.
 - problémamegoldó
hátránya: nem vállalás, tiltakozás, elégedetlenség, kényszeredett elvállalás és cselekvés felelősségvállalás nélkül. Az okosság ellenállást válthat ki.
 - empátiás.

Viszonylag mindegyik viselkedését megmagyarázhatja az ügyelő, de a veszélyek nagyon komolyak, és ismerni kell azokat! Mérlegelni kell az előnyt és a hátrányt, viszont az empátiás beszélgetésvezetés a veszélymentes.

A kedvezően alakuló segítő beszélgetés az empátiás irányban a legoptimálisabb explorációs szint elérése felé halad. Ehhez az alábbi feltételek szükségesek:

- a segítő jó személyisége,
- felkészített és alkalmassá tett ügyelő,
- jó technika (non-direktivitás és kliens-centrikus álláspont)
- előítélet nélkülség, a feltétlen elfogadás
- a segítő beszélgetés félelmétől való mentesség,
- intenzív figyelem a kettőskontroll és az objektivitás fenntartása céljából. Sőt, hármas kontroll: önmagad, a paciens és az interakció felett.
- kongruencia,
- intuíció
- empátia (a kommunikációk visszaigazolása, beleélő visszatükrözés.)

Milyen a képzett ügyelő?

A képzett ügyelő mentes lélektani problémáktól vagy azokat uralma alatt tartja. Nem önmaga megoldatlan problémáira keresi a választ. Nem fél a beszélgetéstől, az érzelmi hullámzástól, bizonytalanságtól, a beszéd-szünetektől. Képes fenntartani a beszéd kellő lendületét anélkül, hogy kezdeményező és serkentő lenne. Nem vágyik a Hívót titkaira. Nem manipulálja a Hívót. Észrevétlenül alakítja ki a szolidaritást, a barátságosságot, kezeli az érzelmeket. Úgy látja, úgy éli át, úgy érti meg a Hívót és univerzumát, ahogy ő személyesen látja, átéli! Oldja a feszültséget, hogy a személyiségfejlődést kedvező irányba terelhesse.

Nem elég csak együtt érezni és involválódni (a figyelem itt elakadhat és kialakulhat a gát.) Az involvációban szükség van kellő távolságtartásra az objektivitás megőrzése miatt. Nem élettörténetet kell elmeséltetni, hanem személyes univerzumában az összefüggésekre kell rávezetni! Úgy maradj belül (benne), hogy kívül is lehess. Szubjektuma (sérült érzelmei, indulatos ítéletei) nem gyűrhet maga alá. A problémás ember gondolatait figyeld az alábbi szempontok szerint:

1. miként látja problémáját saját magában
2. miként látja saját magát a problémájában
3. miként látja problémás önmagát szociális környezetében
4. miként látja szociális környezetét problémás önmagában,

vagyis, hogyan definiálja pszicho-szociális létét attól kezdve, amire panaszodik, amitől, vagy akitől szenved és akadályoztatva van.

A fenti feltételek a segítő beszélgetés professzionális és morális biztosítékai is egyben.

Melyek a segítői beszélgetés célt szolgáló technikái?

A megfelelő tudományos technika és felkészültség hatására megnyílik a Hívó szubjektív, rejtett világa. Más lehetőség nincs, hogy valamilyen módon belelássunk abba, hogyan lát és érzékel egy ember életnehézségeket, azok következményeit. Egyetlen lehetőség, hogy a Hívó ezt hangosan megfogalmazza, értelmezze, mi pedig megpróbáljuk a közölt anyagot egzakt módon kezelni. Az egyetlen helyes megoldás az őszinte meghallgatás. Képzeld el, hogy mi vagyunk olyan helyzetben, hogy érzéseinket, véleményeinket ki akarjuk fejteni, de beszédpartnerünk nem figyel oda, vagy szavunkba vágva az ellenkezőjét bizonygatja. A helyes technikával érzük el, hogy a Hívó gondolatait vele egyetértőként fogalmazzuk meg.

Ebben a lélektani munkában élénk a figyelem, erősödik a kommunikáció, a bizalom révén feltárul az érzésvilág, a szubjektum, a Hívó felbátorodik, enyhül a feszültsége, elkerülhető a félreértés, szemlélete, látásmódja formálódik. Ekkor jobbra még csak hallgatód őt.

A Hívó egyetértése az ő kontrollja felettünk! Nehézségeivel kapcsolatos élménye és látásmódja, értékelése az ő szubjektív igazsága! Csak akkor képes a változások irányában ható visszajelzések megértésére, önszabályozásának visszanyerésére, ha a segítő beszélgetésnek a technikája valamennyi feltétel közepette megfelelő és dinamikus (de nem direkt.)

A technika első foka a Hívó gondolatának egyszerű megismétlése, az ún. echo-válasz. Ez csak a figyelem jele és a szubjektív tükörkép, a megerősítés, az önbizalom fokozás módszere. Ne legyen rendszeres és mechanikus, a főbb gondolatrészekre irányuljon, együtt érző és együtt gondolkodó legyen. Segítse a Hívót magabiztossá tenni, a feszültség csökkentés révén megnyílni. Lehet érezni, hogy koncentrálni önmagára.

A második fok felé haladunk, ha az echo-válaszainkat az újra fogalmazás, majd a közléstartalmak egyikére való reagálásunk váltja fel – de ne ragadjunk le itt! A közléstartalmak minden lényeges, belső elemét megismerve állítsuk általános összefüggésbe ezeket az új látásmód elérése céljából.

A második, már magasabb fok tehát a kiemelő, összefoglaló, új összefüggésekre rámutató, a gondolatokat más szavakkal visszaadó verbalizálás. (kimondás,

kimondatás) Ne legyen interpretáció!, csak csoportosítson, összefoglaljon, kiemeljen. Megfelelő időben kellő tapintattal fogalmazzuk meg hibás látásait.

Fontos! A sajátos, egyéni, szubjektív látásmódra segítségünkkel a Hívó önmaga jöjjön rá!

A segítő beszélgetés üres visszhang lesz, ha nincs mögötte emberi tartás, személyes töltet. Ezekkel a segítő, az ügyelő növeli az eredményességet, az explorációt és a megértést. Az echo-válasz fontos a beszélgetés megindításánál, de önmagában nem elég, mert csak egyoldalú probléma-meghallgatást jelent, nem vezet igazi megoldáshoz, nem fejlődik dialóggá, a hamisan látott dolgokat ismételve még meg is erősíthet, s a felszínen mozog.

A magasabb fokozattal sikerül elérnünk, hogy a Hívó mondanivalója tartalmilag fokozatosan szubjektív megvilágítást kap, s ez jelentős fejlődés már a segítő beszélgetésben.

A magasabb fok alkalmazása esetén – amikor meg is hallod amit mond - eljutunk a Hívó belső élményvilágához. Tegyük fel magunknak a kérdést, mit jelent amiről a Hívó beszél. Meg kell értenünk élményvilága jelentés rendszerét, személyiségének lényegét. El kell vezetni őt saját határainak megismeréséhez.

A jelentés-tartalmat három rész adja:

1. tartalmi, tárgyi,
2. élményi: az aktuális élmény történeti viszonya az élményanyaghoz,
3. az állandó érzelmi szerkezet (a konstans affektív struktúra): ez azt jelenti, hogy különböző megterhelő lelki helyzetekben a Hívó alapmagatartása szerint közel azonos módon, esetleg mindig - nem megfelelően reagál.

E magasabb fokozatban a technika célja, hogy a Hívó élményeit, ezek jelentőségét, vonatkozásait a kérdéses szituációra a mindennapi élet lehetséges objektív igazságszintjén értelmezze. A személyiség mélyén torzult viselkedés-mintázatok, hamis beállítódások szilárdulnak meg, ezeknek ad hangot, s keresni kell ezeknek az élményei általi igazolásait.

Mi a segítő beszélgetés technikájának végső soron a célja?

Hogy a válságba jutott ember újra saját kezébe vegye életét, és képes legyen feldolgozni saját egzisztenciális problémáit. Ehhez a célhoz segítjük, ha emeljük szituációs öntudatát.

Ez azt jelenti, hogy

1. a Hívó saját magát úgy látja meg, mint a helyzete hordozóját.
2. a helyzete börtönéből következik, hogy képtelen objektív ítélet alkotására: erre utal a tépelődés, egy helyben topogás, hibás racionalizálás, irreális fontolgatás és a velejáró nagy belső feszültség. Ebben a tépelődéses helyzetben az egyedüllét érzése, a magára maradottság érzése törvényszerű.

3. passzív szenvedéséből kimozdul az aktív cselekvés irányába.

Meg kell tehát fogalmazni együtt az adott szituációra vonatkozó valamennyi ismeretet. El kell vezetni a Hívót annak a felismeréséig, hogy szabad csak akkor lehet, ha megismeri önmagát, s ami történt vele, és megpróbálja magát saját dolgain kívülállóként szemlélni, akár ironikusan is. (Irónia is megnyilvánulhat azzal, hogy újra átgondolja helyzetét, újra hallja szavait.)

A helyes technika révén rendezetlen affektív, érzelem-vezérelt szemlélete tisztultabb, higgadtabb önszemléletbe, öntudatosságba megy át. Minden embernek vele született képessége a fejlődés, a megújulás készsége. Ez sérülhet átmenetileg, de segítséggel helyre állhat. A segítségnyújtás nem nevelés, hanem non-direktív aktív interakció.

Mi a feladatunk?

1. Elérni, hogy megértett és elfogadott legyen.
2. Segíteni őt érzelmi reakcióinak kifejezésében (düh, méreg, bosszú, harag) és hogy az empátiánk és intuíciónk segítségével a ki nem mondott érzései is megfogalmazásra kerüljenek.
3. Tájékozódni a stressz mértékéről, okairól, időtartamáról.
4. Segíteni gondolatainak összeszedésében, rendbetételében, új szempontok szerinti összeállításában.
5. Minél többet felfogni belőle, de csak annyit közölni ebből, amennyinek ő a felfogására képes.

A segítő feladat és a beavatkozási folyamat alapja, alapszabálya: megérezzem és megértsem a segítségért folyamodót, hogy ő általam megérezve és megértve, azaz elfogadva legyen.

Mi tehát a célunk a hívóval őáltala?

Hogy érzelemvezérelt, szubjektív, meggátolt, sértett, elbizakodott, irreális (álmodozó, lemondó), elidegenedett Én-helyzetből az értelmi (megértő, elfogadó), objektív, szabad, önkritikus, reális, önmagát megtaláló (hazataláló) szemlélethez és értékeléshez elvezessük.

Ajánlott szempontok a segítő beszélgetés technika alkalmazásához:

1. A komoly beszélgetés előkészítése, indítása: a bizalom elnyerése, a szuggesztió elkerülése.
2. Szünetek esetén kifejezni újra a meghallgatás készségét, gondolkodni a dinamika folytatásán, rövid összefoglalást adni.

3. Az itt és most helyzetet analizálni.
4. A Hívó direkt kérdés-feltevése esetén keressük meg a kérdésfeltevés indítékát, élményanyagát (pánikhelyzet, bajban levés, félelem a meg nem hallgatástól, támasztékkeresés). Nem szabad direkt választ adni, hanem a kérdését verbalizálásra, kibeszéltetésre, megbeszéltetésre kell felhasználni.
5. Gondjait, gondolatait explicitté (nyílttá) kell tenni.
6. Problémáira emlékezni és hetek múlva is „szembesíteni” kell.
7. A részvétel megfogalmazása, konkrétan, biztosan, rendszerbe foglalva.

Út a cselekvéshez:

Első teendő:

Az érzelmek közötti egyensúly megteremtése (az agresszió, zaklatottság lecsillapítása)

Az érzelmek uralásának elérése.

Második teendő:

A problémamegoldás útjainak megtalálása

Ezek lépései:

- elemzés
- cselekvési sorrend elfogadása,
- ütemezés
- szükség esetén helyzetelfogadás vagy kitérés, visszahúzódás, ellentámadás,
- a kritikus személy kiderítése
- felelősségvállalás
- a negatív értékelés pozitívrá alakítása (a rosszban is megtalálni a jót.)
- társas támogatás keresése (1, legfeljebb 2!)

A Hívóval (segítségkérővel) mely esetekben nem érünk el semmit?

- Ha a Hívó saját affektív jelentésrendszerének foglya, s nem mozdítható el.
- Nem képes elszakadni saját jelzés - és gondolatrendszerétől.
- Fixálódta vonatkoztatási és viselkedési sémái (sértődött alapállás, ellenállás, vitatkozás).

De: ha feltárul a Hívó személyiségstruktúrája: ekkor az élményanyagot jelentésében meg lehet változtatni, át lehet vinni a mi jel- és szokásrendszerünket, át lehet hangolni, rá lehet vezetni saját szubjektív gondolatrendszerének buktatóira, konstans affektív struktúráit, mint engedetlen szubjektumát átszervezésre lehet készíteni, így a Hívó szemlélete objektív, ő maga pedig szabad lesz.

Tudnunk kell, hogy az élet állandóan változik, új és új feltételek elé állít, elkerülhetetlenül tele van stresszekkel (s kérdezhetjük tanítva: na, és nem ez a jó benne?) és az, hogy az egyén minden helyzetben szabadon dönt, választ és alakítja önmagát – felelősen.

Madách: „Szabadon bűn és erény közt választhatni mily nagy eszme, s tudni mégis, hogy felettünk pajzsul áll Isten kegyelme.” – (Ez pld. AA klub tézise)



Az élet küzdelem



Aki nem küzd, meghal



s aki nem tud küzdeni, annak segítünk, ha kéri.

Ismerjük, hogy nehéz helyzetben bár hozzánk fordulhatnak, mégis problémát jelent számukra a segítség elfogadása, ill. a segítségért jelentkezés! (Legyünk ezért óvatosak!)

Miért?

1. veszélyben érzik szabadságukat
2. féltik önértékelésüket
3. prejudicium miatt (előítélet, ismeret nélküli állásfoglalás). Az interakcióink ezért nagyon finomra hangoltak legyenek!
4. anticipációs szorongásuk miatt.

A hívókat ezért nagyon becsüljük meg.

Mi védi a segítőt (az ügyelőt)?

- a gyakorlottság és a tudásgyarapítás
- saját mentálhigiéniével való törődés
- a jó kollektív szellem ápolása
- a többi segítőtárs iránti bizalom
- pozitív tulajdonságok: óvatosság, türelem, fegyelem, tisztelet, szelídség, önbizalom, alázat, mértéktartás, nyugalom.

mindezen fentiek mellett a segítőnek (az ügyelőnek) garantáltan éreznie kell, hogy a hivatása végzése közben biztonságban van, a többiektől védelemre, együttérzésre és

megértésre számíthat. A garanciát a szolgálat felépítése és működése biztosítja. Ezeknek alkotórészei – mint vázak – négy oldalról ölelik körül munkája végzése közben a szolgálatot képviselő ügyelőtársainkat:

- 1., a vezetés, szervezés, irányítás, döntés, SZMSZ.
- 2., a képzése és a szupervízió.
- 3., egyéni és csoportos szintű esetmegbeszélések.
- 4., közösségi élet, programok, élmények, találkozók.

Ne feledd:

A szolgálat képviselője, hangja vagy. Esménk, követelményeink és módszereink szigorúak. Szükségtelen és veszélyes minden szabadelvű, egyénieskedő kísérlet, barátkozó stílus, függőséget előidéző legkisebb megnyilvánulás. A hívónak, a segítségkérőnek nem engedheted meg, hogy „levetkeztessen” mert ezáltal megsérülhetünk.

Az esküd szövegét köteles vagy maradéktalanul betartani.

Összeállította:

Dr. Kálmánchey Albert

"NÉGYSZEMKÖZT" Mentálhigiénés Ambulancia

SORGATZ, Hardo

25 Leitpunkte zum Telefongespräch mit suizidalen Personen. = Suizid-Prophylaxe. Theorie und Praxis. 1. Shft; 3. Aufl. 1986 Regensburg, Roderer V. 14-17. pp.

25 alapelv az öngyilkosokkal folytatott telefonbeszélgetésekhez

1. A telefonban *minden egyes* öngyilkossági utalást komolyan kell venni.
2. A telefonhívással egy életunt még kapaszkodik az életbe, különben nem telefonált volna.
3. A szuicid megnyilvánulás gyakran (egy utolsó) kísérlet arra, hogy a hívó egy embertársával beszéljen, akár ha névtelenül is.
4. Az öngyilkossági kijelentések *aktív* odahallgatást kell kiváltanak.
5. Az öngyilkosok gyakran feketén/fehéren látnak. Ezért legtöbb esetben egyértelmű kommunikációs struktúrát várnak el a segítőtől (pl. apa-fiú relációban).
6. Az öngyilkossági krízis legveszélyesebb csúcspontja csak néhány óráig tart. Ne félj attól, hogy túl sokat adsz magadból, amikor (mint utolsó embert, akit megszólítanak) hagyod, hogy kihasználjanak.
7. Ha a saját, öngyilkossági gondolataiddal és kívánságaidal tisztában vagy, akkor tudsz szorongás nélkül más ember szuicid törekvéseivel bánni.
8. Féltsd a *másikat*, de ne szorongj a szavaitól és a szándékától.
9. Kerüld a féltő, aggályos-jó szándékú körülírásokat. Mondj inkább "öngyilkos lesz" helyett "meg akarja ölni magát", vagy "gyógyszert vesz be" helyett "meg akarja mérgezni magát".
10. A szuicid hívók ambivalensen tévováznak az élet és halál közt. Mutass rá erre és erősítsd meg a hívót úgy, hogy még egyszer mindkét alternatívát átgondolni kényszerüljön.
11. Próbáld meg a másikat keresztnevével szólítani, ez megeremti a személyességet.
12. Aki el akarja dobni az életét, joga van ahhoz, hogy személyes kihívásával és képtelen gondolataival az idegeidre menjen.
13. Hagyd rá a másokra, hogy maga határozza meg azt a módot, ahogy Ő veled beszélni szeretne. Ha tárgyilagos, légy te is tárgyilagos, ha szakszerű, légy te is, ha szelíd, légy te is az.
14. Ne hagyd magad a reménytelenségbe behúzni, ellenkezőleg, óvatosan módosítva kijelentéseit kérdezz mögéjük.
15. Kerüld a direkt, miért kérdéseket, amelyek a másikat sarokba szorítják.
16. Próbáld meg a másikat mini-akcióra biztatni: "sokáig kell beszélgetnünk egymással, nem inna valamit (nem gyűjt rá addig, nem ül le), még a telefont tartjuk?"
17. Próbáld elérni, hogy a hívó forduljon a számára még jelentős, releváns személyekhez. Ha valóban nincs ilyen, ajánld fel ezt a lehetőséget magad neki.
18. Tudd meg, hogy a jelentős életterületek közül (önmaga, munkája, társas kapcsolatok, vallás és szerelem, szex, partnerkapcsolat) melyik eléréséhez segítheted hozzá.
19. Biztasd a másikat arra, hogy saját jövőjéről fantáziáljon, de el ne vedd tőle ezt a munkát, ne végezd el helyette.
20. Ne hagyd magad logikai végkövetkeztetésekkel meggyőzni, pl.: "HÁT ezért kell megöljem magam!" Alakítsd át: "Emiatt (a belátható időben, adott körülmények között, ha ezek és ezek a lehetőségek bezárulnak) mérgezhetsz meg magát".
21. Csak 2 vagy 3 direkt kérdést tégy fel (keresztnevével, az elkövetés módja).
22. Indirekt kérdezz a lakcímére, munkahelyére, kollégáira, stb., de csak ha feltétlen meg kell tudjad az adatait.
23. Mondd meg a hívónak, hogy milyen jó volt, hogy veled beszélhettél.
24. Próbáld megállapodást kötni, hogy a hívó, mielőtt megöli magát, még egyszer felhív téged -, és csak akkor, miután már a javasolt lehetőségeket megpróbálta.
25. Ne félj attól, hogy némelyik ember utolsó emberi jogaként azt akarja eldobni, amiről te éppen - legalábbis gondolatban - alighanem nem mondanál le.

Máday István Mentálhigiénés Szolgálat (kizárólag belső használatra)

A gyász

I. A gyászoló helyzete

1. A gyász meghatározása

A gyász "rendszerint egy szeretett személy elvesztésére történő reakció..." (S. Freud).

2. Leírás

A gyászoló pszichés amputációnak érezheti annak elvesztését, akitől a saját élete értelmet és nyugalmat kapott. Minél nagyobb jelentősége volt a kapcsolatnak a pszichés háztartás egyensúlyában, annál nagyobb traumát jelent az elvesztés (Clinebell).

"Mivel az emberi identitás a másokkal való kapcsolatban képződik, egy szeretett ember elvesztése nemcsak a világot töri darabokra, hanem az érintett személyt is összeomlással fenyegeti. A gyászoló meghal a világnak, s meghal önmagának. Halott számára a világ s ő is a világnak. Énje mintha kiürülne. Halott, mintha jelen sem lenne. A gyászoló kisebbségnek érzi magát, mert a szerető odafordulás és önértékelésének erősítése zavart szenvedett a szeretett ember elvesztésével és a világhoz fűződő összes kapcsolatának megrendülésével. Attól fél, hogy a másik halálába belezuhan ő is, összezúzza magát. A klinikai tapasztalatok igazolják is, hogy a valaki után halás egyáltalán nem ritka" (Spiegel, Gespräche, 2 f.).

A mondottakból világos, hogy egy közelálló ember elvesztése nemcsak a külvilághoz való viszonyt rázza meg (realitás), melynek legfontosabb, gyakran egyetlen megjelenítője az elhunyt volt, hanem a "belső világot" (a pszichés rendszert) is fenyegeti. Ebből adódóan annak az embernek a feladata, akit egy ilyen szörnyű veszteség ért, kettős:

- Felvenni a kapcsolatot a külvilággal - úgy, hogy az elhunytéhoz fűződő túlzott érzelmi kötődést lazítja -, és ezek helyettesítésére új kapcsolatokat teremt.

Felépíteni a "belső világ"-ot, és a valóságnak megfelelően elhelyezni benne az elhunytat. Ezt a tevékenységet nevezik gyász munkának. (A gyász pszichoanalitikus megértéséhez vö. Sigmund Freud, Karl Abraham és Melanie Klein munkáit.)

3. A gyász mint betegség

"A gyászoló tényleg beteg. Ám ez a hangulati állapot olyan általános és annyira természetesnek tűnik, hogy nem nevezzük betegséggnek." (Melanie Klein).

a. Néhány lehetséges pszichés tünet vagy panasz: általános idegesség, depresszió, tartós félelem, álmatlanság, az altató és nyugtató szerek használatának növekedése, alkohol és nikotin használat, csökkenő munkaképesség és kimerültség.

b. Néhány lehetséges pszichoszomatikus tünet vagy panasz: fejfájás, emésztési zavarok, súlyvesztés, immunitáscsökkenés. Yorick Spiegel írja: "A gyász olyan betegség, melynek világos etiológiája és sajátos önhatároló lefolyása van, és a korábbi összállapot helyreállításával végződik." Következtetése: "Nem kielégítő gyász munka esetén számolnunk kell azzal, hogy az egészség veszélyeztetettsége olyan mértékű, hogy a gyászoló mentesítése hivatali vagy egyéb kötelezettségei alól nemcsak társadalmi, hanem egészségügyi politikai követelménynek is tekinthető".

II. A gyász fázisai

A haldoklókhöz hasonlóan megkísérelték megkülönböztetni a gyászolóra jellemző krízis fázisait is. Yorick Spiegel négyet állapít meg:

1. A sokk fázisa
2. Kontrollált fázis
3. Regresszív fázis
4. Adaptív fázis

1. A sokk fázisa

Általában a halálhír vételével kezdődik, néhány órán át tart, de legfeljebb két napig. Az érintett gyakran mintha megbénult volna. Nem képes érzéseit szabályozni. Legjellemzőbb, hogy nem akarja sem elhinni, sem tudomásul venni a haláleset tényét. Ha ezt az állapotot nem haladja túl a gyászoló, és minden energiáját arra fordítja, hogy a bekövetkezett eseményt önmaga előtt letagadja, akkor "a gyász hátráltatásáról" beszélünk, amely komoly zavarokhoz vezethet.

2. A kontrollált fázis

Az ellenőrzésnek két formája van: az egyik, melyet a gyászoló önmagával szemben gyakorol. Ezzel párhuzamos a másik, melyet a hozzátartozók, barátok és a "profli krízisszakemberek" (temetkezési vállalkozó, pap stb.) végeznek azzal, hogy biztositják a temetés társadalmilag méltányos elvégzését. A társadalmi aktivitás ebben a fázisban igen erős. A temetéssel kapcsolatos elintézendők sokasága, a hozzátartozók jelenléte külső tartást kölcsönöz. Ezzel végződik a sokk első kihatása. A gyászoló ebben a fázisban nagyon tehetetlennek érzi magát, és úgy látja, hogy nem képes önálló döntést hozni, de el nem hagyhatja magát. A saját pszichés összeomlástól való félelme miatt és a társadalmi szokásokra való tekintettel kénytelen magát saját ellenőrzése alatt tartani. Ez sok lelki energiát követel. Az ilyen ellenőrzött viselkedés tünetei többek között: nehézkes beszéd, látható cél és megfontolt szándék nélküli túlzott aktivitás, ami az úr kitöltésére hivatott. Ez a fázis rendszerint a temetésig tart.

3. A regresszív fázis

Ez általában a temetés után kezdődik, amikor a gyászoló ismét magára marad és elhagyhatja magát. Jelei: a pszichés szervezet részleges összeomlása, visszanyúlás korábbi, differenciálatlan, a környezettől független (narcisztikus) problémamegoldási kísérletekre (regresszió), részleges kontrollvesztés, az elhunytal kapcsolatos ambivalens érzések feltörése, az elhunythoz kapcsolódó libidinózus és agresszív energiák szabadjára engedése (látszólag jelentéktelen okok miatti érzelmi kitörések), visszahúzódás a külvilágtól, mert szinte minden energiára szükség van ahhoz, hogy a belső követelményeknek megfeleljen (apátia), a félelem és büntudat érzésének fellépése, tehetetlenség, kiszolgáltatottság érzése. A regresszióknak itt kettős szerepe van: egyrészt válasz a traumatikus élményre, másrészt azonban arra szolgál, hogy ezt az élményt fel lehessen dolgozni (önvédelem: visszahúzódás és izolálódás azért, hogy a gyászoló újra önmagára találhasson és megteremtse az előrelépés bázisát.) Ez a fázis a gyász folyamatában a legkritikusabb.

4. Az adaptív fázis

Jelei: Újbóli odafordulás a környezethez és a társadalomhoz, a gyász folyamatának befejezése, a regresszív megoldási formák fokozatos feladása, helyettük adaptív megoldási formák alkalmazása, a veszteség elismerése, az elvesztett személynek a "belső világba" történő valóságű beépítése (túlzott dicsőítés és túlzott kárhoztatás nélkül), új szabadság és önállóság megszerzése.

Megjegyzés az 1-4 pontokhoz:

A fázisok lefolyása egyénenként igen különböző. Vannak átfedések. A folyamat már nagyon korán elkezdődhet (például igen hosszan tartó, halállal záródó betegségnél), és befejeződhet a halál fellépésével (bizonyos körülmények között a megkönnyebbülés érzésével), mintegy elővételezett gyászként.

III. A gyász munka feladatai

1. A gyász kiváltása

Fontos, hogy a gyászolás folyamata egyáltalán elkezdődjék, hogy az érintett ne viselkedjék úgy, mintha semmi sem történt volna (a tagadás elhárító mechanizmusa), hanem legyen kész arra, hogy fájdalmának és gyászának szabad teret engedjen. Ez bizalmat feltételez: a saját énjébe, a környezetbe, Istenbe vetett bizalmat, hogy a gyászban mellette állnak és a gyászt meg is engedik.

2. A gyászoló új életszerkezete

Az eddigi életforma (struktúra) elvesztése a gyászolóban érzelmi káoszt vált ki. Nagyon nehezen tudatosíthatja csak magában, hogy mit is veszített.

- Az emocionális kapcsolati szinten talán most ismeri fel először: az elhunytal kapcsolatos kölcsönös függőség gazdagságát és a hozzá fűződő érzések ambivalenciáját (szeretet és gyűlölet).

- Közvetlen szociális környezetén belül elfogadja helyzeté megváltozását (új szereposztás a családban).

- A társadalmi kapcsolatok szintjén státuszcsere él meg (a feleségből özvegy, a gyermekből árva lesz).

E folyamatoknak és változásoknak lépésenként ébred tudatára, ám a feldolgozásnak folyamatosnak kell lennie. Leglényegesebb feladat, hogy az érzelmi káoszban rendet tegyen és bizonyos értéksorrendet állítson fel. Szinte a legfontosabb az, hogy tisztázza az elhunytal kapcsolatos viszonyát.

3. A valóság elismerése

A megfelelő gyász munkában nagy jelentőségű a halál tényének elismerése. A veszteség valóságát gondolatilag és érzelmiileg is teljesen el kell fogadni, a halált el kell ismerni, hogy le lehessen küzdeni (elhárító mechanizmus az elismeréssel szemben: tagadás, mumifikálás, az érzelmek elnyomása).

