

## Tartalom:

Bevezetés
Rövid hírek, információk
Programok
Beszámolók konferenciákról
Cikkek a Régió Hírleveléből
Tanulmányok
Könyvajánlat
Idézetek

## Bevezetés

Szeptember-október hónapok a konferenciák időszaka. Az utóbbi pár hétben nagyon sok konferenciára kaptunk meghívást, ezekből négyet meg is látogattunk. Most, ebben a számban kettőt ismertetünk, s a számunkra legfontosabbat, a LESZ XIV. Országos Találkozóját pedig kiemelten, részletesebben is.

Jelenleg több tanulmányunk, cikkünk is közlésre vár, így ebben a számban, s az év utolsó két számában túlsúlyban lesznek a szakmai tárgyú cikkek. Ez gondolom, nem baj, csak a lap struktúráját egy kicsit felborítja. Így átmenetileg például megválnak a „pszichológiai” rovattól, ami az előző 21 számból egyszer sem maradt ki.

Az Országos Találkozóra azzal készültünk, hogy a Régió első Hírlevelét ekkorra időzítettük. Az *Infó*nban egy-két cikket és egy amerikai tanulmányt közlünk a Hírleveléből, arra gondolva, hogy így több stábtagunkhoz jutnak el (mivel a Régió Hírleveléből minden Szolgálat csak egy-két példányt kap, így valószínű, hogy stábonként kevesebb ügyelő olvassa).

Mindenkinek jó ügyeletet!

Debrecen, 2001. október 19.

Rénes László

## Rövid hírek, információk

- Megjelentettük a *Délkeleti Régió* első Hírlevelét. Szeretnénk, ha minél többen vennék a fáradságot, s cikkekkel, írásokkal gyarapítanátok a Hírlevelünket.

Milyen témában várjuk az írásokat? Tulajdonképpen bármilyen, másokat is érdeklő cikkeket szívesen közlünk. Azért segítségképpen egy-két ötlet:

1. A Szolgálat életével, működésével kapcsolatos témák (pl. képzések, évfordulók, konferenciák, közös élmények beszámolóí, esetleírások stb.);

2. Szakmai jellegű írások (pl. a már említett esetleírások, de lehetne szakanyagok, könyvek, tanulmányok feldolgozása, szakirodalom, telefonos ügyelői tapasztalatok, szervezeti kérdések, úgy mint szupervízió és esetmegbeszélések tanulságai stb.);
3. Kulturális témák (recenziók szakmai könyvekről, szépirodalomról, filmekről, színházi előadásokról, zenékről, de saját verseknek és elbeszéléseknek is örülnénk);
4. Grafikák, rajzok;
5. Humor (anekdoták, humoros írások, karikatúrák stb.)

Jutalmazás! Akitől írást, cikket kapunk, annak ajándékba adunk könyvet (szakmai és szépirodalmi) vagy műsoros kazettát, CD-t (és persze saját példányt kap a Hírlevélből).

Határidők: A második Hírlevelet karácsony előtt kapják meg a Szolgálatok; ennek a lapzártája 2001. november 15-e lenne.

A továbbiakban, ha bírjuk szusszal, akkor negyedévente jelentkezni (február, május, szeptember és december), lapzárta előző hó 15-e.



- Az ENSZ a 2001. évet az *Önkéntesek Nemzetközi Évének* nyilvánította. Az év célja, hogy a csatlakozott országokban növekedjen az önkéntesek és az önkéntes munka társadalmi megbecsülése. Ezen cél megvalósulását szeretnék segíteni azzal, hogy helyi cselekvésre: önkéntes akciók, kiadványok, konferenciák, a szervezet küldetéséből adódó vállalások teljesítésére kérjék a nonprofit szervezeteket.

A hazai civil szervezetek több mint 40%-ának munkáját segítették önkéntesek, az általuk végzett önkéntes munka becsült időtartama meghaladta a 19 millió órát, ami számszerűségében is tiszteletre méltó teljesítmény (KSH, 1998). Ez mindenképpen azt sugallja, hiánypótló és komoly jelentőséggel bír az önkéntes munka nemcsak a szektoron belül, hanem társadalmi szinten is.

Az önkéntesek aránya legnagyobb a szociális ellátások körében. Az önkéntes munkaórák 20%-át a szociális ellátásban dolgozták le (KSH, 1998). Talán az emberekben lévő szolidaritást leginkább a szociális- és egészségügyi problémákkal való szembesülés indítja meg. Az egészségügy "túlspecializált", így nem is igényel oly sok területen önkénteseket, mint a szociális szféra. Ez természetesen abból a megközelítésből igaz, hogy feltételezzük az önkéntes munkaerőről, a karitatív munkája során nem feltétlenül a szakképzettségéhez megfelelő munkakört lát el, így mint laikus az egészségügyben kevésbé foglalkoztatható. A másik érvelés pedig az lehetne, hogy a szociális terület és az egészségügy határmezsgyéjén lévő ellátandó feladatokat szinte mindig a szociális szféra vállalja fel (pl. gondolhatunk itt különböző ápolási és lelki gondozói tevékenységekre, mentálhigiénés szervezetekre stb.).

Az *Önkéntesek Nemzetközi Éve* magyarországi programjai közül a legnagyobb szabású esemény az *Önkéntesek Hete* (2001. október 8-14.) és a hozzá kapcsolódó Önkéntesek Ünnepe. A hét célja, hogy felmutassa azokat az emberi, társadalmi, gazdasági erőforrásokat, melyek az önkéntes szervezetekben és az önkéntesek munkájában rejlenek. Ez a cél a helyi közösségek javát szolgáló, nyilvános önkéntes akciók útján valósul meg. Az ország minden pontján akciókat megvalósító civil szervezetek és az azokban részt vevő önkéntesek adnak egymásnak találkozót Budapesten. Az Önkéntesek Hétéhez országos sajtókampány kapcsolódik, amiből megtudhatjuk többek között az összes akció és program helyét és időpontját.

Debreceni program: 2001. október 11-én, 10 órától az Észak-alföldi Regionális Ifjúsági Iroda nagytermében „*Önkéntesség és a professzionális segítség kapcsolata*” címen konferenciát szervezett a Forrás Egyesület. Az előadók között szerepel: Berényi András, Varga Sándor és Rénes László is.



- Szekszárdon, a Városi Mentálhigiénés Egyesület minden évben megtartja a „*Pszichológiai Kultúra Hete*” nevű rendezvénysorozatát, ami a Nemzetközi Mentálhigiénés Naphoz kapcsolódik. Ebben az évben kiemelt szerepet kapott a pszichodráma témaköre, de lesz beszélgetés a gyermekrajzok üzenetéről és a drogozás tabuiról, ill. Vekerdy Tamás is tart előadást.



- *Dialógus a civil Magyarországért* címmel országos konferenciasorozat regionális rendezvénye lesz 2001. október 18-19-én Nyíregyházán (Park Szálló). A konferencia előadásain a kormányzat és a civil szektor együttműködéséről, az önkormányzatok és a civil szervezetek kapcsolatáról, ill. a régióban ismert problémák kezelhetőségéről, megoldási lehetőségeiről lesz szó. Az előadások után és másnap szekciókban lesz lehetőség foglalkozni az önkéntességgel, az önkéntes munka szerepével, a nonprofit menedzsment, a jogi és gazdálkodási kérdésekkel, az önkormányzatok és a civil szervezetek közötti kapcsolatépítéssel, a köztisztviselők új képzési rendszerével, amibe már a nonprofit ismereteket is beépítik.

## Programok

2001. október 12.	<b>péntek</b>	<b>15<sup>30</sup> - 18<sup>30</sup></b>	
szupervízió			
		14 - 15 <sup>30</sup>	egyéni szupervízió
2001. október 29.	<b>hétfő</b>	<b>18 - 21</b>	esetkonzultáció és
megbeszélés			

2001. november 9.	<b>péntek</b>	<b>15<sup>30</sup> - 18<sup>30</sup></b>	
szupervízió			
		14 - 15 <sup>30</sup> és 18 <sup>30</sup> - 19 <sup>30</sup>	egyéni szupervízió
2001. november 19.	<b>hétfő</b>	<b>18 - 21</b>	esetkonzultáció és megbeszélés

### Figyelem!

Ebben az évben is szeretnénk egy filmet közösen megnézni és utána beszélgetni. Erre legalkalmasabb a november hónap egyik hétfő estéje lenne. Az októberi esetkonzultáción közösen tűzzük ki az időpontot!

## Beszámolók konferenciákról

### *Drogmentes Debrecenért*

A „Drogmentes Debrecenért” c. konferenciát 2001. szeptember 21-én a Debreceni Egyetem Jog- és Államtudományi Intézete szervezte. A konferencián

sok érdekes és aktuális kérdéstről volt szó. Ezeket a hasábkon csak vázlatosan, a leginformatívabb elhangzottakból idézek fel.

*Motó: „... A kábítószer legyőzéséhez az az első lépés, hogy többet tudjunk meg róla, mert csak így segíthetünk másoknak is erősebbnek lenni...”*

Dr. Münnich Ákos tanszékvezető ismertette a Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék kutatási eredményét, ami egy olyan kérdőíves felmérésen alapult, amit a 2000/2001-es tanévben debreceni középfokú oktatási intézményekben, ill. büntetés-végrehajtási intézetben végeztek 14-18 éves fiatalok között. Hétszáz fiatalot kérdeztek meg a drogokkal kapcsolatos informáltságukról, attitűdjeikről és szokásaikról. Eredményük szerint

21,6%-uk már kipróbált valamilyen kábítószerrel, a 17-18 évesek között viszont már 30%-ban voltak a drogot kipróbálók. A „miért”-re 18%-uk családi problémát neveztek meg, s majdnem fele rábeszélésre hivatkozott.

*Kurdics Mihály* Ny. rendőr alezredes elmondta, hogy a szülők felelőssége jóval nagyobb, mint azt gondolnánk. Úgy érzi, hogy ez a rendőrségi kihallgatásokon jobban lecsapódik, mint a segítő szférában. A fiatalok mentális segítése talán mindig akkor „indul be”, amikor már baj van. A prevenció nem itt kezdődik, s nem az őrsozban. A szülők addig, amíg nem tudnak a gyerekeik drogozásáról, nem foglalkoznak a témával, elhárítják a problémát. Pedig ma már a veszélyeztetett korosztály 12-24 év között van. A veszélyeztetettség pár év alatt toledott ki ennyire a gyerekek felé, tehát el kell gondolkodnunk azon, hol is kezdjük, milyen idős korban kezdjük a prevenciót. Itt viszont belép az iskola felelőssége is. Sajnos az iskolák éppúgy elhárítják ezt, mint a szülők („A mi iskolánkba rendes szülők, rendes gyerekei járnak”). Ez a „struccpolitika” nem használ, a megelőzés felé tett erőfeszítéseket csak hátráltatja. Nem kell szociológusnak lenni ahhoz, hogy lássuk, a társadalom semmilyen szegletén nem lehetünk védettek. Senki nem akar narkós lenni. Senki nem akar leépülten, minden családi és baráti kapcsolatot felégetve, éhezve, éjszakákon és nappalokon keresztül hajszoltan a narkóért kóborogni. Sokáig minden narkós azzal álltatja magát, hogy időben le fog állni. De ebben már nem tud neki senki sem segíteni a környezetében. A segítő szférának sem könnyű, olykor már lehetetlen is beavatkozni. Ezért elsődleges a figyelem egymásra, a felelősségvállalás gyermekeinkért, tanulóinkért. Mindehhez még alapvető tudás is szükséges, mert időben beavatkozni csak az tud, aki észleli a drog jelenlétét. Újabban a pótszerek is nagyon veszélyesek (hígító, ragasztó, habszifonpatron stb.). A szegényebb rétegeknél és a legfiatalabb korosztályoknál egyre gyakoribb a pótszerek használata. A pedagógusok és a szülők tájékoztatása, felvilágosítása tehát éppúgy fontos, mint a fiataloké.

*Takács Péter*, a Humányszolgáltató Oktatási Központ igazgatója diagramjai szerint a drog-prevenciót főképpen az iskolában lehet elkezdni (60-80%), kevésbé hatékony a nyilvános szórakozóhely, a drog-megelőzési központ, az egészségügyi intézmény pedig legfeljebb 5%-ban tud szerepet vállalni a sikeres prevencióban.

