

## Tartalom:

Bevezetés  
Rövid hírek, információk  
Programok  
Szakmai program  
Tanulmányok  
Egy kis pszichológia...  
Könyvajánlat  
Idézetek

## Bevezetés

Ebben a hónapban két szakmai rendezvényt is szerveztünk: május 4-én Telefonos napot tartottunk a Polgármesteri Hivatalban (köszönet Boricsné Dórinak a „beugrásért”!); május 25-én pedig a szolgálatvezetőnk szervezésében a Református Kollégiumban öngyilkosság megelőzési tudományos ülés lesz.

A következő stábon lesz még szó erről a rendezvényről. Itt hívom fel a figyelmeteket arra, hogy a júniusi szupervízió időpontját valószínűleg módosítjuk (8-áról 7-ére, csütörtökre tennénk), de erről is a stábon fogunk dönteni.

„Közkívánatra” szupervízorunk tanulmányát közreadjuk, az első részét ebben a számban, második részét pedig a következő hónapban.

Mindenkinek jó ügyeletet!

Debrecen, 2001. május 17.

Rénes László (szerkesztő)

## Rövid hírek, információk

### • Új szolgáltatás! - Jogsegély

Az Igazságügyi Minisztérium debreceni ügyfélszolgálati irodája múlt hónapban kezdte el működését. Heti két alkalommal - hétfőn és kedden 13-tól 16 óráig - ingyenes jogi tanácsot adnak és felvilágosítást nyújtanak az ügyfeleknek. Az iroda tevékenysége nem terjed ki beadványok szerkesztésére és jogi képviselet ellátására. Az érdeklődőknek a megyei kárrendezési iroda Debrecen, Mester u. 1. szám, III. emeleten kell keresniük (telefon: 52/534-469).

- Örömkre szolgál, hogy a régiókban ősszel két fontos esemény is lesz: az idei országos találkozó Kiskunhalason lesz megrendezve 2001. szeptember 28 és 30-a között, illetve Szeged 20 éves jubileumi rendezvénye pedig november 9-11-én lesz. Szegedről már megkaptuk az előzetes meghívót, amiben arra kérnek bennünket, hogy május 31-ig írjuk meg, hány fővel szeretnénk képviselni szolgálatunkat. A következő stábon fogjuk megbeszélni a részleteket.

## Programok

2001. május 11.	péntek	15 <sup>30</sup> - 18 <sup>30</sup>	
szupervízió			
szupervízió		14 - 15 <sup>30</sup> és 18 <sup>30</sup> - 19 <sup>30</sup>	egyéni
2001. május 21.	hétfő	18 - 21	esetkonzultáció és megbeszélés

2001. június 8.	péntek	15 <sup>30</sup> - 18 <sup>30</sup>	
szupervízió			
szupervízió		14 - 15 <sup>30</sup>	egyéni szupervízió
2001. június 18.	hétfő	18 - 21	esetkonzultáció és megbeszélés

## Szakmai program

### Az öngyilkosság megelőzésének lehetőségei című tudományos ülés tervezett programja 2001. május 25-én, pénteken 10 órától a Debreceni Református Kollégium dísztermében.

- 1./ **Dr. Zonda Tamás** PhD. oszt.vez. főorvos (Budapest): Az öngyilkossági trendek változásai Európában és hazánkban. Hazai sajátosságok és teendők.
- 2./ **Prof. Dr. Degrell István** tanszékvezető egyetemi tanár: Öngyilkosságot elkövető betegek pszichiátriai ellátása: kezelési irányvonal.
- 3./ **Dr. Péntes Mariann** oszt.vez. (ÁNTSZ, Nyíregyháza): Az öngyilkosság okozta halálozás és az öngyilkossági kísérletek alakulása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.
- 4./ **Dr. Tóth Viktória** DE OEC Népegészségügyi Iskola: Az öngyilkosság és az önsértés okozta halálozás alakulása és területi különbségei Magyarországon. Hajdú-Bihar megyei öngyilkossági halálozás 1994 és 1999. között.
- 5./ **Dr. Válint Andrea** rezidens: Hajdú-Bihar megye öngyilkossági cselekményeinek alakulása a mentőállomások adatai alapján.
- 6./ **Dr. Varga Béla** házi orvos (Derecske): Az öngyilkossági halálozás alakulása a közelmúltban Derecskén.
- 7./ **Dr. Jakucs Éva** házi orvos (Debrecen): Az öngyilkossági cselekmények jelentkezése és kezelhetősége a házi orvoslásban.

## EBÉDSZÜNET

- 8./ **Dr. Demeter József**: Az öngyilkos magatartás biológiai hátteréről.
- 9./ **Dr. Oláh Róza** oszt.vez. főorvos Kenézy Gyula Kórház Gyermekpszichiátriai osztály: A gyermek- és serdülőkorúak öngyilkossági helyzetéről.
- 10./ **Síró Ágnes**: A serdülő- és fiatal felnőttkorúak önpusztító viselkedéseinek pszichológiai jellegzetességei.
- 11./ **Dr. Molnár Éva**: Az öngyilkossági események háttere a pszichiátriai nagykorúakéknél a Gondozó Intézet anyagában
- 12./ **Rénes László - Dr. Kálmánchey Albert**: Az önpusztító attitűdökre vonatkozó vizsgálataink
- 13./ **Bagi Ildikó - Dr. Kálmánchey Albert**: Az 5 évvel ezelőtti öngyilkosságot megkíséreltek utánvizsgálatainak tapasztalatairól

14./ **Dr. Kálmánchey Albert:** A Debrecenben végzett eddigi munkáról és az öngyilkosság-megelőzés lehetőségeiről.

**Mindenkire számítunk!**

## Tanulmányok

**Debrecenyi Károly István**

### **Ahol kérdések vannak, ott válaszok is vannak... A szupervízió helye a lelkeségély telefonszolgálatok életében (I. rész)**

#### **MI FÁN TEREM A SZUPERVIZOR**

*" Ortega leírja, amint a madridi  
utcán látott egy vándorfestőt,  
aki felállította az állványt,  
elhelyezte a keretre feszített  
vásznat és krétával nagy sebesen  
felvázolta egy emberi arc körvonalait.  
A kérdésre, mit ábrázol majd  
a kép, a festő ezt felelte:  
Még nem tudom. Ha szakálla lesz, akkor  
az lesz Szent Ambrus megdicsőülése.  
Ha nem lesz szakálla, akkor ez lesz  
Szűz Mária szeplőtlen fogantatása. "*

(Márai Sándor: Napló) (1)

Az elmúlt hat-hét évben szakmai életem egyre nagyobb részét töltötte ki a szupervíziós tevékenység. Most, a tanulmány írásakor egyre erősödő szükségét érzem, hogy számba vegyem szupervizori tevékenységemet: amolyan szakmai leltárt készítek.

A szupervízió iránti erőteljesebb igényt a nyolcvanas évek végén, számos területen a megnövekedett lehetőségekből fakadó szükség szülte. Ekkor nyíltak utak, tárultak szélesebbre a kapuk a mentálhigiéné, a szociális munka, az intézményesülő karitatív tevékenységek, a kórházi lelki gondozás, a telefonos segélyszolgálatok, szenvedélybetegek gondozása, speciális képzések és továbbképzések előtt.