4. Döntés az élet mellett

A harmadik fázisban egy ideig még eldöntetlen, hogy az élet vagy a halál ösztöne győz-e. A gyászoló még nem oldotta el magát az elhunytól, és bizonytalan is, hogy vajon ez sikerül-e neki. Leggyakrabban az élet akarása győzedelmeskedik, az azonban eltérő, hogy milyen határozottan és gyorsan. Az élet melletti döntés olyan feladat, amelyben a gyászoló nemcsak saját belső pozitív tapasztalataira szorul rá nagyon, hanem a külső segítségre is.

5. Az elfogadhatatlan érzések és vágyak kifejezése

A gyász munka feladata, feldolgozni az ambivalens érzések feltörését. A gyűlölet és a büntudat mindaddig, amíg nem látunk rá és nem fejezzük ki, az elhunytat idealizálja, és a gyászolóra önpusztítólag hat vagy másokra vetítődik (hozzátartozókra, lelkeszre, Istenre). Nagyon fontos tudatosítani és ki is fejezni az agresszív érzéseket. Azok a társadalmi szokások, hogy pl. "a halottakról jót vagy semmit", megnehezítik ezt a feladatot.

6. A veszteség értékelése

A regresszív fázis vége felé lehetővé válik a veszteség világos számba vétele. A gyászoló már pontosabban képes felmérni, hogy mit változtathat, mi marad változatlanul, hogy elgondolható-e egy helyettesítés, és felállíthatja az új értéksorrendet. A záró értékelés csak az adaptív fázisban lehetséges. Fontos, hogy a regresszív fázisban a gyászoló ne döntsön lényeges, vissza nem fordítható kérdésekben (pl.: új házasságba menekülés) - ez a gyászév értelme.

7. Valóság-hú kapcsolat az elhunytal

Az elhunyt csak abban az esetben épülhet bele az életben maradottak "belső világába", ha a gyászoló őt teljes emberségében elfogadta, és már nem idealizálja vagy átkozza. Így nem kényszerül a gyászoló a valóság eltorzítására.

8. Az új tájékozódás esélye

Az életben maradt annak idején, amikor összekötötte sorsát azzal, akit most gyászol, egy meghatározott életforma mellett döntött s részese lett egy sajátos, kölcsönös érzelmi függőségi viszonynak. A társ halálával felszabadul ezekből a kötésekből. Ezzel lehetősége nyílik az új tájékozódásra s arra, hogy az eredményes gyász munka után életében sok mindent az eddigieknél helyesebben, értelmesebben tegyen. Új játéktérhez jut, és bizonyos körülmények között eddig ki nem fejlődött képességeit fedezheti fel és bontakoztathatja ki.

IV. Zavarok a gyászban

1. A "rendes" gyász hátráltatható:

- nem engedjük el magunkat,
- fejletlen a gyászra való képesség (elfojtás, érzések kirekesztése),
- sorozatos veszteségek, amelyek meghaladják a feldolgozási képességet,
- olyan külső körülmények, melyek a gyászolót arra kényszerítik, hogy elsősorban a saját túlélésével foglalkozzék (természeti katasztrófák, háborúk, menekülések),
- kétség a halál tényét illetően (pl. elveszettek, eltűntek), - az elhunyttal szembeni ambivalens magatartás,
- társadalmi és vallási normák, melyek a gyászolót önkontrollra készítik.

2. A beteges gyászreakció jelei

Patológiás gyászreakcióról akkor beszélhetünk, ha a gyászolónak nem sikerül kikerülnie a gyász első három fázisából:

- ha a gyászoló a sokkhatásra fixálódik s képtelennek mutatkozik arra, hogy elkezdje a gyászolás folyamatát;
- ha az ellenőrzött fázis végén nem képes elereszteni magát, hanem a szigorú önkontroll állapotában marad;- ha hosszabb időn keresztül nem képes felhagyni a regresszív mechanizmusok alkalmazásával (a jelentkező elhárító-ill. feldolgozó-mechanizmusokat a gyász-folyamat fázisaival korrelációban kell szemlélni. Ha a fázis sajátosságait mutatják, akkor mindenképpen értelmesek és megfelelnek a helyzetnek. Betegessé azzal válnak, ha a fixálódás által krónikussá lesznek.)

3. A beteges gyászreakció tünetei (krónikus lefolyás esetén)

Minden külső segítség elhárítása, tartós apátia, izoláció, minden kommunikáció megszakítása, tartós érzékelési zavarok, tartós derealizáció és deperszonalizáció, a halál tagadása, mindannak effektív elkerülése, ami az elhunyra emlékeztet, túlzott aktivitás és kényszeres vidámság (mánia), erős vádak a környezettel és önmagával szemben, paranoid félelmek, öngyilkosságról való beszéd, tartós álmatlanság, agresszív és destruktív álmok, az egészségi állapot és az általános közérzet rosszabbodása, fokozott nikotin- és alkoholélvezet, nyugtatószerek fokozott használata.

V. Vallási vonatkozások

1. Az erkölcs és a szokás által

A halálban gyakran látják a modern társadalom tehetetlenségének jelét s a vele szemben felmutatható "adu ászt". A halál az emberi tehetetlenséget nyilatkoztatja ki. A szekularizált társadalomban a halál képei állandósultak. Bennük gyakran láthatóvá válik az archaikusnak és a racionalitásnak a problematikája (Werner Fuchs). Ez mutatkozik meg például abban az elképzelésben, hogy a halál után utódaink, örökségünk vagy hátrahagyott életművünk által tovább élünk. A teljes rendszer haladásában való részesezés által a halhatatlanság közvetlenül elérhető. A halottakról való megemlékezés intézményesül.

A halálesetkor és a temetéskor leginkább az egyház, a vallás és a népszokások vonatkozásai válnak láthatókká. A temetkezési szokások révén megmutatkozik a halottak továbbélésébe és az örök életbe vetett hit (családi sírhely felállítás); a sírkő mint az élők és halottak világának küszöbe, esküformulák, dicsőítések és utánakiáltások mint

beavatási rítusok, amelyek a halottak földi személyiségét szent személyiséggé transzformálják az örökkévalóság számára).

2. Az igazságosságra vonatkozó kérdésben

Az ilyen kijelentések, mint: "pont velem történik ez", "éppen most kellett történnie", "az emberek nem lehetnek túl boldogak", és az a kérdés, hogy "Isten büntetése ez?" - az ellenőrző Istenről, az Isten gondviseléséről, hatalmáról alkotott kép kezdetlegességéről tanúskodnak.

3. Az élet értelmére vonatkozó kérdésekben

Saját végességünk egzisztenciális felismerése a valóságtól való visszariadáshoz vezet és felteteti azt a kérdést, hogy értelmes avagy értelmetlen ez a világ (ld. 2.19).

4. A "Mi van utána?" kérdésében

Jézus szava, "én vagyok a föltámadás és az élet..." - önmagában, hívő értelmezés nélkül - nem hozható minden további nélkül közös nevezőre a halál tapasztalásával. Megkísérthet a kétség, vajon nem mégis a halálé-e az utolsó szó: bár a ragyogó Krisztus győzedelmesen elhagyja a sírt, de az ember, akit szeretünk, s most a sírba teszünk, biztosan nem támad fel harmadnapra. "Hogyan kell elképzelnem a halálból való föltámadást?", "viszontlátom-e azt, akit elvesztettem?" Sokaknak, akik nem felejtették el, hogy beszélhetünk Istennel, eleinte nincs elég erejük az imádsághoz. Meg kell várniuk, míg a belső görcs feloldódik.

VI. A gyászoló a telefonszolgálatban

1. Az ügyelőnek tudnia kell, hogy a gyász munkát nemcsak halálesetkor kell elvégezni, hanem minden olyan emberi veszteségnél, amely az érintett számára jelentős. Amint a telefonszolgálatok tapasztalata mutatja, ez különösen az elváltakra érvényes. Számukra még súlyosbítja a helyzetet, hogy nagyon nagy az elvesztett partnerrel kapcsolatos ambivalencia. Sokan nem képesek megbirkózni ezzel a kettősséggel, és fájdalmukat csökkentendő egyoldalú gyűlöletbe merevednek. Terhelővé válik ez a gyermekek számára, akiknél ezáltal az apához, illetve az anyához fűződő viszony nagyon összekuszálódik. Ebből ilyesféle alapvető beállítottság fakad a másik nemmel szemben: "minden férfi gonosz, csak kihasználják a nőket", vagy "a nők megbízhatatlanok, csak a pénz után mennek" stb.

2. A telefonszolgálatban rendkívüli jelentőségűek azok a hívók, akiknek valami megzavarta a gyászolását (életbenmaradottak vagy elváltak). Ezek megrekednek az első három fázis egyikében. Vonakodnak attól, hogy az újraorientálódást elvégezzék és öngyilkossággal fenyegetőznek (ld. 2.14.). Ezekben az esetekben szakemberek tanácsát kell kikérni.

3. Fontos, hogy a gyászolót a harmadik fázisban, az összes eddigi figyelemelterelő aktivitás elcsitulása után (temetés, válóperek) ne hagyjuk egyedül, hanem kísérjük beszélgetéssel és telefonhívásokkal. Az a közszájon forgó vélemény, hogy a halottakról nem illik beszélni, helytelen. Az első és második fázisban a meghalásról kell beszélni, később további emlékmények bukkannak elő, amelyek a kívülálló számára gyakran jelentéktelenek, de a kapcsolat számára igen fontosak. Így oldható lassan a másikkal való kötődés. A telefonszolgálatnak itt mindenekelőtt a részvételt teli felvilágosító és támogatást adó hallgatás a szerepe.

Dr. Tringer László - Dr. Sümegi András - Dr. Boldizsár Ferenc:

Személyiségzavarok

Mai tudásunk szerint kialakulásukban a kora gyerekkori lelki fejlődési zavarok és hibás tanulási mechanizmusok, az öröklött háttér és a központi idegrendszer korai károsodásai játszzák a főszerepet. A gyerek személyiségének optimális fejlődésében a megfelelő családtervezés (genetikai tanácsadás), a szülők lelki egyensúlya alapvető jelentőségű.

„X? Az egy komplett pszichopata! Börtönben is volt.” „Y? Ajjaj, rendesen még beszélgetni sem lehet vele! Mindenre gyanakszik, mindenkiben ellenséget lát. Totál paranoid.”

Pszichopata, hisztériás, paranoid, skizoid - gyakran közlünk e szavakkal sommás véleményt társainkról, szinte mindig idegenkedő, negatív hangsúllyal. Milyen emberek is ők? Probléma van velük, tán betegek? Avagy csak a megszokottól eltérő a viselkedésük - de azért azt is bele kell értenünk, hogy mindannyian különbözőek vagyunk.

A személyiségzavar olyan kóros magatartásbeli, érzelmi tulajdonságokra, megnyilvánulásokra utaló összefoglaló fogalom, melyek tartósan és jelentősen eltérnek a társadalmi, kulturális elvárásoktól. Az így „megjelölt” ember személyiségében ezen eltérések hosszan (akár egész élete során) fennállnak, viselkedés-, reagálás módja legtöbbször markánsan eltér az „egészségesétől.” A „személyiségzavarban szenvedő beteg” kifejezést nem volna helyes használni, mert ezen emberek legtöbbször tagadják, hogy bármi gond volna velük - noha környezetük többé-kevésbé tisztán érzékeli és elszenvedí mindennapi alkalmazkodásbeli nehézségeiket. Ők a rossz értelemben vett más (félős, különc, hisztérikus, önimádó, gonosz), amilyenné a mi magunk soha nem szeretnénk válni.

A személyiségzavar fő jelei már serdülőkorban mutatkoznak, felnőtté érve az egyén olyan kifejezett, mélyen rögzült sajátságokkal (kóros gondolkodás-, magatartás és érzelmi, indulati, hangulati mintákkal) bír, melyek egész életében fokozott veszélyforrást jelentenek a mindennapokban. Környezetükkel szinte mindig problémás a viszonyuk, állandó feszültségekkel terhelt. Viselkedésükre nincsenek belátással, alig tudják beleélni magukat mások lelkiállapotába. Náluk fordul elő a legtöbb válás, belőlük lesz a legtöbb hajléktalan, munkanélküli, bűncselekmények elkövetője. Az alkoholisták, drogfüggők jó három-negyedénél észlelhető személyiségzavar.

Előfordulás

A személyiségzavar nem ritka állapot, 5-15% között ingadoznak a gyakoriságra utaló adatok, tehát még a legszigorúbb és legszűkebb feltételeket alkalmazó vizsgálati rendszer alapján is (valamilyen formája), minden 20. embernél fennáll. Okait pontosan nem ismerjük. Feltételezhető, hogy a modern világ jellegzetességei - (egyik oldalon): állandó rohanás, fokozott stressz, szorongás, a „létért” való folyamatos, kielezett küzdelem, (másik oldalon): a végtelékig fogyasztásorientált szemléletmód, a kulturális elsivárosodás és a helyén megjelenő sablonos tömegkultúra, a karrierizmus, az anyagi jólét és a közvetlen örömszerzés, mint életcél - mind-mind „kiváló” táptalajt nyújtanak ahhoz, hogy az elkövetkező nemzedékekben a személyiségzavarok aránya még nagyobb legyen.

Okok

A társadalmi hatások mellett a kialakulásukban örökletes tényezők, a központi idegrendszer korai fejlődési szakaszaiban bekövetkező károsodás is szerepet játszhat. Ezek mellett a főbb lehetséges hátterét a korai gyerekkor lelki fejlődési problémái, illetve a hibás tanulási folyamatok képezhetik. Szinte magától adódik az egyszerű következtetés: ha a szülőknek kevés az idejük a gyerekre, maguk is szorongással, állandó leterheltséggel, fáradtsággal küszködnek, érzelmileg kiegyensúlyozatlanok, problémás lesz a szülő-gyerekek

kapcsolt is, törés következik be a gyerek lelki fejlődésben. A sarjadzó, formálódó gondolkodási érzelmi, hangulati, indulati mintázatokban kóros elemek jelenhetnek meg, melyek így az egész további személyiségfejlődést hibás alapokra helyezhetik, megnehezítve az egészséges lelki működéseket.

Milyen irányban történik ez, s milyen formában jelenik meg a zavar a későbbiekben, a felnőttkor során? Három főbb típussal találkozhatunk:

A különcök, a furcsák

Az emberi kapcsolatok idegenek, szorongást keltők, félelmetesek nekik, így bizalmatlanok, titkolódnak, ha lehet, kerülik társaikat. Életük örömtelen, visszahúzódók, hűvösek. Magányos tevékenységet, munkakört helyeznek előtérbe. Ha furcsaságaikat környezetük elfogadja, életüket viszonylag komolyabb konfliktus nélkül - bár kényes, bizonytalan egyensúlyban - képesek élni. Ezen egyensúly megbomlása esetén viszont súlyosabb pszichiátriai megbetegedés jelentkezhethet náluk.

(a) Paranoid személyiségzavar

Az ilyen ember majdnem mindig, mindenre gyanakszik, sértődékeny, rideg, túlérzékeny, merev. Mindig attól fél, hogy mások esetleg kihasználják, becsapják, ezért bizalmatlan, titkolódzó, nincsenek közeli kapcsolatai. Környezetének egyes megnyilvánulásait túlértékeli, szerinte ezek ellene történnek. Embertársainak tetteit fenyegetőnek érzi, úgy véli, szándékuk az ő lealacsonyítása, megalázása. Mindig rosszra gyanakszik, így állandóan vizslatja környezetét. Mindez folyamatos készenléti állapotot, feszültséget jelent számára, képtelen megnyugodni. Ingerlékeny, hajlamos a féltékenykedésre, szinte nincs humorérzéke. Igen érzékeny a ségyenre, vereségre. Férfiak körében gyakoribb.

(b) Skizoid személyiségzavar

Magába zárkózott, érzelmileg hideg, közönyös, távolságtartó emberek, legtöbbjük egész életét magányosan éli, nincs közeli barátja, tartós kapcsolata, annak bensőségétől, intimitásától tartva visszahúzódó. Életére a közömbösség, örömtelenség jellemző, a kritika vagy dicséret nem érinti meg. Gyakran merül el érzelmek nélküli fantáziálásban, ami főleg hideg intellektuális, filozófiai kérdésekre vonatkozik. A társadalmi normák, elvárások iránt érzéketlen. Hobbija, érdeklődési köre is magányos időtöltéssel kapcsolatos.

(c) Skizotípiás személyiségzavar

Hűvös, igen nehezen megközelíthető. Viselkedése különc, nem egyszer bizarr, bizalmatlan, gyanakvó. Gondolkodása furcsa, ködös, sejtelmes, mágikus, misztikus elemekkel (telepátia, szellemek) tarkított beszéde bizonytalan, többféleképpen értelmezhető, homályos megfogalmazásokkal teli. Öltözködése szokatlan, extravagáns, környezetébe nem illő, egész személye valamiféle megfoghatatlan elvontságot tükröz.

A dramatikusak, az ijesztőek

Ők leggyakrabban embertársaikból váltanak ki erős szorongást, feszültséget, indulatot, gyakran félelmet. Ők a család „fekete báránya”, akinek „semmi nem használ”, akit szeretnénk messze elkerülni, mert viselkedése ijesztő.

(a) Antiszociális személyiségzavar

A köznyelv általában ezt a típust nevezi pszichopatanak. Jelei már gyermek-, ill. a serdülőkorban jól észlelhetők: hazudozik, lopkod, állatokat kínoz, csavarog, kábítószerezik, verekedik, mintegy előre jelezve a felnőttkori magatartászavart. Viselkedése erkölcstelen, felelőtlen; nem szeret senkit, nem tanul a tapasztalataiból és hibáiból, újra meg újra fejjel rohan a falnak. Kihhasználja a másikat, gátlástalanul hazudik, szélhámoskodik saját céljai elérésére. A társadalmi kereteket áthágja, mások érzelmei számára teljesen érdektelenek, azokba képtelen beleélni magát, a többi ember jogait folyamatosan figyelmen kívül hagyja. A társadalmi normák megsértése miatt börtönbe kerülhet, a bűnelkövetők jó háromnegyedénél megtalálható ez a személyiségzavar. A

sérelmeket képtelen eltűrni, gyakoriak a kegyetlen, agresszív megnyilvánulásai. Magatartása miatt megbánást nem érez, belátást nem tanúsít, büntudatra képtelen. Könnyen kialakítja kapcsolatait, de megtartani képtelen őket, mert kegyetlen, megalázó, akár gyermekeivel szemben is. Állandóan izgatott, kötekedő, nyughatatlan, képtelen kitartóan dolgozni.

(b) Érzelmileg labilis (határeseti borderline)

Igen gyakori, a népesség körében 2-3%-ban fordul elő, gyakorisága folyamatosan növekedést mutat. Az ilyen ember hangulati hullámozása rendkívül szélsőséges, hirtelen változásai alig követhetők. Egyik pillanatban még értjük, miről is beszél, aztán hirtelen „kivonja magát” a valóságból, szinte nem is lehet vele ekkor kapcsolatot létesíteni. Érzelmi, indulati megnyilvánulásai, környezetéhez való viszonya, reakciói szélsőségesek, kiszámíthatatlanok. Hol kedves és megnyerő, hol elviselhetetlenül indulatos, követelődző, agresszív. Érzelmait képtelen kordában tartani. Hol halálisan szeret, hol gyűlöl - akár pillanattal később, ugyanazt az embert. Képtelen a magányra, az szinte mindig erős szorongást okoz nála. Állandóan igényli, hogy törődjenek vele, de itt is szélsőségeket mutat, egyik pillanatban tanácsot kér, máskor meg csak arra kell a társ, hogy önállóságát bizonyítsa. Kedélye gyakran nyomott, szorongásos rohamok, öngyilkossági készületek jelentkezhetnek. Üresnek, unottnak éli meg magát, nincsenek szilárd, stabil céljai, tervei, elképzelései. A folyamatos üresség elkerülésére állandóan igyekszik valamilyen akciódús tevékenységben részt venni. Jellemző rá a mértéktelenség: fokozott alkoholvás, kábítószerelés, sorozatos, esztelen szexuális kalandok. A kudarcból, egyedülléttől, kirekesztéstől való félelem magatartásának vezető eleme. A gyógyszerre könnyen rázódik, igen nehezen mond le a főként szorongáscsökkentő, fájdalomcsillapító és altatószerek használatáról, melyekkel folyamatos szorongását próbálja oldani.

(c) Hisztrionikus személyiségzavar

Ő az, aki mindig a társaság és a figyelem középpontjában akar lenni. Viselkedését, megnyilvánulásait nem lehet nem észrevenni, megjelenése csábító, attraktív. Tetszeni akar, feltűnni mindig mindenhol, életében ez a legfontosabb. Az elismerésért mindent megtesz - így az egész élete színház, szerepjáték, soha nem adja önmagát. Állandó szüksége van a külső megerősítésére, dicsőre. Figyelme mások iránt csak felszínes, manipulatív, a tetszeni vágyásból táplálkozik, s ha ez nem vezet eredményre, a kedvesség-álarc, a hamis báj hamar leomlik, dührohamokat, szélsőséges érzelmi kitöréseket produkál, öngyilkossági gondolatokat hangoztat, s hogy felfigyeljenek rá, demonstratív, teátrális öngyilkossági kísérletet végez. Magatartásában flörtölő, szexuálisan provokatív, ezen elemek mögött rideg, érzelmeiben felszínes, tartós kapcsolatra, kielégülésre képtelen ember lakozik.

(d) Nárcisztikus (önimádó) személyiségzavar

Mértéktelenül énközpontú, önszerető, képtelen a másik érzéseit, gondolatait észrevenni, kizárólag magával törődik, magát felsőbbrendűnek gondolja, olyan embernek, akire más szabályok érvényesek, akinek különleges jogai vannak. Kapcsolatai felszínesek, társai önszeretete fenntartásában eszközök, arra kellene, hogy kiszolgálják, dolgozzanak helyette, felnézzenek rá, elismerjék. Hogy mindenki őt istenítsen - ezért rövid ideig még megnyerő, elbűvölő is tud lenni. Hosszú távú kapcsolatot alig tud létesíteni, mert ennek során (legalább részben) háttérbe kellene szorítani önimádását. Nem is vágyik komoly, bensőséges kapcsolatra. Viselkedése gyakran irigy, mohó, követelődző, mert mindent a magáénak akar tudni. A nárcisztikus ember nem adja fel könnyen, az istenítés vágyától hajtva gyakran találjuk a tudomány, politika, művészet csúcsein őt. Céljának elérése miatt akár az önfeláldozás, alázat álarcát is magára veszi, de e mögött is felsőbbrendűségi, önimádó gondolat, készületek lakozik. Kudarc esetén visszahúzódik, de ezt is saját nagysága jeleként mutatja. Saját jelentőségét, a világban való szerepét hatványozottan többnek éli meg, sikeresnek, tökéletesnek, hatalmasnak érzi magát, gondolatai állandóan e körül járnak. Az ilyen ember rendkívül sérülékeny, a légvárait ért enyhe kritika is indulatot, feszültséget, dühöt vált ki benne, ezért az ilyen helyzeteket próbálja kerülni. Látszatvilágban él, mindenkivel el akarja hitetni a magával való elégedettség hamis képét. Kedvességet, melegséget vár, de viszonzni képtelen. (A modern világ nagyban „kedvez” ezen személyiségzavar megjelenésének, hiszen az ember születésétől fogva ilyen közegben él, ahol minden szükségletéről hatalmas ipari-szolgáltatói szervezetek gondoskodnak, így könnyen kialakulhat a „minden érterem van” gondolkodásmód.)

A félősek, a szorongók

Esetükben élenjáró tünet a fokozott szorongáskészség, melyet viselkedésmintáikkal enyhíteni, leplezni próbálnak.

(a) Kényszeres személyiségzavar

Magatartásában, gondolkodásában merev rendszabályok érvényesülnek. Végletesen mindenben a tökéletességet, a precizitást (perfekcionista), a hasznosságot keresi. Gondos, de elveszhet a részletekben, esetenként munkamániássá válhat, pihenés helyett is dolgozik. Rendkívül mereven betartja a társadalmi és erkölcsi normákat, nála nincs lazaság, szobájában mérnöki rendet tart. Viselkedése száraz, unalmas, humorérzéke alig van. Döntési helyzetben tétova, halogató, másoktól kér tanácsot, megerősítést, de később mégis attól fél, hogy rosszul választott. Lassú, körülményes, igen magas az ellenőrzés iránti igénye. Mindent megtart, semmit nem dob ki, „hátha szükség lesz még rá”. Sérülékeny, érzékeny a kritikára, de ezt nem mutatja. Olyan, mint egy mérnöki tökéletességgel megtervezett robot.

(b) Elkerülő személyiségzavar

Túlérzékeny, mindentől, mindenkitől tart. A feszültség, az aggodalmaskodás rabja. Fél, hogy megszólják ruhája miatt, hogy étkezésnél leeszi magát, hogy kritika illeti véleményét. Könnyen zavarba jön, nevetségesnek, megaláztattnak érzi magát, s az ilyen veszéllyel járó helyzetekből mind jobban visszahúzódik. Állandó kisebbségi komplexusok gyötrik, kerüli a felelősségvállalást. Szinte mindenre alkalmatlannak érzi magát, s noha vágyik a kapcsolatokra, az esetleges elutasításra túl érzékeny, fél, s így ördögi körbe kerül. Mindenkitől totális szeretetet vár el, csak olyan kapcsolatban bír élni, ahol feltétel nélküli elfogadást érez.

(c) Dependens (függő, alárendelő) személyiségzavar

Ő az, aki megpróbál mindig másokra támaszkodni, másoknak alárendelni magát. Magával kapcsolatban döntéseket nehezen hoz, a felelősségvállalástól szorong. Nehezen viseli az egyedüllétet, saját vágyait, érdekeit alig nyilvánítja ki. A másik ember kívánságaira kifejezett szolgálatkészséget mutat, akaratereje gyenge, folyamatosan az erősnek gondolt másik alá rendelődik, túlzott ragaszkodása teher a környezetének. Tulajdonságai időnként önfeláldozó viselkedésben jelennek meg. Erősen szorong, hogy a másiktól eltávolodjon, folyamatos önbizalomhiány jellemzi. A mindenkinek megfélemlés az elsődleges számára: senkit nem akar zavarni, bocsánatot kér, hogy létezik, amivel környezetét mind jobban felidegesíti. Ha a „másikat”, az erős partnert elveszíti, élete lehetetlenné válhat.

Az említett személyiségzavarok az esetek jó részében nem teljesen „tisztá” formában jelentkeznek, hanem a különböző típusok, viselkedési minták keverednek. Nagyon fontos hangsúlyoznunk, hogy ilyen tünetek, gondolkodásbeli, hangulati, érzelmi, indulati zavarok egészséges embernél is jelentkezhetnek, azonban csak átmeneti időszakokra, míg a személyiségzavarnál ezek a tünetek hosszán, éveken, évtizedekig, gyakran egész életen keresztül fennállnak, az illető egész életútját jelentősen befolyásolják!

Mit tehetünk? (Megelőzés és kezelés)

A személyiségzavarban szenvedő emberek lelki egyensúlya törékeny, bizonytalan. Jóval nehezebben viselik a stresszt, terhelést, a megrázkódtatásokat, mint egészséges embertársaik, nagyobb az esélyük mind testi, mind további lelki betegségek megjelenésére. Ördögi körben mozognak: állapotukat nem tekint(het)ik betegségnek, ez nem szándékos elhárítás, konfliktus- és problémamegoldó sémáik java részben mégsem „egészségesek”. Környezetükből mind nagyobb ellenérzést, viszolygást, idegenkedést, s ennek megfelelő reakciókat válthatnak ki. A kívülről őket érő ezen élmények tovább erősíthetik kóros „mintázataikat”, ezáltal még mélyebbre süppednek a személyiségzavar ingoványában. Az is előfordul, hogy a kényes egyensúly hirtelen felborul és súlyos pszichiátriai betegség alakul ki. Nagyon fontos lenne szakember segítségét kérni, ha úgy érezzük, hogy kisgyereünk viselkedésével „valami gond van”. Még akkor sem kellene ettől félni, ha az esetek jó

részében be kell vallanunk magunknak, hogy a gyereknél jelentkező probléma leginkább saját szorongásaink, feszültségünk, lelki problémáink egyfajta tükré - ám ha a segítség a megfelelő időben elmarad, ez tönkretetheti az ő egész életét.

A már kialakult személyiségzavarokban legjobb eredmény a kombinált, pszichoterápiás és modern gyógyszeres kezeléstől várható. Az utóbbi években megjelent gyógyszerek a különböző pszichoterápiás eljárásokkal ötvözve igen biztató eredményeket hoztak a kezelésben. A személyiségzavarok mind gyakoribb előfordulása egyre kevésbé teszi lehetővé, hogy ne vegyünk tudomást róluk. A megelőzésben és gyógyításban elért eredmények nemcsak az érintettek, hanem a velük kapcsolatban lévő, kerülő „egészségesek” számára is sok kellemetlenségtől, szenvedéstől való megmenekülést jelentenek.