Az iskolai drogstratégia azoknak a célirányos és konkrét pedagógiai feladatoknak a tervezési, szervezési, megvalósítási folyamatát jelenti, amely az iskolai drog-prevenció programban konceptualizálódik. Az egészségre nevelés komplex projekt, beletartozik a táplálkozás, a mozgás, a szexuálhigiéne, a dohányzás, az alkohol és a drog kérdése is. Ezeknek a témáknak az oktatásba-nevelésbe való bevezetése korosztály-specifikus.

Hogyan lehet elkezdni a munkát az iskolákban? Elsődleges az informálódás, segítséget kérni a prevenció programhoz, ismeretszint-felméréseket, attitűd-vizsgálatokat végezni, veszélyeztetettek felmérése, célvizsgálata, motivációk kialakítása, témaorientált órák és szülői értekezletek bevezetése stb. Fontos bevonnani azokat az egészségügyi szakembereket, akik a fiatalokkal kapcsolatban vannak (iskolaorvos, iskolapszichológus, háziorvos, védőnők stb.). Segítségre lehet számítani a tágabb környezetből is (pl. helyi kórház addiktológiai osztálya, gyermekjóléti szolgálat, nevelési tanácsadók, egyházak, civil szervezetek, kortárs segítőszervezetek stb.).

Az előadó a végrehajtásra is adott tippet a pedagógusoknak (pl. klubok, filmvetítések, vitakörök, kiscsoportos beszélgetések, sportprogramok, tematikus előadások, túrák, kirándulások, anti-drog diszkók szervezését emelném ki).

*Rénes László*



## *A LESZ XIV. Országos Találkozója Kiskunhalason, 2001. szeptember 28-30.*

### ***Szakmai előadások ismertetése***

#### **Buda Béla dr.: Az öngyilkosság és a média**

Az utóbbi évtizedekben mind nagyobb figyelem fordult az öngyilkosság és a kultúra kapcsolata felé. A kultúra a közbeszéd folyamataiban és mögöttes (érték-, attitűd-, hiedelem- stb.) struktúráiban ragadható meg, és ezt sokan, köztük nálunk is néhányan, a diszkurzív elemzés módszertanával

próbálták feltárni. A kutatás e téren nehezen hoz egyértelmű eredményeket, de az eddigi adatok alapján valószínűnek látszik, hogy a magyar kultúra sajátosan viszonyul az öngyilkossághoz, mint ultima rációhoz a megküzdés és a problémamegoldás, az egzisztenciális döntések terén.

A magyar társadalomra jellemző az öngyilkosság heroizálása és sajátos intézményesítése. Ez tükröződik az irodalomban, drámában, filmben. Az elfogadó attitűdök erősebbek a közbeszédben azokon a területeken, ahol nagyon magas az öngyilkosság. Van, ahol szinte hőssé alakulnak, heroikus aktussá válik az öngyilkosság (pl. tiltakozásként elkövetett vagy altruista szuicidiumnál). Sajátos érték-konfúzió jelenik meg. Szuggesztív hatások is léteznek (pl. helyszínek, eszközök, élethelyzetek, életkorok stb.).

Az öngyilkosság, mint köz hír a modern sajtó kezdetének idején, a századfordulón jelenik meg. Az utóbbi években a média a közbeszéd különleges színtere lett, amely már nem csupán kifejezi a közbeszéd áramlatait és változásait, hanem jelentősen formálja is azokat. Önálló kutatási ágazat lett a média öngyilkosság generáló hatása, ezt az imitációs effektuson át gyakran közvetlenül kimutatható módon teszi. Ennek az effektusnak tompítására több országban történtek kísérletek, és szuicidológusok számos országban irányelvet is dolgoztak ki a média ilyen irányú befolyásolására.

Az öngyilkosságnak, mint hírnek sajátos konnotációi vannak a sajtóban:

- szenzáció (különösen ismert ember, ismert esemény, pl. bűntény, sajátos módszer, extendált vagy „járványos” formák esetén),
- „érthető” okok,
- pozitív értékelés,
- humoros felhangok (meghiúsult esetekben),
- felszínes moralizálás,
- külső okok, okozók keresése,
- betegségre, pillanatnyi elmezavarra, elborult elmére hivatkozás,
- temetés, részvét, búcsúlevél interpretálása.

Léteznek látens médiahatások, amelyek közbeszédformálóak (pl. a leegyszerűsítő ok-attribúció, a közvetítő elzárkózás, az érzelemmentesítés, az empátia nélküli értelmezés, a mögöttes emberi, illetve sorsproblémák felszínes kezelése, a gyász elhalványítása stb).

Nálunk a médiahatások a hétköznapi kultúra szuicidiummal kapcsolatos diszkurzusainak talaján hatnak sajátosan erősítő módon, és ezért nálunk a megelőzés szempontjából nem elég korlátozó javaslatokkal élni a média felé.

A média-közbeszéd nálunk nem rosszabb, mint más országokban, csak azért érzékelhetjük negatívan a média által közvetített közbeszédet, mert maga a közbeszéd is jobban „fertőzött”. Újfajta közbeszédnek kellene kialakulnia. Ennek fontos eszköze, forrása lehet a (telefonos és személyes) lelki segítő szolgálatok működése, az egyházak és vallási közösségek újfajta viszonyulása, illetve az idős kor új típusú hétköznapi kultúrájának kialakulása. Mindebben a média pozitív módon segíthet. Vagyis a médiának - számos hibalehetőségét felismerve - nem elfordulnia kellene a témától, hanem éppen fokozottan foglalkoznia vele, a társadalom újfajta öneszmélésének jegyében.

## Fekete Sándor dr.: Önpusztítás és média

A szuicidium szociokulturális transzmissziójában a média, mint közvetítő mechanizmus jelentős szerepet játszhat. Az írott és elektronikus médiumok, a sajtó, televízió öngyilkosságra vonatkozó tartalmi, mint szuicid modellek, azonulásos mechanizmusokon keresztül lehetnek hatással az öngyilkossági cselekményekre, öndestruktív "megoldást" elősegítő, de protektív szerepük is lehet. Ez a szerep szuicid epidémiák esetében is világosan igazolható. Az öngyilkosság megelőzésében (a WHO

által is kiemelt három prevenció terület egyikeként) a média szerepe alig becsülhető túl. A megjelenítés során nemcsak befolyásolja, de tükrözi is a szuicidiummal kapcsolatos kulturális ítéleteket és attitűdöket, s ezzel a média maga is hozzájárul a társadalom szuicidiummal kapcsolatos magatartásformáinak alakulásához. Különböző országokban, régiókban a világképek, és attitűdök eltérései (a megküzdés, vagy éppen a feladás, kilépés mintáival) megjelennek és elemezhetők a tömegkommunikációban. Ebből az adott időszakban a kultúra és önpusztítás viszonyára, a szuicidium potenciális modellhatásaira, vagy védő szerepére vonatkozó releváns következtetések vonhatók le, melyek segítik a megértését és a prevenciót.

A fiatalok kultúrájában a heavy-metal szubkultúrát szokták összekapcsolni a halálimádással, az öngyilkossági motívumokkal. Az együttesek neve, a lemez- és számok címei is sokszor kapcsolódnak a halálhoz, a szuicidiumhoz. A társadalom oly mértékű elvetése jelenik meg némely dalszövegben, ami elviselhetetlennek sugallja a világot, a társadalmi „rendet”, rendszereket, aminél még az önkezü halál is jobb. A zene és a szöveg hihetetlen erővel hatnak együtt. Azt is látjuk, hogy ezek a zenekarok főként tinédzserekre - közülük is leginkább a 12-16 éves korosztályra - hatnak legjobban. Az USA-ban több per is ismert, ahol a dalszövegírók, zenekarok, lemeztársaságok lettek perbe fogva (Ozzy Osborne, Judas Priest, CBS stb.).

1981-ben és 1991-ben viszonylag standard körülmények között (3-3 országos napilapban megjelent cikkek összehasonlításáról, tartalomlemezéről van szó) hét országban végeztek kutatást: Magyarország, Ausztria, Nyugat-Németország, Kelet-Németország, Finnország, USA és Japán. 2001-ben újból elvégzik ezt a kutatást.

A hét országban végzett összehasonlító kutatás alapján elmondható, az öngyilkossági arányszámokban észlelhető (gyakran többszörös) különbségek szociokulturális tényezők hatása alatt (is) állnak, így az összehasonlító vizsgálatok segítettek az adott kultúra "suzuicidogén" vagy éppen ellenkezőleg, "suzuicid-protektív" jellemzőinek felderítésében. A társadalomelemzés a magyar mintában az elfogadó, azonosulást elősegítő tényezőknek és a szuicidiummal szemben egy sajátos ambivalens viszonyulásnak sajátos együttesét találta, amely az összehasonlított többi kultúra meglehetősen koherens beállítódású mintáival szemben sokkal heterogénebb és ellentmondásosabb, s egyben bizonytalanabb volt.

A diskuszió tárgya a szuicidprevenció programokban a médiaközlések befolyásolhatósága (ún. guidelines) az attitűdök, jelentések különböző szintjeinek változása/változtathatósága.

## Beöthy-Molnár András dr.: A média által közvetített tartalmak

A kultúra hatással van az öngyilkosság jelenségére minden társadalomban. A modern nyugati társadalmakban - így hazánkban is - a tömegkultúra fő közvetítői a televíziók, kisebb mértékben a rádiók és a nyomtatott sajtó, s ezek mellett egyre növekvő mértékben az internet. Az előadás a közvetített tartalmakat elemzi abból a szempontból, hogy mennyiben járulnak hozzá az öngyilkosság jelenségéhez, akár utánpótlás révén, akár látens módon az értékrend, a világkép és a gondolkodás módosítása, befolyásolása által. Az előadás ismerteti a magyar lakosság reprezentatív felmérésére alapozva a szuicid ideáció és kísérletek háttértényezőit, és elemzi ezen rizikótényezőknek és médiabeli tartalmaknak kapcsolatát.

A szuicid ideáció néhány háttértényezője a magyar lakosságban (1995-ben), fontossági sorrendben:

- evés, ivás, dohányzás nehéz élethelyzetekben,
- droghasználat nehéz élethelyzetekben,
- depresszív szimptomatológia,
- öngyilkosság előfordult a családban,
- hosztilitás a családban,

- társas támasz hiánya,
- életcélok hiánya,
- bizalmatlanság másokban,
- ellenséges beállítódás.

Megállapított különbségek a szuicidumra hajlamos és az egészséges emberek gondolkodásában:

- attribúciós stílus a történések értelmezésében;
- belső, stabil, globális okok a negatív események háttérében;
- külső, instabil, egyedi faktorok a pozitív események háttérében;
- probléma megoldási módszerek deficitje:
  - az aktív megoldási módok hiánya,
  - több problémát, kevesebb megoldást észlelnek,
  - kitartanak a hatástalan megoldási mód mellett (rigiditás),
  - kevésbé képesek alternatívákat generálni,
  - „igen, de...” típusú elutasítása a lehetséges pozitív következményeknek;
- reménytelenség, a jövő negatív elképzelése (pontosabb előrejelzője a szuicid gondolkodásnak, mint a depresszió!);
- negatív önkép, alacsony önbecsülés;
- kognitív torzítások:
  - szelektív absztrakció,
  - túláltalánosítás,
  - dichotóm gondolkodásmód;
- diszfunkcionális attitűdök:
  - perfekcionizmus,
  - érzékenység a kritikára, mások véleményére,
  - fontos megfelelni másoknak,
  - mások elvárásainak az elfogadása.