1989-től kezdődően részese lehettem az első magyarországi onkopszichológiai team születésének az Országos Onkológiai Intézetben. Hospice képzéseken vettem részt Grazban és Magyarországon. Hogy mit is jelent a daganatos betegek sajátos lelki-spirituális kísérése, gondozása, a folyamatos képződések, önismereti munka, külföldi szakemberek által nyújtott szupervízió mellett, a mindennapok tapasztalatainak csoportos feldolgozása közben tanultuk meg. Amikor igény jelentkezett hospice önkéntesek, hospice nővérek és orvosok képzésére, akkor mindenképp előtérbe került az a szemléletet szerettük volna átadni, amit mi magunk megtanultunk és alkalmaztunk a daganatos klienseink, terminális stádiumban lévő betegek pszichés támogatásában. Természetes folyamatnak látszott, hogy a képzésben és a más kórházakban sorra alakuló onkopszichológiai teamekben, hospice munkacsoportokban az első, és ekkorra már többéves saját tapasztalattal rendelkező team tagjai adják a szupervíziót. Az erősen hierarchikusan szervezett magyar egészségügyi rendszeren belül ezek a kisebb, az

interdiszciplináris szemléletre nyitott gyógyító közösségek, valódi szakmai igényből fakadóan igényelték a rendszeres, külső szupervíziót.

Ma is két budapesti kórházban vezetek, onkológiai ellátásban dolgozó orvosoknak, nővéreknek, csoportos és egyéni szupervíziót, és vezetek interdiszciplináris esetmegbeszélő csoportot különböző hivatású, kórházakban, szociális intézményekben tevékenykedő segítő szakembereknek.

Részt vettem az orvosok, egészségügyi szakdolgozók és az önkéntes segítők számára meghirdetett hospice alap, - és szakképzések oktatási programjának kidolgozásában. A gyakorlati oktatásban elsősorban esetmegbeszélő és kommunikációs csoportokat vezettem. Egy grazi hospice képzésben szerzett tapasztalataim alapján, az ő képzési tematikájukat a hazai gyakorlatba ültetve, egy pszichológus kolleganómmal elkészítettük a 200 órás, hospice tapasztalattal rendelkező diplomás szakemberek számára meghirdetett szakképzés programját, "hospice tanácsadók" – címen. Kiképző szupervizorként már a harmadik évfolyamot vezetem.

A másik terület, ahol szupervizori tapasztalatokra szert tehettem, az a szociális és mentálhigiénés támogatást nyújtó civil szerveződések. Ezen belül is érdekes, izgalmas feladat jelentkezett: átsegíteni őket a kezdeti, sok spontaneitással való működésből a professzionizált keretek közé. Ezek a civil szervezetek erős karitatív jelleggel jöttek létre. Komoly szerepet kapott életükben a családi, baráti kötődés, az önzetlenség és a lelkesedés. Általában az állami gondoskodásból kiszorult vagy az intézményes figyelemtől távol eső rétegek, csoportok támogatása, felkarolása, szocializációja volt a céljuk. Ezek a teamek kevés támogatással, sok saját erőforrás mozgósításával, nagyon nagy szolgálatot tettek a társadalomnak, szűkebben annak a közösségnek, ahol működtek. Nélkülük, a sokszor önfeláldozó munkát végző civil, karitatív szervezetek nélkül még többen sínylették volna meg a rendszerváltást - úgy tűnik - törvényszerűen kísérelő gazdasági-szociális zűrzavart.

A kezdeti, nagyon lelkes, kétségtelenül tiszteletre méltó és hasznos tevékenységgel jellemezhető esztendő után mutatkoztak az első krízisek. Az addig látens igények, melyek épp e csoportok működése révén kerültek napvilágra, újabb és újabb elvárásokat szültek. Egyre nagyobb lett a terhelés, ami túlfeszítette a családi, baráti, szívességi kereteket. A működéshez szükséges anyagi források előteremtése a régi, alkalmi támogatásokkal már nem volt biztosítható. A régi munkatársakon a kifáradás biztos jelei mutatkoztak, az újabban belépők nem feltétlenül kapcsolódtak az alapítók önfeláldozó lelkesedéséhez, mert nem voltak jelen a születéskor, nem voltak beavatottak, nem harcolták végig az alapítókkal az előző évek összekovácsoló küzdelmeit.

Azoknak a szervezeteknek, amelyek tovább akartak élni, a professzionizmus irányába kellett elmozdulniuk. Újra kellett gondolniuk az anyagi források előteremtésének módjait, a szervezeti kereteket, a vezetési struktúrákat, világosan meg kellett különböztetniük a baráti, családi és munkatársi kapcsolatokat.

Ez a változtatás minden téren érintette az eddigi berendezkedést, de érintette, természetesen, az emberi kapcsolatokat is, próbára téve családi, baráti kötelekeket. A változtatásokat ráadásul úgy kellett végrehajtani, hogy a „fürdővízzel együtt ne öntsék ki a gyereket is”: a szervezeti változtatásoknak ne essen áldozatul az a lelkesedés, spontán aktivitás, mindaz a pozitív erő, ami a civil szerveződések nagy belső, emberi többlete.

Csupán az utóbbi másfél évben ért az a megtiszteltetés, hogy egy lelkisegély telefonszolgálat munkatársainak vezethetek szupervíziós csoportot, adhatok számukra egyéni szupervíziót, ezért csak óvatosan írhatom le ennek a gondolatsornak a végén: lehet, hogy amit szupervizorként más segítő közösségek életében magtapasztaltam, abból több mindenben magukra is ismerhetnek ...

Közben igyekeztem tanulni, itthon és külföldön tapasztalatokat gyűjteni: előbb holland és német kiképző szupervizorok csoportjain vettem részt Magyarországon, majd német tartományi ösztöndíj révén lehetőséget kaptam Németországban, a Betheli Intézetben (Seelsorgeinstitut an der Kirchlichen Hochschule Bethel) képzésen részt venni, és Hollandiában szakmai tapasztalatokkal gazdagodni.

A rendszerváltást megelőzően újjászerveződött az egyházak kórházi tevékenysége. Néhány lelkész kollégámmal ökumenikus és interdiszciplináris teamekben végeztünk kórházi pásztorációt, mindnyájan rendelkezünk valamilyen speciális képzettséggel. Szerettük volna elérni, hogy ezt a fokozott érzékenységet, szakmai felkészültséget igénylő területen erre alkalmas lelkészek végezzenek szolgálatot, akik számára biztosítottak a szakmai képzések, továbbképzések lehetőségei. Ezért megalakítottuk 1992-ben szakmai egyesületünket (Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete), majd kollégáim tapasztalatait is hasznosítva megírtam a klinikai lelkigondozók szakképzésének hazai programját. A képzések egyik szupervizoraként elmondhatom, hogy eddig közel százötvenen vettek részt a Budapesten, illetve vidéken, megyei kórházakban, szociális

intézményekben tartott tréningjeinken. A Haynal Imre Egyetem (ma Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar) a klinikai lelkipozó és a hospice tanácsadó képzést egyaránt egyetemi szakirányú továbbképzésként akkreditálta.

A Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemen első ízben meghirdetett szupervizor szakképzés keretében 1998. február 27-én, a Kasseli Főiskola vizsgáztatói előtt (Universität Gesamthochschule Kassel) sikeresen védtem meg szakdolgozatomat és szereztem szupervizor diplomát.

Őszintén el kell mondanom, hogy szupervizori szerepemet nem szakmai felemelkedésként, sokkal inkább szakmai életem olyan gazdagodásaként élem meg, amelyben lélektani ismereteimet, csoportvezetői tapasztalataimat, lelkipozói gyakorlatomat integrálhatom.

Arra külön is ügyelek, hogy szupervizori és oktatói tevékenységem ne emeljen ki a klinikai gyakorlatból. Gyakorló klinikai lelkipozóként pszichiátriai és onkológiai betegek lelki kísérőjeként veszek részt a gyógyító folyamatban, vagyok krízisbe került emberek segítő útítársa.

Másfél éve adok csoportos és egyéni szupervíziót egyik vidéki nagyvárosunkban működő telefonos lelkipozó szolgálat munkatársainak. Igényes, ambiciózus közösség: a szoroson vett ügyelői szolgálaton túl konferenciákat, tudományos üléseket szerveznek, és most könyvet adnak ki. Arra kértek, írjak ebben a gyűjteményes kötetben a szupervízió fontosságáról, az ezzel kapcsolatos tapasztalataimról. A szupervíziót is, mint a többi szakmai tevékenységemet is, sokkal jobban szeretem tenni, mint írni róla. Így aztán nehezen születik a tanulmány, a technika is ellenem van, számítógépem többször felmondja a szolgálatot, - de a határidő szorít, nem szeretnék szégyent vallani.