(Gyógyász, IV. évf. 2001/4. szám)

Tartalomjegyzék

1. Szociálpszichológia vázlata	2.
2. Segítőkapcsolatok pszichológiája	15.
3. Fejezetek az életkorok lélektanából	30.
4. Egyéb témák (önismeret, szupervízió, szexualitás, drog, hajléktalanság stb.)	43.
5. Buda Béla: Az öngyilkosság (kivonat)	55.
6. A humanisztikus pszichológia alkalmazása a Lelkisegély Telefonszolgálatok munkájában	64.
7. Buda Béla: Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át	67.
8. A kérdezés művészete	81.
9. A nondirektív segítő beszélgetés	84.
10. 25 alapelv az öngyilkosokkal folytatott telefonbeszélgetésekhez	96.
11. A gyász	97.
12. Tringer László - Sümei András - Boldizsár Ferenc: Személyiségzavarok	101.

Függelék:

1. Irodalomjegyzék, szakkönyvek ismertetése, annotált irodalomjegyzék	108.
2. Tanulmányok külföldi és hazai folyóiratokból	123.
3. A segítő kapcsolat lényege	
4. Öngyilkossági cselekményre készítő (motivációs) lista	
5. A Ringel-féle preszuicidiális szindróma	

Képzési segédanyag

Belső használatú oktatási segédanyag

"Segítőkéz" Lelkisegély Telefonszolgálat, Debrecen.

Összeállította: Rénes László

Debrecen, 1997 - 2011

Lezárva: 2011. március

Pszichológiai tárgyú irodalmak:

- Aronson, Elliot: *A társas lény* (KJK, Bp. 1980.)
- Atkinson, Rita L. - Atkinson, Richard C. - Smith, Edward E. - Bem, Daryl J.: *Pszichológia* (Osiris, Bp. 1997.)
- Bang, Ruth: *A célzott beszélgetés* (Tankönyvkiadó, Bp. 1976.)
- Bang, Ruth: *A segítő kapcsolat mint a személyes segítség alapja* (Tankönyvkiadó, Bp. 1980.)
- Barnes, Gill Gorell: *Családterápia és gondozás - Alapvető ismeretek a családokról és a családterápiáról* (Családterápiás olvasókönyv sorozat II. Animula, Bp. 1991.)
- Berne, Eric: *Emberi játszmák* (Gondolat, Bp. 1984.)
- Buda Béla: *Az empátia - a beleélés lélektana* (Ego-School, Bp. 1992.)
- Buda Béla: *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei* (Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Bp. 1988.)
- Buda Béla dr.: *Mentálhigiéné - Tanulmánykötet* (Animula, Bp. 1994)
- Buda Béla dr.: *Mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései* (TÁMASZ, Bp. 1995)
- Buda Béla dr.: *Az öngyilkosság* (Animula, Bp. 1997)
- Buda Béla dr.: *Szexuális viselkedés. Jelenségek és zavarok - társadalmi és orvosi dilemmák* (Animula, Bp. 1994)
- Comer, Ronald J.: *A lélek betegségei. Pszichopatológia* (Osiris, Bp. 2000.)
- Családgondozás és iskola - Szöveggyűjtemény, szerk.: Berényi András* (KLTE, Db. 1999.)
- Családterápiás olvasókönyv I. - Szerk.: Bíró S. dr. - Komlósi P. dr. (Mérei F. Mentálhigiéné Szolgálat, Bp. 1990.)*
- Csepeli György: *Szociálpszichológia* (Osiris, Bp. 1997.)
- Csepeli György: *A szociálpszichológia vázlata* (Népművelési Propaganda Iroda, Bp. 1979.)
- Csoportdinamika Szerk.: Mérei F., Szakács F. (KJK. Bp. 1975.)*
- Csoportlélektan Szerk.: Pataki F. (Gondolat, Bp. 1980.)*
- Fekete Sándor: *Segítő foglalkozások kockázatai - a helper szindróma és burn-out jelenség* (Psychiatria Hungarica, 1991./I.)
- Forgas, Joseph P.: *A társas érintkezés pszichológiája* (Gondolat, Bp. 1989.)
- Freeman, Dorothy R.: *Házassági krízisek* (Animula, Bp. 1994.)
- Freud, Sigmund: *Esszék* (Gondolat, Bp. 1982.)
- Fromm, Erich: *A szeretet művészete* (Gondolat, Bp. 1984.)
- Gehlen, Arnold: *Az ember természete és helye a világban* (Gondolat, Bp. 1976.)

- Goffman, Erving: A hétköznapi élet szociálpszichológiája (Gondolat, Bp. 1981.)
- Gottman, John M. - Silver, Nan: A boldog házasság hét titka (Vince, Bp. 2000.)
- Hankiss Elemér: Társadalmi csapdák -diagnózisok (Magvető, Bp. 1983.)
- Hárdi István: A lélek egészségvédelme. A lelki egészségvédelem jelene és távlatai (Springer Hungarica Bp. 1992)
- Hite, Shere: Hite Riport. A nők szexuális életéről (Magyar Könyvklub, Bp. 2000.)
- Kopp Mária - Skrabski Árpád: Magyar lelkiállapot (Végeken, Bp. 1995)
- Kopp Mária - Skrabski Árpád: Alkalmazott magatartástudomány (Corvinus, Bp. 1995)
- Kopp Mária - Skrabski Árpád - Szedmák Sándor: Országos reprezentatív felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői (Végeken, 1997. II.-III.)
- Kopp Mária - Szedmák Sándor: Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében (Végeken, 1997. IV.)
- Kopp Mária - Fóris Nóra: A szorongás kognitív viselkedésterápiája (Végeken, Bp. 1995)
- Kübler-Ross, Elisabeth: A halál és a hozzá vezető út (Gondolat, Bp. 1988.)
- Lávai Katalin: A nő szerint a világ (Osiris, Bp. 2000.)
- Mead, George Herbert: A pszichikum, az én és a társadalom (Gondolat, Bp. 1973.)
- Mérei Ferenc: Társ és csoport (Akadémiai Kiadó, Bp. 1989.)
- Mérei Ferenc: Közösségek rejtett hálózata (KJK, Bp. 1971.)
- Pataki Ferenc - Hunyadi György: A csoportkohézió (Akadémiai Kiadó, Bp. 1972.)
- Pándy Mária: Játzmák nélkül. Tranzakcióanalízis a gyakorlatban (Helikon, Bp. 1999.)
- Pines, A.M.: A féltékenység. Okok, tünetek, gyógymódok (Fiesta-Saxum, Bp. 2000.)
- Satir, Virginia: Az új családműhely (BFI, Bp. 1993.)
- Schaef, Anne W.: Menekülés a meghittség elől (Új Pradigma, Bp. 2000.)
- Szabó István dr.: Bevezetés a szociálpszichológiába (Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp. 1997.)
- Szilágyi Vilmos: Szexuális szocializáció. Nemi nevelés a családban (Medicina, Bp. 1997.)
- Telkes József dr.: Családgondozói alapismeretek (OPI, Bp. 1987.)
- Vargáné Hajdú Piroska dr. - Belicza Éva dr. - Boján Ferenc dr.: A lakosság halandósági helyzetének elemzése Hajdú-Bihar megyében és Debrecenben, 1985-1988. (Népegészségügy 72. 1991.)
- Watzlawick, Paul - Weakland, John H. - Fisch, Richard: Változás - A problémák keletkezésének és megoldásának elvei (Gondolat, Bp. 1990.)
- Zonda Tamás dr. - Gróza János dr.: Depressziós populáció utóéletének vizsgálata (Szenvedélybetegségek, 1998. I.)
- Zonda Tamás dr.: Öngyilkos nép-e a magyar? (Végeken, Bp. 1995)

Könyvismertető

Pilling János: A haldoklás és a gyász pszichológiája

SOTE Képzéskutató, Bp. Hospice tankönyvek sorozat, 1999.

Századunk hatvanas éveiben új tudományág alakult: a halál, a haldoklás és a gyász elméleti és gyakorlati vonatkozásait kutató tanatológia. A halál kérdései számos oldalról közelíthetők meg - ennek megfelelően a tanatológia is interdiszciplináris (több tudományágra kiterjedő) szakterület. A tanatológiával foglalkozók között egyaránt vannak például orvosok, pszichológusok, antropológusok, filozófusok, bioetikusok, szociológusok, teológusok, művészettörténészek.

A tanatológia egyik legdinamikusabban fejlődő része a haldoklás és a gyász lélektani vonatkozásait vizsgáló *tanatopszichológia*, amely kutatja pl. a halálfélelem összetevőit és megnyilvánulási formáit, a haláltudat és az egyéni halálkép kialakulásának, fejlődésének folyamatát, a haldoklás és a gyász pszichológiai hátterét, a haldoklók és hozzátartozók támogatásának lehetőségeit (mind a betegség, mind a gyász időszakában), valamint a haldoklók és gyászolók professzionális támogatását végzők mentálhigiénés védelmének módszereit.²¹⁵

Dorothy R. Freeman: Házassági krízisek**A házassági tanácsadás gyakorlata**

ANIMULA Kiadó, Bp. 1998.

A szerző világos és bölcs útmutatásokat ad, amelyekkel nemcsak aktívan segíti a problémák megoldását, hanem megmutatja humorát és együttérzését is. Tanácsai pragmatikusak, szerinte egy házasság akkor jó, ha működik. Rámutat az emberi kapcsolatokban a „kis nyereségek” fontosságára.

Pszichológia és nevelés**(Vajda Zsuzsanna szerk.)**

Akadémiai Kiadó, Bp. 1999.

Egyre jobban érdekli mind a kutatókat, mind a képzéssel foglalkozó intézményeket, mitől függ a „laikusok”, a szülők felfogása a nevelésről, a gyerekek fejlődéséről, milyen felfogást sajátítanak el az oktatás-nevelés kérdéseiben annak professzionális képviselői, a pedagógusok. A kötetben szereplő tanulmányokban többek között arról olvashatunk, reálisan ítélik-e meg a szülők saját gyerekek fejlődését és tulajdonságait, elvárásaik megfelelnek.

Pál Mária: Ásó, kapa, nagy harag

Saxum, Bp. 1999.

"A legtöbb, amit egy ember a másíknak adhat: időt az életéből. Az együttlétet. Ezért az élet legnagyobb értéke a kapcsolat két ember között. Egy kapcsolat felbomlásáért mindig kár. De nem feltétlenül tragédia, ha betartunk néhány életszabályt: Nem kell bűnbakot keresnünk. Az együttélés sorsa mindig két emberen múlik. Nem szabad utólag feketére festeni mindent, ami eredetileg szép és boldog volt. Az egykori partner nem ellenség, békésen is lehet válni. Nem szabad a gyereket felhasználni arra, hogy a másikat üssük. Pál Mária könyve a gyűlölködés nélküli, kultúrált szétválás zsebkönyve, a nagy lelki sérülések nélküli elszakadás megértő és pártatlan útmutatója."

"Nagyon fontos lenne felismernünk, hogy az emberek szexualitása kinek-kinek a legszigorúbban vett magánügye. Mindenkinek szabadságában áll úgy élni vele, hogy több kapcsolatot létesít egyszerre - feltéve, ha nem bánt vele senkit -, vagy egyetlen másikkal osztja meg. Az esetleges hűtlenséget az emberiség történetében soha senki megakadályozni nem tudta. Ne higgyük hát, hogy jogunk van életünk párjának hűségéhez! Tekintsük ajándéknak, és nagyon, nagyon örüljünk neki."

²¹⁵ Pilling János ajánlata.

Popper Péter: Hazugság nélkül

Saxum, Bp. 1999.

"Hazudnunk kell hát rendületlenül, Istennek, szerelmünknek, barátunknak, főnökünknek, munkatársainknak. Hazudnunk kell, mert elvárják tőlünk, mert nemigen viselik el az igazságot, és mi sem viseljük el önmagunkat minden ellentmondásunkkal együtt. Hazudnunk kell, mert félünk az igazmondás következményeitől."

"Senki sem válaszolhatja a szeretetre vonatkozó ősi kérdésre, hogy 'nagyon szeretlek, de néhanapján unlak, sőt egyszer-egyszer az is előfordult, hogy kifejezetten utáltalak'. Melyik nő vagy férfi fogad el egy ilyen választ? El kell hát fojtanunk mindent, ami zavarja művileg kialakított egyértelműségünket. Ezért társadalmi méretű betegségünk a neurózis."

"A hazugság mindig a hit számára veszélyes, különösen, ha a hit dolgait a 'credo quia absurdum' elve alapján teljesen elszakítjuk a racionalitástól. Ezért jellemzi a hit világát a nagyfokú türelmetlenség a számára "másságot" jelentő gondolkodással, erkölccsel szemben. Ezért, ha kell, igencsak drasztikus eszközökkel is megvédi az igaznak hitt álláspontját, mivel nincs lehetőség a szerény bizonyításra. A másféle hitet könnyen lehet hazugságnak értelmezni, amivel szemben csak a prédikálás vagy az erőszak érvelhet."

Feuer Mária: A nagy megpróbáltatás

Saxum, Bp. 1999.

A súlyos, olykor halálos betegség világába vezeti el olvasóját az ismert pszichopedagógus. Abból a megfontolásból indul ki, hogy "nincs nagyobb támadás az emberi méltóság ellen, mint a betegség". A feladat elsősorban a beteg, sőt a haldokló méltóságának megőrzése, ma is, amikor a halált nem tudjuk a hagyományos módon vállalni, elhárítjuk terheit, és megpróbáljuk kirekeszteni mindennapi életünkéből.

"A fájdalom az emberi kapcsolatokban is fontos szereppel bír, s főleg segélykérést jelez. Ez a környezetet közeledő magatartásra bírja, s gondoskodásra, törődésre ösztönzi. Mindnyájan tapasztaltuk már, hogy gyermekünk kevésbé szenved, amikor megütve magát, mi azonnal ölbe kapjuk, vagyis megkapaszzkodhat bennünk. A valamiben vagy valakiben való megkapaszzkodásnak szintén fájdalomcsillapító hatása van."

A könyv foglalkozik a félelem és a szorongás feldolgozásának reális lehetőségeivel, elkerülve a szokásos általánosságokat, frázisokat és szentimentalizmust.

Hite Riport - A nők szexuális életéről

Magyar Könyvklub, Bp. 2000.

Shere Hite amerikai szociológusnő híressé vált könyvét már a világ legtöbb nyelvére lefordították, míg végre magyarul is megjelent. A hetvenes években végzett adatgyűjtés száznál több kérdésből álló kérdőíveit több ezer nő töltötte ki. S nem előre megadott válaszok közül jelölhették meg az egyiket, hanem le kellett írniuk a véleményüket és élményeiket pl. az orgazmusról, a különböző szexuális tevékenységekről és kapcsolatokról stb. A válaszok feldolgozása ezért több évet vett igénybe, de legalább olyan nagy feltűnést keltett, mint annak idején (jó 20 évvel korábban) a híres "*Kinsey Riport*".

A könyv nagyon érdekes olvasmány mindkét nem részére. Mindazt összefoglalja, amit maguk a nők mondtak vagy írtak a szexről, s ezeket értelmezve a női szexualitásnak viszonylag új elméletét kínálja. A szerző szándéka volt az is, hogy "nyilvános vitára és a szexualitás újraértékelésére serkentsen." Ez a nyugati világban meg is történt az utóbbi 20 évben; nálunk azonban még jóformán el sem kezdődött. Ezért is fontos, hogy megjelent ez a könyv, amely a szexuális kultúra iránt érdeklődők számára "alaplőve" számíthat.²¹⁶

Dr. Susanne Forward: Mérgező szülők

Háttér, Bp. 2000.

Vallási hagyományainkban és kultúránkban félelmetes tabunak számít a szülők bírálata, pedig a híreket követve nemegyszer még a lélegzetünk is elakad azoknak a traumáknak a hallatán, amelyeket kiszolgáltatott gyerekek a szüleiktől elszenvednek.

²¹⁶ Dr. Szilágyi Vilmos ajánlata (Magyar Szexológiai Szemle, 2000/2.)

A könyv szerzője számos döbbenetes eseteírással illusztrálja a szülő és a gyerek között fennálló, gyakran mérgező kapcsolatot. A könyv értéke a bátor hangnem és a közérthetőség mellett az a mély együttérzés, amellyel a szerző a mérgező szülők áldozatait az igazsággal való szembenézésre bátorítja. Arra buzdít, hogy az áldozatok felismerjék magukban a sérült gyermeket és ezáltal "meggyógyítsák" azt.

Pilling János: A halál és a haldoklás kultúrantropológiája

SOTE Képzéskutató, Bp. Hospice tankönyvek sorozat, 1999.

Miért kell meghalniuk az élőknek? Hogyan viszonyultak különböző korok emberei a halálhoz? Mit tanítanak a vallások a halálról és a túlvilágról? Hogyan vélekednek a halálról a filozófusok? Ábrázolható-e a halál? Igazak-e a klinikai halálból visszatért emberek beszámolói? Van-e túlvilág? Vannak-e szellemek?

Ezekre, s a hozzájuk hasonló kérdésekre keresnek választ ennek a jegyzetnek a tanulmányai. Szerzői az örök kérdéseket történelmi távlatokból szemlélik, évszázadok-évezredek lassú, a folyamatok részesei számára szinte érzékelhetetlen folyamatait követve figyelemmel.

A szöveggyűjtemény írásai egy gondolati ívet képeznek a halál eredetéről alkotott mítoszoktól a halál utáni léttel kapcsolatos elképzelésekig. A két végpont között az első állomás a különböző történelmi korok halállal kapcsolatos nézeteinek megismerése, melyhez szervesen kapcsolódik a következő témakör: a közösség halálképét is kifejező halálábrázolások elemzése. A halállal kapcsolatos attitűdök további vizsgálatához a vallás és a filozófia halálképeinek megismerése segíthet hozzá. A halálhoz fűződő szemléletek megismerését a haldoklás néprajzi vonatkozásai követik - a hagyományokban a korábban ismertett halálképek számos eleme felismerhető. A halálközeli élmények hidat képeznek a haldoklás és a halál utáni lét kérdései között. A jegyzetet záró tanulmány a túlvilági lét hírnökeiről, a kísértetekről kialakult nézeteinket vizsgálja meg.²¹⁷

Aaron T. Beck: A gyűlölet fogságában

A harag, az ellenségeskedés és az erőszak alapjai gondolkodásunkban
Háttér, Bp. 2000.

Nemcsak másokkal, velünk is előfordult már, hogy valahonnan a tudatunk legmélyéről vad, elemi erejű düh tört elő, hogy jelentéktelen ok miatt, sőt anélkül ölni tudtunk volna. Az ősi idők örökségeként sokszor voltunk már bebörtönözve az irracionális gyűlölködés rácsai mögé, ahonnan semmivel sem könnyebb menekülni, mint egy igazi börtönből.

Ez a világhírű könyv arra tesz kísérletet, hogy kinyomozza a megfoghatatlan gyűlölet okát, megpróbálja segíteni rajtunk, akik egyszerre vagyunk mások lelkének potencióális gyilkosai és ugyanakkor szerencsétlen áldozatok is.

Drogcsapda

Szerkesztette: Szomor Katalin
Paginarum, Bp. 2000.

A könyv szerzői több év óta nemzetközi tapasztalatok birtokában is hivatásszerűen végeznek munkát a hazai drog megelőzési programok készítésében. A könyv kifejezett célja és ennek megfelelő megírása is, hogy a családok, a drog által veszélyeztetettek környezete számára olyan hathatós segítséget adjon, amely az egyébként titkolt fogyasztás időbeni felismerésére és a felismerést követően a további káros folyamatok megállítására cselekvési programot, a lehetséges megoldásokhoz hozzájárulást adjanak.

Bácskai Júlia: Együttélődsdi

Korona, Bp. 1999.

Ez a rutinosan megírt könyv igen olvasmányosan, tréfásan csipkelődve közvetíti a szexuális kultúra bizonyos elemeit az olvasókhoz. Előszavát a népszerű *Verebes István* írta, s a könyv minden fejezetéről, alcíme végén ő és még néhányan (pl. Kaló Flórián, Demjén Ferenc, Alföldi Róbert) kommentálják a leírtakat.

A könyv fő erénye, hogy tele van érdekes (kicsit pletyka-szerű) történetekkel és *Szyksznian Vanda* színes rajzaival. Szemlélete liberális és kissé szarkasztikus, játékos felfogást tükröz. A könyv 4 fő részéből az első

²¹⁷ Pilling János ajánlása

háromnak címében is a játék dominál: "Játékos társaink", "Társ és játék", "Társas játék". A negyedik rész címe: "Megtörténetek" - ami a könyv címével együtt a játékos szövegek kedvelésére utal.

Az első részben ilyen alcímeket találunk például: "A nő szerető", "Sexo Mortale", "Hétfejű sárkány, melynek neve: féltékenység", vagy "Magamnak szültem - anyák apa nélkül". A második rész néhány érdekesebb alcíme: "A szex és a szavak", "Leszbosz", "ORRgazmus", "Lefékdtem a férjeddal" és "Ha a paplan mesélni tudna". A harmadik rész ugyancsak fontos pszichoszexuális témákat vet fel; például: "A szerelem áldozatai", "Szomorú szex" vagy "Önbeteljesítő jóslat". S itt van egy "Szexterápia" c. rész, amely három esetet mutat be, akikkel a szerző foglalkozott (de félig sikertelenül). A negyedik részben is érdekes történeteket olvashatunk például az első szerelemről vagy a nagy korkülönbségről.²¹⁸

Somogyi Ferenc - Szemerédy Zsolt: Nagyvárosi árnyak

Riportkötet a hajléktalanokról

Egyház Alapítvány, Db. 2000.

A rendszerváltás eufóriás hangulatát hamar felváltotta a döbbenet, a kétségbeesés, a napi megélhetésért folytatott egyre kilátástalanabb harc. A vadkapitalizmus honi megjelenésével társadalmi rétegek hétköznapi váltak küszködésé. Kilyukadt a szociális háló, s az egymást követő kormányok igyekezete ellenére sem sikerült „megfolytozni”. Társadalmi rétegek csúsztak a szegénység felé. Hiába az ágálás, az egyre több munka vállalása, a pluszmunkákból szerzett jövedelmek sem elegendők az előbbre jutáshoz. A vegetáláshoz elég. Ők még szerencséseeknek mondhatják magukat, hiszen van munkájuk, megélhetésükhöz elegendő fizetésük. Sokak azonban reménytelenül lemaradtak, utcára kerültek, elvesztették munkahelyüket, objektív vagy saját hibák áldozataként hajléktalan sorba süllyedtek. Nem mintha korábban nem létezett volna hajléktalanság, de akkor lehetőségük volt a fedél alá kerülésre, a munkásszállók és egyéb hasonló ideiglenes hajlékok mentették helyzetüket. A gyökeres gazdasági-politikai változás felszámolta a menedéket nyújtó lehetőségeket, így maradt az utca. A kilencvenes évek elejének Magyarországát kényszerűen döbbsent rá, hogy a hajléktalanok tízezrei lepték el a lépcsőházakat, aluljárókat, vasútállomásokat. Sebttében szükségeltetett hajléktalan gondozó hálózat szervezése, mely csak az évtized végére állt össze rendszerré, országot átfogó hálózattá.

Debrecenben ezerre tehető a fedél nélkül maradtak száma. Ez természetesen csak hozzávetőleges adat. Óvatos becslések szerint is többen tengődnek az utcán.

A könyv első része a debreceni hajléktalanok életéről, az ellátásukra létrejött, szakosodott szervezetekről szól. A kötetben megszólalnak a rászorultak, az értük tevők, illetve a város és az állam hajléktalanokkal foglalkozó szakemberei. A könyvet nemzetközi kitekintés, szakirodalom ajánló és sok fényképes illusztráció teszi teljessé.

Popper Péter: Fáj-e meghalni?

Saxum, Bp. 1999.

A könyv a halálról, a halálfélelemről, a test és a lélek viszonyáról, az öngyilkosságról, az erkölcsi világrendről, a haldoklásról és a gyászról szól. Válaszolni próbál olyan kérdésekre, hogy mit tegyünk a halálfélelemmel, miben érdemes hinnünk, és mi az a kevés, amit az "ismeretlen birodalomról" tudhatunk.

Popper Péter: Felnőttnek lenni...

Saxum, Bp. 2000.

Mindenki felnőtt-e, aki testileg nagyra nőtt, sok évet tudhat maga mögött és állampolgári jogai vannak? Hátha csak egy felnőtt méretű cipőben-jelmezben botladozó gyerek? Mit jelent felnőttnek lenni gondolkodásunkban, kapcsolatainkban, szexuális fantáziánkban és az ágyban? S érdemes-e teljesen felnőni? Az ifjúság és vénség közötti évtizedekről töpreng és vitatkozik a szerző.

Émile Durkheim: Az öngyilkosság

Osiris, Bp. 2000.

Durkheim munkája a szociológiai irodalom immár klasszikus alkotása, s bár megjelenése óta (1897) eltelt egy évszázad alatt nagyot fejlődött a szociológia módszertana, Az öngyilkosság ma is időszerű, ma is hat: nem

²¹⁸ Dr. Szilágyi Vilmos ajánlata (Magyar Szexológiai Szemle, 2000/2.)

véletlenül hivatkoznak a legmodernebb módszertani könyvek Durkheimre, és a könyvből átvett részek mutatják be a követendő módszerességet. A problémát Durkheim látta meg és rendszerezte elsőként; vizsgálatának módszeres végigvezetése máig példaszerű. A multivariáns analízis alkalmazása, az elméleti felkészültséggel és sok dimenzióból való vizsgálódás módszertani technikája ehhez a munkához fűződik. A ma alkalmazott világosabb, tisztázottabb fogalmak (pl. anomiaelméletek) jelentős részét az ő koncepciójából fejlesztették ki. A könyv nagy jelentőségű szociológiatörténeti szempontból, kezdő és képzett szociológusok ma is sokat meríthetnek gondolataiból. Nagy jelentőségű munkáról van szó multidiszciplináris szempontból is, hiszen nemcsak a szociológusok tartják alapműnek Durkheim könyvét, hanem számos tudomány területén is. Ahogy Cseh-Szombathy László fogalmaz a kötethez írott előszavában: vannak újabb, modernebb könyveink erről a jelenségről, de kérdés, hogy valaha is írnak-e még a múlt időtállóbbat.

**Debrecenyi Károly István: A spiritualitás min híd.
Lelkiség a hospice-ban. Hospice beteggondozás füzetek 7.
Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 1999.**

A szerző református lelkipásztor és pasztorálpszichológus, évek óta részt vesz pszichoonkológiai, majd hospice lelkigondozói munkában. Lelkészi identitása miatt a spirituális jelenségek, kérdések gyakran jelentkeznek munkájában az életveszélyesen beteg vagy terminális állapotban lévő betegek és hozzátartozóik részéről. Ezért választotta ezt a témát könyvében. Esszészerű, olvasmányos, fordulatos tanulmányt írt, amelyben állást foglal a spirituális dimenzió lelkigondozói fontossága mellett, és képet ad arról, hogy ő hogyan közelít gondozói munkája során az emberek ilyen igényeihez. Mint soraiból kitűnik, nagy tapintattal, nem direktív módon, nem térítően viszonyul a témához, inkább sajátos kísérőként próbálja elősegíteni, hogy a spirituális gondolatok és élmények egyfajta hidat jelentsenek számára, amely átvezeti a betegség, az életmódváltás, a halál eszméjével való megküzdés nehézségeinek és kínjainak mocsarára.

Az olvasó maga is mintegy a leírt gondolatok hídján jut el a kellemetlen egzisztenciális dilemmák témáihoz a szerző kíséretében. Megismerteti, hogy a biblikus, vallásos gondolkodás összeférhet a lelkigondozói, pszichoterápiás szemlélettel és módszerekkel. Recepteket, megoldási képleteket nem ad, a szerző érzékelteti, hogy a lelki segítőnek magának is tisztázni kell viszonyát e kérdéskörhöz. A könyv nagyon hasznos olvasmány, nagy előnye, hogy a betegek és hozzátartozók kezébe is adható, nemcsak segítőknak, gyógyítóknak szól.

Az értékes írás a következő kiadásokban talán fejleszthető is lesz. Az esszészerű fogalmazás mellett talán mégis érdemes irányelveket, javaslatokat, módszertani útmutatásokat is tenni bele. Hasznos a felhasznált és ajánlott szakirodalom jegyzéke, de ezt vagy tematikusan csoportosítani kellene, vagy a szerzők neve szerint abc sorrendbe tenni, mert így áttekinthetetlen, nehezen használható.

Végül: a lelkipásztor szerző talán kicsit túl „szemérmes”, illetve „nemdirektív” a spiritualitással kapcsolatosan. A semleges és autonómiát tisztelő szimmetrikus lelkigondozói álláspont hasznos lehet a segítő szakembereknek, a lelkésztől azonban affirmatív megnyilvánulásokat, kongruensen megjelenő hitélményt, transzcendens közvetítő és erősítő hatásokat is várnak a bajban lévők. A hitélmények sajátos áttételes viszonyulásokat alakíthatnak ki, és a lelki segítőben is viszontáttételes reakciókat válthatnak ki. Ez a szakavatottan segítő lelkész kezében a gyermeki vallásosság lelki rétegeinek kulcsa lehet, de új rítusok és narratívák kezdeményezésének szuggesztívós lehetősége is. Ezekről is jó lenne majd írnia a szerzőnek. Bizonyára fog is, hiszen a könyv egyik értéke a szerző nyitottsága és őszintesége, ő maga is együtt jár a spiritualitás hídján, kísérőként klienseivel és ennek során ő maga is fejlődik, tapasztal.²¹⁹

Christophe André: A félnétség
Osiris, Bp. 2000.