Az általánosan ismert öngyilkossági rizikótényezők mellett felvetődnek a háttérben további - értékrendi, coping, gondolkodási - jellemzők, attitűdök, melyeknek szintén szerepe lehet a szuicid gondolatok kialakulásában, és így az önpusztítási kísérlet létrejövetelében is. Ezeknek a média-tartalmaknak az előfordulási, megjelenési gyakorisága lényegesen eltérő az egyes médiákban. Az agresszív tartalmú hírek által festett lehangoló világkép inkább jellemzi a kereskedelmi televíziók híradóit, ami hozzájárulhat a nézők közérzetének romlásához, hangulatuk nyomottabbá válásához. Hasonlóképpen a nézőnek - részben ezzel a torzítottan veszélyesnek bemutatott világgal is kapcsolatos - stressz szint emelkedése is hozzájárulhat ahhoz, hogy az adott megküzdési kapacitással (coping repertoárral) élő személy terhelése átlépje személyes tűrőképességének (vulnerabilitásának) határát. Aki tévét néz, az reklámot is lát. A reklám a tökéletességet hirdeti, a valóság ellenben nem felel meg ennek a képnek. A reklám világa ellentétben van a néző valóságos világával.

Az emberi boldogságkeresés hedonista és eudaimonista különbségei lényegesek.

<b>Hedonizmus</b>	<b>Eudaimonizmus</b>
az élvezetek rabja	igazi önmagává szeretne válni
élvhajhász	mértékletes
a perc embere, jelenidő	a távlatok embere, múlt-jövő összefüggései
frusztrációs toleranciája alacsony	tűrőképessége jó
sokat tévézik, ide-oda kapcsolgatja	sokat olvas könyvet
drogot, alkoholt fogyaszt	elképzel, van fantáziája
azonnal mindent (gyerekes)	türelmes (felnőtt)
narcisztikus	kapcsolatokban él
haszonelvű (utilitarista erkölcsű)	célmegvalósító, eredmény szerinti, teleológikus erkölcs

pénz dominancia	művészi, személyes örömök dominanciája
materialista, korlátaival nem számol	realista: mindannyian korlátosak vagyunk.

Az elektronikus média - részben akaratlan - hatása is hozzájárul a hedonizmus hangsúlyosabbá válásához korunkban, akár pusztán azáltal, hogy megváltoztatta például az egyén időélményét. A telefonos és más segítő szolgálatok a média produktumainak előállítóival, a szerkesztőkkel, riporterekkel stb. együttműködve fontos szuicidiumokat megelőző aktivitást fejthetnek ki, ami a WHO ajánlásokban is szerepel. Ugyanakkor fontos felismerni, hogy a világhálón szándékosan szuicidiumra felhívó anyagok is találhatóak, amelyek megfogalmazása pszichológiai jártasságot tükröz, és éppen ezért kifejezetten veszélyes. A média-tartalmak alapos elemzése alapozhat meg hatékony megelőzést. A halál kultuszával szemben az élet kultúráját terjeszteni - személyesen és lehetőségeinket kiaknázva a médiában is - mindannyiunknak erkölcsi feladata a korlátosság és emberi létünk szenvedésének vállalásával együtt.

## Kelemen Emese - Kalmár Sándor dr.: Szuicid prevenció program Kiskunhalason

Az öngyilkosság fájdalmas és ésszerűtlen jelensége az emberi természetnek. Az okai és az ellene folytatott küzdelmek sokrétűek és mindezidáig kevés eredménnyel jártak. Kiskunhalason és környékén különösen magas az öngyilkossági halálozás. Mindig is az országos átlag fölött volt itt az öngyilkossági mortalitás (1987-ben 78/100e. volt, jelenleg 68,3/100e., miközben az országos átlag tavaly 32/100e. volt).

Ez vezette a helyi szakembereket arra, hogy a pszichiátriai betegségek okozta öngyilkosságok számának csökkentésére egy olyan programot készítsenek, amelyet prof. dr. Rihmer Zoltán vezetésével, az Amerikai Öngyilkosság Elleni Alapítvány és az Open Society Institute támogatásával 2000 őszén elkezdjenek. A programot arra építették, hogy bár az öngyilkosságot elkövetők jelentős része pszichiátriai megbetegedésben szenved, de ez a betegségük sem felismerésre, sem kezelésre nem kerül. Ezért megkezdték a házi orvosok és körzeti ápolónők felkészítését a depressziók felismerésére és kezelésére. Tekintettel arra, hogy az öngyilkosságok nemcsak pszichiátriai okok miatt következhetnek be, a programot kiegészítették szociológiai és pszichológiai vizsgálatokkal, valamint az idős betegek részére biztosítandó nappali szociális ellátó hálózat kifejlesztésével is, együttműködve az Egészségügyi Szakközépiskola vezetésével, a karitatív szervezetekkel és a társadalom egyéb rétegeivel is. A fő célkitűzések között van az időben történő felderítés, a holisztikus szemlélet megteremtése, az elérhetőség javítása, a szakszerűség, az odafigyelés, a pozitív attitűdök erősítése.

A program befejezésével feltételezik, hogy javul a depressziós betegek ellátása, csökken az öngyilkosságok száma, különösen a női öngyilkosságoké, javul a pszichiátriai szakellátás és az alapellátás közti kommunikáció.

## Cikkek a Régió Hírleveléből

### AZ ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZÉS AKTIVISTÁJA ELVESZÍTI MÁSODIK FIÁT

Fiának, Shakanak 1990-ben bekövetkezett halála után, Les Franklin továbbra is az öngyilkossági prevenciónak szentelte életét,

azonban Jamon Franklin nemrég történt öngyilkossága keserűvé tette.



A férfi, aki első fia öngyilkossága után szervezetet alakított, az újabb tragédiával szembesülve is harcol. A tinédzser korú fia öngyilkossága miatt érzett bánata arra indította, hogy megalapítson egy öngyilkosság-prevenció szervezetet, hogy másokon segítve a családoknak ne kelljen hasonló tragédiát elszenvedniük. Azonban tíz évvel Shaka öngyilkossága után Franklin önmaga számára is megmagyarázhatatlanul hasonló rémséget élt át: a múlt hónapban második fia, Jamon is öngyilkosságot követett el.

A 31 éves Jamont a Shaka Franklin emlékére a fiatalokért létrehozott alapítvány központjaként is szolgáló családi ház négyautós garázsában egy kék, felújított Cadillac-ban halva találták, halálát szénmonoxid mérgezés okozta. Bánatával küzdve Franklin most kilép ebből a szervezetből. –“Haragszom magamra, bár tudom, hogy ha mindent tökéletesen csináltam volna, ez akkor is megtörténhetett volna” – mondta.

Feltehető, hogy az öngyilkosság kockázata 12-szer magasabb azoknál, akiknek közvetlen családtagjai öngyilkosságot kíséreltek meg, azonban ritkán lehet egy családon belül több öngyilkosságot találni. – mondta Dr. David Brent, a Pittsburgh-i Orvostudományi Egyetem Gyermekpszichiátriai Osztályának vezetője.

1997-ben a statisztikák szerint 100 ezer ember közül 11 követett el öngyilkosságot.

Az Észak-Colorádói egyetem végzett Les Franklin 25 éven át volt a légierőknél főhadnagy. Munkatovábbképző Hivatalban vezetőként is dolgozott a kongresszusba való jelöléséig, amikor is 1995-ben lemondott.

1990-ben Les Franklin családi házukba hazatérve 16 éves fiát Shakat a családi ház alsó hálósobájában öngyilkosság következtében halva találta. A fiú öngyilkosságához édesanyja egészségi állapotának romlása, valamint az a sérelem vezetett, hogy a főiskolán a futbalszezon befejeződött. Egy évvel később az édesanyja rákban meghalt, újra házasodó apjánál pedig szívroham alakult ki.

Jamon tehát elvesztette fiútestvérét és anyját is. Ezt felismerve, az apa felajánlotta neki a segítségét, Jamon azonban elhárította ezt és

biztosította az apát, hogy nem követ el Shaka-hoz hasonlóan öngyilkosságot.

Ezen a nyáron Jamon minden erejét latba vetve diplomát szerzett. Részesé lett annak a programnak, aminek kapcsán akárcsak Shaka, a városközponti gyermekek korcsolya és hoki tanításáról gondoskodott. A barátok és a rokonok azt hitték, hogy Jamonra vigyáznak. – “Csendes típus volt, ezért olyan rejtélyes az egész” – mondta az egyik unokahúg. Az egyik legközelebbi barátja szerint Jamon biztos volt abban, hogy mindenki rendes. Soha semmi jelét nem mutatta annak, hogy azokról a borzasztó dolgokról, amik megtörténtek vele, beszélnie kellene. Csodálkoztunk volna, ha ennek a fiúnak az életben olyan titka lett volna, amit közölünk senki nem ismert.

Les Franklin és a felesége, M. Franklin tudtak a fiú küzdelméről. Egy hónappal a halála előtt öngyilkossággal fenyegetőzött, sikítva forgatott egy nagy kést, azért mert az apja összeszidta a szobájában hagyott szennyes fehérneműk miatt. – “Halálra rémültem – mondta az apa. Attól tartottam, hogy ő is megteszi azt, amit a bátyja. Engedékenyebbnek kellett volna vele lennem.”

Amikor augusztus közepén Franklinék visszatértek tengerentúli nászútjukról, M. Franklin fedezte fel Jamon holttestét. Nem találtak búcsúlevelet, feljegyzést.

Les Franklin lelkiileg összeomlott. “Olyan állapotban vagyok, hogy nem akarok vele kapcsolatban semmilyen jó vagy kellemes dologra emlékezni. Megígérte, hogy nem tesz olyat, amelyet Shaka. Nem tartotta meg a szavát!”

Az öngyilkossági áldozatok hozzátartozóira jellemző Franklin reakciója – mondta az egyik szakember. “Sok ember van, aki szabad folyást kell, hogy engedjen érzéseinek, sajnálatos módon néha még haragjának is – mondta D. E., aki fia elvesztése után szintén öngyilkossági programba kezdett.

“Íme egy férfi, aki iszonyú veszteséget szenvedett – mondta R.G., - teljesen sokkos állapotban van, idő kell, hogy feldolgozza ezt.” Férfjéhez hasonlóan M. Franklin is azt választotta, hogy folytatja az alapítványban való közreműködést.

## **Kommentár:**

## AZ ÚJSÁGCIKK, MEGJELENÉSI HELYÉRE, AMELYET KIVÁGVA, LEVÉLBEN KAPTAM, JÓL KÖVETKEZTETHETÜNK

A fordítás igyekezett hűségre törekedni.  
Van-e üzenete a számunkra?

- 1./ Sokan azért leszünk segítők, mert egykor nagyon megsérültünk. Önmagában ez nem baj.
- 2./ Segítői minőségben sem leszünk esetleg megkímélve a sorstól! Véletlenek vannak!
- 3./ A segítői minőségünk nem jár azzal, hogy a megszerzett segítői tudásunkat képesek vagyunk használni önmagunk védelmezése vagy rendbehozatalára.
- 4./ A segítői munka vállalásakor alaposan konzultáljunk szakemberrel!
- 5./ A segítői munkára jelentkezőkkel, ha lelki sérülésekre derül fény, alaposan kell foglalkoznunk.
- 6./ A médiában megjelenő cikkek nem mindig ártnak. A hasznukra kell ezeket fordítani!
- 7./ Szükséges egymásra figyelni, de az együttérző magatartás mellett gondoskodnunk kell, hogy társunk szakemberhez jusson!
- 8./ A "kiegési szindróma" elemei olykor finoman jelzik, hogy most ne tovább, meg kell állni egy időre erőink rendeződéséig, rendezéséig.
- 9./ Milyen jó lenne, ha nálunk is 11 százalékos lenne az öngyilkossági halálozás! Persze, ennyi is sok. Ugye?

Debrecen, 2001. szeptember 19.

DR. KÁLMÁNCHEY ALBERT



### Egy újságcikk kapcsán...

Hír: a Népszabadság 2001. szeptember 11-ei számában cikk jelent meg a Lelkiségegy Telefonszolgálatok munkájáról. Mindig örülök, ha a munkánkról írnak, tájékoztatják a (kül)világot. Azonban most nemigen tudtam örülni, egy kissé elszomorodtam. Szomorított, hogy a telefonos munka célja ebben a cikkben nem fogalmazódott meg, illetve, hogy az iromány egy pszichopátának nevezett krónikus Hívó már-már misztikus "hívói létét" (attitűdjeit, megnyilvánulásait stb.) tárja az olvasó elé. Kedvemet szegte az is, hogy rögtön felismertem a Hívót a cikk hasábjairól, s ismerős volt számomra a szóban forgó stáb leírt "válságos" helyzete is.