Írásom műfaja: nyilvános töprengés – szakmai és szépirodalmi olvasmányélmények, valamint saját tapasztalok felhasználásával – a szupervízió hasznáról és használhatóságáról. Csak egy rövidke kitérő: a szupervizor nem lehet szakbarbár. Szépirodalmi olvasottsága színesíti kommunikációját, és gazdagítja illusztrációs eszköztárát. Egy-egy jól megválasztott történet elbeszélése gyakran a leginkább alkalmas reflexió: nem direkt tanács, ugyanakkor elgondolkodtató és töprengésre inspiráló. Kierkegaard, a múlt század neves gondolkodója állapítja meg: a szellemi növekedés nem abban áll, hogy az egyszerűt egyre bonyolultabban fejezzük ki, ellenkezőleg, a szellemi növekedés abban mutatkozik meg, hogy a bonyolultat egyre egyszerűbben tudjuk elmondani. A szellemi igényesség és az olvasmányosság nem egymást kizáró fogalmak, - így aztán igyekszem is, hogy az egyikkel a másikat ne zárjam ki. S még egy idézet, írásom tervezett műfajára utalva - kicsit a szupervizori szerepemről vallott nézeteimet is előrevetítve -, a tapintatosan tanító humor nyelvén, Reinhold Stecher, osztrák püspök tollából: „*Kritikai hozzászólás egy valláspedagógiai témájú tudományos ülés záró kerekasztalán... Tudom, hogy tudományos szaknyelv nélkül néha nem lehet boldogulni. De itt a résztvevők időnként olyan nyelvezet áldozatául estek, amelyet - bocsássák meg nehézségemet - alig tudtam követni. Talán megengedik, hogy a problémát egy egészen egyszerű, profán példa segítségével világítsam meg. Képzelmek el, hogy egy igen magas tudományos színvonalat képviselő társaságban, mint amilyen ez itt, valaki kollegája öltözetében hiányosságot fedezne fel, és diszkrétan a fülébe szeretné sügni: 'Kolléga úr, lyukas a nadrágja...' Az itt gyakorolt beszédmódban ez valahogy így hangoznék: 'Kolléga úr, intellektuális őszinteségem kötelez arra, hogy közöljem, miszerint az Ön extrovertált láböltözetének fundamentális szférája parciális defektust mutat, melynek hatására láthatóvá válik a pszichológiai backgrund...' Így lehet mondani az egyszerű mondatot: 'Lyukas a nadrágod!'... Ne áltassuk magunkat, sok mindent valóban így is mondunk... A bonyolult beszéd azonban legtöbbször – nem mindig – csak látszólag jelent 'színvonalat'. Hiszen világos ugye, hogy egyáltalán nem nehéz olyan nyelvi szörnyetegeket létrehozni, mint az előbb említett. Az igazi művészet és intellektuális teljesítmény voltaképpen azé, aki odafigyel, és a szögubancot kibontogatja, s egyszerű állításra visszafordítja.'”(2)*

Márai Sándor Valéryt idézi, aki szerint Leonardo da Vinci olyan ember volt, aki, „*egy hidra gondolt, ha szakadékot látott.*” Márai, ötven évvel ezelőtt írt naplójában hozzát teszi: „*de én olyan korban éltem, amikor a zseni egy híd láttán rögtön a szakadék megvalósításán kezdett tűnődni. A mi korunk zsenije feltalálta a szakadékot.*”(3) Mi is ilyen korban élünk. Égető szükség van olyanokra, akik képesek meglátni a szakadékok felett a hidat, egy-egy szakterület különböző nézeteket, megközelítési módokat képviselő szakembereinek egymást gazdagító párbeszédét elősegítve. Szívesen állok egy, általában a szupervízió hazai helyzetét, szakmai kihívásait, s ezen belül a telefonos szolgálatok életében betöltött vagy be nem töltött szerepét feltáró okos, értelmes gondolat, - és véleménycsere elé.

No, de ennyi kacskaringó után térjünk vissza még egyszer és utoljára az Ortega által megemlegetett madridi festő hasonlatához: ha ennek az írásnak szakálla lesz, akkor végre megírtam vázlatos összegzését annak, ahogyan a szupervíziós munkáról, s ennek a segítő hivatást gyakorlók életében betöltött önképző, mentálhigiénés támogató szerepéről gondolkodom; valamint összefoglalom, amit a szupervízióknak a telefonos szolgálatok működésében elfoglalt helyéről az elmúlt másfél évben megtanultam. Ha nem lesz szakálla, akkor talán felkelti a telefonos lelkiségű szolgálatok vezetőinek, munkatársainak érdeklődését és elindulhat egy párbeszéd az ügyelők, a hivatásos és önkéntes segítők szupervíziójának eddigi gyakorlatáról, jelenlegi helyzetéről és a jövőbeli tervekről, tennivalókról. Amolyan első hídpillér lehet írásom, a majdan megvalósuló hídnak...

## HOGY LEGYENEK KÉRDÉSEK...

*„Csak a műkedvelő boldog.  
Ő kedveli a művét,  
azért műkedvelő...”*

(Márai Sándor: Napló) (4)

A munkája minőségében professzionális színvonalra törekvő segítő – legyen akár hivatásos, akár önkéntes –, önfeléd boldogsága mellé kell, hogy társuljon a szakmai igényesség felelőssége is: nyitottság a szüntelen önképzésre, a belső kontroll fejlesztésére, a külső kontroll folyamatos igénybevételére. A csoportos és egyéni szupervízió nem csodaszer, de – ha jól élünk vele –, fontos eszköz lehet ahhoz, hogy ez valóban így is legyen.

A szupervíziós szakmában is különböző irányzatok, áramlatok vannak, - nagyjából attól függően, hogy a szupervíziót nyújtó szakemberek melyik lélektani iskolához kapcsolódnak. Nem lehet céltom ebben a tanulmányban a szupervízió történetének ismertetése, a különböző szupervíziós irányzatok bemutatása. Saját szupervíziós szemléletemről már a tanulmány címe is árulkodik: Ahol kérdések vannak, ott válaszok is vannak. Amit Carl Rogers a konzultációs kapcsolatról ír, azt a segítő kapcsolatokban, krízisbe került emberek pszichés-spirituális kísérőjeként, lelkigondozójaként jó évtizede gyakorlom, de igaznak, alkalmazhatónak tartom a szupervíziós munkában is: *„A konzultációs kapcsolat, amely a konzultáns elfogadó melegsége révén bármiféle korlátozás, vagy személyes kényszer nélkül lehetővé teszi a kliens számára érzéseinek, attitűdjének és problémáinak legteljesebb kifejezését. A teljesebb emocionális szabadságnak ebben a sajátos megtapasztalásában, jól meghatározott keretek között, lehetővé válik, hogy a páciens olyan szabadon ismerje és értse meg pozitív és negatív impulzusait és képzetait, mint semmilyen más kapcsolatban.”*(5) Rogers és terápiás szemléletének követői (az ellen, hogy „iskoláról” beszéljünk, maga Rogers tiltakozna a legjobban) a kliensekkel való kapcsolatban számolnak olyan fontos lélektani jelenségekkel, amelyeket a pszichoanalízis ismert fel és fogalmazott meg. Példaként említhetjük az indulatáttételt, viszont-indulatáttételt, ellenállást, - ugyanakkor vallják, hogy ezek kezeléséhez, a terápiás vagy egyéb segítő kapcsolat javára fordításához az empátiás attitűd, valamint az érzelmeknek a bizalmi kapcsolatban történő kimondása, őszinte megfogalmazása hatékony eszköz lehet. Rogers módszerének egyik legfontosabb eszköze, technikája, de hitelesebbek vagyunk, ha így mondjuk, belülről fakadó attitűdje: a nondirektivitás. Rogers elutasítja a terápiában a diagnosztizálást, az interpretációt, de ugyanígy elutasítja a lelkigondozásban a dogmatizálást és a moralizálást is, hiszen vallja, hogy a tanácskérőnek felelősnek kell maradnia saját életéért.