Mindnyájan ismerjük azt a helyzetet, amikor inunkba száll a bátorságunk, mikor ki kellene menni szavalni az osztály elé, szívességet kell kérnünk barátunktól és így tovább. Ez a könyv a hétköznapi félnétséget a mai személyiséglélektan és szociálpszichológia kutatásainak kereteiben helyezi el. Megmutatja, hogy mikor hasznos a félnétség, s rávezet arra is, hogyan lehet leküzdeni, ha súlyos esetben már bántó akadályt jelent.

Vekerdy Tamás: Kérdezz! Felelek... - Gyerekekről felnőtteknek
Park, Bp. 1999.

²¹⁹ Dr. Buda Béla ajánlása (Hospice Hírek, III. évfolyam 1-2. szám, 1999.)

A népszerű gyermekpszichológus csokorba szedte, életkorok és témák szerint csoportosította a Nők Lapja hasábjain megjelent gyermeknevelési tanácsait, melyek az olvasók kérdései alapján születtek. A kérdések és válaszok felölelik a gyermek- és kamaszkor legfontosabb és leggyakoribb lelki problémáit, de gyógyírt találunk olyan, sajnos gyakori gondokra is, mint a válás vagy a magány. Ebből a könyvből együtt gondolkodva a neves gyermekpszichológussal, talán jobban megismerhetjük saját gyermekeinket, s könnyebben segíthetünk nekik.

A szerző írja könyvéről: "Az igazán jó válaszok - ha vannak ilyenek - *nem* receptek, hanem azok, amelyek *tovább kérdeznek*, és netán újabb kérdéseket hívnak elő az olvasóban. Mert azt hiszem, hogy a *kérdező ember* van igazán közel a dolgok áramához és nem a *válaszó ember*, különösen nem az, aki azt hiszi, azt képzele magáról, hogy ismeri a *helyes* - netán egyedül helyes - válaszokat.

Most, amikor egy kicsit félve, de mégis reménykedve kiadom ezt a kötetet a kezemből, abban reménykedem, hogy bár *felelek*, válaszolok a feltett kérdésekre, magam is meg tudok maradni kérdező, tovább kérdező embernek... Hogy talán *együtt* - az olvasóval együtt - tudunk elgondolkodni a feltett kérdésekről."

Dr. Rác József és munkatársai: A drogkérdésről őszintén

Saxum, Bp. 2000.

Egy új sorozat: a "Képzett beteg könyvek" előző kötete, a "Szíves" szakácskönyv c. után egy újabb olyan témával jelentkeznek, ami szintén nagy közérdeklődésre tarthat számot. Dr. Rác József már a nyolcvanas évek elején-közepén foglalkozott a drogproblémával, amikor még alig volt túrt ez a téma a hatalomnak (bár már a "tiltott" kategóriából muszáj volt kiemelni).

A kötetben a drogellenes küzdelem tapasztalt szakemberei szólnak a szülőkhöz, a pedagógusokhoz és az érdeklődő átlagemberekhez. Bemutatják az egyes drogok hatásait, történelmét, a droghasználat kialakulásának okait, a gyógyulás-felépülés állomásait, szakaszait, és utat mutatnak a megelőzésre is. A drogprevenció hasznos kézikönyveként is megállja a helyét ez a kötet.

John M. Gottman - Nan Silver: A boldog házasság hét titka

Vince, Bp. 2000.

A szerzők nem kisebb vállalkozásba kezdtek, minthogy megfejtsék a boldog házasság titkát. Éppen ezért vizsgálódásuk - amit ők egyedülállónak tartanak - nem arra irányult, hogy mitől mennek tönkre, hanem hogy mitől működnek harmonikusan és boldogan a házasságok. Ennek megvilágítása érdekében longitudinális vizsgálatot végeztek jó néhány házaspárral az általuk felépített és szeretetlaborban keresztelt seattle-i laboratóriumban, ahol megfigyelték a párok kommunikációs jellegzetességeit, illetve stressz-szintjük alakulását a különböző fiziológiai mutatókon keresztül. Módszerüket tekintve megfigyeléses technikákat alkalmaztak, részben oly módon, hogy a házaspárokat beköltöztették egy-egy napra a szeretetlaborba, ahol azt csinálhattak, amit akartak, ill. amit szoktak, részben pedig megkérték őket, hogy beszéljenek különböző, a házasságukkal kapcsolatos dolgokról. Mindezek alapján a szerzők 7 alapelvet találtak, melyek a kiegyensúlyozott házasságok mindegyikében érvényesültek, ám a boldogtalan (vagy azzá váló) kapcsolatokban ezek közül több is hiányzik. A szerzők véleménye szerint ezek az alapelvek mindenkire érvényesek, így akár a házastársak között akár ötperces kommunikációt megfigyelve 91%-os pontossággal megjósolják, hogy a házasságuk boldog lesz-e, vagy valószínűleg válással fog végződni.

A könyv első fejezete feltárja az olvasó előtt a boldog házasság titkára vonatkozó kérdés megválaszolásának sürgető szükségességét, a válási statisztikák, ill. a házasságtérapiák csekély sikereinek elszomorító adatait. Impozáns százalékos adatokat sorakoztatnak fel módszerüknek, ill. megállapításaiknak érvényessége és hatékonysága mellett. A második fejezetben a váláshoz vezető út "vészelző tábláiról" olvashatunk. A könyv szerkezetét tekintve ennek a fejezetnek a célja az, hogy rávilágítson arra, hogy melyek azok a kommunikációs eszközök, melyeket házastársi kapcsolatuk megőrzése érdekében ajánlatos elkerülni, mivel ezek hosszú távon aláássák a hét alapelv zavartalan működését. Az ezt követő fejezetekben élénk táruuló hét alapelv meglepően egyszerű dolgokat tartalmaz: *ismerjük meg magunkat és egymást jobban, tápláljuk az egymás iránti szeretetet és csodálat érzését, ne távolodjunk el egymástól, vegyük figyelembe a másik véleményét, oldjuk meg a megoldható problémákat, tartsuk tiszteltben a másik álmait, vágyait és végül találjuk meg a házasságunk értelmét.* Minden egyes alapelvet részletesen bemutat a könyv, ezeket a könnyebb megértés érdekében házaspárok példáival illusztrálja. A kérdésfelvetést követően kérdőíveket, elgondolkodtató kérdéseket talál az olvasó, hogy megtudhassa, ő maga hogyan is áll ezekkel a kérdésekkel. Miután erre a kérdésre választ kapott, különböző gyakorlatok állnak rendelkezésére, melyek segítenek elmélyülni az alapelvek megvalósításához szükséges készségekben. (...)

A könyv széles populációt céloz meg, egyaránt szól a hétköznapok emberéhez, és a szakemberekhez is. A könyv maga olvasmányos, egyszerű nyelvezete és nyomdatechnikai előállítása könnyen olvashatóvá teszi ezt az írást. Az első fejezetek nagy várakozással tölthetik el az olvasót, mivel leírják, hogy mi lehet az oka a házasságtérapiák sikertelenségének, ill. megcáfolják a házasságról kialakult, a mindennapokban előforduló, ám helytelen mítoszokat. Maga a "megoldás", pontosan annak gyakorlati megvalósítására tett tanácsok azonban a recenzens számára erőltetettnek tűnnek, mivel egyrészt túl direktnek, másrészt pedig nehezen elképzelhető, hogy a magyar viszonyok és mentalitás mellett ezeket a gyakorlatokat ténylegesen el is végeznék a házaspárok. Mindemelett a könyv mondanivalójának igazsága könnyen belátható, a boldog házasságnak ugyanis elengedhetetlen feltétele a kölcsönös szeretet és tisztelet.²²⁰

Varga Domokos: Nem születünk szülőnek

Tapasztalatok, tanulságok, töprengések
Hét Krajcár, Bp. 1999.

"Egyikünk sem született szülőnek, s később sem igen tanultuk ezt a mesterséget. Csak úgy belejöttünk valahogy - már aki belejött - az anyaságba-apaságba - mondja az író.

Ő a nagypaságba is bőven belejött azóta. Irigykedhetünk a 7 gyerek és a 23 unoka láttán, mondván: hát, igen! Neki adott az Isten szerencsét, szerelmet, forró kemencét ahhoz, hogy belenőjön a családfő szerepébe; adott neki olyan feleséget, aki mellett belejöhetett az íróságba is! Most már könnyen beszél... Van magához való emberi, nevelői szíve és esze, van képessége hozzá, hogy hosszú évtizedek összegyűjtött tapasztalataiból, töprengéseiből leszűrje a tanulságokat és tudása kiérlelt kincseit átadja nekünk. Szembesülünk hát szülői, nagyszülői, gondolkodásra készítő mivoltunkkal e helyenként megrendítő, felemelően szép könyv olvastán. Csak arra vigyázzunk - hangzik az intellektus -, hogy "a nevelésben ne magunk igaza legyen a legfontosabb. Hisz épp ezzel ronthatjuk el leginkább a dolgot: gyerekeink dolgát..."

Reménykedjünk: könyvek által is előrébb megy a világ. S ha nem születünk is szülőnek, még nevelődhetünk. Jobb apává, anyává tehetnek a saját gyerekeink. Hiszen ez a legfőbb tanulsága Varga Domokos e sokakhoz szóló, mesteri művének.

Hegedűs Katalin: Az emberhez méltó halál

Osiris, Bp. 2000.

Életünk során hányszor, de hányszor szorulunk rá valamilyen menedék védelmére. Mindig, ha magunk képtelenek vagyunk - vagy úgy hisszük, hogy képtelenek vagyunk - megbirkózni az eléünk sodródó, utunkat álló, félelmet kiváltó életeseményekkel. A menedék lehet egy tető a fejünk felett, egy ölelő kar biztonsága, egy megértő és megbocsátó mosoly, de lehet egy megnyugtató hang, egy simogatás, vagy csupán egy másik ember jelenléte. Bármilyen erősek, öntudatosak vagyunk, életünkben szinte elkerülhetetlenek azok az időszakok, amikor egyszerre gyengének, bizonytalannak, zavarodottnak, elesettnek és elveszettnek érezzük magunkat. Ilyenkor létszükséglet egy megfelelő védelmet, bátorítást, talpraálláshoz szükséges energiát biztosító menedék. Menedék átmeneti időre - hiszen a menedék mindig átmeneti időre szól -, aztán nekigyürkőzünk, és tovább indulunk.

Hegedűs Katalin könyve a menedékről szól, hiszen témája a hospice mint gondolkodásmód, tevékenység, mozgalom és szervezet, mely felkínál és megvalósít egy lehetséges megoldást az utolsó nagy szorongatás idejére, hogy képesek legyünk méltósággal és alázattal elfogadni a magunk és szeretteink halálát.

A hospice mozgalom megjelenése és nemzetközi méretekben való egyre szélesebb kibontakozása egyrészt annak bevallása, hogy a halál fogadásának tradíciói a családokban meggyengültek, sőt elvesztek, a kórházakban ki sem alakultak, jelenleg mindkét helyszín szinte alkalmatlan a haldokló körüli szolgálat méltó teljesítésére. Másrészt szívmengető megnyilvánulása a segítőkészségnek és áldozatvállalásnak, melyet már alig tételeztünk fel korunkról, s mely e könyv tanúbizonysága szerint képes a nyomasztóan hiányzó menedéket megteremteni. Mert ha életünk aktív idején is rászorulunk embertársaink szerető támogatására, ez a halál közelében végképpen nélkülözhetetlen. Nélkülözhetetlen, hiszen ekkor vagyunk a legelesettebbek, legkiszolgáltatottabbak, s ekkor állunk a legnagyobb és legnehezebb út előtt.

A könyv teljes körű összefoglalását adja mindazon ismereteknek, melyek segítségünkre lehetnek egy általunk kezelhetetlennek érzett végszükség idején. Megismertet a hospice mozgalom történetével, kiemelkedő személyiségeivel, a halált az élet természetes jelenségeként kezelő gondolkodásmódjával, és ami a legfontosabb, a haldoklás időszakának, mint az emberi élet értékes, sőt, értékteremtő sajátosságaival.

²²⁰ Somogyi Zsófia Borbála recenziója (Szenvedélybetegségek, 2000/4. szám)

Hegedűs Katalin könyve vigasztal és bátorít. A hospice szervezetek működésének bemutatásával, a fejlődés irányainak felvázolásával felcsillantja mindannyiunk előtt annak a reményét, hogy nem maradunk támasz, gondoskodás, szeretet nélkül az élet legnehezebb idején. Hogy van, és egyre inkább lesz fellelhető menedék a haldoklónak és a gyászoló, búcsúzó ittmaradóknak.

A könyv olvasmányának is élvezetes. Tiszta, világos megfogalmazásai, logikus, jól illeszkedő szerkesztése, a magyar nyelv igényes, de ugyanakkor közérthető használata mellett az egész könyvet átszövi a szerző lelkes és egyben alázatos elkötelezettsége a téma iránt. Ez a személyes aspektus sugározza be és hitelesíti a könyv minden fejezetét. Olvasás közben elkerülhetetlen az önmagunkkal való szembesülés, a „mit tennék én hasonló helyzetben?” kérdés megválaszolásának kísérlete. És ez jó! Mert a könyvnek bevallott célja az informáláson túl az elgondolkztatás, a tabu megtörése, a halál kérdésének beemelése az élet természetes és fontos megválaszolnivalói közé.²²¹

Erich Fromm: Birtokolni vagy létezni?

Egy új társadalom alapvetése

Akadémiai, Bp. 1999.

1976-ban jelentette meg Erich Fromm egyik utolsó nagyobb lélegzetű munkáját, a hamleti asszociációkat keltő s máig népszerű *To Have or to Be?* című könyvét. A mű összefoglaló jellegű: a széles látókörű tudós és érzékeny humanista gazdag életművének pszichológiai, szociológiai és filozófiai száalai futnak itt össze.

A korlátlan fejlődés nagy ígérete, amely teljes anyagi bőséggel és a természet leigázásával kecsegtetett, napjainkra szertefoszlott. Nap mint nap kiütközik az önzésre, birtoklásra épülő értékrend képtelensége; az "annál több vagyok, minél többet birtokolok" hamis jelszava helyébe pusztán gazdasági szükségszerűségből is - újnak kell lépnie. S ezt az újat, a valóságos létezésre összpontosító módot, a létezés létformáját mutatja fel és bontja ki Fromm, úgy, ahogy az már a Bibliában, a buddhizmus tanításában, a szerzetes Eckhart mester, a teológus Albert Schweitzer és az ateista Marx műveiben is megmutatkozik. A két alapvető létforma, azaz a birtoklás és létezés mentén sorra vizsgálódása tárgyává lesznek leghétköznapiabb tevékenységeink (a társalgás, az emlékezés, a tanulás, a szeretet stb.), és végül egyfajta "humanista vallásosság" elképzelése körvonalazódik, amely alapja lehet egy új, emberibb társadalom létrehozásának.

A. M. Pines: A féltékenység

Okok, tünetek, gyógy módok

Fiesta-Saxum, Bp. 2000.

Végre egy komoly könyv a féltékenységről, a szerelmi kapcsolatok súlyos betegségéről, amellyel a szexuálterapeuták és általában a pszichoterapeuták is sűrűn találkoznak, és nehezen tudnak megbirkózni vele. A „zöldszemű szörny” azoknak igazán kínzó, akiket elér és gyötör, kétségbeesett vagy erőszakos cselekedetekre késztet. Legfőbb ideje, hogy megtanuljunk leküzdeni.

Ehhez nyújt igen értékes segítséget könyvével a pszichológus szerző, aki egy izraeli tudományos intézet igazgatója, de Kaliforniában is praktizál. Könyve is amerikai kiadónál jelent meg először 1998-ban - két magyar kiadó jóvoltából alig két év alatt eljutott hozzánk. A szerző előszava szerint kb. 20 évi munkája fekszik benne; amit alátámaszt, hogy csak a szakirodalmi bibliográfia 14 oldal, több száz tudományos közlemény. Ez arról is tanúskodik, hogy már igen sok tudós foglalkozott a jelenséggel (bár hazánkra ez éppenséggel nem mondható el, hiszen az utóbbi évtizedben is csak Haraszi László írt erről könyvet)...

Strukturálisan a könyv 10 fejezetre tagolódik. Az elsőben körülírja a féltékenység különböző formáit és alkotóelemeit. Ilyenek például a birtoklásvágy (kisajátítási törekvés), a kizárástól, veszteségtől való félelem, a versengés, az irigység és kisebbségi érzés. Meghatározása szerint a féltékenység „valahol az örültség és épelméjűség között húzódó ködös tartományban van” (25.o.). Tehát a patológikus és a normális közötti széles sávban (bár ő normálisnak a „tipikust, átlagost” tekinti)...

Joggal emeli ki a romantikus partnerideál és a projekció szerepét is. A féltékenység terápiáját illetően, a szerző leghatékonyabbnak a csoport-, pszichoterápiát és/vagy a párterápiát tartja. Részletesen leírja egy 10 órás terápiás csoportfoglalkozás menetét. A 10-20 főből álló csoport az első két órában előadást hallgat, ám utána relaxációval kezdődő gyakorlatok következnek, encounterrel és pszichodramával fűszerezve. Így válhat a féltékenység fejlesztő, „növelő, gyarapító erővé”, olyan kihívássá, amely az önismeret és önkontroll növelésére ösztönöz.²²²

²²¹ Pellei Ilona ajánlata (Kharón Thanatológiai Szemle, V. évf. 1. szám, 2001.)

²²² Dr. Szilágyi Vilmos recenziója (Magyar Szexológiai Szemle, 2000/4. szám)

Lévai Katalin: A nő szerint a világ

Osiris, Bp. 2000.

A feminizmus történetét és hazai lehetőségeit bemutató könyv szerzője - a szociológiai tudományok kandidátusa és az Egyenlő Esélyek Alapítvány elnöke - szerint nálunk a nők jobban elfogadták a társadalmi egyenlőtlenséget, a hátrányos megkülönböztetést, mint a legtöbb európai országban. Részben ez lehet a magyarázata annak is, hogy a nőmozgalom miért nem tudott kibontakozni hazánkban.

Bár nálunk hosszú évtizedek óta „jogegyenlőség” van a nemek között, Lévai szerint a női emancipáció társadalmi szinten is álságos és látszólagos, a magánéletet pedig szinte meg sem érintette. A feminizmusnak ugyan világviszonylatban igen sok köszönhető, mondjuk a női munkavállalás lehetővé tétele terén, ám az esélyek ezzel még korántsem egyenlítődték ki. A régi előítéletek továbbélnek. A „jó anya és feleség” mítosza például megnehezíti, hogy a nő felismerje hátrányos helyzetét és alávetettségét, amit a reklámok és a média is erősít.

Hazánkban több tucat női szervezet működik, még sincs igazi nőmozgalom. Jogsérelem esetén például csak magánszemély indíthat bírósági eljárást, s különben is, az összefogástól sokakat visszariaszt a „mozgalmár nő” köztudatban élő negatív képe; így politikai szerepre nehezen vállalkoznak. A Kádár-rendszer „nőpolitikája” eleve „gyengébb nemnek” tekintette a nőket, mint akiket éppen azért kell segíteni, mert alárendelt, hátrányos helyzetben vannak.

Ez azonban nem sokat változtatott azon, hogy már gyermekkorban élesen szétvált a fiúk és lányok nevelése, s a rendszer alapjában patriarchális maradt. A nevelés folytán a nők család- és gyermekcentrikusakká váltak, s gyakran magasabb iskolai végzettségük ellenére ambícióikat „magától értetődően” alárendelték a férjüknek és a családjuknak.

A nők szerint ma is ilyen a világ, s nehéz rajta változtatni. Lévai Katalin könyve azonban éppen ehhez adhat segítséget.²²³

Roland Antholzer: Gyász és vigasz

Ethos, Bp. 2001.

Az utóbbi években egyre több könyv jelenik meg a thanatológia tárgykörében. Mintha mostanság nyílt volna fel a szemük a szakirodalmak olvasóinak erre a témára. A "téma" felettébb kényes, ugyan mi lehet ennél nehezebb, sem a filozófia, sem a teológia nem tud olyan magasságokban szólni róla, hogy ne jusson eszünkbe saját sorsunk (az, ami a közös). Pedig, ha ez a "közös" tabuként kezelendő, akkor egyre inkább nő a terhe, s korunk emberének egyre inkább szüksége lehet külső segítségre (amire generációkkal ezelőtt nem).

Vigaszra mindenkinek szüksége van, hiszen minden embert ér veszteség - legyen az halál, betegség, csalódás vagy anyagi csőd. Hogy állhatunk ilyenkor helyt, és hogyan segíthetünk másoknak? Ezekre a kérdésekre próbál választ adni a pszichológiailag művelt, ugyanakkor a Bibliában is tájékozódó szerző.

Peter Lauster: A társ kapcsolat krízisei

Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

A nemek közötti harc, a napi civódások, a csalódottság és a frusztráció, a kölcsönös szemrehányások könnyen válságba sodorhatják a társ kapcsolatot. Nehéz kikeveredni ebből az ördögi körből. Hogyan jut el idáig a kapcsolat? Volt-e valaha is harmonikus és szeretetteljes? Egy kapcsolat zátonyra futásához - tudatosan vagy akár öntudatlanul - mindkét fél hozzájárul. A szerző azt boncolgatja, hogy a szeretetlenség miatti félelmeink gyökere saját kishitőségünkben, vészes önelégületlenségünkben rejlik. Hogy félelmeinket legyőzzük, meg kell tanulnunk először is szeretni önmagunkat.

Judith Viorst: Szükséges veszteségeink

Háttér, Bp. 2002.

Mi mindent veszítünk el életünk során? Mindnyájunkat érnek különböző veszteségek; el kell hagyni a biztonságos anyaméhet, kistestvérünk születésekor elveszítjük az anya kizárólagos figyelmét, növekedvén elveszítjük a sírás és indulatkitörés jogát, iskolába kerülvén a mentességet a feladatok és felelősség alól.

²²³ Dr. Szilágyi Vilmos ajánlása (Magyar Szexológiai Szemle, 2000/4. szám)

Felnőtként elveszítjük a szülőket, barátokat, szerelmeket, lakhelyet, munkahelyet, kedvenc állatainkat, megöregedve régi képességeinket, egészségünket. Szinte beleszédülünk ebbe a felsorolásba...

A könyv azonban mégsem pesszimista búsongás a sok gyászon. A szerző irodalmi példákon, pszichoterápiás eseteken, baráti körből és saját tapasztalatából merített epizódokon illusztrálja a veszteségek különböző feldolgozási módjait - főként azt, hogy a veszteségek helyzetéből hogyan kerülhetünk ki megerősödvé, fejlettebb személyiségként.

Széchezy Orsolya (szerk.): Szexuális gyermekbántalmazás a családban
Animula, Bp. 2001.

A könyv angol nyelvű eredetijét a londoni Tavisock klinika adta ki a CIBA Alapítvány támogatásával és 16 angol szakember közreműködésével. A magyar olvasók tájékozódását a hazai nézetek és jogszabályok részletes ismertetése segíti, részben lábjegyzetek formájában, részben pedig a függelékben.

Szerkezetileg a könyv négy részből és 17 rövid fejezetből áll. Az első rész olyan általános problémákkal foglalkozik, mint a szexuális visszaélés előfordulására hajlamosító rizikótényezők, családi jellegzetességek, rövid és hosszú távú hatások. A második rész a kezelés általános elveit, a harmadik pedig annak részleteit veszi sorra. Ezek a fejezetek vázolják a szakemberek és a családi hálózat viszonyait, a vizsgálati és terápiás intézmények megszervezését, a kezelés teendőit és módszereit stb. A negyedik rész a megelőzéssel, ezen belül a neveléssel, az önszemponttal és egyéb segítő hálózatokkal foglalkozik, s végül esettanulmányokat közöl.

Az előszóból kiderül, hogy a kötet írásai a CIBA Alapítvány kutatócsoportjának munkái. A csoport 1981 és 1984 között dolgozott ezen a témán. Megállapításaik tehát már közel 20 évesek, így korántsem újszerűek. Számunkra mégis meghökkentők, és ráébresztenek, mennyire el vagyunk maradva az incesztuózus viszonyok feltárása és leküzdése terén.

Bevezetés helyett "A könyv szándékáról és tartalmáról" tájékoztat az angol szerkesztő, majd áttekintést ad a könyv lényeges mondanivalóiról, amelyek három téma köré csoportosulnak: hogyan lehet felismerni, kezelni és/vagy megelőzni a családon belüli szexuális visszaéléseket. Különös hangsúlyt kap a megelőzés, amiben döntő szerepet játszhat az iskolai (és otthoni) szexuális nevelés. Ugyanis - ahogyan erre egy lábjegyzet utal - hazánkban még az ilyen visszaélések előfordulási arányairól sincsenek megbízható adatok, mert "hivatalosan nem gyűjtik az ilyen esetek adatait" (12. old.). Amerikai adatok szerint (Finkelhor, 1980) a nők 19%-a és a férfiak 9%-a számolt be gyermekkorban átélt szexuális traumákról. (...)

A szexuális visszaélések túlnyomó többsége nem derül ki, mert az érintettek gondosan eltitkolják, félve a büntetéstől. Sok múlik azon, hogy a szakemberek (orvos, pedagógus stb.) elég fogékonyak-e bizonyos testi vagy viselkedésszerű jelekre, amelyeket a könyv elég részletesen ismertet. Igen szemléletesen mutatja be azokat a családi jellegzetességeket is, amelyek hajlamosítanak az incesztusra.

A kötet második és harmadik része a büntető beavatkozások helyett elsődlegesen szociális, segítő és terápiás beavatkozásokat javasol, és ezek megszervezését körvonalazza. Ezzel kapcsolatban nagyon tanulságosnak tűnik a könyv végén bemutatott négy eset, amikor a különböző szakmai szervezetek eltérő közbelépése más-más eredményekhez vezetett. A 15. fejezet a különböző szakemberek (orvos, pedagógus, szociális munkás, pszichológus, nevelési tanácsadó stb.) szerepét mutatja be.

A megelőzéssel kapcsolatos fő következtetésük, hogy az hatékonyabb lenne, ha maguk a gyermekek többet tudnának a szexuális abúzusról és annak elhárításáról. Ennek biztosítására pedig elsősorban a pedagógusokat kellene felkészíteni. A legfontosabb tudnivalókat és javaslatokat a kötet végén 34 pontban foglalják össze.²²⁴

Polcz Alaine: Kit siratok? Mit siratok?
(Bp. Jelenkor, 2003.)

A legnevesebb magyar thanatológus új könyvének címe, e két rövid staccatós kérdőmondat már önmagában is elgondolkodtató. Az elsővel szembesülve még nagyjából képben van a Polcz Alaine munkásságát ismerő olvasó, de a második kérdő mondat talán elbizonytalanítja... De a kötet vallomás-sorozatából kiderül, hogy nemcsak elveszített, elhunyt szeretteinket sirathatjuk igazi, valódi gyászal, sőt néha tébolyító, sorsot, kegyetlen végzetet, akár a Mindenhatót is káromló, eszelősen ismételtetett, sértődött, "miért"-ekkel, hanem ugyanúgy sirathatjuk egy szeretve-megszokott élethelyzet tragikus, önhibánkon kívüli megszűnését, így a szűkebb pátria történelmileg igazságtalan elvesztését, de még egy hozzánk közelálló, családtaggá fogadott négy lábú pusztulását is, aki igazi társunk volt hosszú évekig - és értette a köztünk kialakult - közös fajtanyelvet helyettesítő, ám mégis valódi, bensőséges kommunikációt. De sirathatjuk a minket elhagyó kedvest is, aki továbbél ugyan, akár elérhető

²²⁴ Dr. Szilágyi Vilmos ajánlata (Magyar Szexológiai Szemle, 2001/2-3. szám.)

földrajzi közelségben hozzánk, csak éppen nem velünk. Sőt sirathatjuk saját, családban betöltött hajdani szerepünk megszűnését is, holott valamennyien életben vagyunk-maradtunk, "csak" éppen egy manapság már mindennapnak tűnő válás robbantott ki - mondjuk - az apaszerepből, amely érzelmi és értelmi énünk integráns részévé vált.

Szilárd Gabriella

Arno Gruen: A normalitás tébolya

A realizmus mint betegség: elmélet az emberi destruktivitásról
Magyar Könyvklub, Bp. 2003.

Az emberi destruktivitás nem egyszerűen a rosszra való képesség. Ellenkezőleg: egy olyan hiány következménye, amelyet e minőségében föl sem ismerünk. Ott, ahol elvész annak képessége, hogy észleljük saját érzéseinket, és ahol helyére az öngyűlölet lép, megsemmisül a valódi együttérzés és az igazi átélés képessége is. A szerző az emberi destruktivitást tárja fel, amely sokkalta gyakrabban ver gyökeret a vélt emberbarátság és a rendteremtő ész mögött, mintsem az számunkra világos lenne. Lenyűgöző a példák sokasága, amellyel érvelését alátámasztja: szerepelnek köztük a Harmadik Birodalom és a vietnami háború felfoghatatlan eseményei. Gruen meggyőző módon bizonyítja, hogy ott, ahol a belső és a külső világ nem alkot egységet, nem lehet szó felelősségteljes magatartásról és igazemberségről.