De hol is kezdjem? Talán a Hívónál.

1995 és 1998 között a mi szolgálatunkat sem kímélte ez a fiatalember. Az első évben még puhatolózott, aztán jött két intenzív év, majd az utolsó évben "kiegett". Az intenzitás azt jelenti, hogy egy-egy hónapban képes volt akár hússzor is telefonálni, de összesen évi 100-120 hívásnál többet

nem produkált. Még így is Ő volt egy ideig a legtöbbet telefonáló krónikus. Azt írtam, hogy eleinte puhatolózott, ami azt jelentette, hogy rögtön nem vetette be fegyvereit, egy unatkozó gigoló képében tetszelgett, akinek már annyira jól megy, hogy kínjában nem tudja, mivel szórakoztassa magát. Aztán később egyre inkább jött a kioktatás, lehengerlés, "vidéki prolizás" stb. És jöttek a különböző, fondorlatos blöffök, trükkök, amikkel úgy tűnik, minden szolgálatot képes megriasztani. Az első aggasztó jelek az esetmegbeszélő stábokon két különböző frontról szóltak: az egyik oldal egy agresszív, megalázó stílusú Hívót festett le, a másik tábor viszont inkább rámenős, ha nem is behízelgő, de mindenképp imponálni akaró, olykor kellemes stílusban társalgó személyt ismert meg. Még alig volt múltja nálunk, de már majd' az összes ügyelő beszélt vele. Így mindenkinek volt tapasztalata a Hívóról. Az első taktika sikerült: jó alaposan megmutatta magát több oldaláról is, de mégsem tudtunk róla semmi személyes dolgot, s némileg elbizonytalanította a stábot a különböző hangneme.

Ez utóbbi, mint később kiderült, nem volt tudatos, egyszerűen csak a fiatal hölgyek és az általa nagyon nem szeretett középkorú hölgyek között tett különbséget. Akkoriban a stáb egy jelentős részét pszichológus hallgatók adták. A fiatal egyetemista lányokkal szemben a Hívónk sokáig gentleman volt. A stáb megbeszélte, hogy az egyre többet hívó "okoskodó budapesti" hívásait magnóra vesszük, ezzel is minél több információnk legyen róla. A következő hónapokban megpróbáltunk egy "kezelési tervet" kialakítani, ami végül nem sikerült. Történt ugyanis, hogy a mi stábunkban is felkapott a hír, a Hívónk egy sor információ birtokában van, amit csak közölünk valaki árulhatott el neki. Ezután a havi két stábból legalább egynek a fele erről a Hívóról szólt hónapokig. Szupervizorunk egyik alkalommal alapos munkát végzett, ami feloldotta a stábban lévő feszültséget és gyanakvást. Mindenki őszintén elmondta, hogy eddig milyen formában és mit beszélt a Hívóval, s szinte minden beszélgetésünket felvettük magnóra. A szupervízió és a magnófelvételek sok rejtélyre adtak magyarázatot (ha nem is minden kiszivárgott információra, de nem bűnösöket, eszközöket kerestünk a stábban, nem ez volt a cél, hanem a Hívó stábra gyakorolt kellemetlen hatását akartuk megszüntetni). Én magam több órányi felvételt hallgattam végig, s ezek alapján tisztán körvonalazódott egy "puha" zsarolás metodikája, amit ügyesen és rutinosan tudott használni a Hívó. A zsarolás célpontjai természetesen a fiatal lányok voltak, akik tudták, hogy milyen szélsőséges a Hívó, ezért legtöbbször szinte a kegyébe jártak, nehogy velük is durva legyen. A szorgalmukért "jutalomcsont" járt, s csak nekik mondott el magáról valami személyeset, de a bizalomért viszont bizalom jár, s el is várt cserébe valami diszkrét információt. Olykor nem nagy dolgokat, de a Hívó is tudott hálás lenni, akár apró elszólásokért is. Sokszor hangoztatta, hogy nyílt lapokkal játszik, elmondta, kitől mit tudott már meg, igazán nem is titok az, amin most az ügyelők ül és kotlik, csak nevetségessé teszi magát. Aztán ha így nem ment, akkor volt más módszere is. Erről viszont nem volt kazetta, csak elmondásból ismerem, gondolom nem véletlenül: a Hívónk a megszerzett információival szembesítette az ügyelőt, majd kérte őt, mérlegelje, mit szólna a stáb, ha Ő mindenkinek elmondaná, mindezt pont tőle tudja... Cserébe nem sokat kér, csak egy újabb információt. Aztán még egyet és még egyet. Az ügyelő meg nem meri vállalni társai előtt a gyengeségét, így újból és újból kiszolgáltatottan engedelmeskedik a Hívó kérésének. Addig amíg valahogy ki nem lép ebből az ördögi körből.

Íme tehát a misztikus Hívó, aki mindenről tud, aki kezében tart stábokat (ha hagyják magukat), aki

képes szolgálatokkal elfelejtetni, hogy nem éppen az ilyen hívásokra találták ki a munkájukat, - nos, egy kisstílusú szélhámos, aki viszont ügyesen és rafináltan használja ki a jóhiszeműséget, a tapasztalatlanságot (mint azok a szélhámos nyereményvadászok, akik a kaszinókat elkerülik, mert ott hamar átlátnak rajtuk, viszont a tapasztalatlant lelkiismeret nélkül megkopsztyják). És ha már itt tartunk, akkor egy kártyás jut eszembe, aki azt mondta, hogy a blöffölést csak az ismeri fel biztosan, aki szintén tud blöffölni, akkor viszont nagy játszma alakulhat ki. Az igazi "tehetség" beavatlanokkal nem is foglalkozik, olcsó győzelem. Mindez persze a kártyázókra érvényes.

Szomorú vagyok, hogy ez a Hívó még mindig játssza az olcsó játszmáit, s vannak stábok, ahol a tagok között feszültséget tud szítani. Direkt nem használom a cikkben írt elnevezését a Hívónak, de biztos, hogy beteg, hiszen egészséges ember nem ilyen módszerekkel keres magának sikerélményt, még akkor sem, ha a destruktivitás jellemzi.

Szomorú vagyok, mert valahogy mindenütt az az érdekes, ami nem természetes, meg kell a misztikus, a lila gőz, ködevés stb. Miért nem tudunk arra felfigyelni, hogy mennyi kreatív, konstruktív, együttműködő ember teszi a dolgát. Ugye, a stábok is főképp ilyen egyedekből állnak, akik akár lemondanak szabadidős programjukról is, ha ügyelőtársuk betegsége miatt be kell "ugraniuk" ügyelni. Amikor egy-egy destruktív és önző egyén megjelenik a "szürke egerek" között, akkor sok esetben a többség kerül ki vesztesen.

Szomorú vagyok, hogy az ország legnagyobb példányszámú napilapjában az érdeklődők nem a telefonszolgálatok tényleges és hatékony munkájáról olvashattak, hanem egy belső szintű témáról, amivel nem sok mindent tudnak kezdeni a tájékozatlan olvasók, egy "elakadásról" van itt szó, amit pusztán szakmai kérdésnek kellene tekinteni, s megoldását is szakmai kontrollal, szupervízióval stb. lehetne véghezvinni.

Az egyik csoportvezető pszichológus a kronicitással kapcsolatban azt mondta egyszer: - A cipőboltba nem megy be senki tejet venni. De ha mégis lenne olyan, aki cipőboltban tejet akar vásárolni, arra egy kereskedő sem akarna rátukmálni tej helyett cipőt. De ha mégis lenne ilyen kereskedő, akkor őt néznék bolondnak és nem azt, aki a cipőboltban tejet akart venni.

És leginkább ezért vagyok szomorú, mert egy-egy stáb életéből hosszú évek is elmehetnek arra, hogy akkor most mit is árulunk és kiknek, és mit csináljunk olyankor, ha nem arra vevő a vevő, amit mi árulunk.

## Hozzászólások az újságcikkhez...

*A közgazdász:* Aki szolgálati telefonon enyeleg, attól el kell vonni a javadalmazását, úgy, hogy arányosan levonjuk a nem érdembeli beszélgetésre eső időhöz mérten az ügyeleti díját, tehát, ha egy órát turbékolt a pszichopatával, akkor az ügyeleti díj egytizenkettő részét vonjuk le, plusz a távbeszélgetési díjat és a kapcsolási díjat szintén az ügyelő köteles megfizetni.

*Kormánypolitikus:* Felháborító, hogy a dolgozó adófizető polgárok fillérjeiből támogatott szolgáltatást nem megfelelő célra fordítják, s mindenféle pszichopata kéjes örömet élheti ki TB-kártya nélkül.

*Ellenzéki politikus:* Nem nagy ügy ez kérem, ennél sokkal botrányosabb, amikor a minisztériumi autók hátsó ülésén munkaidőben a kormány által szakértőnek nevezett tisztviselők a titkárnőjüknek tengerentúli luxus szolgálati utakat ígérgetnek.

*Nem tudjuk hova tartozó politikus:* A lelkeségély Telefonszolgálat mondjon le!

*Másik nem tudjuk hova tartozó politikus:* A cionpata mondjon le!

*Polgárjogi aktivista:* Az ombudsmanhoz fogok fordulni, mert súlyos személyiségi jogokat sért, hogy mindenkit le pszichopatáznak, anyáznak, durva, sérelmes kijelentésekkel ostromolják szegény hívót.

*Roma jogvédő:* Ha a gyanúm beigazolódik, akkor Strasbourgban találkozunk!

*Marika néni a nyolcadikról:* Nem is igaz ez az újságcikk, mert én ezt már tavaly olvastam a Tiffany Magazin 1478. számában, amikor is kiderül, hogy a srác milliomos, csak így telefonon akarta próbára tenni a lányt, aki aztán a felesége lett Amerikában.

*Vilma néni a hetedikről:* Úgy van! De egyébként ez megtörtént eset volt, csak nem itt, hanem egy másik kerületben. Most meg filmet fognak csinálni belőle, csak még nem tudják, hogy a pszichopátát Brad Pitt vagy az a Kenus gyerek játssza!

*Menedzser:* Lenne egy oltári prodzsektem, amivel a pszichopaták által hiányolt piaci űrt tudnánk szó szerint betömni. Csak azt hiszem, hogy a jelenlegi humánerőforrással lesz egy kis gond. Majd a hostess-képzőből megerősítjük a stábot.

*Okkultista:* Miért nem hívja fel ez a stáb Gyurcsok József távgyógyítót, az telefonon még rákot is tud gyógyítani!

*Számmisztikus:* Ha összegyűjtik a hívások dátumait, a pontos időpontokat, akkor én képes vagyok kiszámítani a pszichopata többször is megnevezett ágyának a méretét.

## Tanulmányok

devian©va

Deviancia

### III.

## A deviancia és a társadalmi folyamatok kapcsolata

### Bevezetés

Minden társadalmi együttélés feltétele, hogy a társadalmi közösség tagjai megtartsanak bizonyos normákat. A normáktól való eltérést nevezzük devianciának, de a norma és a deviancia fogalma, tárgya is koronként és társadalmanként változó. Hogy az egyént milyen belső és külső feltételek sarkallják normakövetésre vagy normaszegésre, - ezeknek az okai még inkább változóak. Szociológiai szempontból fontos meghatározás az, hogy a deviancia károkat okoz a társadalomnak, a különböző közösségeknek, a családoknak és az egyéneknek, de a deviancia általában egy akut feszültséghelyzet szorításában "teremtődik" meg, - tehát az ok és az okozat megközelítése egyaránt szükséges. A társadalom változásainak oldaláról nem közömbös kérdés az, hogy milyen tényezők (társadalmi folyamatok) befolyásolják a deviancia kialakulását, terjedését, avagy a visszaszorításának milyen lehetőségeit lehetne alkalmazni.

### A társadalmi folyamatok bemutatása, értelmezése

#### Társadalmi rétegződés

A társadalomban élő emberek különböző társadalmi pozíciókat töltenek be, amelyek alapján különböző csoportokba oszthatók, s ezek a társadalmi csoportok a társadalmi struktúrában különböző helyet foglalnak el. Ebből következik, hogy ezek a pozíciók, illetve a struktúrában található csoportok egymással nem egyenlők, így a társadalmat egyenlőtlenség jellemzi.