Amit a későbbiekben a szupervízió módszeréről, kereteiről, technikájáról elmondok, abból minden bizonnyal felismerhető lesz szakmai elköteleződésem, a leginkább Rogers nevével fémjelzett, nondirektív, klienscentrikus lélektani szemlélet iránt. Szupervizorként is vallom, hogy a szupervíziót kérő számára nem az az igazi segítség, ha én adom meg a választ a felvetett kérdésre, hanem az, ha – az én a máshonnan látással, többféle, újszerű megközelítéssel, strukturálásommal nyújtott segítséggel - ő maga talál rá, a saját válaszára. Nem tanácsokat adok tehát, hanem ötleteket a problémássá vált eset, a nehezen kezelhető konfliktus minél sokoldalúbb megközelítéséhez. A biztonságérzetet kínálom, amelyben a szupervíziót kérő szabadon asszociálhat, felszabadíthatja kreativitását, mozgósíthatja tapasztalatait, a megfelelés kényszere nélkül veheti számba a megoldási módokat. Értheti meg a konfliktus kialakulásának folyamatát, láthatja meg a klienssel kapcsolatos elakadásban esetleges személyes érintődéseit, szakmai „vakfoltjait”; értheti meg, újabb megvilágításban,

személyes életének kudarcait, nehézségeit; és keresheti, mérlegelheti választási lehetőségeit. A team szupervízióban sem hozunk, a rendszer működésére vonatkozóan döntéseket, hiszen a szupervíziós csoport nem mini parlament, nem is egyesületi közgyűlés, de nem is becsületbíróóság. Amit a Bálint-munka fejlődéséről szóló tanulmányban olvashatunk, azt magam is teljességgel vallom (így sorakoznak a nagy mintaadók: Carl Rogers mellé Bálint Mihály): „*A munka előfeltétele... a tanulás szabadságának biztosítása. Ha a Bálint-csoport politikai, ideológiai vagy akár csak didaktikai ellenőrzés alá kerül, úgy annak dinamikája minden bizonnyal súlyosan korlátozódik.*”<sup>(6)</sup>

A csoportos szupervízió – mint a belvárosi úriszabó – „hozott anyagból” dolgozunk. Tapasztalatom szerint a szupervízor első feladata, hogy a csoportos szupervízió résztvevőket motiválja a témák felvetésére, a kérdések megfogalmazására, a kliensekkel kapcsolatos vagy a teamen belüli együttműködést érintő, esetleg a másféle szemléletből fakadó nehézségeket felszínre hozó gondok vállalására. Ehhez el kell jutni odáig, hogy a szupervíziós csoporton résztvevő, segítő szakember belássa: nem az az ideális munkahelyi közösség, ahol nincsenek gondok, hanem az, ahol a gondokat nem söpri szőnyeg alá, hanem külső szakember jelenlétében, azokat bárki felvetheti, és kísérlet történhet a megoldásra. Éppen az önkéntesség elvén működő, segítő szolgálatra szerveződött közösségek hajlamosak magukat beleringatni abba a hamis elvárásba, hogy bár minden közösségben vannak konfliktusok és nehézségek, de mi kivétel vagyunk, hiszen hogyan segíthetnének másoknak azok, akik egymással nem élnek idilli harmóniában. Kodály Zoltán megszívlelendő intelme nem csak a zenei világban érvényes: *Aki a diszsonanciát nem ismeri, a harmóniát értékelni nem tudja.* Mindnyájan megtapasztalhattuk már, a saját bőrünkön: csak a felszínre nem került, a ki nem mondott feszültséggel nem lehet mit kezdeni, az összes többivel igen.

A szupervíziós csoportban fel kell oldani a segítőknél azt a szemérmességét, ami megakadályozza őket abban, hogy a kliensekkel való segítő kapcsolatokról, esetleges kudarcaikról, tanácstalanságaikról, elakadásaikról őszintén és nyíltan, a segítséget kérés szándékával beszéljenek. Erre pedig csak akkor van mód, ha a csoportban sikerül kialakítani a bizalom légkörét, ahol nincs rivalizálás, nem jut szóhoz az egymás kioktatása, de a valódi kérdéseket elfedő moralizálás, általánosságban mozgó és unalomba fulladó felszínes okoskodás sem. Fokozatosan és tapintatosan lehet haladni a mélyebb szakmai dilemmákra, és a segítő közösségen belüli valódi konfliktusokat feltáró rétegek felé. A csoport tagjainak meg kell tapasztalniuk a folyamatosan kibontakozó és egyre inkább csoportterővé váló bizalom mellett, azt a biztonságot is, amit szupervízor nyújt a keretek biztosításával. Meg kell tapasztalniuk, hogy ha be is indulnak bizonyos destruktív, a hatékony munkát blokkoló folyamatok, felszínes általánosítás, kioktatás, ítélkezés, moralizálás, elterelő témák bedobása, ezeket a szupervízor nem engedi érvényesülni és eluralkodni. El kell oszlatni egy gyakori félreértést. A nondirektivitás a szupervíziós keretek között ezt jelenti: elősegítjük a minél szabadabb témafelvetéseket, a csoportból előhozott, a csoporttagok által felkínált témákkal dolgozunk, a cél az, hogy a kérdést hozó, személy szerint, minél több segítséget kapjon az általa felvetett probléma megértéséhez és feldolgozásához, a csoport pedig minél többet tanuljon belőle, nem kényszerítjük a csoportot egy előre kitűzött felismerés elfogadására. De a nondirektivitás látszata mögé bújva nem lehet magára hagyni a csoportot, szabadjára engedni a dinamikát, cserbenhagyni a témafelvetőt és elárulni mindazokat, akik időt, figyelmet, esetleg pénzt áldoztak arra, hogy tanuljanak, szakmailag képződjenek. A „nem vezetést” és a „nondirektív vezetést” tehát érdemes egymástól egyértelműen megkülönböztetni!

A szupervíziós szerződésről szólok még később, most csak egyik fontos részletét említem meg. A közös munka elkezdése előtt egyértelművé kell tenni, hogy a segítő közösség mire kéri a szupervíziót: ügyelők számára eset-szupervízióra tart igényt vagy stáb-szupervíziót igényel vagy mind a kettőben, szeretne részesülni. Valószínű, hogy a legutóbbinak van a leginkább realitása: sem szupervízorokban nem vagyunk olyan jól ellátva, sem a lehetőségek nem olyan tágak, hogy a két, egyformán fontos feladatra külön-külön lehetne szakembert felkérni, talán nem is szükséges. Az viszont elengedhetetlen leszögezni, hogy a szupervízor nem lehet szövetségese a vezetésnek, de nem lehet cinkosa a team tagjainak sem. Nem csak nem etikus, de nem is jelent valódi segítséget, ha a kívülről jött szakember a vezetők háta mögött összekacsint a munkatársakkal vagy elköteleződik a vezető mellett, bármilyen módon belebocsátkozik a közösség belső dinamikájába. Ha az a téma, amivel a szupervíziós csoport foglalkozik, a közösség működésével, működési zavarával, a munkatársak közötti személyes konfliktussal, bizonyos vezetői döntések, intézkedések nyomán fellángolt indulatokkal, a csoporton belüli rivalizálással kapcsolatos, a szupervízor a legtöbbet azzal segítheti, hogy mindezt máshonnan látja (a szupervízor szó magam alkotta magyarítása: „máshonnan látó”), és segít az érintetteknek is máshonnan látni, újabb nézőpontokból szemügyre venni a felmerült kérdést. Ilyenkor abban támogatom a csoportot, hogy mindenek előtt a konfliktus kialakulásnak folyamatát tárjuk fel, a felszíni indulatok, összecsapások mélyebb rétegeit próbáljuk megérteni, és csak ezután tegyünk kísérletet a számukra közösen vállalható megoldások számbavételére.