Keith Oatley – Jennifer Jenkins: Érzelmeink

Osiris, Bp. 2002.

Smith és Mackie tankönyve szemléleti szélsőségektől mentes, szakmailag megalapozott munka, amely a kognitív szociálpszichológia időszakának eredményeit sűríti magába, de kifejezi azt a posztkognitív érdeklődést is, amely az érzelmi jelenségeket immár nem szorítja háttérbe. Most kerül sor közös könyvük második kiadására, melynek sikere koncepcionális erényei mellett összefügg a jól tagolt felépítésével, didaktikus jellegével, s azzal, hogy az elméleti igényesség magas fokán a szociálpszichológia alkalmazási lehetőségeit is rendre tárgyalja, tekintetbe véve minden gyakorlati szférát az üzleti élettől az oktatás- és egészségügyön át a médiáig és a politikáig.

Carl R. Rogers: Valakivé válni

A személyiség születése

Edge 2000, Bp.2004.

Jelentős esemény, s nemcsak a pszichológus szakma, hanem anagyközönség számára is, hogy – a nyolcvanas évekbeli, szűk körben terjesztett stencil kiadványok után – végre rendes könyvesbolti forgalomban is hozzáférhető az első Carl Rogers-opus. Ráadásul, a talán legnagyobb hatású, legfontosabb mű, a Valakivé válni. Első publikálása idején, több mint negyven évvel ezelőtt, Amerikában igazi bestseller lett, milliós példányszámban fogyott el. A magyar változatot olvasva megértjük, miért; a múlt század második felének egyik legnagyobb hatású pszichológusa közérthetően, sőt élvezetesen ír, gondolataival revelatív élményt szerez. A könyv anyaga egyébként Rogers 1951 és 1961 között írt cikkeiből, ekkor tartott fontosabb előadásából állt össze. Rogers nyilván azért sem törekedett a szövegbeli ismétlődésekre, átfedésekre elkerülésére, mert minél több amerikai átlagolvasóval akarta megértetni elképzeléseit, felismeréseit.

A klinikus, kutató és pedagógus Rogers legnagyobb „felfedezése” a páciensközpontú pszichoterápia, és az ebből kinőtt személyiségközpontú megközelítés. Piszchoanalízis helyett valódi párbeszédre törekedett, a legfontosabbnak a páciens feltétel nélküli, pozitív, szeretetteljes elfogadását, empátikus megértését, a terapeuta viselkedésének, kommunikációjának hitelességét, őszinteségét tartotta. Mérei Ferenc szerint Rogers kulcsszava a nondirektivitás, a pedagógiai orientáció, a bizalom, s persze mindenekelőtt is az empátia. Buda Béla két és fél évtizeddel ezelőtt azt írta - Az empátia, a beleélés lélektana című könyvében -, hogy amit az empátiáról tudunk, azt vagy a Rogers-irányzat kutatásai hozták felszínre, vagy pedig a Rogers-féle empátiaelmélet hatására került előtérbe a korábbi megfigyelésekből és megközelítési módokból.

Rogers felismerte, hogy a terápiás kapcsolatban eredményes attitűd minden interperszonális kapcsolatban eredményes lehet. Módszere, sajátos „létezés-módja” (Mérei) világszerte inspirálta az oktatást; nálunk 1989-ben nyílt meg az első Rogers Személyiségközpontú Iskola.

Cole, Michael - Cole, Sheila R.: Fejlődéslelektan
Átdolgozott kiadás

(Osiris, Bp. 2003.)

ISBN: 963-389-473-5
 Oldalszám: 806
 Fogyasztói ár: 5 480 Ft

Ez a tankönyv a gyerekek lelki fejlődésére vonatkozó legkorszerűbb ismereteket fogja át a fogamzástól a csecsemő- és kisgyermekkoron át, az iskolás- és a serdülőkoron keresztül a felnőttkorig. Bemutatja a gyerekek fejlődésének legfőbb elméleti megközelítéseit, a téma legfontosabb kutatási eredményeit, és kitér a lehetséges gyakorlati alkalmazásokra is (például a bölcsődei gondozás, olvasástanulás nehézségeinek leküzdése). A szerzők megkísérik megvilágítani, hogyan hatnak egymásra a felnőtt emberré válás éve folyamán az egyedfejlődés biológiai, viselkedéses és társas vonatkozásai. A könyv sajátossága, hogy a biológiai és mikrokörnyezeti tényezők mellett nagy hangsúlyt helyez a tágabb társadalmi és kulturális háttérre is, amely jelentősen befolyásolja, milyen embert nevel az újszülöttből a környezet. A könyvet magyarul először 1997-ben adtuk közre. Jelen kiadás a 2001-ben megjelent, legújabb kutatási adatokat és felfrissített bibliográfiát tartalmazó átdolgozás alapján készült.

Kálmánchey Albert - Rénes László (szerk.): Telefonos lelki segítség

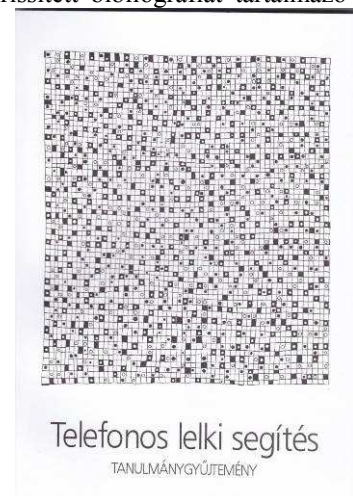
Tanulmánygyűjtemény

(Kállai, Debrecen 2003.)

ISBN: 963-8260-05-X
 Oldalszám: 168
 Fogyasztói ár: 750 Ft

Hazánkban az első lelki segély telefonszolgálat 1970-ben, Debrecenben alakult, s azóta is éjjel-nappal folyamatosan működik. A debreceni "Segítőkéz" Lelkisegély Telefonszolgálat e kiadványában közzétett tanulmányok igazolják, hogy a krízisben lévő, gondokkal küszködő emberek öngyilkosságának megelőzésében fontos szerepe van a lelki elsősegély telefonszolgálatoknak. A telefonos munkát a világon mindenütt önkéntesek látják el, természetesen szakemberek vezetése alatt és folyamatos szupervízió mellett.

E tanulmánygyűjtemény a lelki elsősegély szolgálatokra irányítja a figyelmet, és méltó szakmaisággal hangsúlyozza ezek fontosságát. A tanulmányok szerzői: Buda Béla dr., Kálmánchey Albert dr., Czinkóczi Ágnes, Debrecenyi Károly István és Roger Mucchielli. A tanulmányokat irodalomjegyzék egészíti ki.

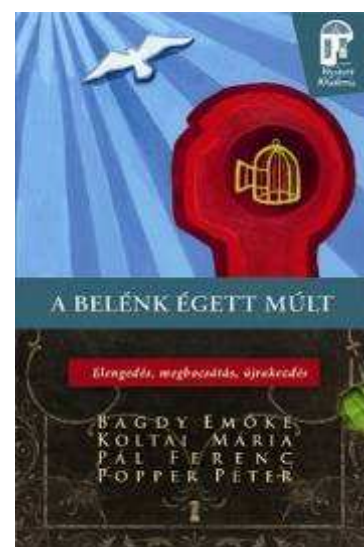


A belénk égett múlt

Elengedés, megbocsátás, újrakezdés

Bagdy Emőke - Koltai Mária - Pál Ferenc - Popper Péter

Hogyan élünk túl egy szakítást, válást, szeretteink halálát? Miként válunk lelkileg szabaddá? Mit jelent valamit vagy valakit igazán elengedni? Mihez kezdünk, ha rájövünk, hogy fájó emlékeinktől a lelkünk mélyén nem is akarunk megszabadulni, holott éppen ez gátol meg abban, hogy teljes életet élhessünk? Hogyan bocsássunk meg annak, aki megsebzett, becsapott, megalázott, megkárosított bennünket? Egyáltalán miért érdemes megbocsátani - miért nem jobb megoldás mégis a bosszú? Hogyan építsünk rá egy derűs, új lehetőségekben gazdag jövőt a csalódásokkal és fájdalmas tapasztalatokkal teli múltra? A kötet neves szerzői a modern pszichológia, a vallás és a spiritualitás világába vezetnek, együttérzéssel kísérve az olvasót azon a nehéz úton, amelynek végén azonban mégis csak ott van a felszabadulás és az újrakezdés lehetősége.



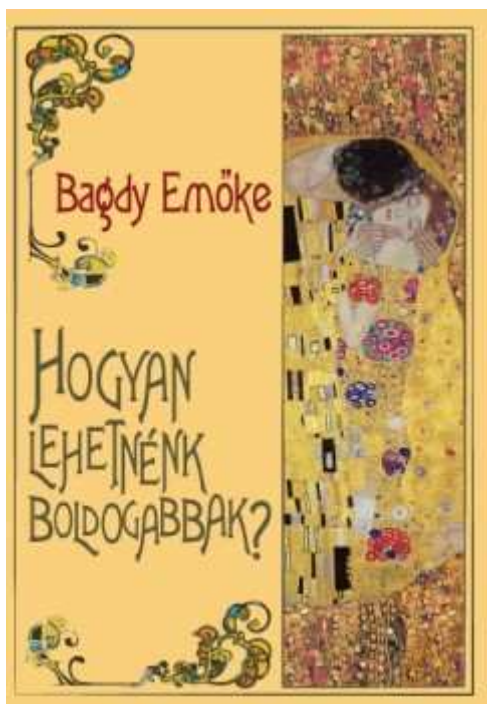
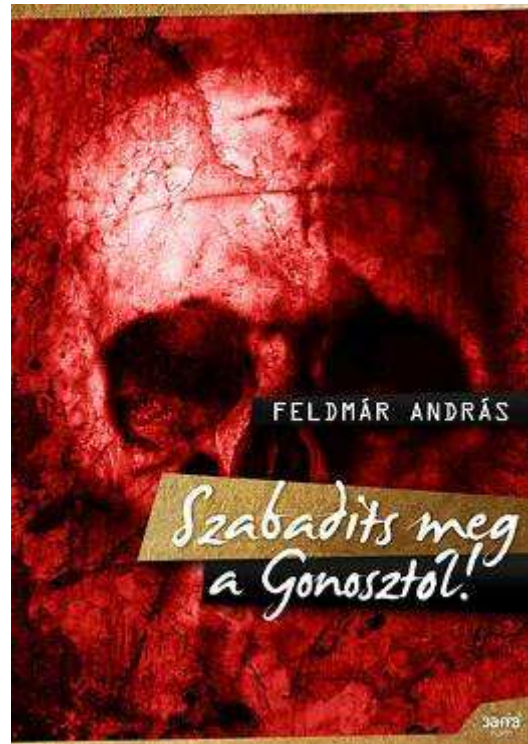
Feldmár András:

Szabadíts meg a Gonosztól!

Jaffa Kiadó, 2011

Mi a pszichoterápia? Mi az értelme, a célja, a feladata? Az elmúlt negyven évben a pácienseim segítségével naponta újabb és újabb válaszokat találtam ezekre a kérdésekre. Bármelyik válaszból konstruálhattam volna dogmákat, protokollokat, alapíthattam volna iskolát, de nem tettem, mert nem akartam elveszíteni a szabadságomat, nem akartam a pácienseim és önmagam előtt bezárni az újabb közös felfedezések lehetőségét. Negyven év azonban sok idő, és ez alatt néhány definíció súlyosabbnak, erősebbnek, fontosabbnak bizonyult, gyakrabban adta meg a terápiás idő értelmét. A 2009 őszi, budapesti előadásom – és nyomában e könyv – első része ezeket a definíciókat ismerteti. Leltár tehát: megtudható belőle, hogy mi minden a pszichoterápia és mire jó.

Persze legalább ilyen érdekes, hogy mire nem jó, mire nem alkalmas a terápia. Valójában évtizedek óta azt kutatom, van-e módszer, van-e orvosság a Gonosz ellen. Hiszem, hogy a Gonosz létezik, elkerülhetetlen és gyógyíthatatlan. A terápia nem alkalmas arra, hogy elpusztítsa, viszont segíthet abban, hogy megismerjük, felismerjük és el tudjuk választani mindattól, ami nem az; ami nem a Gonosz. Meggyőződésem, hogy szüntelenül és elszántan harcolnunk kell az igazi Gonosz ellen önmagunkban és a világban, mert csapatai hol szervezett alakzatban, határozott léptekkel masíroznak fel-alá a lelkünkben és az utcáinkon, hol alattomosan, áruhában támadnak. Először mindig az irigység jelenik meg, majd ezt követi kisvártatva az aljasság. Hogy a gonosz erőt legyőzhetik-e a Jó ártalmatlan, önfelelt, széplelkű, játékos, érzelmes és komolytalan csapatai, azt nem tudom megjósolni – de remélem. És remélem, hogy ez a könyv egy kicsit segít, hozzá tud tenni valamit a Gonosz elleni küzdelemhez.



Hogyan lehetnénk boldogabbak?

Bagdy Emőke – Gutman Bea szerkesztésében
KULCSLYUK KIADÓ KFT. 2010

Ez a válogatás azokból az írásaimból és előadásaimból született, amelyekben a pszichológia üzeneteit éppen ma, mostanában rendkívül fontosnak érzem. Olyannyira, hogy legszívesebben folyvást mondanám, tanítanám ezeket mindenkinek.

Terjeszteném... Ezt a lehetőséget kínálja a könyv is. Lapjaiba, betűibe költöttem a lelkem, és olvasótársaimmal együtt élem át: az ilyen tudásanyagban rejlik a lélektan igazi emberszolgálat! Segít nekünk örülni az életnek, tudatosítani, mit tehetünk önmagunk és szeretteink életminőségének jobbítása érdekében. Az elkötelezett odatartozás, a szeretet, az egymásra figyelő segítőkészség, a felelősségvállalás, az örülni tudás, a boldogító párkapcsolatok és szeretetkötelékek lélekápoló erői, a hála, a megköszönni tudás és a megbocsátás megannyi erő, amelyek által megújulhat az életérzésünk, javulhat az egészségünk. Ami ebbe a könyvbe belefért, csupán egy csepp talán az életbúsulás, a reménytelenség, a megkeseredés lelki kövültségeinek feloldására,

de ha személyesen is utánagondolunk, vajon érvényesek-e az életünkben ezek a tanítások, akkor máris előbbre lépünk az önismeretben és kapcsolataink minőségének tökéletesítésében.

Tanulmányok külföldi és hazai folyóiratokból

Kopp Mária, Skrabski Árpád, Szedmák Sándor:

Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői

(részletek)

A depressziós tünetegyüttes

Az elmúlt évek gyorsan átalakuló társadalmi viszonyai között a megbetegedési arányok emelkedésének legfontosabb háttértényezői szociálisak és pszichológiaiak. A konfliktusmegoldási képességek hiánya depressziós tünetegyütteshez, reménytelen lelkiállapothoz vezet, ami a testi egészségi állapot romlásában meghatározó szerepet játszik. A depressziós tünetegyüttes általában nem jelent súlyos klinikai depressziós megbetegedést, hanem tartós negatív érzelmi állapotot, amelynek jellemzői a tehetetlenség, kontrollvesztés érzése, a mások iránti érdeklődés csökkenése, döntésképtelenség, önvádolás, a jövő reménytelenségének érzete.

Infarktus szempontjából legfontosabb kockázati tényező a depressziós tünetegyüttes. Ilyen lelkiállapotban az átmeneti megkönnyebbülés élményét adja az alkohol, dohányzás, ill. végső segélykérésként az öngyilkossági kísérlet.

Ellenséges beállítottság

Az ellenséges beállítottság nem azt jelenti, hogy én vagyok ellenséges, hanem hogy úgy érzem, az emberek általában aljasak, önzőek, akik csak ki akarják használni a másikat. Ennek legfőbb összetevője az az állítás, hogy legbiztosabb nem bízni senkiben.

A magyar lakosság körében igen szoros kapcsolat mutatható ki a szív-érrendszeri megbetegedések, az ellenséges beállítottság, valamint a depressziós tünetegyüttes között.

Konfliktusmegoldási nehézségek és következményei

A magyar nőkre sokkal magasabb perfekcionizmus és omnipotencia (altruizmus, segítőkészség) attitűd jellemző, tehát, hogy minden részletben jobban szeretnék a feladataikat megoldani, valamint az, hogy mindenkinek segíteni szeretnének, aki rászorul. Ez a beállítottság a nők magasabb depressziós tünetegyüttes arányainak fontos háttértényezője. A segítő foglalkozásúak jellegzetes depressziós állapotának, amelyet kiegészítésnek neveznek, ez az egyik legfontosabb oka. A férfiaknál az attitűdök közül a fokozott teljesítményigény sokkal magasabb.

A diszfunkcionális attitűdök és nem megfelelő konfliktusmegoldó képességek a lelki egészség romlásának legfontosabb háttértényezői.

Az életmódjellemezők, a dohányzás, alkoholfogyasztás, a káros szabadidő-eltöltési módok háttérben közös probléma, ha valaki helyzetét megoldhatatlannak érzi, és emiatt a konfliktusmegoldó stratégiák között a legsúlyosabbat választja, úgy próbál túljutni a helyzeten, hogy pl. eszik, iszik, gyógyszert szed. Mivel ezek a konfliktusmegoldási módok igen erős motivációs vonzást fejtenek ki, ha valaki hozzászakott, a megelőzés csak ennek a pszichológiai, motivációs háttérnek a feltárásával, más motivációs források felszabadításával, kialakításával lehet eredményes, enélkül a legdrágább megelőzési kampányoktól sem várható eredmény. A vonzó plakátok, amelyekre felírják, hogy a dohányzás ártalmas az egészségre, kifejezetten károsak lehetnek, mert tanulásméleti alapon a két üzenet közül a vonzóbb hat, a tiltó üzenet hatását teljesen kioltja, sőt kifejezett immunitást alakít ki az egészségnevelő üzenetek ellen.

Szociális tényezők

A viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet a leglényegesebb rizikótényező mind a halálozás, a megbetegedések, különösképpen a szív-érrendszeri megbetegedések szempontjából. Önmagában nem a szegénység a veszélyeztető tényező. Az OECD országok között a társadalmon belüli különbségekkel van nagyon szoros kapcsolatban a várható élettartam és a morbiditás olyan módon, hogy ahol kicsik a belső különbségek, ott sokkal hosszabb a várható élettartam. Svédországban kicsik a belső különbségek, a legszegényebb rétegek is tovább élnek, mint Angliában a leggazdagabbak. A társadalmi-gazdasági különbségek nem önmagukban, hanem a depresszió közvetítésével vezetnek magasabb megbetegedési arányokhoz.

Az iskolázottsági tényezők

Az iskolázottság alacsonyabb foka önmagában is igen jelentősen rontja a morbiditási helyzetet, tehát a depressziós tünetegyüttes és az alacsony iskolázottság az összmorbiditás két legfontosabb háttértényezője. Ebből következik, hogy a mai magyar egészségi állapot javítása szempontjából a két leghatékonyabb beavatkozási lehetőség az iskolázottsági szint emelése, valamint a reménytelen, depressziós lelkiállapot javítása.

A hazai helyzet összefoglalása

A legutóbbi egészségügyi megszorítások a pszichiátriát érintik leginkább, a közeljövőben nagyon súlyos problémák fognak jelentkezni, hiszen a társadalmi változások éppen a pszichiátriai problémákat növelik a világon mindenhol legnagyobb mértékben. A depressziós betegek ellátásának hiánya, akár az alapellátás szintjén is, súlyos problémákhoz, a gazdasági kiadások növekedéséhez vezet.

A depressziós tünetegyüttes növekedése és a daganatos halálozás fokozódása között igen szoros, szignifikáns kapcsolat mutatható ki. A fokozottan veszélyeztetett megyékben mind a reménytelenség, depresszió fokozódása, mind a daganatos halálozás növekedése mögött olyan közös háttértényezők ismerhetők fel, amelyek az értékválsággal, a hagyományos társadalmi keretek, kapcsolatok, szerepek felbomlásával állnak kapcsolatban. A hagyományos értékek elvesztették jelentőségüket, a tömeges munkanélküliség az önértékelés elvesztésével jár, igen sokak számára az anyagi előrelépés vált az egyetlen értéké, amelynek elérésére azonban nem képesek, vagy csak deviáns úton. Ez az ún. anómiás állapot. A tehetetlenség, eszköztelenség állapotába került emberek tömege, abban a pillanatban, ha kap valamilyen jelzést, hogy hol érdemes tényleg tenni, akkor hihetetlen pozitív odafordulási készség jelenik meg. Ezt az együttműködési készséget a testi és lelki egészség megőrzése szempontjából is igen fontos felébreszteni, amelyre az önkéntes segítő szervezetek a legalkalmasabbak.

A lakosság egészségi állapota és jövedelme egyaránt igen szoros negatív kapcsolatban áll az ellenséges beállítottsággal, a bizalom hiányával. Az ellenséges beállítottság annál nagyobb fokú, minél kisebb segítségre számíthat valaki nehéz élethelyzetben.

A legfontosabb egészségvédő faktor lehet a bizalom erősítése, a családi, baráti, rokon, civil szerveződések lehetőségei felélesztése. Az észak-kelet-magyarországi igen romló ellenségességarányok és a társas támogatás csökkenése az utóbbi évek változásainak következménye, 1988-ban ebben a tekintetben nem voltak ilyen keleti-nyugati különbségek. Az ország kettészakadása tehát lelki egészség szempontjából is egyértelmű.

Mind az iskolázottság, mind a foglalkozás, mind az apa foglalkozása szerint a viszonylag rosszabb helyzetű rétegekben rendkívüli mértékben megnőtt a depresszió mértéke.

Viszonylag kis anyagi ráfordítással, aktív segítséggel, az aktív részvétel, a társas támogatás fokozásával igen jelentős életminőség-javulás érhető el. Az aktív részvétel, a társas támogatás a testi-lelki egészség szempontjából igen fontos, meghatározó tényező.

Végeken (A regionális mentálhigiénés és pszichoszomatikus kutatások folyóirata) 1997. 2-3. szám VIII. évf.

Az öngyilkosság: komoly közegészségügyi probléma

Az öngyilkossági prevenció volt a fő témája annak a műhelynek, amit a Világ Egészségügyi Szervezet által szponzorált a baj megelőzéssel és irányítással kapcsolatos konferencia részeként működő Öngyilkossági Prevenciót támogató Hálózat hozott létre. A hollandiai Amszterdamban alapított műhely a világ szakembereit gyűjtötte össze, hogy megvitassák az esetekkel kapcsolatos tapasztalataikat, az öngyilkosságra vonatkozó következtetéseiket és azt, hogy milyen stratégiákat lehet végrehajtani a megelőzés érdekében.

A kiújulás és depresszióval együtt járó betegségek megelőzése

„Világszerte 830 000 ember halt meg 1996-ban öngyilkosság következtében, ami azt jelenti, hogy valaki valahol minden 40-45 percben öngyilkosságot követ el, azaz amióta elkezdtem beszélni 2-3 ember.” - kezdte el beszédét *Dr. J.M. Bertolote* (WHO, Svájc). Ezeknek a számoknak egyéb halálesetekkel történő összehasonlítása segíti az öngyilkossági arány perspektivikus megértését. Például világszerte annyi öngyilkosság fordul elő, amennyi az autóbalesetek és a malária miatt bekövetkező halálozás (ez pedig egyike a világszerte gyakran a legnagyobb gyilkosnak tekintett betegségeknek, és a WHO egyik fő működési területének.) Sőt,

csaknem háromszor annyi az öngyilkosság miatt bekövetkezett halálozás, mint az AIDS következtében (kb. AIDS miatt kb. 300 000 ember halt meg 1996-ban).

„Már szabadon beszélünk az AIDS-ről, az autóbalesetekről és a maláriáról, a megbélyegzés és sok egyéb körülmény miatt azonban az öngyilkosságot igyekszünk eltitkolni., - hangsúlyozta *Dr. Bertolote*. Ezt a témát folytatva *Mr. J. Weyrauch* megjegyezte, hogy az USA-ban minden évben 25 000 embert gyilkolnak meg, 31 000 pedig öngyilkosságot követ el „és erről soha sem számolnak be”.

A számok mögött meghúzódó tények

„Ezek mögött a hideg számok mögött fontos tények húzódnak meg.” - hangsúlyozta *Dr. Bertolote*. Láthatóvá válik például néhány olyan fontos *kulturális tényező*, ami összefügg az öngyilkossággal. Mint ahogy napjainkban ismeretes, a Balti államok észak-európai országaiban a világon a legmagasabbak az öngyilkossági arányok, míg Nyugat-Európában és Latin-Amerikában a legalacsonyabbak.

Ezekre a kulturális eltérésekkel való tekintettel különböző feltevések jöttek létre. Egy litvániai képviselő úgy magyarázta, hogy amikor a Szovjetunió létrejöttével elérték a függetlenséget, óriási *változás* következett be a *társadalom szerkezetében*, sok ember úgy érezte, hogy elveszítette az identitását. A rossz gazdasági helyzetnek és a felborult egészségügyi rendszernek is tulajdonítható a magas öngyilkossági arány, ami különösen vidéken magas, eléri a 70/100.000 népességre jutó arányt. *Dr. A. Schmidtke* (Würzburg, Németország): „Németország keleti részein a társadalmi, gazdasági helyzet rosszabbodása ellenére az öngyilkossági arányok itt és a nyugati részekben is csökkennek. Ezért talán lehetséges, hogy a társadalmi hatások nem annyira fontosak, mint az emberek remény és nagyobb fokú szabadságérzése, valamint a szakszerű segítség minősége” - mondta.

A *nem* is fontos tényező, magyarázta *Dr. Bertolote*. A férfiak világszerte kb. kétszer olyan gyakran követnek el öngyilkosságot mint a nők, és néhány országban például Puerto Ricóban és Chilében az eltérés 6-8-szoros is lehet.

Másik jelentős tényező az *életkor*. *Dr. Bertolote* megfigyelte, hogy minden országban az életkorról növekszik az öngyilkossági arány. Most viszont a fiatalok öngyilkosságában is csökkenést látunk. Erről a változásról beszélve *Dr. N. Joubert* (Ottava, Kanada) kifejtette, hogy bár az idősök öngyilkosságában csökkenést látott, Kanadában most a legmagasabb a fiatalok öngyilkossági aránya a világon.

Végezetül, megkülönböztetett szerepet játszik az egyén *pszichiátriai háttere*. Az öngyilkos áldozatok nagyon nagy százaléka szenved depressziótól - mondta *Dr. Bertolote*. *Prof. S. Montgomery* (London) szintén utalt erre a tényezőre, hangsúlyozva azt a tényt, hogy „csaknem valamennyi öngyilkosságot elkövetőnek van egy kísérő mentális betegsége, ami leggyakrabban: depresszió.” A pszichológiai hullaszemléként ismert módszer alkalmazásával, amikor az öngyilkos áldozatok életét később a rokonok és a gondozásba az előzőekben bevont egészségügyi szakemberek beszámolója alapján összerakják, kitűnik, hogy kb. 60%-uknál jelen vannak a depressziós rendellenességek, 20-40%-nál az alkohollal való visszaélés, míg a skizofrénia kb. 1%-nál.

Összegzőként *Dr. Bertolote* hangsúlyozta, hogy a veszélyeztetett emberek felismerésével drasztikusan tudjuk csökkenteni az öngyilkossági arányt. „Hiszem, hogy az öngyilkosság megelőzhető” - mondta.

Az öngyilkos áldozatok gyakran keresnek segítséget.

Prof. Montgomery szerint azok, akik végeznek magukkal kb. 70%-uk az utolsó hónapban közölték halállal kapcsolatos gondolataikat. „Specifikusabban, 40% mondta el szándékát barátainak vagy rokonainak és legrosszabb esetben 40%-uk ment el az öngyilkosság előtti héten orvosához, bár gyakran nem közölték közvetlenül az öngyilkossági szándékukat. Talán az öngyilkosság legjobb jósló tényezője - folytatta *Prof. Montgomery* -, hogy kb. a felük előzőleg már megkísérelte. *Dr. I. Mehlum* megjegyezte, hogy Norvégia úgy határozott, hogy a kórházba felvett öngyilkosságot megkísérlők gondozására több prevenciót, erőforrást fektet be.” Mind az öngyilkosságot megkísérlők, mind a (miocardialis) infarktuson túljutott betegek számára jó minőségű utógondozást akarunk létrehozni.” - magyarázta. „Napjainkban nagy eltérés van országunkban a két nagyon nagyszámú betegcsoport között.”

Az öngyilkosság megelőzésére irányuló hat lépés

Dr. Bertolote hat lépésben összegezte az öngyilkosság prevenciójára vonatkozó, a WHO által javasolt stratégiát:

1. Pszichiatriai kezelés.
2. A fegyverek ellenőrzése (egyes országokban fontosabb, mint máshol).
3. A házi gáz detoxifikálása (egyes országokban az öngyilkossági arányok drámai csökkenését eredményezte, például az Egyesült Királyságban és Svájcban).
4. Az autók által kibocsátott anyagok detoxifikálása.
5. A toxikus anyagok ellenőrzése például fégérgirtószer, rovarirtók és egyes gyógyszerek, különösen amiket a depresszió kezelésére használnak.
6. Felelősségteljes médiatájékoztatás.