A társadalmi struktúra rendező elve alapján megállapíthatjuk, hogy egyes egyének vagy csoportok hol foglalnak helyet pl. a társadalmi munkamegosztásban, vagy a szűkös javakhoz való hozzájutás módját és mértékét illetően.<sup>1</sup> A társadalmi egyenlőtlenségeket tehát több kategóriában is mérni tudjuk, ezek közül a legfontosabb tényezők: a jövedelem, a vagyon, a munkaviszonyok, a munkakörülmények, az iskolai végzettség, a lakásviszonyok, a lakóhely környezete, a szabadidő eltöltése, az egészségi állapot, a műveltség, a családi állapot.

<sup>1</sup> ANDORKA R.: Bevezetés a szociológiába (Aula, Bp. 1992.) 72.o.

Minden embernek megvannak a különböző szükségletei, amit többé-kevésbé képesnek kell lennie kielégíteni. A társadalmi egyenlőtlenség tulajdonképpen azt is jelenti, hogy nem mindenkinek adatik meg - különböző okok folytán - a szükségleteik kielégítése, s a fent leírt tényezők figyelembe vételével vannak előnyösebb és hátrányosabb helyzetűek.

Ezeknek az ismeretében beszélhetünk deprivációról, megfosztottságról, mikor egy adott egyén vagy csoport a társadalom nagy többségéhez képest megfosztva van javaktól, lehetőségektől stb.

### Szegénység

A társadalmi egyenlőtlenségek leginkább tetten érhetők a szegénység témakörénél.

A szegénység egyben létforma is, amelyben az egyes személyek sorsukat sikertelenségként, kudarcként élik meg.<sup>2</sup>

Oscar Lewis Sanchez gyermekei c. könyvében kifejti, hogy a szegényeknek is van kultúrája, csak hogy ez a kultúra más norma- és értékrendszereket tartalmaz, mint a társadalomban általánosan elfogadottak. Ennek lényegében védő funkciója van, mentális egészségüket a szegény életkörülmények között másként nem tudnák fenntartani. A probléma leginkább ezzel az, hogy egyben ez is kiemelkedésüknek a gátja, a beilleszkedésre - kivételektől eltekintve - képtelenek.<sup>3</sup> A szegényebb rétegekben ezért a társadalmi beilleszkedési zavarok előfordulása gyakorinak mondható. Az alkohol vagy a kábítószer tompítja a depriváltság érzését, a megélhetés reménytelenségei, a feszültségekkel teli pszichés megterhelés is a mentális betegségek kialakulását okozhatják.

A magyarországi szegénység alakulásánál megállapítható, hogy régebben a falvakban koncentráltabb volt, de a mai emelkedést inkább a nagyobb városok és az ipari agglomeráció adja. A munkanélküliséggel való összefüggést "bizonyítja" az is, hogy a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúakhoz képest keményebben jelentkezik a szegénység a szakképzetlen munkásoknál. A nyugdíjasok között valamivel több a szegények aránya, mint az összlakosságban, viszont a gyermekkorú népességben nagyon megemelkedett a szegények aránya.<sup>4</sup> A sokgyermekes családokban élő gyerekek - kevés kivétellel - valószínűleg a szegények táborát gyarapítják!

### A munkanélküliség

Napjaink egyik legégetőbb problémája a tömeges, regionális és tartós munkanélküliség. Ezek a meghatározások olykor ugyanazokat a munkanélkülieket érinti, hiszen tömegesen és tartósan munkanélkülivé leginkább az elmaradottabb régióban váltak.

A munkanélküliség és a szakképzettség összefüggéseire, kapcsolatára ad választ a munkapiac szegmentálódásának a kérdése. Azokat fenyegeti leginkább a munkanélküliség, akik szakképzetlenek, illetve a szakképesítésük nem keresett a jelenlegi munkaerőpiacon. Talán ebből adódik, hogy igen sok a tartós munkanélküli, és ezek a társadalomnak nagyon jól körülhatárolható rétegeiben, elsősorban a szakképzetlen munkásságban összpontosulnak. Az is tendencia, hogy a munkanélküliség erősen sújtja a munkakezdő fiatalokat.<sup>5</sup>

A tartós munkanélküliek önértékelése negatívan változik, a családon belüli viszonyok átrendeződnek, a konfliktusok megnövekednek.<sup>6</sup> A munkanélküli férfiak között az alkoholizmus elterjedése a jellemzőbb, a nők esetében viszont a mentális betegségek (neurózis, depresszió, stb.) jelent meg nagyobb számban.

### Lakáshelyzet és lakóhely

A lakáshoz jutás Magyarországon mindig is érzékeny pontja volt a társadalmi különbségeknek. Talán pont ezért a lakáshelyzetből nagyon fontos információkat tudhatunk meg, leginkább azt, hogy a különbségek itt "kézzel foghatóan" tetten érhetők.

<sup>2</sup> GÖNCZÖL K.: Bűnös szegények (KJK. Bp. 1991.) 152.o.

<sup>3</sup> ANDORKA R.: i.m. 88-89.o.

<sup>4</sup> ANDORKA R.: i.m. 119.o.

<sup>5</sup> ANDORKA R.: i.m. 258.o.

<sup>6</sup> ANDORKA R.: i.m. 259.o.

A mai hazai lakásviszonyokra jellemző, hogy túlnyomó többségben vannak a kicsi lakások, a benne lakóknak nem megfelelő nagyságúak, mert vagy két személynél több lakik egy szobában, vagy különböző generációk kénytelenek együttlakni.<sup>7</sup>

A városokban az emberi kapcsolatok személytelenebbek, a család és a közösség kontrollja meggyengül. Az elidegenedés, a normák és a kontroll hiánya az anómia állapotát eredményezi. Ebből következik, hogy könnyebben előfordulhatnak a devianciák.

Természetes, hogy a városok egyes lakónegyedei között is megjelenik a társadalmi különbség, olyan formán, hogy bizonyos részeken az előnyösebb helyzetűek, máshol viszont a hátrányosabb helyzetűek laknak. *Szegregációra* és *szukcesszióra* is tudunk hazai példákat. A régi lakóházak övezete idővel kezd haladni a "slumösödés" felé, ami igen súlyos társadalmi problémákhoz vezet.<sup>8</sup> Ez a probléma önmagában hordozza a deviancia terjedését.

### Társadalmi mobilitás

Társadalmi mobilitásnak nevezzük azt a jelenséget, mikor az egyén társadalmi helyzete megváltozik az előző társadalmi pozíciójához képest (*intragenerációs mobilitás*), vagy szülei társadalmi helyzetéhez képest (*intergenerációs mobilitás*).<sup>9</sup>

A társadalmi mobilitás leginkább a strukturális változásoktól függ. A mobilitási esélyek egyenlőtlensége a társadalmi egyenlőtlenségek egyik fajtája. *Parsons* szerint a jobb mobilitási esélyek a még nagy számú egyenlőtlenségeket is elfogadhatóbbá teszik.<sup>10</sup>

Természetesen az igazságosság megkívánja, hogy a mobilitási esélyek is jobban kiegyenlítődjenek, de a gazdasági fejlődés számára sem hátrány.

Hazánkban a gyors iparosítás miatt nagy volt a mobilitás aránya (parasztból munkás, fizikai dolgozóból szellemi foglalkozású stb.).

A mobilitásnak is vannak hátrányai. A más társadalmi helyzetbe való átkerülés sok esetben nem jár problémák nélkül. Ez a változás gyakran jár lakóhely-változással, és egyéb más változásokkal együtt előidézhetik a gyökértelenséget, az anómia állapotát. Az "oda már nem, ide még nem" érzése is vezethet devianciákhoz (öngyilkosság, alkoholizmus és egyre gyakrabban hallani drogfogyasztásról).

### Vándorlás és ingázás

A vándorlás azt jelenti, hogy valaki másik településre költözik, tehát lakása egy másik településen lesz. Ha ez a lakás az állandó lakása, akkor *állandó* vándorlásról van szó, ha csak ideiglenes, akkor *ideiglenes* vándorlásnak nevezzük.

Ingázásról beszélünk, ha valakinek a lakóhelye és a munkahelye (vagy iskolája) más-más településen van, így ingázik a két település között.

A vándorlások mindig szelektívek, vagyis a kibocsátó és a befogadó népességével korban, nemből, társadalmi összetételben nem egyeznek meg a vándorlók. Ez a kibocsátás és a befogadás oldalán is súlyos problémákhoz vezethet. A kibocsátónál észlelhető problémára hazai példa, hogy a falvak elöregedése nagyban köszönhető annak, hogy az életerős és fiatal munkaerő a városokba vándorolt. A befogadónál okozhat problémát a fölévándorlás, mikor a bevándorlók a befogadó népesség előnyös helyzetűi közé kerülnek, ill. az alávándorlás, mikor a hátrányos helyzetűeket növelik a bevándorlók.

A vándorlás Magyarországon az iparosodás következtében nagyon magas volt az ötvenes években. Ekkor Budapestre, a régióközpontoknak számító nagyobb városokba és az ipari agglomerációkba indult meg a vándorlás. Később ez a tendencia olyan módon változott, hogy a vándorlás továbbra is ilyen irányú maradt, de a kibocsátók főként a környék vidéki települései lettek.

A vándorlásnál hasonló probléma merülhet fel, mint a társadalmi mobilitásnál, - a gyökértelenség jelensége ennél a népességnél is megjelenhet.

<sup>7</sup> ANDORKA R.: i.m. 130-131.o.

<sup>8</sup> ANDORKA R.: i.m. 129.o.

<sup>9</sup> ANDORKA R.: i.m. 165.o.

<sup>10</sup> ANDORKA R.: i.m. 177-178.o.

A nemzetközi vándorlásnál a legnagyobb problémát a különböző kultúrájúak közötti konfliktusok okozhatják. Magyarországon még általánosan nem tapasztalni ezt a jelenséget, de már azért egy-egy konfliktus felütötte a fejét Budapesten (pl. a "kínai negyednek" számon tartott területen az átlagnál jóval több erőszakos bűncselekményt követtek el).

Az ingázás szintén az erőltetett iparosítás idején volt tömeges.<sup>11</sup> Ekkoriban a családok egynegyede volt úgy érintett, hogy általában a család valamelyik férfitagja *tartósan* ingázott. A többségben a szaktudás nélküli falusi férfiakról van szó, akik az iparba kerültek a tartós ingázás révén. Az ötvenes években hatalmas munkásszállókat építettek, ahova hétközben lettek elszállásolva a munkások. A hét közbeni ipari munka és a meglehetősen hosszú utazás után ezek a férfiak még az otthoni mezőgazdasági munkákba is besegítettek hétvégén és a szabadságuk alatt. A tartós ingázás a családi kapcsolatok lazulásához, a megfeszített tempó és a munkásszállók "miliője" pedig az alkoholizmus terjedéséhez vezetett.

### Az iskolai végzettség

A társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a népesség iskolázottságában is. *Pierre Bourdieu* a francia iskolarendszert elemezve, a társadalmi egyenlőtlenségeket úgy látta, hogy az iskola nemzedékről nemzedékre átörökíti oly módon, hogy rejtett társadalmi diszkrimináció megy végbe, hiszen kifelé az iskola az objektivitás látszatát kelti.<sup>12</sup> Ezt úgy is értelmezhetjük, hogy a származás szükséges feltétele az elért iskolai végzettségnek, viszont a társadalom közvetlenül az iskolai végzettség alapján "értékeli" az egyént és nem a származása révén. A már említett társadalmi mobilitás lehetősége természetesen valamelyest változtathat ezen.

Egy időben a szociológusok úgy gondolták, hogy az oktatás fejlesztésével és kiterjesztésével csökkenteni lehet az egyenlőtlenségeket, de a gyakorlat inkább *Bourdieu*-t igazolta.