Gyakran tudatosan vállalom a „tolmács” szerepét, segítve, hogy mindenki, minél konkrétábban elmondhassa gondolatait, minél őszintébben kifejezhesse érzéseit, hogy lehetőleg mindenki szóhoz juthasson, a hangadók ne szívják el a levegőt a nehezebben megszólalók előtt, a titkolózás megszűnjön, a háttérben való suttogások nyíltan felszínre kerüljenek. Nem ritkán igyekszem lassítani a megbeszélés folyamatát, időt teremtve arra, hogy a team tagjai jobban megértsék egymás véleményét, érzéseit, hogy a „nyelvek hegyén” lévő gondolatok szavakban öltsenek testet. Számos esetben egy közösségen belül azért alakul ki feszültség, egymás iránti elbizonytalanodás vagy éppen gyanakvás, mert nem sikerül egymást odaadó figyelemmel végig hallgatni, mindenki mondja a magáét, egymás mellett elbeszélve, - így alakul ki az a „kommunikációs dugó”, aminek a kihúzása a szupervíziós csoport egyik fontos feladata. Az unszolást, az erőltetett noszogatás vagy a túl direkt leállítást kerülve, szupervizorként fontos funkciómnak érzem, hogy segítsem kialakulni a csoportban a viszonylagos egyensúlyt a könnyen megnyilvánuló, fesztelenebbül kommunikáló, régebb óta a teamhez tartozó, ezért otthonosabban jelen lévő, és szorongóbb, visszahúzódóbb, a közösséghez később csatlakozó, ezért illendőségből mindenkit maguk elé engedő csoporttagok között.

A Bálint-csoport vezetőjéről megfogalmazottakat igyekszem tudatosan, belülről átélni és alkalmazni: „*A meghallgatni tudás igen komplex természetű vezetői funkció. Kíváncsiságot, emocionális nyíltságot és érdeklődést, fantáziát, az anyagnak és az értékeknek pszichikus organizálását, értékelését, a lényeges és a lényegtelen megkülönböztetését, intuíciót, a beleézés és a kritikai távolságtartás váltakozását, identifikációt, empátiát, türelmet ölel fel.*” (7) De mondhatjuk ugyanezt egyszerűbben is, a Bálint Mihálytól kölcsönzött szép, kifejező hasonlattal is: „*Figyelmesen hallgassunk, a bőrünk összes pórusával.*” (8)

A jó személyiségű, hivatását felelősséggel végző segítőt éppen arról ismerhetjük meg, hogy szakmai megtorpanásait, a személyes érintődésekből fakadó nehézségeket, tevékenységével kapcsolatos elbizonytalanodásait nem titkolja, hanem vállalja, mert szeretné őket jobban megérteni és tanulni is akar belőlük. Amit a kutató orvos az agy és a társadalom működéséről ír, az bátran alkalmazható a segítő szakemberre is: „*Minden jel arra mutat, hogy a fejlődés végső soron mindig a hibáknak köszönhető: egy tévedhetetlen agy soha nem tudna újítani sem. Az emberi társadalomban szintén minden fejlődés a fennálló állapotok megkérdőjelezésével kezdődik... Legalábbis ez idáig még mindig így történt.*” (9)

A szupervízió, a segítő hivatást gyakorlók számára, jól alkalmazható tanulási módszer. Tudom, hogy a tanulásról - úgy általában - egészen más fogalmaink vannak: a tanár elmondja az adott témakörhöz tartozó információkat, ismereteket ad át, amit aztán a diák, egy idő múlva felmond, visszaismételi. A tanulásnak ebben a formájában – aminek talán az alapoktatásban van is helye – édeskevés a kreativitás, az önálló gondolkodásra serkentés, a saját, személyes alkotás. A felnőtt-oktatásnak éppen ezért egészen másként kell működnie: a „diák” megtanult hivatását, mesterségét gyakorolva szembe találkozik olyan helyzetekkel, amelyekre az iskolapadban nem készítették, nem készíthették fel, - a gyakorlatban felmerült kérdéseire keresi a választ. Ki kell mondanunk: az a tanulási forma hatékony, hasznos, az az ismeret válik a sajátunkká, érik a gyakorlatban is hasznosítható tudássá, ami személyes megtapasztalással párosul. A csoportos szupervízió ehhez, a gyakorlatban felvetődött kérdésekre választ kereső, a személyes tapasztalatokat és megtapasztalásokat is mozgósító tanulási folyamathoz nyújt keretet és kínál technikát.

A szupervízor, ha jól használja mesterségét, a máshonnan látással és a máshonnan láttatással segít a legtöbbet, - és ehhez máshonnan is kell jönnie. Nem lehet a segítő közösség tagja, a stáb vezetője. Erik H. Erikson szerint: „*Miközben megfigyeljük az életet, egyszermind meg is merülünk benne; ez a körülmény megfoszt bennünket attól, a lehetőségtől, hogy... körülményeink korlátozott nézőpontjain képesek legyünk felülemelkedni.*” (10)

A szupervízor nem független mindentől és mindenkitől, úgy általában: nem egy másik bolygóról érkezik, jó esetben ő maga is elkötelezett segítőként tevékenykedik, tehát belülről ismeri a segítő hivatást, de ahhoz, hogy új nézőpontokhoz tudja segíteni a szupervíziót kérőket, mégis kívülről kell látnia a történéseket.

Tiltakozom mindenféle, a segítő hivatásokon belüli hierarchikus gondolkodás ellen. Csak példaként említem: szememben a pszichoterápia nem több, mint a telefonos segítő beszélgetés. Mind a kettőnek megvan a maga helyén, a maga értéke. A szupervízió nem több, nem fontosabb, mint az ügyelőtárrsal való megbeszélés, a csoportos konzultáció vagy a szakmai vezető tanácsa. Egyszerűen a szakmai támogatás egyik formája, ami ugyanúgy nélkülözhetetlen, mint az előzőek.

(folytatjuk)

## HIVATKOZÁSOK



1. Márai Sándor: Napló 1945-1957. Helikon Kiadó, Budapest, 1999. – 122. o.
2. Reinhold Stecher: Hétköznapi morzsák, örök bölcsességek. Széphalom Alapítvány, Budapest, 1992. – 29-32. o.
3. Márai Sándor: u.o. – 122. o.
4. Márai Sándor: u.o. – 22. o.
5. H. Faber – E. van der Schott: Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1980. – 28. o.
6. Boris Luban-Plozza: A Bálint munka fejlődése. in B. Luban–Plozza H.H. Dick Haut (szerk.): A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. Medicina Kiadó, Budapest, 1986. – 14. o.
7. W. L. Furrer: A Bálint-csoportok vezetőjének vizsontindulat-áttételi problémái. in B. Luban–Plozza H.H. Dick Haut (szerk.): A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. Medicina Kiadó, Budapest, 1986. – 114. o.
8. Idézi Boris Luban-Plozza: A Bálint munka fejlődése című tanulmányában. in B. Luban–Plozza H.H. Dick Haut (szerk.): A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. Medicina Kiadó, Budapest, 1986. – 16. o.
9. Bánki M. Csaba: Életünk és az agy. Biográf Kiadó, Budapest, 1995. – 206. o.
10. Erik H. Erikson: Az emberi életciklusok. in Fejlődéslélektani Olvasókönyv. Tertia Kiadó, Budapest, 1997. – 28. o.