Életbevágó a depresszió felismerése és kezelése.

Ennek a felsorolásnak az első pontjára összpontosítva *Prof. Montgomery* elismeri, hogy jelenleg a depresszió diagnosztizálása és kezelése nem optimális. Napjainkban több mint 78 000 emberrel végeztek vizsgálatot Belgiumban, Franciaországban, Németországban és Hollandiában. Hollandiában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban kimutatták, hogy a depresszió általános gyakorisága 17%-os. Azonban 43% nem keres semmilyen segítséget állapotára, és csupán 31% kér tanácsot orvosától és kap valamilyen gyógyszert. A gyógyszeres kezelésben részesített betegek mindössze 25%-ának írnak fel antidepresszívumot. Így az orvoshoz depresszió kezelése céljából forduló betegeknek kevesebb, mint 10%-a kap ténylegesen antidepresszívumot. „Komoly hiányosság van a depresszió kezelésében” - figyelmeztetett *Prof. Montgomery*.

Bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a depresszió diagnosztizálása és kezelése csökkenti az öngyilkosságot - folytatta. Elment, hogy leírja a Svédországban lévő kis szigeten, Gotlandban végzett vizsgálat eredményeit. Ennek a közösségnek valamennyi orvosa részt vett a depresszió tüneteire, etimológiájára, diagnózisára és megelőzésére vonatkozó oktató programban. Ez a program a depressziós zavarok bent fekvő gondozásának és az öngyilkosság gyakoriságának csökkenésével volt összefüggésben. Fokozódott az antidepresszánsok felírása, míg a (major) trankvillánsoké és a komoly nyugtatószereké csökkent. A program befejeződése után 3 évvel viszont fokozódott a bent fekvő gondozás gyakorisága, csökkent az antidepresszívumok felírása, az öngyilkossági arány pedig visszatért az előző szintre. „Ez azt mutatja, hogy az oktatóprogramok működőképesek, de állandóan folytatnunk kell” - hangsúlyozta az előadó.

Az öngyilkosságot a depresszió korai felismerésével és megfelelő kezelésével tudjuk a legsikeresebben megelőzni, míg az általános gondozó szakembereknek a depresszió felismerésére és kezelésére vonatkozó oktatása jó lehetőség az öngyilkossági arányok csökkentésére” - vonta le végül a következtetést *Prof. Montgomery*.

Hogyan tudnak segíteni az antidepresszívumok?

Bár az antidepresszáns azonos általános javulást eredményeznek a depresszió esetében, jó bizonyítékaink vannak arra vonatkozóan, hogy néhánynak (például a szelektív szerotonin reuptake gátlóknak, SSRI) az öngyilkossági gondolatokra nagyobb hatása van, mint másoknak (például a triciklikus antidepresszívumok). Például egy öngyilkos miatt veszélyeztetett 78 depressziós beteggel végzett duplán vak vizsgálatban a fluvoxamin jelentősen hatásosabb volt, mint akár a placebo, akár az imipramin a kezelés első 3 hetében, míg a 4. héten lényegesen hatékonyabbnak bizonyult a placebónál, mint ahogy a HAMD (Hamilton-féle, depressziót mérő) skála öngyilkossági eredményei mutatják. Azonban semmikor sem voltak lényeges eltérések a placebo és az imipramin között.

Prof. Montgomery hangsúlyozta, hogy a depresszió gyakran krónikus és visszatérő betegség. Ezért fontos, hogy bizonyosak legyünk abban, hogy a hosszú időn át hatékonyan és biztonságosan adott antidepresszáns választásával a betegek jó állapotban maradnak.

A napjainkban publikált duplán vak placebo-ellenőrző vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a fluvoxaminnal (Fevarin) kezelt (100 mg/nap) betegek háromszor kevésbé tapasztalják a depresszió kiújulását, mint akik placebót kaptak. A mellékhatások nem voltak általánosabbak a fluvoxaminnál, mint a placebónál.

Alacsony toxicitás: az antidepresszáns kulcstulajdonsága

„Az öngyilkosság legáltalánosabb módja a túladagolás” - figyelte meg *Prof. Montgomery* - „és a betegek erre a célra gyakran saját antidepresszánsaikat használják fel.” Ezért mielőtt felírjuk - mint fő sajátosságot - az alacsony toxicitást kell szem előtt tartani - magyarázta.

„A triciklikus antidepresszánsokkal történt végzetes túladagolás általános, és hetente előfordulhat” - folytatta. Az SSRI-kel történt túladagolás azonban ritka. A londoni Guys Kórház Országos Mérgezési Osztályának adatai azt mutatják, hogy a triciklikus és monoamin oxidáz gátló antidepresszánsok lényegesen több halálesettel függenek össze, mint a mianserin (Tolvon) vagy az SSRI fluvoxamin.

Valójában, annak a 221 betegnek a vizsgálata során, akik maguknak 9000 mg-ig adagolták túl a fluvoxamint, haláleset nem fordult elő, amikor csak önmagában vették be a fluvoxamint - mondta. A fluvoxaminnak tulajdonítható akut toxicitás ritkán volt komoly, és ritka volt a cardiotoxicitás. Azonkívül a normál adagolás tízszeresénél a tünetek mindig jóindulatúak voltak.

Az orvosoknak nyilvánvalóan olyan antidepresszánt kell választani, amely nemcsak hatásos a depresszió kezelésére, hanem ami biztonságos is, amikor az öngyilkosság megakadályozásának eszközüül választják.

(*The Lancet*)



Amit a kábítószerekről tudni kell

Dr. Kálmánchey Judit

Bevezetés

Bizonyára sok helyen és sokfélét hallottatok már a kábítószerekről és talán vannak köztetek olyanok, akik személyesen is találkoztak a drogok világával. Ebben az előadásban szeretném nektek összefoglalni a ma használt kábítószerek jellemzőit és azok hatásait fizikai és lelki egészségünkre, személyiségünk és életünk alakulására. Mondanivalóm célja nem az elrettentés, a tiltás, hanem hogy ismerjétek meg a kábítószereket és ez alapján tudjatok a helyes oldalra állni és felelős személyes döntést hozni.

Történelmi áttekintés

A kábítószerek igen szigorúan szabályozott keretek közötti fogyasztása az ősi kultúrákba nyúlik vissza, ahol a törzs papjai és varázslói voltak azok, akik a legjobban ismerték a növényeket és azok hatásait. A drogok használata a kultikus szertartásokhoz, gyógyításhoz és adott esetben a szenvedés, megpróbáltatások elviseléséhez köthető. Az indián kultúrák varázslói ismerték, de csak meghatározott időben és alkalommal engedték fogyasztani a titkos növényeket, pl. beavatási szertartásokon,

emberáldozatok végzésekor, háborúban. Figyelemreméltó, hogy nagyon keményen büntették azokat, akik visszaéltek a drogok használatával. A kábítószer világméretű terjedésének kezdete a XIX. századra tehető. A kereskedelem állami monopóliumként indult, legnagyobb méretű az angol Kelet-Indiai Társaság ópium kereskedelme volt, amely Kínába irányult és két háborút is kirobbantott. Ezek eredményeként, mivel Kína volt a vesztes fél, Anglia korlátlanul terjeszthette az ópiumot és ennek hatására Kínában a lakosság egészségi állapota kritikus mértékben romlott. Tartani lehetett az egész Távol-Kelet és persze Európa „megfertőződésétől”, ezért 1912-ben Hágában, majd 1925-ben Genfben született elvi megállapodás a kábítószer ellenőrzés szükségességéről, melyek sajnos nem tudtak gátat szabni a drog terjedésének. A Távol-, illetve Közép-Kelet ma is a kábítószer termesztés és előállítás paradicsoma. Európában a kábítószeres térhódítása a marihuana elterjedésével kezdődött 1967-ben, főképpen az akkori NSZK, Franciaország, Olaszország, Hollandia területén a kultúr- és szexuális forradalom, a polgárelles törekvések, az önmegvalósítás, a polgári társadalom béklyóinak levetéséért vívott harc eszközeként. Négy évvel később a marihuana, mint könnyű drog fogyasztásának egyenes következményeként megjelent a heroin és a kokain.

Történelmi kalandozásunk után szeretném, ha egy kicsit tényszerűen ugyan, de beszélénk a kábítószerrel kapcsolatos fogalmakról.

A kábítószer fogalma: a Büntető Törvénykönyv szerint minden olyan növény vagy szintetikus eredetű anyag kábítószer, amely az emberi szervezetbe jutva kellemes érzést, eufóriát, félálomszerű bódult állapotot, túlérzékenységet, érzéki csalódásokat (hallucináció) vált ki, rendszeres fogyasztása pedig megszokás révén függőséghez vezet, ami személyiségtorzulásban is kifejezésre jut.

Abúzus: ha valaki a drogokkal visszaél, nem az orvosi előírásnak megfelelően szedi őket, akkor abúzusról beszélünk, mely lehet időleges vagy folyamatos.

Mennyiség (adag, dózis): nehezen meghatározható, mert kultúra és személyiség függő. Az egyes kultúrák különbözőképpen minősítik a drogokat. Az iszlám tiltja az alkohol fogyasztását, a kereszténység ilyen szempontból megengedő.

Dependencia: függőség vagy narkómánia. A drog úgy befolyásolja a szervezetet, hogy drogmentes állapotban elvonási tüneteket okoz. A függőség lehet pszichológiai (lelki) vagy fizikai (testi) jellegű. Fontos tudni, hogy a pszichológiai függőség az elsődleges fontosságú, ugyanis az adott szer utáni csillapíthatatlanul erős sóvárgás a szer okozta öröm elnyerése, illetve a hiánya előidézte kellemetlen élmények elkerülésére a szer bármilyen körülmények között és bármilyen eszközzel való megszerzésére irányul. Másrészt a szerek mindegyike okoz lelki függőséget rövidebb-hosszabb idő alatt, míg a fizikai dependencia csak néhány droggal szemben alakul ki. Ez utóbbiról akkor beszélünk, ha a szervezet sejtjei oly mértékben szoktak hozzá a droghoz, hogy normális működésüket csak a szer jelenlétében képesek ellátni.

Elvonási tünet: megvonás vagy ellentétes hatású szer adása esetén súlyos, akár életveszélyes tünetcsoport alakul ki, mely csak az adott szer adásával szüntethető meg.

Addikció: hozzászokás. Lényeges eleme a drog utáni vágy és a visszaesésre való hajlam.

Tolerancia: az adott szerhez való hozzászokást jelenti, emiatt ugyanazon hatás eléréséhez nagyobb adagok szükségesek. Ellentéte, ha bizonyos idejű szermentesség után (absztinencia) ugyanazon, korábban szükséges adag halálos mérgezést válthat ki.

Eufória: mindenre feledést nyújtó állapot. A fogyasztó úgy érzi olyan, amilyen lenni szeretne. Szorongásai megszűnnek, testi-lelki panaszai eltörpülnek. Elmúlása után azonban a szorongások sokszorta erősebben térhetnek vissza.

Hallucináció: érzékszalódás. Olyan, a használó által teljes valóságként megélt élmény, amit nem a külvilágból érkező valós inger, hanem az agykéreg izgalmi állapota vált ki. Ez lehet hallási, látási, tapintási vagy összetett jellegű. A személy nem létező dolgokat él meg valóságosnak és ezekre valóságos reakciót ad. Pl. az LSD gyakran vallási jellegű érzékszalódást okoz, amit drogélvező realitásként él meg: meditál, előző életeit látja, stb.

Extázis: a hallucinogén szer hatásának csúcspontja, az ember önmagából való kilépésének érzete, kilépés a tér és idő korlátaiból.

Legfontosabb kábítószercsoportok és azok tagjainak jellemzése

A legismertebb kábítószerket három nagy csoportba szokás sorolni.

A központi idegrendszerre gátló hatást kifejtő szerek

Idesoroljuk az alkoholt, a nyugtatókat és a kábító fájdalomcsillapítókat: az ópiumot és természetes, illetve szintetikus származékait. Ezekre a drogokra az jellemző, hogy nyugtató, altató, fájdalomcsillapító, érzéstelenítő és szorongásoldó hatásuk van. A **nyugtatók** közül a barbiturátokról (pl. fenobarbitál) derült ki először, hogy tolerancia és függőség alakul ki velük szemben, de a biztosan altatók is ismert Andaxin és Seduxen szedésekor is kialakul hasonló. Ezért nagyon fontos, hogy akár altató, akár nyugtató célból szedünk gyógyszereket, mindig orvosi utasításra, orvosi ellenőrzéssel történjen és elhagyása is fokozatosan valósuljon meg. Az **alkoholról** most csak röviden beszélnek. Az egyik leggyorsabban ható szorongásoldó szer, nagyobb adagja azonban egyensúlyvesztéshez, kettőslátáshoz, öntudatlansághoz vezet. A keresztény világban mértékkel történő fogyasztása társadalmilag elfogadott. Az alkoholfüggőség azonban a család és az egyén létbiztonságát fenyegető gazdasági és szociális problémán túl súlyos testi és lelki tünetekkel járó betegség. Magyarországon az alkoholbetegek száma egymillió, a veszélyeztetettek száma pedig eléri a kétmilliót. Az alkoholfogyasztás szövődményei között a súlyos testi elváltozások mellett meg kell említeni a depressziót és az ehhez társuló gyakori öngyilkosságot.

Ópium és származékai: Az ópium igen ősi szer, a mák tejnedvét használták fájdalomcsillapítónak és rájöttek altató hatására illetve, hogy a szenvedő ember fájdalommal kapcsolatos élménye megváltozik, kevésbé kínzó. Szinte valamennyi általunk ismert kultúra szerte a világon használta. Gyógyászati alkalmazásában a fordulópontra az jelentette, hogy a XIX. század elején sikerült előállítani az ópium fő hatóanyagát, a **morfiumot**, ami rendkívül erős fájdalomcsillapító és bódító hatású. A morfiumból félig szintetikus úton állítják elő a **heroint**. A heroin kb. háromszor olyan erős hatást vált ki, mint a morfiom és sokkal erősebb a hozzá szokás. A fehér por heroinon kívül cukrot, hintőport, szappanport és más különböző arányban hozzákevert összetevőket is tartalmaz. A különböző helyeken előállított heroin tisztasága ennél fogva más és más, ezért fordul elő oly gyakran, hogy a nagyobb tisztaságú szer halálos mérgezést okoz. Por, tableta és folyadék formájában terjesztik, így szippantják, megesszik vagy intravénás injekcióban adják be, de előfordul, hogy máktokból teát főznek. A mák termesztése könnyű, nem igényel különösebb mezőgazdasági, éghajlati és talajviszonyokat. Ma Törökország, Burma, India, Laosz és Thaiföld számítanak a fő máktermelő országok közé, ezek az ún. Arany Háromszög területén találhatók.

Az ópium és származékainak hatásai: csökkenti az agy működését, tágítja az ereket, oldja a sima izmok görcsét, székrekedést okoz, mert csökkenti a bélmozgásokat. Fájdalomcsillapító, nyugalom, álmoságot okoz, a fájdalom kínzó érzete megszűnik. Elvész a külvilág reális érzékelése, teljes nyugalom, a stressz és szorongás megszűnik, elégedettségérzést vált ki. Nagyon erős fizikai és lelki függőséget okoz! A függőség különösen a heroin esetében napi használat esetén az első és harmadik hét között kialakul, de beszámoltak egy-két alkalom után kialakuló dependenciáról is. Túladagolása eszméletvesztést és kómát okoz, légzési elégtelenség kialakulása mellett. Különösen veszélyes alkohollal, kokainnal együtt fogyasztani. Problémát jelent a többször egymás közt is használt injekciós tű okozta fertőzés, vénagyulladás, akár tetanusz vagy szepszis és a fertőzött tűvel átvitt HIV és Hepatitis B, C fertőzés. Nagy gondot okoz a fentebb már említett heroinhoz kevert egyéb összetevők okozta problémák: szívbelhártya gyulladás, akár szívinfarktus. A morfinistára, heroinistára jellemző az általános apátia, levertség, önmaga elhanyagolása, fogyás, impotencia, érzéketlenség a fájdalom, éhség, hideg iránt. Könnyen válnak balesetek, erőszakos cselekmények áldozataivá. Terhesség esetén súlyosan károsodik a magzat és már drogfüggőként jön a világra (ez szerencsére csak fizikai jellegű). Hirtelen elvonása remegést, izzadást, hasi görcsöket, hasmenést, hányást, igen kínzó belső nyugtalanságot, álmatlanságot okoz. Az elvonókúra átlagos ideje 4-8 hét, ami csak orvosi

felügyelet mellett valósítható meg és utána is igen fontos a segítő szervezetek, szakemberek, a család közreműködése a visszaesés megakadályozása miatt.

2. A központi idegrendszer izgató hatást kifejtő szerek

Idetartoznak az **amfetamin** és származékai és a **kokain**. Jellemző rájuk, hogy az agy idegi tevékenységét növelik. Étvágycsökkentők, segítenek megelőzni a fáradtságot, kimerültséget, növelik az önbizalmat, energikussá tesznek. Az amfetamint az 1960-as években depresszió kezelésére és fogyókúrában étvágycsökkentőként alkalmazták, de kiderült, hogy hamar hozzászokás alakul ki, és elhagyása fokozza a depresszió tüneteit és kifejezett étvágynövekedéssel jár. Ma a vele visszaélők por vagy tabletták formájában alkalmazzák. A **speed** vagy gyorsító pirula a fogyasztóhoz kerülve már csak 5-10%-ban tartalmaz tiszta amfetamint. Gyorsabb légzést, szívdobogást, energianövekedést, mámoros érzést, az erő és megelégedettség érzetét váltja ki. Néhány napos használata után fogyasztója már képtelen aludni és teljes kimerültség alakul ki. Ez olyan mértékű, hogy napokig tartó alvás követi. Túladagolása túl a fizikai tüneteken (izomrángás, a pulzus extrém növekedése, láz) súlyos üldöztetési tünetekkel járó ún. paranoid pszichózist okoz és akár erőszakos cselekedetekre is képes lehet a fogyasztója. Az **extasy** ma Magyarországon a szórakozó helyeken igen gyakran alkalmazott szer, hívják diszkó-drognak is. Különböző színű kapszulák, néha folyadék vagy por formájában terjesztik. Fogyasztása után hatásai 30-60 percen belül kezdődnek. Emelkedik a vérnyomás, a pulzusszám, tágul a pupilla, izzadás alakul ki. A csúcs 2-4 órahosszat tart, ez alatt az egyén feldobott, boldog, aktív, dinamikus. Egy normál adag általában nem szokott hallucinációt okozni, de ez mindig függ a használó személyiségétől. Utóhatása a fáradtság, kimerültség érzés. Hatása toxikusabb és kiszámíthatatlanabb, mint gondolták. Sajnos hazánkban is több haláleset történt. Ezeket megvizsgálva, kimutatták, hogy a túlzott és kontrollálatlan fizikai aktivitás és kevés folyadék fogyasztása együtt a test felmelegedését okozva, rendetlen szívverés, a szív túlzott megterhelése, izommerevség, görcsök, heveny vese és máj elégtelenség, kiszáradás alakulhat ki. Az extasyt ún. designer drognak is hívják, ugyanis kísérletek eredményei alapján újabb és újabb formákat hoztak ki úgy, hogy egy ismert nyugtatót kémiai módon megváltoztatnak (így akarva kibújni a jog által biztosított ellenőrző és szabályozó módszerek alól), de a függőséget alakító hatást megtartják, sőt erősítik. Ezen kívül többféle, más esetben egymás hatását erősítő anyagot is tartalmaznak. Igazi veszélyt az jelenti, hogy a megjelenési formától függetlenül a fogyasztó nem tudja előre, hogy milyen anyag kerül a szervezetébe, így akár akut életveszély is kialakulhat. Felszínre hozhat lappangó pszichózist, mely főleg akkor bukkan fel, amikor a személyt nagy intenzitású inger éri, pl. fény-, hanghatás a diszkóban vagy akár autózézés közben az erős reflektorfény akár balesetet is okozhat. A másik fő problémát abban látom, hogy a lelkiismeretlen terjesztők gyakran a fogyasztók tudta nélkül keverik a szert a diszkóban fogyasztott innivalóba, így a fiatal tudtán kívül lép a drogok kínált veszélyes útra. A **kokain** a Dél-Amerikai Andok hegységben honos kokacserje leveleiből kémiai úton kivont fehér por. Az inkák kultúrájában fontos szerepet játszott a már említett vallási szertartásokon. Később fedezték fel erős, helyi érzéstelenítő hatását és a sebészeti gyakorlatban kiterjedten alkalmazták. Rövidesen rájöttek a hozzászokás veszélyére és ma már nem használják. A kokaint fehér por formájában szippantják, mert az orr nyálkahártyájáról jól felszívódik, de injekcióban is alkalmazzák. Hatása igen gyors, kb. egy órát tart. Használója eufórikus állapotba kerül, energikus, közömbös a fájdalommal szemben, szellemileg friss, fizikailag erősnek érzi magát. A gyorsan lecsengő hatást erős depresszív állapot követi, amit csak a szer ismételt hatása szüntet meg, ezért gyorsan kialakul és erős a függőség. Tartós használata roncsolja az orr szöveteit, fekélyeket, lyukakat okoz az orrsövényen. Eredetileg a gazdagok drogja volt. Legveszélyesebb formája a **crack**, ami házilag is elkészíthető, hatása igen intenzív, gyors és olcsó.

3. Hallucinogén hatású szerek

Képviselője az **LSD**, a **marihuana** és a **hasis**. Hatásukra különös élmény az ún. "utazás" (trip) jön létre, amely hamar kezdődik és kb. 12 órán át tart. Jellemzője, hogy az érzékek nem válnak szét

egymástól: a zene láthatóvá, a színek hallhatóvá válnak, a tárgyak és képek háromdimenziósak lesznek, életre kelnek. „Rossz utazások” is lehetségesek, horrorisztikus élményekkel, a halálfélelem teljes megélésével. Lényegében a tudatalatti tárul fel és válik valósággá. Gyakori az ún. flashback élmény, ami a szer használatát után napokkal, hetekkel az utazásélmény visszatérését jelenti a szer nélkül. Kiválthatja olyan inger, amely az eredeti élmény kiváltódásakor volt jelen, pl. reflektorfény, ezért különösen veszélyes lehet autóvezetés közben. A **marihuana** a cannabis nevű növény virágából, szárított leveleiből készül, általában cigaretta formájában szívják, de teaként is isszák vagy megeszik. A használó álomszerű állapotot él át, nyugodt, nevetgél, az idő múlását nem érzékeli, nő a képzelőerő, de nagyobb adag pánikot és halálfélelmet is okozhat. A marihuana az egyik leggyakrabban használt szer és a mai állásfoglalás szerint kapudrognak tekinthető, ugyanis használói a tapasztalatok szerint előbb-utóbb eljutnak a kemény drogokhoz. A **hasis** vagy indiai kender elterjedése az iszlám alkoholtilalmának köszönhető, szintén hallucinogén, a marihuánához hasonló hatásai vannak.

Az **oldószer** (benzinben, festékekben, ragasztóban található) az alkoholhoz hasonló részegséget, bódultságot okoznak. A gőzük gyorsan felszívódik a tüdőben és eléri az agyat. Ismételt belégzése öntudatlanságot okoz és fulladást okozhat a fejre húzott műanyag zacskó. Tartós használata rövid időn belül maradandó agy-, vese- és májkárosodást okoz.

A kábítószeres jellemzése után röviden szeretném összefoglalni azokat a tüneteket, figyelmeztető jeleket, amiket ti is tapasztalhattok és ezzel segíthettek.

Pszichés változások: az addig kielégítően tanuló gyerek teljesítménye hirtelen leromlik, nyugtalanság, feszültség, szorongás, levertség, közöny figyelhető meg. Ok nélküli örömkítőrések, túlérzékenység, indokolatlan ingerlékenység, fáradékonyság, álmoság vagy éppen álmatlanság, hallucinációk jelentkeznek az addig normálisan viselkedő fiatalnál.

Értelmi működés: memóriazavarok, gondolkodás meglassulás, koncentrációzavar.

Testi változások: túszúrások helyei a karon, combon, véraláfutás, genyógócok, beesett arc, kimélyült szemgödör, szűkebb vagy tágabb pupilla, hamuszürke, sápadt arc, étvágytalanság, indokolatlan fogyás, szédülés, bizonytalan járás, ápolatlanság, fény-, hangérzékenység.

Magatartásbeli változások: a korábban kedvelt tevékenységek iránt elveszti érdeklődését, családi kapcsolatok megromlanak, korábbi életmód hirtelen megváltozása, indokolatlan, célnélküli szabadságigény, zárkózottság, új baráti kör titkolása, túlzott költekezés, pénzkérés, lopás, elhanyagoltság, ápolatlanság.

Gyanút keltő használati tárgyak: különböző színű és figurákat ábrázoló tabletták, cukordarabkák, injekciós felszerelés, a háztartásban szokatlan tárgyak pl. levélmérleg, kanál, amelyen látszik, gyakran tartották tűz fölé, szokatlan szag a lakásban, orvosi receptek, kifacsart citromhéjak, citromlész üvegek (citromlé segíti a heroin oldódását).

Úgy gondolom, nekünk felnőtteknek, szülőknak és pedagógusoknak óriási felelősségünk van túl azon, hogy egészséges személyiségű fiatalokat neveljünk, legalább vegyük észre, ha baj van és nyújtunk segítséget. A drog ugyanis betegség, súlyos testi, lelki probléma, amelyből segítség nélkül már képtelen kilépni a belesodródott fiatal. Ti pedig szintén komoly szerepet játszhattok a megelőzésben és a gyógyításban, ha a figyelmeztető jeleket komolyan veszitek és a ma fogyasztói társadalmára jellemző közönyön és önzésen úrrá lesztek és igazi megértő, egymást segítő közösségeket formáltok, amiben mindenki számít.

A drogfogyasztás felismerése

a. Tárgyak:

Alufólia darabkák (ebbe csomagolják a kábítószer)
Színes tabletták, ismeretlen eredetű por, tabletták, bélyeg
Kanál, öngyújtó, fecskendő, tű, tükör, alufólia, kis üvegsék
Kifacsart citromhéjak, citromleves flakonok, kockacukor
Szokatlan tárgy, (pl. levélmérleg, konzervdobozok)
Szokatlan szag a lakásban
Jellegzetes szagú cigaretta
Feliratos, emblémás tabletták, kapszulák, apró bélyegek
Napszemüveg felesleges használata (pupillaeltérések eltitkolására)
Cigarettapapír.

b. Látható testi jelek:

- Tűszúrás nyomai, véraláfutások, begyulladt vénák
- Begyulladt ornyálkahártya
- Jellegzetes piros szem – conjunctivitis
- Pupilla szűkület vagy tágulat – fényre renyhén reagáló pupillák
- Jellegzetes szag a ruházaton, ragasztónyom a ruházaton
- Finom remegés a testben
- Feltűnő testsúlyváltozás
- Sápadt, fakó, szürke bőrszín, beesett arc.

c. Pszichés változások

- Megváltozott viselkedés
- Ingerlékenység, feszültség
- Indokolatlan félelemérzés
- Alvászavarok, zavaró álmok
- Térbeli és időbeli tájékozódás zavara
- Túl sok, vagy összefüggéstelen beszéd, a tényektől való függetlenné válás
- Szófukarság, magába zárkózottság
- Lehangeltség, vagy hullámzó hangulat.
- Érthetetlen jókedv, felfokozott aktivitás
- Feladatok elhanyagolása, érdektelenség
- Figyelem és koncentráció képesség zavara, feledékenység
- Indokolatlan fáradtság, gyors kimerülés, a teljesítőképesség ingadozása
- Kitérő erek az arcon, csillagnaevusok
- Vörös arc

- Alkoholos, édeskés lehelet
- Feltűnő testsúlyváltozás.

d. Magatartásbeli változások:

- Túlzott költekezés, kölcsönkérés
- Pénz és egyéb értékek eltűnése
- A tanulmányi eredmény hirtelen romlása
- Családon belüli kapcsolatok romlása
- Cél nélküli „szabadságra” törekvés
- A korábbi megszokott életmód megváltozása
- Saját maga és a ruházata elhanyagolása
- Illatszerek túlzott használata (elnyomja a drogok szagát)
- Kimaradás, hiányzás, iskola vagy munkakerülés
- Titkolózás a barátokat, időtöltést illetően
- Nyílt opposzió, ami korábban nem volt jellemző
- Beilleszkedési zavarok
- Rendezetlen külső.

Az öngyilkosság figyelmeztető jelei

Öngyilkosság (szuicidium)

Az öngyilkosság komplex, multikauzális jelenség.

Társadalmi szinten:

- Politikai rendszerből következő anómia és elidegenedés
- Szociálisan öröklődő kulturális-történeti magatartásminták
- Ambivalens társadalmi attitűdök a devianciákkal szemben
- Devianciaszabályozó intézmények fejletlensége

Mikroszociális szinten:

- Diszfunkcionális család
- Deviáns szubkultúra
- Diszfunkcionális iskola

Individuális szinten:

- Identitás-bizonytalanság
- Fejletlen énvédő mechanizmusok
- Kialakulatlan világkép
- Pszichiátriai betegségek (depresszió! addikciók, szkizofrénia)

Cry for help:

Minden öngyilkosság előtt van valamilyen jelzés, amely a közelgő eseményre utal.