Az iskolai végzettség egyre inkább meghatározza az elérhető társadalmi helyzetet.<sup>13</sup>

Akik az általános iskola 8 osztályát sem tudják elvégezni, azok élete nagyon hátrányosan alakul, mert alig van esélyük arra, hogy a szakképzetlen rétegekből felemelkedjenek, így nagyon nagy arányuk él a létminimum alatt, s az országos arányszámuknál sokkal nagyobb arányban szerepelnek a deviáns viselkedésűek, különösen a börtönbüntetésre ítélték és az alkoholisták között.<sup>14</sup>

### Egészségi állapot

A *WHO* alapokmánya szerint "az egészség a testi, szellemi és társadalmi jólét teljes állapota, és nem csak a betegség és rokkantság hiánya." Szociológiai értelemben egészségesnek azt az embert tekinthetjük, akinek életműködései az adott környezetben kiegyensúlyozottak, lelki élete harmonikus és a társadalom vele szemben támasztott elvárásainak képes megfelelni.<sup>15</sup>

Az ember egészségi állapotát a biológiai tényezők mellett a társadalmi tényezők is befolyásolják, így pl. a környezetének az állapotából, az életkörülményeiből, az életmódjából, a munkaviszonyából származó előnyök vagy hátrányok kihatnak az egészségi állapotra.

A hazai statisztikák a magyar népesség egészségi állapotáról sem mutat megnyugtató képet. A legszembetűnőbb a férfi lakosság mortalitási mutatója, a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál napjainkban 64 év, a nőknél 73 év.<sup>16</sup> Ennek okát leginkább a következő halálozási okokkal szokták magyarázni: szívkoszorúér betegségek (pl. infarktus), agyérbetegségek, májzsugorodás, tüdőrák és az öngyilkosság. Mindezek olyan halálokok, amelyeknek hosszú "előtörténetük" van, tehát a mélyebben fekvő okok a hosszabb megelőző időszakokban alakultak ki.<sup>17</sup> A kiemelt halálozási okok többségében a deviáns magatartás és a helytelen életmód játszanak nagy szerepet.

<sup>11</sup> Pl. 1960 körül 630 ezer ingázót tartottak számon, amiből 600 ezer volt tartós ingázó.

<sup>12</sup> ANDORKA R.: i.m. 276.o.

<sup>13</sup> ANDORKA R.: i.m. 282.o.

<sup>14</sup> ANDORKA R.: i.m. 285.o.

<sup>15</sup> ANDORKA R.: i.m. 295.o.

<sup>16</sup> 1966-ban 67 év volt a férfiaknál, a nőknél pedig 72 év.

<sup>17</sup> ANDORKA R.: i.m. 305.o.



## Életmód

Az életmód a szükségletek kielégítése érdekében végzett tevékenységek rendszere, ami tartalmazza azt, hogy a társadalom tagjai milyen tevékenységet végeznek, hol, miért és kikkel végzik ezeket.<sup>18</sup>

Az életmód is kifejezi a társadalmi egyenlőtlenségeket. A társadalmi rétegződés megnyilvánulása az, hogy az egyes társadalmi rétegek eltérő életmódot folytatnak.<sup>19</sup>

A helytelen életmód negatív befolyása az egészségi állapotra egyértelmű. Többek között milyen okok húzódnak meg a helytelen életmód mögött:

- a nem megfelelő táplálkozás mögött sok esetben az alacsony jövedelmi szint,
- a szabadidő hiánya vagy a nem megfelelő eltöltése háttérben a kevés jövedelem mellett nagyon meghatározó a túlhajszoltság, pl. a "munkahely-féltés" miatti "önkéntes" túlórázások, éves szabadságok csak papíron kivétele stb.

Az életmód és a deviancia összefüggéseihez adnak támpontot az olyan időmérleges felmérések, amelyekből kitűnhet, hogy a vizsgált személyek életében mennyire vannak jelen a deviáns magatartások.

## Család

A család alapvető funkciója a gyermek *szocializációja*, ami alapján fog majd felnőttként a társadalomban élni, viselkedni, szerepeket ellátni, a közösség tagjaként a normákat és értékeket elfogadni vagy elutasítani. A család szocializációs szerepe nem csökkent és pótolhatatlanságát a negatív példákkal lehet megerősíteni. Nemcsak ott lesznek hajlamosak a gyerekek a devianciára, ahol a szülők magatartása deviáns, hanem abban a családban is védtelenebbek, ahol a családi összetartás nem erős, a légkör megromlott vagy hűvös, a családtagok nem fordítanak kellő időt egymásra, vagy néhol a családi "kommunikáció-közvetítő" a pénz. Az utóbbi "jelenség" ha nincs is szoros kapcsolatban a fiatalok egyre gyakoribb kábítószerfogyasztásával, mégis némi összefüggést érezhetünk.

A család testi és lelki gondozó, támogató szerepének jelentőségét bizonyítja, hogy mindenféle társadalmi szempontból problematikus viselkedés (bűnözés, alkoholizmus, mentális betegség, öngyilkosság) gyakoribb a nem házások, mint a házások körében.<sup>20</sup>

Kiemelhetjük példának, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövetők között milyen magas az elváltak, nőtlenek, hajadonok, özvegyek aránya.<sup>21</sup>

Még mindig a családi adottságok a meghatározóak az átörökítési folyamatokban, mert aki hátrányos adottságú környezetben nevelkedik, annak integrációs esélyei a szüleihez képest mostanában kifejezetten romlanak.<sup>22</sup>

## Befejezés

Magyarországon 1989 óta gyors és megfordíthatatlan politikai-gazdasági változások történtek, amely változások a társadalmi folyamatokat is befolyásolják. Mindenekelőtt a népességre gyakorolt közvetlen hatásokról beszélhetünk, s itt *Durkheimre* hivatkozva megállapíthatjuk, hogy a változások bizonyos fokon érték- és normavesztésekkel jártak, az anómia jelensége ezért érzékelhető. A közvetlen hatások között a gazdasági változások "lecsapódását" is rögtön érezhette a lakosság, ami szintén sok problémát vetett fel. A társadalmi egyenlőtlenségek napjainkban tovább nőnek, ennek a hatása már most érzékelhető, bár az árnyaltabb következmények csak a későbbi időszakokban fognak

<sup>18</sup> ANDORKA R.: i.m. 353.o.

<sup>19</sup> BÉRES Cs. dr.: Bevezetés a szociológiába - egyetemi jegyzet (kézirat) Db. 1997. 57.o.

<sup>20</sup> ANDORKA R.: i.m. 332.o.

<sup>21</sup> A sorrend azonos a statisztikai gyakorisággal.

<sup>22</sup> GÖNCZÖL K.: Bűnös szegények (KJK. Bp. 1991.) 156.o.

jelentkezni. Az egyenlőtlenségek, a társadalmi különbségek és a deviáns viselkedések gyakorisága között tudunk összefüggéseket felmutatni, hiszen pl. a legalacsonyabb iskolai végzettségűek életkörülményei a legrosszabbak, de a bűnözés, az alkoholizmus vagy az öngyilkosság itt a leggyakoribb.<sup>23</sup> A létbizonytalanság veszélyében a társadalmi szolidaritás, az integrálódás hiánya is fokozhatja a deviancia terjedését.

(folytatjuk)

Debrecen, 1998. december - 1999. január

Rénes László

### IRODALOMJEGYZÉK

- A deviancia szociológiája** - Szöveggyűjtemény, Szerk.: Gönczöl Katalin - Kerezsi Klára (A Szociális Szakképzés Könyvtára sorozat, Bp. 1996)
- Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába** (Aula, Bp. 1992)
- Andorka Rudolf: A deviáns viselkedés szociológiája** (Gondolat, Bp. 1974)
- Bakó Tihamér: Titkok nélkül**, Lélektani vizsgálódások az öngyilkosságról (Cserépfalvi, Bp. 1992)
- Béres Csaba dr.: Bevezetés a szociológiába** - egyetemi jegyzet (kézirat) (Db. 1997)
- Buda Béla: Az öngyilkosság** - orvosi és társadalomtudományi tanulmányok (Animula, Bp. 1997)
- Buda Béla - Füredi János: Az öngyilkosság pszichés háttere** - Esettanulmányok (Medicina, Bp. 1987)
- Durkheim, Émile: Az öngyilkosság** (KJK. Bp. 1982)
- Gönczöl Katalin: Bűnös szegények** (KJK. Bp. 1991)
- Kopp Mária - Szedmák Sándor: Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében** (Végeken, 1997. IV.)
- Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra** (Gondolat, Bp. 1980)
- Rácz József: A drogfogyasztó magatartás** (Medicina, Bp. 1988)
- Rácz József: A '80-as évek ifjúsági szubkultúrái Magyarországon** (Valóság, 1990. XI.)
- Rácz József: Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori devianciák** (Animula, Bp. 1989)
- Riesman, David: A magányos tömeg** (KJK. Bp. 1973)
- Temesváry Beáta: Szuicidológia - Krízisintervenció** (oktatási segédanyag) (Szeged, 1995)
- Zonda Tamás: Öngyilkos nép-e a magyar?** (Végeken, Bp. 1995)



<sup>23</sup> ANDORKA R.: i.m. 421.o.

## Az öngyilkos hívókkal kapcsolatos beavatkozás módjai két öngyilkosság-prevenációs központban

*Marc S. Daigle, bölcsészdoktor és Brian L. Mishara bölcsészdoktor*

*Az öngyilkossági megelőzési központok hívóinak főként olyan önkéntesek segítenek, akiket arra képeztek ki, hogy szembeálljanak ezekkel a krízishelyzetekkel. Ez a szolgálat a beavatkozásnak ezt a folyamatát értékelte ki, hogy jobban meg tudjuk érteni a beavatkozások természetét és meghatározó tényezőit. Az öngyilkos kliensek összesen 617 hívását egy 20 kategóriás osztályozó eszközzel a segítők válaszlistájával osztályozták. A csoportanalízis meghatározta, hogy 617 beavatkozási profil a két mód vagy stílus egyikének felelhet meg: nondirektív („Rogerianus” - 391 hívásnál) vagy irányító (226 hívásnál). A további analízis azt mutatta, hogy a beavatkozás sajátos módja többnyire maguknak a hívóknak a jellemvonásaival, mint az önkéntesek jellemvonásaival volt összefüggésben.*

Az önkéntesekre épült öngyilkosság-megelőzési és krízis-beavatkozási központok Észak-Amerikában fejlődtek ki, és a világ legtöbb országában autonóm szolgálatokként az egészséggondozás előzően tradicionálisabb formáiból fejlődtek ki. A kiszolgált ügyfeleknél megmutatkozó néhány egybeesés ellenére ezt a szociálpolitikai ténytet nem teljesen ismerik el, amikor a költségcsakasz vizsgálatokat létrehozzák. Néhányan valóságos „kettősséget” látnak a gyakorlat két formája között, azonban az Amerikai Öngyilkossággal Foglalkozó Tudományos Társaság azt állítja, hogy az önkéntes és a hagyományos szolgálatok kiegészítőként működnek. Bár szerte a világon öngyilkos hívók ezrei vannak minden nap kapcsolatban ezekkel a központokkal, kevés olyan kutatás van, amely ezeknek a beavatkozásoknak és tényezőknek a természetére vonatkozik, amelyek befolyásolják azokat a beavatkozási módokat, amelyekben a hívók részesülnek. Annak fontossága miatt, hogy többet tudjunk az öngyilkos hívókkal kapcsolatos telefonos beavatkozásokról, ez a vizsgálat megvizsgálta a beavatkozási módok osztályozásának metodológiáját és felfedezte a különböző beavatkozási módok meghatározóit két önkénteseken alapuló, prevenációs központban Québecben, Kanadában.

Néhány évvel ezelőtt néhány szakember az önkéntesek munkáját a telefonos öngyilkossági prevenációs központokban „telefonon történő tanácsadásnak” vagy „amatőr tanácsadásnak” minősítette (Barraclough és Hughes, 1987). Ez vagy azt mutatja, hogy ami az önkéntesek által a telefonos beavatkozás során történik az eltér a szakszerű tanácsadástól vagy azt, hogy az önkéntesek ugyanazt a beavatkozás-típust folytatják, mint a szakemberek, csak kevesebb szakértelemmel. Valaki feltételezheti azt is, hogy a közvetítő eszköz, a telefonrendszer eltér a szokásos mentális egészségügyi rendszerben alkalmazott szemtől szembeni megbeszéléstől, és ez önmagában eltérő beavatkozási módokhoz vezethet.