## Megelőzhető-e a depresszió és az öngyilkosság?

A modern pszichiátria egyik paradoxonja az, hogy bár az elmúlt 30 évben sok antidepresszáns gyógyszert vezettek be, a depresszió hosszú idejű lefolyása nagyon keveset változott. A depresszió nyomon követő vizsgálatainak például az egyik legáltalánosabb megállapítása, hogy a betegek nagyon magas százaléka hal meg öngyilkosság miatt. 1970 előtt *Guze* és *Robins* a depresszió lefolyására vonatkozó vizsgálatoknak ismertetésekor megjegyezték, hogy az ilyen betegek halálzásának 12-60%-át okozta öngyilkosság. Az 1988-ban készült beszámolók rámutattak arra, hogy a helyzet keveset változott. *Lee* és *Murray* a londoni Maudsley Kórház betegeinek 16 éven át történő nyomon követése során arról számolt be, hogy a halálozások 45 %-a öngyilkosság eredménye volt ezeknél a betegeknél. Ezalatt az idő alatt a betegeknél csupán 1/3-a volt mentes a visszatérő mérsékelt vagy komoly pszichiátriai megbetegedésektől.

A Nice-ban megtartott XVIII. Nemzetközi Neuro-Psychopharmacologicum Collegium Szimpóziumán *Angst* a Zürichben 30 éven keresztül a hangulatzavarokra vonatkozó nyomon követés áttekintésekor arról számolt be, hogy ezeknek az állapotoknak erős tendenciája, hogy visszatérnek. A bipoláris betegség a 29. életkor közepén kezdődik, míg az unipoláris megbetegedés 46 éves korban. A depressziós rendellenességek az esetek 82%-ában kiújulnak. Az epizódok hosszúságában széleskörű változatosság mutatkozik, azonban 5 hónap az átlagos. *Angst* rámutatott, hogy a bipoláris betegség valamennyi eseténél figyelemre méltó a hosszú időn át történő kezelés. Azoknál a betegeknél kell ugyancsak komolyan figyelembe venni a hosszú időn át tartó kezelést, akiknek különösen az elmúlt 5 évben több, mint 3 depressziós epizódja volt.

Mit tudunk a visszatérő hangulatzavarok kezelésének hatékonyságáról? *Frank* és mások megállapították, hogy a napi 200 mg imipramin kiegészítő interperszonális pszichoterápiával vagy anélkül, hatékony volt. A kiújulás előtti átlagos időszak az imipramin esetében 131 hét, míg placebo mellett 45 hét volt. Önmagában interperszonális pszichoterápia esetén az átlagos időszak 82 hét volt. A szimpóziumon bemutatott további 2 éves vizsgálat betegei placebónál nagyobb tendenciát mutattak a kiújulásra (átlagban 54 hét), mint az imipraminnál (átlag: 99 hét).

Arra vonatkozóan is jó bizonyítékok állnak rendelkezésre, hogy a gondos hosszú időn át történő kezelések a hangulatzavarokban szenvedő betegek öngyilkossági arányát is csökkenteni tudják. 103 beteg 11 éven át történő nyomon követése során *Coppen* és kollégái alacsony halálozási arányt (0-6) állapítottak meg, ez alatt az idő alatt nem fordult elő öngyilkosság. *Coppen* korszerűsített, Nice-ban közzétett eredményei azt mutatták, hogy 5 év után csupán 2 öngyilkosság fordult elő (a halálozások 8%-a), a betegek közül 1 döntött úgy, hogy 9 hónappal korábban abbahagyja a kezelést. A hangulatzavarral olyan klinikán kezelt betegek lemorzsolódási aránya alacsony volt, akik jól reagáltak a lithiumra. Ugyanannak a kórháznak ugyanilyen időszakon át nyomon követett betegcsoportjánál az öngyilkosság a bejegyzett halálozások 33%-át tette ki. Hasonló eredményekről számoltak be a hosszú időn át folytatott lithium kezelés négy nemzetre vonatkozó vizsgálata. 798 beteg közül 40 haláleset fordult elő, amelyeknek 15%-át tették ki az öngyilkosságok, a halálozás pedig megegyezett a megfelelő normál népesség halálozásával. Ezeket a vizsgálatokat a lithium klinikák betegeinél végezték el.

A depresszió kezelésére olyan szelektív reuptake gátlókat is felhasználnak, mint a Sertraline, paroxetine, citralopram és fluoxetine.

A londoni Szűz Mária Kórház orvosa, *S.A. Montgomery* a tanácskozáson megjegyezte, hogy valamennyi gyógyszer a placebót felülmúlja, és profilaktikusan alkalmazva előnyük, hogy viszonylag mentesek a mellékhatásoktól. A bipolar betegség krónikus kezelésében elfoglalt helyük bizonytalan; mindeztáig amikor antidepresszánsokra vagy neuroleptikumokra van szükség ennek az állapotnak a hosszú időn át történő kezelésére.

*Általában a pszichiáterek és az általános orvosok úgy tűnik, hajlanak arra, hogy hosszú időn át folytatott kezelést írjanak elő.*

Bár a Világ Egészségügyi Szervezet helyeselte azt a közvéleményt, hogy fontos a hangulatzavarok krónikus kezelése, úgy tűnik, a pszichiáterek és az általános gyakorló orvosok vonakodnak a hosszú időn át folytatott kezelés előírásától. Valamennyi hosszú időn át folytatott sikeres kezelésre vonatkozó beszámoló a hangulatzavarokat kezelő klinikákról származik, amelyeket általában nem értékelnek. A pszichiáterek és egyéb klinikusok inkább a krízis-kezelést, mint a szisztematikus, hosszú időn át történő megközelítést alkalmazzák. Ezekben a klinikákban a betegeknek előírják a hosszú időn át folytatott kezelést, így nagyobb lehetőség van a betegek és családjuk képzésére. Ráadásul könnyebb a szisztematikus nyomon követés. Néhány kritikus azt állítja, hogy ez a megközelítés nagy anyagi veszteséggel jár, ez azonban nincs szükségszerűen így, a visszaesés megelőzése önmagában is lényeges megtakarítás.

Vannak még a hosszú időn át történő kezelésnek különböző lehetőségei. A lítium könnyen észlelhető eredményt mutat, nem költséges, és közismert a profilaktikus hatékonysága. Fel lehet írni kiegészítésként antidepresszáns vagy neuroleptikus gyógyszereket. Erre a módszerre vonatkozóan sok éves nyomon követési adatok állnak rendelkezésre. A napi egyszeri alacsony adagolás rendszerint kevés mellékhatást vagy toxicitást mutat. A visszatérő depresszió megbetegedés kezelésére hosszú időn át történő triciklikus antidepresszívumokat vagy szelektív szerotonin reuptake blokkolókat is fel lehet használni. 1992-ben nem elégséges az orvosi gyakorlat ahhoz, hogy ezeket a hosszú ideig tartó betegségeket rövid távon kezelje.

*(The Lancet 1992. 09.19.)*



## 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 életkorral 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 beszámolóit 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. Pszichiátriai 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 fégirtószerek, rovarirtók és egyes gyógyszerek, különösen amiket a depresszió kezelésére használnak.
6. Felelősségteljes média tájékoztatás.

### **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 halálessellettel függnek 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, halálesset 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.