Lehet:

- ◆ Direkt, verbális (beszél róla)
- ◆ Direkt, non-verbális (beszerzi az elkövetéshez szükséges eszközt, előkészül)
- ◆ Indirekt, verbális (az élet értelmetlenségéről beszél)
- ◆ Indirekt, non-verbális (szociális izoláció)

Preszuicidális szindróma:

- gondolatok az öngyilkosság témájára beszűkülnek
- szuicid fantáziák (egyre konkrétabbak)
- gátolt, saját személyre irányuló agresszió.
- Egymás hatását felerősítik.²²⁵

Ringel: az öngyilkosságot vagy komolyabb kísérletet azonos lélektani konstelláció előz meg, amit igen különböző lélektani problémák válthatnak ki.

E konstelláció az öngyilkosság előtti szindróma:

- fokozódó dinamikus beszűkülés,
- az agresszivitás gátlódása,

²²⁵ Dr. Tolvay Katalin: *Pszichiátriai alapismeretek (egyetemi jegyzet, 2002. Debrecen)*

- menekülés a fantáziavilágba.

Az öngyilkosság előtti szindrómában az agresszív indulat nem tud megnyilvánulni, ugyanakkor a személyiség igen sok frusztrációt szenved, amely nyomán indulati feszültsége nő. Lélektani gátló mechanizmusok működése mellett az agresszió levezetődésének azért sincs módja, mert:

- a/ az öngyilkosság előtti állapotban a személyiség általában önmagára haragszik, önmagával elégedetlen;
- b/ a frusztrációkat az egyén ambivalens kapcsolatban szenved el, ilyenkor a másik iránti szeretet és vágy megakadályozza, hogy az agresszió felé irányuljon, holott a frusztrációt ő okozza;
- c/ nincs olyan személy, aki az agresszív indulatnak tárgya lehetne, vagy a személyiség elszigeteltsége miatt, vagy pedig azért, mert az elszennvedett sérelem természete olyan.

A krízis

„A krízis olyan állapot, amely akkor keletkezik, amikor a személy több lényeges ponton céljaival ellentétes akadályokba ütközik, s ezek az ő szokásos problémamegoldó eszközeivel leküzdhetetlennek látszanak. Ekkor felbomlik a személyiség egyensúlya, zavar következik be, miközben a személy több kísérletet tesz a megoldásra. Végül is eléri az adaptáció valamely fokát, amely vagy megegyezik a személyiség érdekeivel, vagy nem.”

Caplan

Ha a krízis - ahogy Gerald Spaul mondja - a hosszabb hibás személyiségfejlődés talaján kialakult inadekvát reakciók következménye, a krízisnek megágyaztak a személyiség hiányállapotai, neurotikus mintái, játszmái, a coping mechanizmusok elégtelensége, a személyiség problémamegoldó válasz-készségének nem pillanatnyi, hanem hosszú folyamatban bekövetkező beszűkülése, akkor ezek korrekciója nélkül nem lehetséges a továbblépés, a rendeződés, azaz szinte törvényszerű az újabb megterhelésre az újabb krízis bekövetkezése.

Ebből következően - a személyiség rekonstrukciója, rehabilitációja, korrekciója és a krízis által dinamizált segítő kapacitások bekapcsolása csak olyan terápiás keretek között valósulhat meg, amelynek feltételeit (...) a néhány működő krízisambulancia és -osztály biztosíthatja.

Az életben bekövetkező kritikus változásokra, krízisekre öt alapvető feladat teljesítése lehet a válasz, akár a kliens, akár a segítő oldaláról is nézve:

1. A helyzet személyes jelentőségének értelmezése és megértése. (Beillesztve az életeseményeim sorába, megtalálom a helyét és értelmét az aktuális problémának.)
2. A másik feladat a realitással és a külső követelményekkel való szembesülés. A „most mi a helyzet?”, „hogyan tovább?” témaköre ez.
3. A kapcsolat fenntartása a potenciális segítőkkel, a referenciaszemélyekkel, a számunkra releváns érzelmi, vagy szakértő kapcsolatokkal.
4. A helyzet kiváltotta érzelmek ésszerű egyensúlyának megteremtése és megtartása.

5. Az elégedő én-erő és kompetencia megtartása, és ennek felhasználása a helyzet további megoldásában.

Továbbá: krízisintervención azokat az eljárásokat értjük, amelyekkel a válság lefolyását adaptív irányba tereljük, beleértve azt a törekvést is, hogy az egyén jövőbeni nehézségeit ezáltal eredményesebben tudja megoldani.

A hatékony krízisintervenció alapelvei Farberow szerint a következők:

- azonnaliság,
- probléma-közelség,
- elkötelezettség,
- együttműködés,
- várakozás-teliség.

Ha tehát a szuicid krízisben lévő segélykiáltása, a „cry for help” eljut hozzánk, a következő lépéseket kell megtennünk:

- kapcsolat-teremtés, s annak fenntartásával információk gyűjtése a bajban lévőről;
- a veszélyeztettség mértékének megállapítása;
- a személyiség dezorganizáltságának felmérése;
- a fokális probléma azonosítása, tisztázása;
- a segítő erőforrások feltérképezése, szükség esetén ezek mozgósítása;
- a terápiás terv megformálása, a megfelelő akciók beindítása és
- a saját kompetencia állandó mérlegelése.

A válság oldásakor gyors feszültség-csökkentésre és elfogadó, beleérző megközelítésre törekszünk, s az eközben nyert fölismerésekből fogalmazódik meg az aktív beavatkozás elképzelése.²²⁶

²²⁶ Buza Domonkos a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetségének elnöke (Budapest)

Hogyan közelítsünk az öngyilkossági krízisben lévőhöz

Az öngyilkosság ritkán egy pillanat elhatározásának következménye. Mielőtt valaki kioltja az életét, az azt megelőző napokban, órákban általában fellelhetőek az arra figyelmeztető jelek.

A legerősebb és legmeggrázóbb jelek szóbeliek – „nem megy tovább”, „Már semmi se számít”, „Azt hiszem, véget vetek mindennek”. Az ilyen kijelentéseket mindig komolyan kell venni.

Egyéb szokásos figyelmeztető jelek:

- Depresszió, magába fordulás,
- Felelőtlen magatartás,
- Ügyek elrendezése, szeretett tárgyak elosztogatása,
- Jelentős változás a viselkedésben, beállítottságban, illetve megjelenésben,
- Droghoz vagy alkoholhoz nyúl,
- Jelentős veszteség vagy nagy változás elszenvedése.

Ha valaki depressziós, vagy öngyilkosság foglalkoztatja, az első reakciónk az, hogy segíteni szeretnénk. Tanácsot adunk, saját tapasztalatainkat mondjuk el, megoldásokat próbálunk keresni.

Sokkal jobban tesszük, ha csöndben maradunk és meghallgatjuk az érintettet. Az öngyilkosságot fontolgató embereknek nem válaszokra, vagy megoldásokra van szükségük. Biztonságos környezetet keresnek, ahol kibeszélhetik félelmeiket és szorongásaikat, ahol egyszerűen saját énjük érvényesülhet. Hallgatni – igazán meghallgatni – nem könnyű. Vissza kell fognunk a késztetést arra, hogy mondjunk valamit – hogy megjegyzést tegyünk, hogy hozzáfűzzünk valamit, vagy tanácsot adjunk. Nem csak az elmondott tényekre kell figyelniük, hanem a mögötte húzódó érzésekre is. A dolgokat az érintett perspektívájából kell megértenünk, nem a sajátunkból.

Mire van szüksége az öngyilkosságot fontolgatónak?:

- **Valakire, aki meghallgatja.** Valakire, aki igazán veszi a fáradságot, hogy meghallgassa őt. Valakire, aki nem ítélezik, nem ad tanácsot, vagy nyilvánít véleményt, hanem teljes figyelmét képes neki szentelni.
- **Valakire, akiben megbízhat.** Valakire, aki tiszteletben tartja őt, és nem próbálja meg átvenni az irányítást. Valakire, aki mindent a legbizalmasabban kezel.
- **Valakire, aki igazán törődik vele.** Valakire, aki rendelkezésre áll, aki nyugtatóan hat és nyugodtan beszél. Valakire, aki megnyugtat, elfogad és hisz. Valakire, aki azt mondja „Nekem Te fontos vagy”.

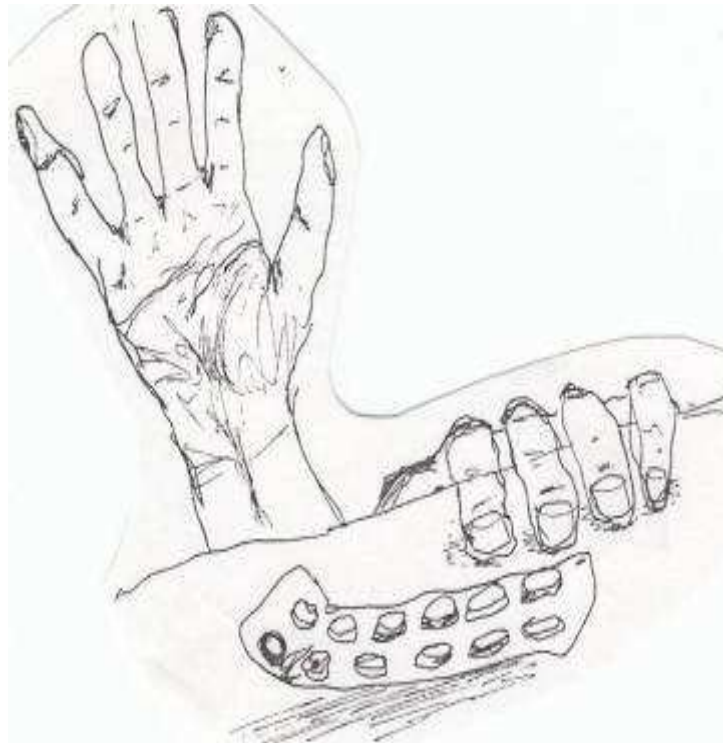
Mi az, amit nem akarnak az öngyilkosság gondolatával foglalkozók?:

- **Egyedül lenni.** Az elutasítás a problémát tízszer olyan elviselhetetlenné teszi. Ha van valaki, akire támaszkodhatunk, az kulcsot adhat a megoldáshoz. Ha valakit az öngyilkosság gondolata foglalkoztat, azonnal beszélnie kell valakivel az érzéseiről.
- **Megleckéztetést.** A tanmesék nem segítenek. Sem pedig, ha azt ajánljuk, „szedje össze magát”, vagy egy könnyed megnyugtató gondolat, mint „minden rendben lesz”. Ne elemezzünk, hasonlítgassunk, kategorizáljunk, vagy kritizáljunk.
- **Kihallgatást.** Ne váltsunk témát, ne sajnálkozzunk, vagy atyáskodjunk. Nehéz dolog az embernek az érzéseiről beszélni. Ne kérdezzünk, hagyjuk beszélni. Akik az öngyilkosság gondolatával foglalkoznak, nem akarják, hogy siettessék, vagy védekezésre kényszerítsék őket.²²⁷

²²⁷ Forrás: www.suicideinfo.org/hungarian/

Mit ne tegyünk a beszélgetés során:

- Ne kerüljünk a „szót” (öngyilkosság, halál, meghalás stb.);
- Ne bagatellizáljuk el...
- Ne ijesztgessük;
- Ne zsaroljunk;
- Ne hangoztassuk az élet szépségét;
- Kerüljük a közhelyes nyugtatgatást;
- Ne mutassunk pánikot;
- Ne könyörögjünk;
- Ne használjuk a „szabad-nem szabad”-ot;
- Ne beszéljünk róla általánosságban;
- Ne ébresszünk benne bűntudatot;
- Ne beszéljünk helyette, ha ő nem beszél;
- Ne moralizáljunk;
- Ne elemezzük az öngyilkosság okát.



Dacból nem evők

Beszélgetés Túry Ferencel a bulimiáról és az anorexia nervosáról

Az egyetemista lányok közül ma már minden második táplálkozási gondokkal küszködik. A legfrissebb kutatások szerint „családban” kialakuló jelenségekről van szó.

Erős családi kötődés jellemzi a táplálkozási zavarokkal küzdő betegeket, nevelő-, javítóotthonokban szinte egyáltalán nem fordul elő ilyen – legalábbis ezt igyekezzük bizonyítani egy most kezdődött kutatás. A családjuktól elszakított, szerethiánytól szenvedő gyerekek feltételezhetően nagyobb eséllyel küzdenek meg a pszichés problémákkal, amelyek keletkezéséhez a családi „burok” kimondottan hozzájárulhat.

- A túlzott gondoskodás, a lelki nyomás vagy éppen az agresszió ellen a leghatásosabb dacreakció a látványos „nem evés”, amely ellen tehetetlenek a szülők - állítja dr. Túry Ferenc pszichiáter, a kutatást vezető szakorvos. - Ha a gyerek megtanulja, hogy az evés visszautasításával hatást tud elérni, problémáit, tiltakozását azután már valószínűleg elsősorban ezzel fejezi ki. Ennek a reakciónak azonban súlyos üzenete van, hiszen a gyerek élete forog kockán. Nevelőotthonban semmit sem érnének el ezzel, legfeljebb megennék előlük az ételt, de senki sem figyelne oda, hogy gond van.

Az anorexia nervosában szenvedő beteg súlyos fogyókúrával, testedzéssel mindent megtesz, hogy testsúlya nehogy meghaladja a korra és testmagasságra vonatkozó minimális normát. Kóros soványságuk ellenére túlsúlyosnak tartják magukat, folyamatosan attól rettegnek, hogy elhíznak. Ebben a stádiumban a lányoknál általában elmarad a menstruáció. A mozgásos hiperaktivitás gyakori, jellemző a teljesítményorientáció, túlkontrolláltság, kerülnek az érzelmeket, a szexualitást is. Személyiségük részben megváltozik, visszahúzódo, dacos, gyakran depressziós lesz a beteg. A bulimiás páciensek szintén állandóan aggodalmaskodnak alakjuk és testsúlyuk miatt, szigorú diétájukat azonban kontrollálhatatlan falásrohamok szakítják meg. Büntudatukat rendszerint önhánytatással, hashajtó vagy vízajtó szedésével, testedzéssel próbálják csökkenteni, súlyos esetekben a napi 8-10 falásroham és hányás is előfordul. A testsúly változó lehet, előfordulnak sovány, kövér, de normális súlyú betegek is.

- A páciensek nagy részének kettős tünetei vannak, az anorexiások felében bulimiás tünetek is kialakulnak, illetve a kezdetben bulimiás betegek jelentős részében anorexiás tünetek fejlődhetnek ki. Bármelyik csoportba tartozó páciensek naponta és órákon át végezhetnek testgyakorlatokat, gyakran öndestruktívak, szexuális érdeklődésük csökken, teljesítményük romlik, állandóan fáradtak, hangulatuk nyomott, deprimált – részletezte Túry Ferenc.

Az anorexia kezdetét követő tíz éven belül a betegek nyolc százaléka meghal, húsz év elteltével a húsz százalékot is eléri a halálozás. Elsősorban a súlyos alultápláltság, fertőzések, öngyilkosság, szívmegállás vezet tragédiához. - Ha a fiatal lány kóros soványsággal vagy erősen romló fogzománccal jelentkezik, fel kell mérülnie az evészavar gyanújának. Még azoknál a betegeknél is, akik megtévesztően jól érzik magukat, gyakran fordul elő csökkent pulzusszám, vérnyomásesés, kiszáradás, gyomorpanasz, csonttritkulás - állítja Túry Ferenc.

Az átlagnépesség harminc százaléka küzd étkezési gondokkal, az egyetemista lányok körében a hatvan százalékot is eléri ez az arány. Az anorexia általában 12-18 éves korban, a bulimia néhány évvel később kezdődik. A felső és középső társadalmi osztályokban gyakoribb, bár az utóbbi években alacsonyabb osztályokban, illetve idősebbek és férfiak körében is előfordul. Fokozottan veszélyeztetettek a diákok, a táncosok, manökenek, egyes sportolók, férfiak között leginkább a homoszexuálisok vagy a testépítők (náluk elsősorban az inverz anorexia jelentkezik, amelyre az anorexia tüneteinek fordítottja jellemző: izmos testük ellenére soványnak tartják magukat, sztereoidokat használnak, szégyellik soványságukat. A kényszeres testedzés kitölti életüket).

A betegséget az elmúlt húsz évben kezdte „komolyan venni” az orvostudomány: történeti előzményei századokkal ezelőtt ismertek voltak, de a bulimia csak 1979-ben jelent meg önálló betegségként. Az anorexiát a XVII. században leírták, ám a XX. században az agyalapi mirigy rendellenes működésének tulajdonították.

Az ortorexia nervosa- az új étkezési zavar

Azok a nők, akikre a média és a reklámok nyomása erőteljesen hat, és egyébként is fontos számára az egészsége megőrzése, alkalmanként diétába kezd. Ha ez a diéta indokolt volt, akár orvosi szempontból is, valószínűleg meghatározott időre javasolták. Az ortorexia azt az állapotot jelenti, mikor valaki képtelen arra, hogy a szigorú szabályokat feloldja és visszatérjen az addigi, normális étkezési szokásaihoz. Élete és mindennapjai az étkezés köré szerveződnek, mindennél fontosabbá válik az ételek minősége és megfelelő elkészítése. Annak ellenére, hogy ezen ételek élvezeti értéke alacsony, az evés és a vele való foglalkozás örömet okoz és napi több óra fantáziálással és tervezgetéssel jár. Az ortorexiás a minőségre törekszik, ami szinte rögeszmévé válhat, miközben már az élete minőségét befolyásolja

Egy egészséges diétába való beleszeretés azt jelenti, hogy az illető kizárja az életéből az alapvető élelmiszereket, és merev szabályokhoz kezd alkalmazkodni. Nem eszik húst, kerüli még azt a tálat is, melyben előzőleg húst főztek. Semmiféle zsiradékot, puffasztó zöldséget, tejterméket, konzervet, tojást, cukrot, lisztet, koffeint tartalmazó ételt nem fogyaszt, nem iszik csapvizet. Az étrend alapja csak „szuperegészséges” lehet, nyers vagy főtt szerves táplálék, a biogyümölcs és biozöldség.

Az ortorexiások a vitamin kapszulák és a szénsavmentes ásványvíz elkötelezett hívei.

Mit gondolhatunk erről az új étkezési zavarról? Alapvetően itt sem történik más, minthogy zajlik egy jellegzetes pszichés folyamat, aminek csak a látható kellei az élelmiszerek. Valójában tehát az egészséges ételek evésének a kényszeréről beszélünk, melyben patológiás ragaszkodás fedezhető fel a tökéletes testi egészség elérésére és megtartására. Egy ortorexiás számára pl. a fagyai vagy bármilyen tiltott étel elfogyasztása az én számára fenyegető és pszichés trauma, mely szorongással és szenvedéssel jár. Talán furcsa lehet, hogy valaki ilyen szigorú szabályok között él, de ennek a háttérben tudattalan motívumokat és magyarázatot találunk.

Az ortorexia nervosa szó, mint diagnózis a pszichiátriában még nem hivatalosan elfogadott, de populárisan, mint a workaholic (munkaalkoholista) már bevonult a köztudatba. Ha elmélyedünk a különböző diétákban, felfedezhetjük, hogy az étkezés területén egymásnak ellentmondó tételek között élünk, minden csak attól függ, milyen csatornából szerezzük az információinkat. Pl. a fűszeres étel méreg, a cayenne bors egészséges, a tej csak akkor jó, ha fiatal tehén adta, a forralt tej méreg, a gyümölcs az ideális étel, a gyümölcs a candida okozója, stb. Ez a jelenség önmagában mutatja, hogy a diétázók elvei is folyamatosan változhatnak, mert nincs szilárd rendszer, amihez tarthatnák magukat. Ha valaki egy diéta formát istenít, akkor mindenképp felett hisz annak sikerében és a jótékony hatásában.

Az ortorexia a betegségekkel szemben a totális védettség illúzióját adja, miközben a realitás kontroll teljesen eltűnhet. Ez utóbbi jelenti azt, hogy valaki feltétlenül elhisz mindent, amit tanácsolnak neki, anélkül, hogy végiggondolná vagy ésszerűen elemezné egy kicsit. A páciensekre jellemző a szinte gondolkodás nélküli engedelmesség, a spiritualitás keresése a konyhában. Több órát töltenek az ételekről való fantáziálással, nagyon fontos számukra az étrend megtervezése. Az étel elfogyasztása kielégüléssel és örömmel jár. Miután nagyon szigorú szabályok vannak, úgy érzik, hogy a diéta minősége egyben az élet minőségét is jelenti.

Mint az eddig megismert étkezési zavaroknál láttuk, a lelkiállapot és az érzelmek nagyon fontosak, ebben az esetben az egészséges ételek fogyasztásával az én jó állapotának az elérése is cél. Az ortorexia nem fenyeget halállal, mert nincs szó arról, mint az anorexiánál, hogy az

életveszély a fogyás következtében reális következményként megjelenik. Az ortorexiásokra inkább az jellemző, hogy a diéta, mint az egészség feletti totális kontroll érzése nagyon megnyugtató, mert távol tartja a betegségeket és lelki békét ad.

Ha belegondolunk, a puritán ételek fogyasztása valójában az öröm megtagadását is jelenti. Az étkezés, a jó ízek és élvezetes fogyasztás olyan pozitív élmény, ami felnőtt korban is a hajdani csecsemőkorban megtapasztalt orális (szájon át) megtapasztalt nyugalmat és biztonságot is nyújtja. Az ortorexia esetében az élvezeti érték erősen csökken, a beteg nem eszik már olyan ételeket, amiket régebben szeretett, tehát valójában lemond arról, hogy ezt a jó érzést átélje. Cserébe pszichés nyugalma arról szól, hogy az egészsége mindenekfelett a legfontosabb és azt biztosan jó kezekben tudja. Jellemző lehet, hogy a diéta kezdetekor öngyűlölet, utálat, szenvedés érzését éli át valaki, amitől a szigorú szabályok és a misztikus hit az étrendváltásban, valósággal megmenti. Azt mondhatjuk tehát, hogy az identitás némiképp átformálódik, és a továbbiakban az élet meghatározó elemévé lesz.

Az extrém diéta következtében sokszor a barátoktól és a környezettől való izoláció beindul, mert egy ilyen ember nem jár el vendéglőbe, nem szeret már társaságban enni, hiszen kötött napirendjében az ételle elkészítése is szerepel. A baráti közösség nyilván jó darabig tolerálja és elnézi ezt a változást, csak éppen a folyamat leállíthatatlansága elvezethet oda, hogy már csak lakáson találkozhatnak, és a beszédtema is a diéta köré szerveződik. Az ortorexiás betegek a többiektől való eltávolodás nem tűnik túl nagy árnak, hiszen az egészsége és a nyugalma a tét. A többi ember, aki szerinte mérgezi magát a válogatás nélküli szalámis szendvicsekkel, fagyalattal és csokoládéval, inkább félelem és fenyegetettség érzését kelti benne, akiktől lehet, hogy jobb távol tartania magát. Nem számít tehát a szociális izoláció és az esetleges egyedüllét sem.

Ha megpróbáljuk megérteni ennek az egészségmániának a hátterét, a személyiség oldaláról ott találjuk a hipochondriát, a betegségektől való félelmet, amely lappangva már régóta jelen lehet. A diétába vetett misztikus hit valójában ennek a szorongásnak a távoltartására jön létre, ami magyarázza azt is, miért nem lehet racionális érvekkel leállítani valakit, ha már véstesen beszűkült erre az életmódra. A betegségtől való félelem és az egészség misztifikálása viszont a médiából is sugárzik, hiszen a reklámok általában azzal bombáznak minket, hogy legyünk fittek és szépek, karcsúak és egészségesek. A szlogen, melyet a társadalmi elvárások elénk állítanak így hangzik:

„jól kinézni és remekül érezni magunkat”.

Elmondhatjuk, hogy a fogyasztói kultúrában, amiben élünk, teljesen új viszony alakult ki a test és én között. A manapság gyártott, piacra dobott és árusított diétás, karcsúsító, testedző és kozmetikai karbantartó termékek hosszú sora jelzi, hogy a jó megjelenésnek és a testi erőnlét megőrzésének rendkívüli jelentősége van. Állandóan azzal szembesülünk, hogy a mai kor nője vigyáz magára, a szépsége és az egészsége megtartása elsődrendű számára, mert tudja, hogy csak így lehet sikeres és vonzó.

Nem mondhatjuk ki, hogy minden diéta vége az ortorexia, de azt mindenképpen érdemes megfontolni, milyen határok között hagyjuk eluralkodni magunkon. Az életben valóban nem az evés a legfontosabb örömforrás, de eltüntetni azért vétek. Lehet, hogy az a mogyoróscsoki nagy tételben valóban hízlal, de milyen finom...

Tari Annamária

Buda Béla dr.

A neurózis hasznos oldala...

Korunkat sokan a neurózis, az idegesség korszakának nevezik. Ezt sok adattal megfigyeléssel lehet alátámasztani. A gyakorló orvoshoz forduló betegek negyede-fele ideges panaszokkal jelentkezik. Ha a lakosságot felméri az idegrendszeri tünetek gyakoriságára vonatkozóan. 8-10%-át neurotikusnak találják. Ha az enyhébb ideges tüneteket is számba veszik, attól függően, hogy hol vonják meg a határokat e tünetek súlyosságában, a lakosságban található neurotikusok számát akár 50%-ra is becsülik. Ezt a körülményt a szakemberek is, a köztudat is aggasztónak találja. A neurózis a mai orvosi felfogás szerint betegség. Aki neurotikus, az feszültségben él, különböző pszichológiai működéseiben zavarok vannak, tünetei és panaszai miatt szenved. Ugyanakkor a neurózis sokáig tart, akár évekig is. Ha nem gyógyul, kellemetlen következményei lehetnek. A leggyakoribb kellemetlenség, hogy a neurotikus ember fejlődése megreked, emberi kapcsolatai károsodnak. Ez főleg a házassági és a családi kapcsolatokban mutatkozik meg, de a munkahelyi viszonyokban is. Sajnos elég gyakori, hogy az ideges ember *ívásban* vezeti le a feszültségeit, szorongásait. Sokak szerint az alkoholizmus egyik legfőbb oka az idegesség, amit itallal igyekeznek „oldani”. Aki panaszával orvoshoz jár, az gyakran a kapott nyugtatókhoz, altatókhoz szokik hozzá. A modern társadalomban már orvosi előírás nélkül is elég könnyen lehet hozzájutni a nyugtatókhoz és altatókhoz, így sokan anélkül szoknak ezekhez a szerekhez, hogy ezért orvos hibáztatható lenne. A tapasztalat szerint férfiak főleg „elisszák” neurózisukat, a nők pedig gyógyszerekhez fordulnak. „Ami a férfiaknak a kocsma, az a nőknek a patika” – mondja egy orvosi szólás-mondás. Külföldi országokban az idegesség könnyen kábítószerfogyasztás kiindulópontja is lehet. Ideges állapotok átmehetnek *depresszióba*. Depresszióban – vagy anélkül is, a neurózis talaján – gyakori az öngyilkosság. Számos szakember az öngyilkosságot a „neurózis halálózásának” tartja.

Sok más kellemetlen következményt is lehetne még sorolni, de az is elég annak megértéséhez, hogy a neurórist miért tartják *súlyos társadalmi problémának*. A következmények végső soron általában az *egészségügyi ellátási rendszerre* nehezednek (bár számos más vetületben is megnyilvánulnak), itt nagyon sok társadalmi kiadást eredményeznek. Lehet mondani, hogy a kiadások évről-évre nőnek. Ugyanakkor orvosi módszerekkel a neurotikus tünetek nehezen befolyásolhatók, a gyógy-eredmények nem jók, az egészségügy túlterheltnak érzi magát az ideges betegek miatt. Az ideges beteg az „orvos keresztje” (erux medicorum), ahogyan a régi orvosi mondás tartja.

Paradoxnak, sőt érthetetlennek tűnhet, ha mégis azt mondjuk, hogy a neurózisnak – a betegségnek, a súlyos társadalmi problémának – van hasznos, pozitív oldala. Pedig így van. Ezt a kérdést ma még elég kevesen értik. Nagyon nagy horderejű dologról van ugyanakkor szó, nagyon fontos lenne, hogy a benne rejlő üzenetről minél többen tudomást szerezzenek.