Ma a telefonos beavatkozások könnyen hozzáférhetőek a legtöbb nagyvárosi területben bárkinek a számára, akinek azonnali segítségre van szüksége éjjel vagy nappal bármely időpontban. Az öngyilkossági prevenációs és krízis beavatkozási központokhoz érkező nagy számú hívások alapján nyilvánvaló, hogy a klienseket kielégítik ezek a kapcsolatok. Az önkéntesek rendszerint speciális képzést kapnak, hogy biztosítani tudják az önkéntes szervezet által megállapított kívánalmakat. Megtanulhatják az „aktív hallgatás” technikáját, és kiképzik őket arra is, hogy több irányítást és beavatkozást adjanak, azaz egy aktívabb szerepre, különösen azokkal a kliensekkel kapcsolatban, akik krízisben vannak. Viszont kevés kutatás van arra vonatkozóan, hogy az önkéntesek valójában hogyan ültetik át a gyakorlatba képzettségüket, amikor egyedül vannak a telefonvonalban, és szembe találják magukat az öngyilkos hívóval. Mint ahogy bármely intervenció típust nehéz pontosan leírni, hogyan haladnak ezek az önkéntesek ügyfeleik telefonon történő megsegítésében.

Kezdetben az önkéntesekkel történő öngyilkossági prevenációra vonatkozó kutatások többnyire ezeknek a beavatkozásoknak a lehetséges „eredményeire”, mint fejlődésükre vonatkoztak (utalnak itt a szokásos fejlődés-kimenetel kutatási paradigmára, mint ahogy nem teljesen kielégítően Kiesler

említette 1986-ban.) Még ma is az irányelvek és a programok tervezőit gyakran inkább a telefonon történő beavatkozásból származó öngyilkossági arányok esetleges csökkenésének lehetősége, nem pedig fejlődésük érdekli. Ha pozitív eredményeket kaptak, akkor arra a következtetésre jutottak, a sok zavaró változó ellenére, hogy az arányok csökkenését a „jó” beavatkozás okozta. Azonban ezt a gyakorlatban különösen nehéz „kimeneteli” megközelítést a jelenlegi kutatás csaknem elhanyagolja, mivel nem nagyon informatív arra vonatkozóan, hogy valójában mi történik a telefonon történő beavatkozás folyamán. Ha az a cél, hogy megértsük a beavatkozás folyamatát, akkor közvetlenül lehet megvizsgálni a telefonos beavatkozásnak akár technikai, akár klinikai aspektusait.

## *A telefonon történő beavatkozás folyamata*

### **Technikai aspektusok**

A beavatkozás technikai aspektusaira koncentrálna a nyers adatokat vesszük a program kiértékelési perspektíva kialakításához. Ez azt jelenti, hogy az illető a szolgálatban megállapított célokból indul ki, és aztán folytatja a vizsgálatot, hogy valóságosak-e, vagy hogy a feladatokat megvalósították-e. Egy módszer az adatgyűjtés minőségének egyszerű ellenőrzéséből és a hívó ügyfélre vonatkozó információ regisztrálásából áll (Kolker és Katz, 1971). Mások, mint pl. McGee, Richard és Bercun (1972) megvizsgálták, hogy valójában mennyi időbe telik, hogy telefonon elérjék az önkéntes segítőt. Megállapították, hogy 19 amerikai krízis vagy öngyilkosság megelőzési központ esetében a késedelem nagyon rövid (6 másodperc), ha a központok közvetlenül hozzáférhető rendszerrel vannak jól felszerelve. Egyébként a késés 49 perc is lehet, ha a központok olyan rendszert működtetnek, ahol a segítő visszahívja a hívót, miután az üzenetet hagyott. Mindamelllett az ilyen fajta kiértékeléseket nagyon kedvelik az önkéntes központok, különösen, amikor összehasonlították a mentális közegészségügyi központokkal, ahol Windle és Goodstein (1983) szerint a hivatalok egyharmada nem ad választ telefonon vasárnap, pedig törvényes kötelességük lenne.

Azonban a központ technikai hatékonysága túlmegy az információgyűjtés és a reakcióidő specifikus felmérésén.

Fowler és McGee (1973) felállított egy teljesebb pontkiértékelési rendszerrel történő megközelítést, amely a telefonon történő beavatkozás három lényeges feladatának felel meg: a hívóval való kommunikálás biztosítása, a hívó helyzetének felmérése, és a közreműködési terv kifejlesztése. Walfish, Tulkin, Tapp, Slaikeu és Russell (1976) is leírt egy ilyen feladat-orientált rendszert, a Walfish Krízis Megállapítás (Contract) skálát. Itt főleg a kiértékelés négy elemére összepontosítják a figyelmet: a hívó belső és külső erőforrásainak kiderítése, a közreműködéssel kapcsolatos terve vagy megállapodásra vonatkozó érzések kiderítése. Ez a két kiértékelési rendszer lényegesen összefügg kölcsönösen, mivel az általános krízis-beavatkozási elméletből jöttek létre (Russell, Slaikeu, Tapp, Tulkin és Walfish 1978).

Ezek a feladattal kapcsolatos megközelítések a szerep megközelítésének (magatartási stratégiák) is megfelelnek, amelyeket kevésbé mereven Powell, Ashton és Heaton fejlesztett ki (1973).

Egy másik technikai megközelítés inkább a központ működését, mint a segítőt veszi figyelembe, bizonyos irányelveket javasolva. 1969-ben Motto (majd később Motto, Brooks, Ross és Allen, 1974) fejlesztett ki ilyen irányelveket. Ezt a minimális normák rendszerét öt adminisztratív alapelv alapján szervezték meg un. szervezési irányelvek, tanácsadási irányelvek, programkiértékelés, és etikai irányelvek. A gyakorlatban 33 témát osztályozott a 0-tól (nem elfogadható) a 4-ig (kiváló). Amikor a hat öngyilkosság megelőző központban alkalmazták (Ross és Motto 1971) ez a kiértékelési rendszer azt mutatta, hogy kettő nem érte el az elismerhetőség minimális szintjét. Ezek a kevésbé megalapozott központok voltak. Másrészt, a két legjobbnak minősített központ a legrégebbi és a legmagasabb szintű volt: a realizmus jó iskolája.

McGee (1974) is tíz amerikai központ felmérésében is adminisztratív megközelítést alkalmazott, de nagyobb hangsúlyt helyezett a közösségi kritériumokra: a nem szakemberek kihasználására, a szakembereknek tanácsadóként való felhasználására, a prevencióra való hangsúlyhelyezésre, a patológia fogalmának elkerülésére, a műhelymunkáiban való tagságra, és a kiértékelő kutatás

végzésére. Megállapította, hogy a legjobb eredmények azokban a központokban voltak, amelyek alapító ügynökségeiktől függetlenül dolgoztak.

Ezeket az „irányelveket” alkalmazó kiértékelések áttekintésekor Stelmachers (1976) és Stelmachers, Baxter és Ellenson (1978) megállapította, hogy a Motto által kidolgozott rendszer túlságosan a megbízás felé orientálódott. Másrészt, McGee érdeme volt, hogy kijelentette a közösségi értékek fontosságát. Általában ezek a technikai kiértékelések túlságosan korlátozóaknak tűnhetnek: nem adnak teljes magyarázatot arra vonatkozóan, hogy valójában mi megy végbe a telefonon történő közbelépés folyamatában.

### **Klinika aspektusok**

A klinikai aspektusok megközelítését jóval inkább a pszichoterápia hagyományos kiértékelései ösztönzik.

A klinikai modell főképpen a „segítő” kezelési kapcsolat iránt érdeklődik, ezek a ún. Rogers féle körülmények.

Lester (1970) pl. a klinikumban végzetek és az új telefonos önkéntesek által folytatott telefonon történő közbelépéseket 1-5-ig a következő dimenziókra osztotta fel:

- empátia,
- tisztelet,
- őszinteség,
- konkrétság,
- önfeltárás.

Ebben a felfedező vizsgálatban megállapították, hogy a klinikusok sokkal megfelelőbbek, azonban mindkét csoportot a Rogers féle elméleti modell szerint „túl alacsonynak” minősítették.

Knickerbocker és McGee (1973) kutatásaikban a klinikai hatékonyság hasonló modelljét alkalmazták, és ők is megállapították, hogy sem a szakembereik, sem az önkéntesek nem teljesítettek a Rogers féle elméletnek megfelelő, elfogadhatóan magas szintet. Azonban a nem szakemberek esetében magasabb teljesítmény szinteket állapítottak meg, ezzel megerősítették Carkhuffnak (1968) a másfajta beavatkozásokra vonatkozó megelőző eredményeit.

Hirsh (1981) jóval inkább az öngyilkos hívóval kapcsolatos öngyilkossági beavatkozásokra, mint az általános krízisekre való közbelépésekre összpontosította a figyelmet. Egy jóval szubjektívebb metodológiát alkalmazott a telefonos önkéntesek és szakemberek osztályozásához mind Amerikában, mind az angol központban. Beszámolt arról, hogy az önkéntesek türelmesebbek, kedvesebbek és megnyugtatóbbak voltak. A szakemberek viszont merevebbeknek, feladat- és diagnózis orientáltabbaknak tüntek.

Genthner (1974) 10 „közösségre épült forró drótot” hasonlított össze arra vonatkozóan, hogyan reagáltak egy olyan hívóra, aki egy szerepet játszott, mindig azonos helyzetben. Ismételen valamennyi központot gyenge minőségűnek találtak a Carkhuff modell szerint. Genthner megállapította, hogy az „elősegítő” technikákat akkor alkalmazták, amikor a segítők közvetlenül a képességeik miatt aggódó hívóval találják szemben magukat. A szerző megmagyarázta azt a megállapítást, amikor a hívó képes arra, hogy „irányítsa” a segítőt.

Másrészt, France és Kalafat (1975), valamint Kalafat, Boroto és France (1979) rámutatott arra, hogy a specifikus képzés fokozhatja az elősegítő technikák önkéntesek általi alkalmazását. A telefonon történő közbelépéseknél csak egy, O'Donnell és George (1977) kutatása mutatta a Rogersi minőségek kielégítő szintjét.

Hasonló eredményekkel Carothers és Inslee (1974) rámutatott, hogy az empátia szintje alacsony a telefonos interakcióknál (mint bármely nap mint nap történő kölcsönhatásnál) azonban ezek önkéntes, és nem szakszerű szolgálatok, amelyeknek előnye, hogy ingyenesek és mindig hozzáférhetőek.

D'Augelli és munkatársai (1978) megpróbáltak működőképesebb klinikai konstrukciókat felhasználni kutatásaikban, és kifejlesztették a segítő verbális válaszok gyakorlatának rendszerét, három kategóriával (és nyolc alkategóriával):

- Folyamatos válaszok (tartalmas, hatásos)

- irányító válaszok (zárt kérdés, nyitott kérdés, hatás, tanács)
- önbeszámoló válaszok (sajátmagának belevonása és felfedése).

Ezt a rendszert alkalmazva a szerzők megállapították, hogy az önkéntesek egy egyetemes „segítő vonalon” túl közvetlenek voltak és nem alkalmaztak elég nyitott kérdést.

Crocker (1985) megpróbált a tettető hívóra vonatkozó vizsgálatában más dimenziókat hozzáfűzni: beszélgetési idő, verbális válaszok (nyitott kérdések a zártakkal szemben, reakciók, tanácsok); és a megértés szintjei, valamint problémamegoldás és elfogadás. Általában a központ kiképzési modelljének megfelelően túl sok hézagot talált a teljesítésben.

Echterling, Hartsough és Zarle (1980) a Rogersi modellekből továbbmenve kifejlesztettek egy összetettebb rendszert: a krízis hívás kölcsönhatási formulát, amely a telefonos dolgozók 19 magatartását osztályozza. Az eredmények azt mutatták, hogy volt a beavatkozásban egy időleges dimenzió. A skála a kommunikáció négy különböző szakaszát különböztette meg: segítő atmoszféra kialakítása, a krízis felmérése, hatás integráció, és problémamegoldás. Az itt osztályozott „magatartásokat” azonban már úgy tűnik, dokumentáltak. Slaikéu (1984), aki az összes krízis beavatkozás típusokkal foglalkozott, egy hasonló pszichológiai elsősegély kódolási kézikönyvet javasolt, amelyet fel lehet használni a telefonon történő beavatkozások vizsgálatához.