## A mentális betegségben szenvedő emberek öngyilkossága és gyilkossága

*Még mindig nem tudjuk, hogyan lehet ezeket a halálokokat megakadályozni.*

Az Egyesült Királyságban 1992-ben a mentális egészségügyi szolgálatok aggodalmaskodásának eleget téve kezdődött el a mentális betegek öngyilkosságára és gyilkosságára vonatkozó titkos vizsgálat. A kezdeti beszámolók korlátozottan hasznosak voltak a megállapított meghiúsító esetek aránya miatt. Erre a kérdésre vonatkozóan két cikk számol be az 1999-es vizsgálati beszámoló, a „Biztonságosabb szolgálatok” eredményeiről. Most már sokat javultak az esetmegállapítások, és az új beszámoló értékes leíró keresztmetszetet ad a mentális egészségügyi szolgálatokra vonatkozó öngyilkosságok és gyilkosságok jellemvonásait illetően. A kb. 1000 öngyilkosságot elkövető, és kb. évente 40 gyilkosságot elkövető ember a haláleset előtti évben valamilyen kapcsolatban volt mentális egészségügyi szolgálatokkal. Az öngyilkosságot elkövető embereknél közös a komorbiditás, beleértve az anyaggal való visszaélést és az előzetes önbántalmazást is. A gyilkosságok miatt elítélt embereknél közös a személyiségzavar és az anyaggal való visszaélés. Minden évben a gyilkosságot elkövetők közül kevesebb, mint 10-nél diagnosztizáltak skizofréniát.

A BMJ cikkeiben a szerzők kellőképpen hangsúlyozzák, hogy a rendszeres áttekintések megállapították, hogy *nem történik megbízható beavatkozás* az öngyilkosság vagy a szándékos önbántalmazás megakadályozására. Maga a beszámoló azonban *31 előírást készít* a klinikai gyakorlat megváltoztatására. Ezek a kockázatok felmérésére vonatkoznak képzéssel, a dokumentációval (a „beteg útlevelét” is beleértve), a specifikus gyógyszerhasználattal, a pszichológiai kezelésekkkel, az öngyilkossági eszközökhöz való hozzájutás csökkentésével és a Mentális Egészségügyi Szolgálatban végrehajtandó változásokkal kapcsolatos előírások, e változás segítségével lehetővé válhasson a kötelező közösségi kezelés. *Az eljárás készítőinek* azonban *óvatosságnak kell lenniük* ezeknek a széleskörű előírásoknak a végrehajtásakor, *mivel jelentős bizonytalanságok vannak a beszámolóban, a mostani, az öngyilkossági prevencióra vonatkozó ismeretekben.*

Bár vannak az öngyilkosság kockázati tényezőire vonatkozóan információink, de *nagyon kevés megbízható ismeret áll rendelkezésünkre, a kockázat pontos klinikai mennyiségi meghatározására vonatkozóan*, ami az eredményes kockázati felmérés előfeltétele. Az egyik legnagyobb probléma az, hogy még a nagyon veszélyeztetett csoportban is ritka az öngyilkos. A beszámoló a kórházból való elbocsátás utáni időszakot jelöli meg a legveszélyesebb időszaknak. A csoportvizsgálatok azt mutatják, az elbocsátást követő első 28 napon az öngyilkossági arány 500 elbocsátott betegből egy, illetve 1000-ból egy. Ez az alacsony előfordulási arány a jelenlegi kockázati felmérések korlátozott érzékenységevel és specifikusságával együtt azt jelenti, hogy *alacsony a pozitív jósló érték*. A hibás pozitívok száma viszont magas. Például, ha a kockázati felmérésnek még 80%-os az érzékenysége és specifikussága (ami talán a jelenleg rendelkezésre álló adatokat is felülmúlja), minden 20 000 elbocsátott betegnél negyven fog öngyilkosságot elkövetni, akik közül harminckettőt nagyon veszélyeztetettnek kell azonosítani. Az összes 4024 beteg közül, akiket nagyon veszélyeztetettnek kell tekinteni, 3992 hibás pozitív. Ezért a nagyon veszélyeztetett csoport klinikai kezelésére vonatkozó előírások nagy számú beteg csoportra vonatkoznak.

A beszámoló feltételezi, hogy a közösségi (community) kezelési módszer javulása 30 öngyilkosságot és 2 gyilkosságot akadályozhat meg. De ha még bizonyítékaink is lennének arra vonatkozóan, hogy az ilyenfajta stratégia hatásos, *óriás számú beteget kellene kezelni ahhoz, hogy ezt elérjük*. Jelentősek az előírások humanitárius vonzatai és a lehetséges költségek. Sokféle módon lehet javítani a mentális egészségügyi szolgálatokat, és helytelen lenne valamennyi képzést és szolgáltatást fejlesztő eszközt ezekre a fontos, de ritka eseményekre összpontosítani.

Az öngyilkosság és a gyilkosság kockázati tényezőire irányuló vizsgálatoknak a jelenleginél tipikusan a pszichiátria támaszaként nagyobb terjedelmű rendszernek kell lennie. Azoknak a vizsgálati mintáknak, amelyekre a beszámoló épül, az *eset-kontroll vizsgálatokat kell felhasználniuk* ahhoz, hogy a lehetséges kockázati felmérési eszközöket ki tudják fejleszteni.

Annak ismeretében, hogy az alacsony öngyilkossági arány azt jelenti, hogy *sok beteget kell ahhoz kezelni, hogy öngyilkosságot meg tudjunk akadályozni*, a széleskörű gyakorlati beavatkozások nagyméretű véletlenszerű kísérleteire van szükségünk. Valójában a véletlenszerű ellenőrző vizsgálatokban sohasem tudjuk az öngyilkosságot elsődleges kimenetelként felhasználni. Ezért a kísérleteket a nagyon veszélyeztetett csoportokból

kell felépíteni, hogy az esetarányokat növelni lehessen, és a szándékos önbántalmazást, mint kimenetelt felhasználhassuk. Az eredményeket a többi csoportra kell kivetíteni.

A beszámoló azt is javasolja, hogy az egyéni helyi vizsgálatot a gyilkossággal kapcsolatban abba kell hagyni. Abba kell hagyniuk, de nem úgy, mint ahogy a „Biztonságosabb Szolgálatok” javasolja, mert „a szemrehányás légkörét” állandósítják. Az igaz, hogy a mentális egészségügyi szolgálatok felelősek a gondozási hibákért, és valamennyi nyilvános szolgálat nagymértékben alá van rendelve a külső felülvizsgálatnak. Azért kell abbahagyniuk a vizsgálatot, mert eredménytelenek, és módszereikben alkalmatlanok arra, hogy a jövőre vonatkozó angliai egészségügyi mentális egészségügy gondozás ellátására irányuló általános előírásokat elkészítsék. Mivel retrospektívak, az öngyilkosságok és a gyilkosságok megelőzéséről alkotott kezdetleges, primitív elképzelést segítik elő.

(The Lancet, 1999.)

## Egy kis pszichológia...

### Szociálpszichológiai fogalmak (III. rész)

#### Az én

Énünk megismeréséhez mások véleményeinek megismerésén keresztül vezet az út.

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

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 pillanthatson 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 kockáztató én és az erre reagáló személyek visszatükrözéseként kialakított „felépített én”.<sup>1</sup>

#### 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.<sup>2</sup>

#### 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*),

<sup>1</sup> Csepeli György: *A szociálpszichológia vázlatja* (Népművelési Propaganda Iroda, Bp. 1979.)

<sup>2</sup> Forgas, Joseph P.: *A társas érintkezés pszichológiája* (Gondolat, Bp. 1989.)

- *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.<sup>3</sup>

*Kognitív megközelítés:*

- az egyik típus gondolkodása egyszerű, kevésbé képes differenciálásra, míg a másik típus gondolkodása komplex, árnyalt megközelítést tesz lehetővé.<sup>4</sup>

## **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.<sup>5</sup>

## **Nevelési stílusok**

*Lewin* által kialakított vezetési stílusok alapján:

- *tekintélyelvű nevelési stílus*:
  - jellemzője: agresszivitás,
  - eszköze: büntetés (verés, megszégyenítés, stb.),
  - hatása: az interiorizáció csak látszólagosan megy végbe, valójában a kényszeres reakciók együtteseként a személyiséget csak megnyomorítja. Túl erős felettes ént eredményez.
- *anarchikus nevelési stílus*:

<sup>3</sup> Csepeli György: i.m.

<sup>4</sup> Csepeli György: i.m.

<sup>5</sup> Csepeli György: i.m.