Mai tudásunk szerint a neurózis a személyiség *alkalmazkodásának* zavara. Mindig olyan élethelyzetben nyilvánul meg, amikor a személyiség valamit nem bír elviselni. Egyszerűen

szólva, a legtípusosabb esetet kiemelve ezt úgy is szokták mondani, hogy a személyiség valamilyen ellentmondásba, konfliktushelyzetbe kerül, amit nem tud megoldani vagy kikerülni. Ilyenkor csak a keletkező feszültséget, szorongást, csüggedést éli át. Ebből keletkezik ezután testi tünet, nem egyszer működési zavar. Zavartünetek léphetnek fel az élményvilágban és a viselkedésben is. Még szerencsésnek tartható, ha már a szorongás, a feszültség vagy – lehangoltság visz valakit orvoshoz, mert ilyenkor könnyebb felhívni a figyelmet arra, hogy valami nincs rendben az aktuális élethelyzetben, valami fenntartja a feszültségeket. Legtöbbször testi tünet vagy viselkedészavar viszi a neurotikusokat orvoshoz, ilyenkor **szervi betegnek** érzik magukat, az a meggyőződésük, hogy az a szervük, vagy szervi működésük a beteg, ahol a panaszokat érzik, a tüneteket észlelik. Szexuális zavar esetében, pl. urológiai vagy nőgyógyászati betegségekre gyanakodnak, szapora szívverés, ki-kihagyó szívritmus mellett szívbetegségtől félnek stb. Ilyenkor nagyon nehéz meggyőzni őket, hogy testileg egészségesek, valamilyen idegesség hatását érzik. Ezt nem hiszik el, többnyire orvostól orvosig járnak. Kipróbálnak minden új, divatos gyógymódot. Ők is kipróbálói az új „csodaszereknek”, „csodagyógymódotoknak” is. Annyira nehezen fogadják el, hogy nem a testük, hanem a „lelkük”, az életük beteg, annyira ragaszkodnak a szervi betegség képzetéhez, hogy az ilyen idegesek esetében a „betegségbe való menekülésről” beszélnek az orvosok. Amikor ugyanis az ilyen betegek élettörténetét, életkörülményeit, emberi viszonyait feltárják a gyógyító beszélgetések, kitűnik, hogy a betegség képzele révén szinte elbújnak problémáik elől, sajátos „struccpolitikát” folytatnak. Ebből nagyon nehéz kiségeíteni őket.

Ha azonban a neurotikusokkal valaki sokat beszél életükről, emberi kapcsolataikról, viszonyulásmódjaikról és érzésekről, fokozatosan kibontakozik a probléma, ami nem hagyja őket nyugodni, amit nem tudnak megoldani, ami elől menekülni szeretnének. Ezt a problémát legtöbbször úgy kell rekonstruálni, feltárni, mint valami régészeti leletet, kikövetkeztetni, mint valami rejtvényt. A neurotikus tünet ugyanis éppen emiatt segít elviselni az életproblémákat, hogy ezeket szinte elrejtí, elködösíti, lehetővé teszi, hogy a személyiség ezek elől elbújjon, felmentse magát. Mert, aki beteg, az nem tehet arról, hogy dolgai sikertelenek, hogy feladatainak nem tud megfelelni, hogy az emberi kapcsolataik világában nem tud sikereket elérni... A betegségtudat, a társadalom által a testi betegnek biztosított **„betegszerep”** lehető teszi, hogy a neurotikus ne nézzen szembe önmagával, ne kelljen felismernie, hogy ő mit mulasztott, mit hibázott el. Sajátos menekülési, elrejtőzési **életstratégiát** tesz tehát kialakíthatóvá a neurózis. Ráadásul gyakran kíméletet, segítőkészséget is mozgósít, ami valamiféle „bevétel” jelent jelképesen a személyiségnek, könnyebbséget, kedvezményt, figyelmet, szeretetet. A rosszban van tehát valami jó, és ez a jó nehezíti, hogy a neurotikus ember meg tudjon szabadulni bajától. Leginkább azonban az a nehezítő körülmény, az rögzíti, teszi krónikussá a neurózist, hogy közben az ideges beteg **nehéz életfeladatot** kellene megoldjon, olyant, amihez előre láthatóan sok erőfeszítés és lemondás kellene, aminek mindenféle szövődménye és kockázata is lehet. Erre nehezen szánja rá magát a neurotikus ember, ennek várható kellemetlenségei és feszültségei nagyobbak tűnnek számára, mint a tünetek, panaszok, funkciókorlátozások negatívuma. Ebben az „egyenlegben” a neurózis által lehetségessé tett betegszerep előnyei számottevően „nyomnak a latba.”

Ha ezt a helyzetet más szempontból nézzük, érthető lesz, felsejlik a neurózis olyan vetülete, amire címünk utal, a baj, a kényelmetlenség és szenvedés valódi pozitív oldala. Az előbb említett „pozitívum”, vagyis az életfeladatok elől való elmenekülés lehetősége, vagy a neurotikus betegség által előidézett „betegségelőny”: - kímélet és figyelem, ugyanis igazában hátrányos dolog, hiszen nem oldja meg, inkább súlyosbítja a valódi bajokat. **A neurózistól csak úgy lehet szabadulni, ha az ember változtat kellemetlen életkörülményein, illetve maga**

is változik. Leginkább a személyiség saját változására kellene tenni a hangsúlyt. A legtöbb nehéz élethelyzet ugyanis, ami neurozist kelt, az nem az objektív, külső körülmények miatt súlyos és megoldhatatlan, hanem a személyiség belső viszonyulása miatt, amely merev, alkalmazkodásra képtelen. Ez a belső viszonyulás vagy túlzott, irreális vágyakban és szükségletekben, vagy túlzott érzékenységben nyilvánul meg, máskor nagyfokú önzésben, alkalmazkodási képtelenségben, vagy hajlandósági hiányban. Gyakori az is, hogy a személyiség nem tanult meg korábbi fejlődése során valamilyen probléma megoldási módszert, pl. nem tanult meg megfelelően kommunikálni, nem tudja a másik ember igényeit és szükségleteit értékelni. Sokszor a beteg mereven és kényszerűen erőltet bizonyos megoldási módokat, amelyek nem vezetnek célra.

Szinte felsorolhatatlan az a sokféle pszichológiai hiba, ami valakit neurotizáló élethelyzetbe hozhat, és abban rögzíthet, megakadályozza, hogy azon változtatni tudjon. A külső bajok túlnyomó többségében ugyanis meglenne a mód arra, hogy személyiség megoldást találjon valamilyen változtatás révén. Nehéz helyzetükből ki lehet lépni (pl. rossz munkahelyi környezetből, elviselhetetlen kapcsolatból stb.), máskor lehet befolyásolni a környezetet, ha egyébként nem valamilyen **kompromisszum**, alku révén. Megoldás tehát mindig lenne, ha a személyiség megfelelően rugalmas lenne. A neurotikus azonban nem veti be a megoldásba kreatív erőit, nem próbál kiegyezni, nem törekszik tudatos döntés vagy önnevelés révén fokozott tűrőképességre, nem ragadja meg a kedvező alkalmakat. **Nem változtat, illetve nem változik, hogy változtathasson.** Rendszerint pedig neurozist kiváltó életprobléma nem valami szörnyű csapás vagy szerencsétlenség, amit el kell viselni (ilyen is van, hiszen az embert érheti nagy veszteség, szerencsétlenség, ilyenkor ugyanúgy tehetetlen, mint a váratlanul rátörő testi betegség esetében, ilyenkor csak a türelem, a feszültségek elviselése segít), **hanem az élet által a személyiség elé állított szokványos feladat.** Az embert az ilyen feladatai fejlesztik. Már kicsi gyermekkortól kezdve jelentkeznek ezek a feladatok. Az óvodásnak meg kell tanulnia az időszakos elszakadást a családtól, ez az iskolában a teljesítmény végrehajtásának feladataival bővül, majd később barátokat kell szerezni, önállósulni kell, meg kell felelni a gyermekkor kiscsoportnak. Még később a serdülés életfeladatait kell megoldani, viselni kell a szexuális feszültséget, párkapcsolatokra kell szert tenni, foglalkozást kell választani, munkába kell lépni, baráti közösségeket kell teremteni, házasodni, családot alapítani kell, majd pedig el kell viselni a változás korát, az öregség megnyilvánulásait, a testi hanyatlás megannyi jelzését. Ezekben a feladat-korszakokban jelentkezik általában neurozisz, a személyiség ennek segítségével kikerüli a szükséges fejlődést, változást.

Éppen itt a pozitív oldal pedig a neuroziszban! Ezeket a problémákat minden ember többé-kevésbé nehezen oldja meg. Nagyon is igaz Freud zseniális mondása, amely szerint **a neurotikus ember azokba a problémákba betegszik bele, amikkel a „normális” ember küzd, vívódik.** E problémák mindenki számára okoznak feszültséget, mindenkiben keltenek szorongást, kisebb-nagyobb tüneti reakció mindenki esetében része a fejlődésnek. Az egészséges ember azonban igyekszik vállalni, megoldani ezeket. A neurotikus tüneteket, panaszokat fejleszt. E tünetek, panaszok, a neurotikus viselkedés és betegségtudat azonban **a szervezet jelzése, hogy a fejlődés megállt, az alkalmazkodás tartós zavart szenved, a kreatív erők helyett, a menekülési késztetések működnek.** Ebben a jelzésben rejlik a neurozisz igazi haszna, pozitív oldala! Miként a fájdalom is figyelmezteti a szervezetet, hogy valami nincs rendben, valami betegség lépett fel, ugyanúgy a **neurozisz is a személyiség figyelmeztetésére önmaga és környezete számára.** Üzenet, amit meg kell hallgatni, tudatosítani kell. Ha valaki megragad abban, hogy ő beteg, akkor elzárkózik az elől az üzenet elől. Ha az orvos nem segíti a beteget, hogy valódi élethelyzetét felismerje, úgy jár el, mintha csupán fájdalmat csillapítana

annak tisztázása nélkül, hogy a fájdalom miből ered. Jó, ha a környezet figyelemmel, kímélettel veszi körül a neurotikust, de árt neki, ha nem segíti e mögött észrevenni a valódi életproblémát, fejlődési feladatot, ha nem segít ezt megoldani neki. Vizsgálatok tapasztalatok szerint a neurózis megjelenése és megfelelő megoldása a fejlődés nagy hajtóereje lehet. Egyrészt a személyiségből magából is kiválthat új megnyilvánulásokat, hasznos erőfeszítéseket. Másrészt azonban a környezettel is újfajta kapcsolat lehetősége nyílik meg. Családtag, barát, tanár, a lakóhelyi közösség érettebb tagja, hivatásos „segítő”, mint amilyen a pszichológus, a pszichiáter vagy a szociális gondozó kommunikáción át segíthet a problémák feltárásában és megoldásában. A megfelelően fogadott, megharcolt, leküzdött neurózis tehát hozzájárulhat ahhoz, hogy a személyiség integráltabb, erősebb legyen. A jól megoldott élethelyzeti konfliktus, amely már neurotikus tünetekben is megtestesült, a személyiséget erősebbé, ellenállóbbá teszi, mint korábban volt. Mai pszichológiai felfogásunk szerint a személyiség akkor fejlődik jól, ha néhány kisebb-nagyobb krízisen, neurotikus zavaron átment. Nem szerencsés, ha valakit mindentől megkímél a sors, ha nincsenek fiatal korában nehézségei. Gyakran az ilyen ember védtelenebb az élet megpróbáltatásaival szemben, egy későbbi válság veszélyes mélypontokra sodorhatja.

A neurotikus embernek tehát **sajátos kihívásnak**, alkalomnak kellene tekintenie a baját. Meg kellene állnia egy időre élete – többnyire rohanó – dolgaiban, vizsgálgatnia kellene önmagát, segítséget kellene kérnie barátaitól. Türelemmel kellene elemeznie életét, emberi kapcsolatait, érzelmvilágát, eleve számítva arra, hogy a neurózis révén valamit nagyon homályossá és áttekinthetetlenné tett a maga számára. Kétségbeesés helyett a megnyugtató tudatosság kellene eltöltse, valamilyen változás előtt áll, valami feltárul magából, mód van arra, hogy életében valamit megújítson. Ismerősök, szakemberek során kívül, lehetséges ilyenkor jó könyvekről is konzultálni, nagyon sok felvilágosító, önismeretet fokozó kiadvány is van manapság, de voltaképpen a modern szépirodalom, dráma és film is az emberi életút konfliktushelyzeteivel, fejlődési kihívásaival foglalkozik, ebből is nagyon sokat lehet meríteni.

A társadalomnak is fel kellene használnia a neurózis pozitív oldalát, a benne kínálkozó fejlesztési alkalmat. A társadalomnak érdeke, hogy integrált, problémamegoldásra képes, fejlődő tagjai legyenek. Amit a család, az iskolai és más intézményes nevelés, a szakmai szocializáció, a közösségi élet stb. elmulasztott, az pótolható akkor, amikor a neurózis figyelmeztető jelei megmutatkoznak. A társadalomnak tehát nagyon „megéri” hogy a neurózis életkori megjelenési szakaszaira különféle pszichológiai segítségformákat „telepít”. Ezek már nevelési tanácsadásban, a gyermekkori pszichoterápiás ellátásban kezdődnének, majd a serdülőkori tanácsadási formákban folytatódhatnak (pl. szexuális tanácsadás, párkapcsolati tanácsadás, serdülőkori krízisintervenció stb.). A felnőttkorban a **pszichoterápia** különböző válfajai nyújthatnak segítséget, az egyéni foglalkozás mellett, pl. a családi és párkapcsolati pszichoterápia, a csoportpszichoterápia stb. Elősegíthetné a társadalom az emberek spontán törekvéseit is, hogy segítsenek egymáson és magukon. Ilyen módszer a különféle közösségi érdekcsoportok, az önsegítő csoportok, az önismeret fokozó csoportfoglalkozások sokféle változata. Ezeket általában maguktól szervezik, kezdeményezik a problémáikat tudatosító emberek.

A modern társadalom rendkívül bonyolult szerveződés, amely ráadásul növekvő gyorsasággal változik. Korábban évszázadokon át, majd legalább néhány nemzedéken át állandóak voltak a társadalmi élet feltételei, az embereknek ezekhez könnyen lehetett alkalmazkodniuk. Az előírt viselkedésműveletre egyformán tanított a család, a közösség, a vallás, az iskola. Most az értékek, életutak, közösségi formák sokasága létezik egymás mellett, egy-egy ember életében

is új és új feltételekhez kell igazodni. Az emberek elveszítik közösségi és tágabb családi támaszaikat, magukra maradnak. Igényességük önmagukkal szemben nő, de a társadalom is többet vár tőlük. Gyakran, időnként pedig gyorsan kell új helyzeteket, ellentmondásokat megoldaniuk, változtatni maguk körül, és ehhez önmagukban változni. A neurózis ennek a felgyorsult társadalmi fejlődési szakasznak az új életkörülmények növekvő gyakoriságú jelentkezésének tünete, ha társadalmi méretű előfordulását és problematikáját nézzük. A neurózissal való megfelelő, pszichológiai – pszichoterápiás – foglalkozás tehát társadalmi méretekben annak pótlását, korrekcióját segítheti elő, ami a család, az iskola és más intézmények – a gyors változások miatt elkerülhetetlen – mulasztása miatt állt elő. A neurózis tehát a modern társadalom számára is különleges alkalom. A neurózisból eredő bajok megoldásán kívül a megfelelő társadalmi segítség azért is előnyös lenne, mert a neurózisok társadalmi méretű gyógyítása, befolyásolása olyan ismereteket, módszereket, szakembergárdát és intézményeket hozna létre, amelyek a neurózisok megelőzését, a társadalmi „személyiség-újratermelés” hatékonyságának fokozódását tenné lehetővé.

Depressziós a családban

A depresszió a biológiai működések, a gondolkodás és a hangulat változásában megjelenő kedélybetegség, amelyben szorongásos állapotokkal, belső nyugtalansággal járó szomorú hangulat figyelhető meg. Bizonyos szakaszaiban a feszültség, a mindentől ingerültté váló viselkedés kerül előtérbe.

Sokat segíthetünk a családban, barátaink között, munka-, vagy lakóhelyi környezetünkben élő, esetleg depresszióban szenvedő embertársunk gyógyulásában – ehhez első lépés lehet a kóros állapot korai felismerése, az érintett támogatása, hogy legyen bátorsága, ereje szakemberhez fordulni, majd hogy később el is fogadja a kezelést. A korszerű gyógyszerekkel, a pszichoterápia különféle eszközeivel ki lehet jutni a gödörből – az egészséges állapot visszanyerésében komoly támasz lehet a család, és az a kisközösség, amelyben a beteg él.

A rossz kedélyállapot sokaknál kóros gondolati körrel párosul, az ilyen beteg örökösen ugyanazon a problémán rágódik, akár téveszmeszerű állapotba hajszolva önmagát. Szélsőségesen negatív hangulati helyzetben egyesek értelmetlennek és értéktelennek látják az életet, önmagukat, nem ritkán kell tehát öngyilkossági szándéktól tartani. Az út idáig persze hosszú is lehet, a betegség sokáig lappanghat. A betegek többnyire a reggelt tartják a legrosszabb napszaknak. A feladatok végzése nyomán az állapot délutánra javulni szokott, többeknél az este elviselhetővé válik.

Depresszió gyakran igen makacs testi panaszokkal jár együtt: fej-, nyak-, deréktáji, kézben-lábban érzett fájdalom, mellkasi nyomásérzés, nehézlégzés, bizonytalan szív-, gyomortáji panaszok, émelygés, emésztési zavarok, az alhasban érzett görcsös fájdalmak jelentkeznek.

A testi tünetek néha annyira az előtérben állhatnak, hogy a mögöttük meghúzódó lelki panaszokat a családtagok észre sem veszik. Az orvosi vizsgálatok rendszerint semmi testi betegségre utaló jelet nem találnak. A helyzetet tovább nehezíti, hogy a beteg továbbra is úgy véli, testi kórbán szenved, mert kedélybetegségét gyengeségnek, szégyennek tartja. Holott a depresszió a leggyakoribb betegségek közé tartozik!

Szakértői becslések szerint, a világ lakosságának 3-5%-a szenved tőle, ez 120-200 millió embert jelent. 20-30% a valószínűsége annak, hogy életünk folyamán bennünket is utolér.

A fellépő egyik különösen veszélyes probléma, mint utaltunk rá, az öngyilkossági szándék. A depressziós betegen a kilátástalanság, a pesszimizmus, reménytelenség érzése él. Fontos rávenni az érintettet, hogy első lépésben a telefonos lelkisegély-szolgálatot vegye igénybe, hívjon föl egy krízisintervenció központot, pszicho-szociális szolgálatot. (A telefonszámokat az orvostól, illetve a helyi telefonkönyvből meg lehet tudni, s akár névtelenül is lehet jelentkezni.) A továbbiakban pedig elengedhetetlenül kell meggyőzni a gondjait egyedül megoldani nem képes szenvedőt, hogy forduljon orvoshoz.

A depresszió gyerekeknél is elfordulhat. Ekkor a tüneti képen az ingerlékenység, agresszivitás a jellemző, amihez gyakran társulhat tanulási nehézség.

Férfiak depressziójánál a típusos tünetek háttérbe szorulhatnak, náluk gyakran inkább indulatosság, agresszivitás, alkoholfogyasztás, esetleg kriminális magatartás jelentkezhet. Az öngyilkossági veszély nagy. Hangulatjavító gyógyszerek, különféle pszichoterápiás formák segítségével minden életkorban gyógyítható ez a kór, de ne várjuk, hogy a kezelés megkezdését követően a beteg rögtön jobban lesz. A gyógyszerek csak hetek múlva fejtik ki pozitív hatásukat. Öngyilkossági gondolatok gyanúja esetén a beteget mielőbb orvosi kezelésben kell részesíteni, különösen az a korosztály van veszélyben, ahol még a halál fogalma sem teljesen tisztázott.

Ha környezetünkben depressziós beteg él, érdemes az alábbiakat szem előtt tartani:

1. A depresszió betegség, az ettől szenvedő ember nem munkakerülő, aki elhanyagolja feladatait.
2. Mivel a kór kezelhető, gyógyítható, fontos, hogy a depressziós beteg a lehető leghamarabb orvosi kezelést kapjon.
3. Mivel a döntéshozatal a depressziós betegnek nagy nehézséget jelent, a panasza ideje alatt nem szabad őt döntésre kényszeríteni, különben felépülés után döntését úgyis **megbánná**, visszavonná.
4. A depressziós nem tud „akarni”, értelmetlen tehát akarására hivatkozni, az ilyen elvárások akár az állapotát is ronthatják, ha pedig azt kívánjuk tudatosítani benne, hogy képtelen „akarni”, csak fokozzuk szenvedését. Semmi értelme arra szólítani fel, hogy szedje össze magát, vagy végezzen különféle tevékenységeket, neki ez nem megy, amitől maga is kínlódik.
5. Nagyon fontos, hogy a hozzátartozók támogassák a beteget a gyógyszer rendszeres szedésében, sőt esetleg diszkrétan ellenőrizzék is. A gyógyszer beviteléről lebeszélni egyenesen életveszélyes lehet. Ezzel kapcsolatban fontos megemlíteni, a depresszió kezelésére használt gyógyszerek nem okoznak függőséget.

A legtöbb depresszió esetében szükség van a depressziót oldó gyógyszerek (antidepresszívumok) mellett szorongásoldó, vagy altató hatású gyógyszereket is felírni. Ha a depresszió mindig újra jelentkezik – akár a cukorbetegségeknél -, egész életen át tartó kezelésre lehet szükség. Erre mind a betegnek, mind hozzátartozóinak fel kell készülniük. A gyógyszeres kezelés mellett a pszichoterápia különböző formáinak van nagy jelentősége. Alapvető, hogy a beteg nyíltan beszélje-vitassa meg élethelyzetét kezelőjével, sőt hozzátartozóival.

Összefoglalva: ne elégedjünk meg azzal, ha sikerült felismerni a betegséget, hanem minden esetben kérjünk szakszerű segítséget, mert a súlyosabb esetekben ez akár életet is menthet.

Fazekas Erzsébet
(Gyógyász, IV.évf. 10. szám)

Nyitott kézzel szeretni

A héten egy barátommal beszélgetve eszembe jutott egy történet, amit a nyáron hallottam:

„Egy könnyörületes személy, látva hogyan küszködik egy pillangó, hogy kiszabaduljon a bábból, segíteni akart neki. Nagyon gyengéden kitágította a szálakat kialakítva egy kijáratot. A pillangó kiszabadult, kibújt a bábból, bizonytalanul bukdácsolt, de nem tudott repülni. Valamit ez a könnyörületes személy nem tudott, és ez az, hogy csak a megszületés, kibújás küszködésén keresztül tudnak annyira megerősödni a szárnyak, hogy repülni lehessen velük. Megrövidített életét a földön töltötte, sosem ismerte meg a szabadságot, sosem élt igazán.”

Én úgy mondom, ”nyitott kézzel szeretni”... Ez egy tapasztalat, ami lassan ért meg bennem, a fájdalom tüzeiben és a türelem vizében kovácsolódva. Azt tapasztalom, hogy muszáj felszabadítanom azt, akit szeretek, mivel, ha rákulcsolodom, rácsimpaszkodom, vagy megpróbálom irányítani, azt vesztetem el, amit megtartani próbálok.

Ha megváltoztatni próbálok valakit, akit szeretek – mivel úgy érzem, én tudom, milyennek kellene lennie – akkor egy nagyon értékes jogától fosztom meg: attól a jogtól, hogy felelősséget vállaljon saját életéért, választásaiért, létformájáért. Valahányszor ráerőltetem a kívánságomat, vagy akaratomat, vagy hatalmat próbálok gyakorolni fölöttem, megfosztom a fejlődés, érés lehetőségétől. Birtoklási vágyammal korlátozom és keresztezem, és teljesen mindegy, mennyire jó szándékkal.

Korlátozni és sérteni tudok a legkedvesebb óvó cselekedetemmel is – és védelmem, vagy túlzott figyelmem szavaknál ékesszólóbban mondja a másik személynek: „Te képtelen vagy magadra vigyázni, nekem kell veled törődnöm, rád vigyáznom, mert te az enyém vagy. Én vagyok érted felelős.”

Ahogy tanulom és gyakorlom, egyre inkább azt tudom mondani annak a személynek, akit szeretek:

„Szeretlek, és értékellek és tisztellek téged. Bízom abban, hogy birtokában vagy, illetve ki tudsz fejleszteni magadban olyan erőt, hogy mindazzá válj, ami lehetséges számodra, ha én nem állok az utadba.

Annyira szeretlek, hogy teljesen felszabadítalak, hogy egymás mellett járjunk örömben és bánatban. Együtt fogok veled érezni, ha sírsz, de nem foglak arra kérni, hogy ne sírj. Törődni fogok a szükségleteiddel, támogatni foglak, de nem tartalak vissza, amikor egyedül tudsz menni.

Mindig készen fogok állni arra, hogy Veled legyek bánatodban, magányodban, de nem fogom elvenni azt tőled. Igyekezni fogok, hogy figyeljek a szavaidra, azok jelentésére, de nem ígérem, hogy mindig egyet fogok veled érteni. Néha dühös leszek, és akkor ezt olyan nyíltan fogom mondani neked, de ne kelljen különbözőségeink miatt elutasítást, vagy elidegenedést éreznem. Nem tudok mindig veled lenni, nem hallom meg mindig, amit mondasz, mert van, amikor magamra kell figyelnem, magammal kell törődnöm – és ilyenkor is olyan őszinte leszek veled, amennyire tudok.”

Tanulom, hogy ki tudjam fejezni azoknak, akiket szeretek, akikkel törődöm, akár szavakkal, akár azzal, hogy létezem másokkal és magammal.

Nem vagyok képes mindig tartani a kezemet a bábtól, de már jobban megy...

Carl Rogers, a humanisztikus pszichológia atyja

Tanulmányok a Lelkisegély Telefonszolgálatok munkájáról:

Buda Béla (1976): *Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át I-II.* IN: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1976/I-II. szám

Buza Domonkos (2004): *A magyar lelki elsősegély telefonszolgálatok* IN: *Addiktológia*, III. évf. I. szám

Buza Domonkos (szerk.) (2002): *A meghallgatás feltételeiről. Tanulmánygyűjtemény.* Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége, Budapest

Buza Domonkos (2000): *Adatok a MATÁV-területén működő lelki elsősegély telefonszolgálatok 1998-1999. évi forgalmáról;* IN: *Network*, 2000/2-3. szám (76-77.)

Buza Domonkos (1998): *25 éves a budapesti Lelki Elsősegély Telefonszolgálat (ÉLET);* IN: *Végeken*, 1998/1. szám

Buza Domonkos (1992): *A budapesti Lelki Elsősegély Telefonszolgálat adatfelvételi rendszerének vizsgálata;* IN: *Végeken*, 1992/1. szám

Csürke József - Nagy Tímea - Tukorka Gábor (2000): *Változás - ok. A magyar szuicidalitás megjelenése a pécsi S.O.S. Élet Telefonszolgálat hívásainak tükrében az 1995-1999 közötti időszakban;* IN: *Szenvedélybetegségek*, VIII. évf. 2000/4. szám

B. Erdős Márta (2000): *A dialógus nyelvi főszereplői;* IN: *Szenvedélybetegségek*, VIII. évf. 2000/4. szám

B. Erdős Márta (2006): *A nyelvben élő kapcsolat.* Typotex Kft. Bp.

Hegedüs Imre dr. (1974): *A budapesti Éjjel-nappali Lelki Elsősegély Telefonszolgálat (ÉLET) - a mentálhigiéné új formája;* IN: *Egészségügyi Felvilágosítás*, 15.

Kálmánchey Albert dr. – Rénes László (szerk.) (2002): *Telefonos lelki segítés. Tanulmánygyűjtemény.* Kállai Könyvkiadó, Debrecen

Kálmánchey Albert dr. (1999): *És ha Mohamed is menne a hegyhez (Gondolatok egy krízisintervenciós központ kialakításához Debrecenben);* IN: *Szenvedélybetegségek*, VII. évf. 1999/2. szám

Kálmánchey Albert dr. (1999): *A lelki válságmegelőzés helyzete Debrecenben (A bővítés lehetőségei);* IN: *Network*, 1999/3. szám (72.)

Kézdi Balázs (1976): *A telefon: eszköz és módszer;* IN: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1976/VI. szám

Kézdi Balázs (1987): *A tagadás igenlése;* IN: *Kortárs*, XXXI. évf. 10. szám

Kézdi Balázs (1988): Tagadás és öngyilkosság; IN: Psychiatria Hungarica, III. évf. 3. szám

Kézdi Balázs (1995): Negatív kód; Pannónia Könyvek, Pécs

Kézdi Balázs (2000): Jel, kontextus: az öngyilkosság diszkurzív elmélete; IN: Szenvedélybetegségek, VIII. évf. 2000/3. szám

Kézdi Balázs (szerk.) (2000): Tele-dialógus. Tanulmányok az öngyilkosság-megelőzés kommunikatív perspektíváiról; Pannónia Könyvek, Pécs

Kovács Győző (2000): A telefonos lelkeségély szolgálatok képzése és szupervíziója a pszichodráma alkalmazásával. IN: Zseni A. (szerk.): Lakjuk a házat, Pszichodráma a gyakorlatban V. Animula, Bp.

Rénes László (1999): A debreceni Lelkeségély Telefonszolgálat hívásaiban megjelenő problémák vizsgálata 1992 és 1995 közötti időszakban; IN: Szenvedélybetegségek, VII. évf. 1999/2. szám

Varga Gábor dr. (2000): Ifjúsági telefonos ügyelők kézikönyve. GYITOSZ, Győr

Vannesse, Alfred (1993): Hallgatástól a meghallgatásig. Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége, Budapest