- 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.<sup>6</sup>

### **Kortáscsoportok**

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.<sup>7</sup>

### **Meggyőzés**

Minél intelligensebbek a hallgatónk, 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.<sup>8</sup>

### **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 lő 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.<sup>9</sup>

### **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.

Minél nagyobb empátiás készséggel rendelkezik valaki, annál kevésbé fog agresszív cselekedetekhez folyamodni.<sup>10</sup>

### **Magányosság**

*A magányosság különböző típusai:*

<sup>6</sup> Csepeli György: i.m.

<sup>7</sup> Csepeli György: i.m.

<sup>8</sup> Aronson, Elliot: i.m.

<sup>9</sup> Aronson, Elliot: i.m.

<sup>10</sup> Aronson, Elliot: i.m.



- 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, bizonytalannak 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.<sup>11</sup>

## Irodalomjegyzék

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

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

**Csepeli György**: *A szociálpszichológia vázlat* (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.)

## Könyvajánlat

### **Csikós Attila: Szemenszedett Hazugság**

Tizenegy történet Párizsban, az ősről, szerelemről és egyéb lehetőségekről...  
Signus, Bp. 2001.

Csikós Attila 1969-ben született, első könyve 1996-ban jelent meg. Ez pedig már a harmadik kötete. Részlet a szerző ajánlásából: "Ezt a könyvet romantikus lányoknak és asszonyoknak szánom, akik felelősséggel viselt bánatukban hajlamosak azt hinni, szenvedésük oka valamely korábbi szerelmi élmény kísértete, mely időről időre visszajár agyukban, és elmúlt, elképzelt vagy vágyott kalandok misztériumát játssza el. Ők megértik majd, mennyi harcot, vívódást jelent kimondani a legalapvetőbb szerelmi szavakat, hiszen mást se

tesznek, mint hogy e kifejezéseket vetik állandó vizsgálat alá... Igen, a romantikus asszonyok szeretnek elvágódni, bárhol és bármikor, és azt hiszem, bárkitől, akit korábban még asszonyi vágyódásuk tárgyául szemeltek ki... A romantikus lányok és asszonyok azonban lassan kiismerik a részletek jelentőségét. Körbeveszik magukat az elpazarolt szavakkal, mintha csak dísz tárgyakkal pótolnák bútoraikat, és mindről egy-egy elmúlt pillanat csillan vissza a díszes vésések íveiből..."

<sup>11</sup> Forgas, Joseph P.: i.m.

## **Varga Domokos: Nem születünk szülőknek**

Tapasztalatok, tanulságok, töprengések  
Hét Krajcár, Bp. 1999.

"Egyikünk sem született szülőknek, s később sem igen tanultuk ezt a mesterséget. Csak úgy belejöttünk valahogy - már aki belejött - az anyaságba-apaságba - mondja az író.

Ő a nagypapaságba 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 írásba 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 szülőknek, még nevelődhetünk. Jobb apává, anyává tehetnek a saját gyerekeink. Hiszen ez a legfőbb tanulsága Varga Domokos e sokakhoz szóló, mesteri művének.

## **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 szálai 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 leghétköznapibb 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.

## **Gertrude Stein: Három élet**

Magvető, Bp. 2001.

A Melanchta című kisregény Gertrude Stein Három élet című művének egyik darabja. A könyv megjelenésének idején (1909-ben) nem aratott túl nagy sikert, sőt Stein kiadót is alig talált rá, végül pedig magának kellett vállalnia a kiadás költségeit. Ráadásul a kiadónál olyannyira félreértették (illetve képtelenek voltak méltányolni) a mű szokatlan nyelvezetét, hogy az író rossz angol tudását és bizonyos értelmű primitívségét feltételezték mögötte, így aztán a nyelvtani és stílári hibák orvoslásával próbálkoztak. Ám a Három élet azóta klasszikussá vált, s elsősorban a Melanchta című ciklusnak köszönhetően bekerült a világirodalom remekművei közé.

A Melanchta olyan kisregény, amelyet az ember egyvégtében elolvas, mert ahogy mondani szokás, egyszerűen nem tudja letenni. Magával ragadó nyelvezetében talán a ritmusé a legmeghatározóbb szerep. A szavak szinte pattognak, egymást követésükben sajátos tempót teremtve... Rövid tagmondatok hömpölyögnek és ékelődnek egymásba; az ismétlések pedig sokkal inkább elbizonytalanítanak, mintsem hogy megerősítenének, hiszen

minden egyes újramondásnál változik a már kimondott: mindig újabb és újabb jelentést nyer, éppen ezért tökéletesen sohasem megragadhatót.<sup>12</sup>

**Italo Calvino: Az egymást keresztező sorsok kastélya**  
Európa, Bp. 2000.

Egy parmai kiadó 1969-ben kötetbe gyűjtve kívánta megjelentetni Bonifacio Bembo pompás kártyalap-miniatúráit, a XV. századi, híres bergamói tarot-kártya képeit. Kísérőszöveg írására Italo Calvinót kérték fel. Nem számoltak azzal, hogy egy nagy író tolla nyomán a képek válnak majd a szöveg kísérőivé. Calvino a tarot-képekből a jelelmélet, a képregény és a keresztrejtvény szabályai szerint egy sokszorosán összefüggő alakzatot formált. Olyan alakzatot, amelyből különféle útvonalak

végigjárásával különféle történetek kerekednek ki. S mivel a kártyalapok - azaz a képi jelek - más és más sorrendbe állítva mindig új jelentést vehetnek fel, a kártyacsomag véges számú lapjában végtelen számú történet rejlik. Jelesül az egész világirodalom, annak minden eddigi és ezutáni alkotása...

Az egymást keresztező sorsok kastélya tehát nem más, mint e képregények megfejtése, az egyetlen kötetbe sűrített világirodalom.

### **Idézetek**

---

<sup>12</sup> Széplaky Gerda ajánlása

A bölcsességnek vannak határai, az ostobaság határtalan.<sup>13</sup>

Biztos hitem, hogy az egyetlen dolog, amitől félnünk kell, az a félelem maga.<sup>14</sup>

A jövő nincs teljesen hatalmunkban, viszont nem áll teljességgel hatalmunkon kívül.<sup>15</sup>

Míg a szerelem mindent pótol, s a szerelmet nem pótolja semmi.<sup>16</sup>

Az unalmas órákat semmi sem űzi el jobban, mint ha az ember a saját magában lejátszódó változásokat figyeli.<sup>17</sup>

Mindegy, hogy melyik oldalon állsz, mindig találsz melletted olyanokat, akiket a másik oldalon szeretnél látni.<sup>18</sup>

Egy ember, aki hatalmat szerez, erősen kísértve érzi magát, hogy visszaéljen vele.<sup>19</sup>

Tisztességesnek lenni a közéletben; úgy látszik, ez annyi, mint örökös ellenzéknek lenni.<sup>20</sup>

A pénz mindig jelen van, de a zsebek cserélődnek; csere után nem ugyanabban a zsebben van és ez minden, ami a pénzről elmondható.<sup>21</sup>

Hogyan lenne a dolgoknak értelme, ha ez az értelem nem az elmúlás lenne?<sup>22</sup>

A gyengéknek egy fegyverük van: azok tévedése, akik erősnek vélik magukat.<sup>23</sup>

*infó III. évfolyam, 5. szám.*

*Lezárva: 2001. május 18-án, Debrecen.*

© Rénes László ®

<sup>13</sup> Janis Rainis

<sup>14</sup> Franklin D. Roosevel

<sup>15</sup> Epikurosz

<sup>16</sup> Sütő András

<sup>17</sup> Joseph Conrad

<sup>18</sup> Jascha Heifetz

<sup>19</sup> A. J. Toynbee

<sup>20</sup> Füst Milán

<sup>21</sup> Gertrude Stein

<sup>22</sup> Paul Claudel

<sup>23</sup> Georges Bidault