Egészében véve, láthatjuk, hogy sok kutató a Rogersi skálákat alkalmazta, amelyeket kívül álló megfigyelők, Truax és Carkhuff (1967) fejlesztettek tovább, és feltételezték, hogy ezek a minőségek a krízisbe való beavatkozás kulcshelyzeteit mérik. Valójában, nem az összes felmérés mutatta azt, hogy az önkéntesek kielégítő minősítést kaptak, bár a legtöbb központban a szakértelem minimális szintjéről számoltak be.

Mind a klinikai mennyiségekre, mind a technikai hatékonyság modelljére vonatkozó felmérések kutatása azoknak a minőségeknek vagy feladatoknak az előzetes modelljére épültek, amelyek az összes beavatkozás során a legjobbak voltak. Azonban a vizsgálatok gyakran figyelmen kívül hagyták azt, hogy a hívók tényleg öngyilkosok voltak-e, és hogy alkalmazták-e a „jó beavatkozások” kritériumait a krízis nagyságára való tekintet nélkül. Úgy éreztük, hasznos lenne megpróbálni megérteni a beavatkozás természetét bármely előzetes megítélés nélkül arra vonatkozóan, hogy mi a legjobb, és specifikusan az öngyilkos hívókra összpontosítva figyelmet.

Ebből az áttekintésből láthatjuk, hogy öngyilkos hívókkal kapcsolatos telefonon történő beavatkozások területét még nem vetették alá olyan széleskörű kutatásoknak, mint a pszichoterápia és a tanácsadás területét. Ráadásul erre a témára vonatkozóan kevés kutatás van. A pszichoterápiában és a tanácsadásban már sikeresen alkalmazzák a mennyiségi, leíró módszereket. Azonban úgy éreztük, hogy ezek a módszerek nem tekinthetők szükségszerűen alkalmazhatóaknak az önkéntesekkel történő telefonos beavatkozásoknál. Ezért kifejlesztettünk egy eredeti empirikus megfigyelési és beszámolási módszert arra vonatkozóan, hogy mit csinálnak az önkéntesek telefonon történő beavatkozásaik folyamatában.

Az volt a célunk, hogy ennek a folyamatnak objektív mérését hozzuk létre, osztályozzuk ezeket a méréseket, és megvizsgáljuk a különböző beavatkozási módszerekkel vagy „stílusokkal” kapcsolatos tényezőket. Arra vagyunk kíváncsiak, hogy vajon a beavatkozás stílusa az önkéntesek jellemvonásainak funkciója vagy a hívók természete ill. az öngyilkossági krízis mértéke szerint változik-e.

## *Módszer*

### **Alanyok**

Ennek a vizsgálatnak a résztvevői két kanadai öngyilkossági megelőzési központ (Montreal és Sherbrooke, Québec) önkéntesei voltak. Mindkét központot kizárólag öngyilkosság megelőzési centrumnak azonosították, és így csaknem kizárólag az öngyilkos klienseket szolgálták. Az első központ egy fővárosi körzetben helyezkedik el, és napi 24 órát van nyitva, egy héten 7 napon. A legtöbb munkát a szervezet önkéntesei látják el, különösen a telefon szolgálatot. A többi terület az

iskolai öngyilkosság megelőzési programokat, az öngyilkos kliensek nyomon követését, az elhunytal kapcsolatos, öngyilkosság utáni beavatkozásokat és a szakemberek valamint a nem szakemberek kiképzését foglalja magába. A szervezet önkéntesei által adott időre vonatkozóan a telefonszolgálat 1990-91-ben 23.790 órát teljesített, ami 18.852 telefonos beavatkozás (átlag 52 hívás naponta). A beavatkozások teljes száma 38%-os növekedést mutatott az előző évvel összehasonlítva.

Másrészt a Sherbrooke központ csak hétfőtől szombatig, reggel 8-tól 24 óráig van nyitva. Más időpontokban van egy „feljegyző” központ, amely általános információt ad a hívóknak. Sherbrookban az önkéntesek 3.936 órát fordítottak telefonszolgálatra ugyanabban az évben: 2.587 telefonon történő beavatkozás történt (átlag napi 8 hívás).

A szűrés után az önkéntesek legalább 32 órás képzést kaptak az öngyilkossági krízis természetére vonatkozóan, valamint azzal kapcsolatban, hogyan segítsenek telefonon keresztül. A képzés szerepjátékokat foglal magába és hospitálás követi, amíg úgy nem ítélik meg, hogy már készek arra, hogy egyedül működjenek. A két központ valamennyi általános önkéntesével kapcsolatban vagyunk, akik felügyeletüket befejezték. Azok közül, akikkel kapcsolatban vagyunk 145 (95%) adta személyes beleegyezését, hogy részt vesz a kutatásban, és végül is 110-et figyeltünk meg. Az összes önkéntes közül, aki egyetértett azzal, hogy részt vesz a vizsgálaton nem mindegyiket vizsgáltuk meg, a szabadságon lévő vagy beteg önkéntesek változó munkaterve és a vizsgálat kiegyensúlyozott időmintája miatt. Az önkénteseket tájékoztatták arról, hogy valaki lehallgathatja kutatási célból néhány hívásukat, azonban a teljes névtelenséget fenn kell tartani. A megfigyelt önkénteseknek ez a vizsgálati mintája csaknem azonos jellemvonásokkal rendelkezett, mint a két központ valamennyi önkéntesének teljes népessége. Főleg nők voltak (59%), átlagos életkoruk 32 év volt, 17-70 évesig terjedően, és csaknem újak voltak a telefonon történő közbelépés területén.

A kliensek a prevenciós központok 263 hívója közül kerültek ki. Érdekes megemlíteni, hogy a hívók demográfiai jellemvonásai azonosak voltak az önkéntes segítőkével: 59% nő volt, és életkoruk 13-72 év között ingadozott. Ezeket a klienseket gyakran „krónikusoknak” (25%) tartották, azaz a hosszú időn át gyakran hívók, visszatérő problémákkal jelentkeztek. A hívás pillanatában gyakran írtak fel nekik előzőleg pszichotropikus gyógyszereket (52%) vagy már vizsgálta őket mentális egészségügyi szakember (60%). Fontosabb az, hogy a hívóknak 71%-a számolt be előzetes öngyilkossági kísérletről, és átlagos öngyilkossági kockázatukat 4,4-nek értékelték ki egy 8 pontos kiértékelési skálán (1 = minimális).

Ezekből az adatokból azt a következtetést lehet levonni, hogy a mentális egészségügyi szolgálati klienseivel kapcsolatban a fent említett egybeesés eléri a 60%-ot. Másrészt, más ellátás nem volt szükségszerűen hozzáférhető, hogy választ adjon az öngyilkossági prevenciós központok klienseinek éjjel-nappal jelentkező problémáira. Ez nem azt jelenti, hogy az öngyilkosság egy bizonyos krónikusságával vagy mindent áthatóságával nincs mit tenni, sem azt, hogy az öngyilkosság inkább néha egyéni értelmezés.

### **Segédeszköz**

A telefonon történő meghallgatás beavatkozásokat egy speciálisan erre készült készülékkel végezték. Ez lehetővé tette egy távoli területről az észrevétlen lehallgatást a prevenciós központ beavatkozási vonalain bármilyen jel nélkül.

### **Az eljárási folyamat mérése**

A beavatkozási technikák felismerésére és számlálására a segítők válaszlistáját használják fel, amely egy olyan eszköz, amelyeket úgy terveztek meg, hogy a gyakorló önkéntes 20 felsorolt technikát alkalmazhat az öngyilkos hívóval kapcsolatos beavatkozás során. Ez az eszköz a sok különböző pszichoterápiás megközelítésnél alkalmazott 36 jól ismert technika alaposabb leltározásával az előző tesztekben származik. Ezek a technikák is „verbális válaszmódok”-nak tekinthetők, amelyek az ezen a területen a gyakorlatos önkéntesek által alkalmazott legkönnyebben megfigyelhető viselkedések.

A segítő válaszok meghatározásai		
1.	Csend	A hívó két kijelentése között a segítő csendet tart fenn.
2.	Befejezetlen gondolat	Szünetek a segítő mondatának közepén, hogy megerősítse a hívót abban, hogy folytassa a mondandóját.
3.	Tájékoztató/ vizsgálódó/ kutató	Mindenfajta technika, ún. olyan kérdések, amelyek egy sajátos irányból jövő hívást akarnak betájolni vagy egy problematikus aspektust vizsgálnak meg.
4.	Elfogadás	Rövid, nem közvetlen kijelentések, (hüm, ühüm, értem, folytassa,) ami a hívó <u>elfogadását</u> mutatja.
5.	Megnyugtatás	Olyan kijelentések, amelyek csökkentik a hívók szorongását.
6.	Jóváhagyás	A hívók magatartásának szelektív jóváhagyása.
7.	Szándékos félreértés	A hívók kijelentéseinek szándékos félreértése, hogy javítsák a kommunikációt.
8.	Moralizálás	Közvetlen utalás a morális vagy etikai magyarázatokra.
9.	Visszautasítás	A hívó hibás, negatív vagy eredménytelen kijelentéseinek visszautasítása.
10.	Reflektálás	Az érzésekre való klasszikus reagálás, de egyszerű vagy szelektív újbóli kijelentések.
11.	Tájékoztató/ javaslat/ tanács	Specifikus információ adása, javaslat a lehetséges alternatívákra vagy közvetlen tanácsadás.
12.	Fenyegetés	Nagyon parancsoló kijelentések, hogy állítsa le a cselekvés folyamatát („Hagyja abba ennek a gyógyszernek a szedését”, vagy „Több segítséget nem adunk”).
13.	Tájékoztató/ javaslat/ tanács	Ugyanaz, mint a 11-ben de a kommunikációs folyamat folytatásának procedúráján belül.
14.	Fenyegetés	Ugyanaz, mint 12-ben, de a kommunikáció folyamatának folytatásán belül.
15.	Tisztázás / magyarázat	Megpróbálni tisztázni, mit mondott a hívó, vagy több értelmezést adni.
16.	Nagyon alapos magyarázat	Pszichodinamikus magyarázat.
17.	Egyéni tapasztalat	A segítő személyes tapasztalatára való utalás.
18.	A kívülálló személyre utalás	Mások tapasztalataira való utalás.
19.	Kivetítés	Felkérés, hogy a hívó egy eltérő időpontban kérje ki valaki másnak a véleményét.
20.	Tájékoztató a segítőről.	Specifikus információ adása a segítőről. (név, életkor, érdeklődés).

1. táblázat

Először két egymástól független megfigyelő egy előtesztet végzett a felderítő 36 technikai skálával. A megfigyeléseik analízise kimutatta, hogy egynél több kategóriát alkalmaztak ugyanahhoz a megfigyelt verbális módhoz. A tesztek alapján egyszerűsítettük a műszert. A végső skálának csak 20 kategóriája van (lásd 1 táblázat), amely két újat is tartalmaz: a 13. tájékoztató (javaslat) tanács, és a 14. a fenyegetés. Ezek a kategóriák tartalmazzák a beszélgetés vezetési tevékenységet is, és leírják, hogy rendszerint mit csinálnak az önkéntesek a hívóval való lehallgatási kapcsolat fenntartásának folyamata során. Például: „Beszéljen hangosabban, nem hallom” (javaslat), vagy „Kérem ne káromkodjon, mert leteszem a telefont” (fenyegetés).



## **Elijárás**

Az ebben a feladatban résztvevő öt megfigyelő mindegyike egyetemi hallgató vagy pszichológiai vagy szociális munkában jártas volt. Kezdetben 3 órás hivatalos képzést kaptak a kutatási metodológiára vonatkozóan. A kiterjedt utánpótlás az aktuális hívások meghallgatásából és az eredmények összehasonlításából állt, amit addig folytattak, ameddig el nem érték az arányok közötti megbízhatósági megfelelő szintjét.

Az adatgyűjtést két különböző időszakban végezték: 1988-ban a montreali öngyilkosság megelőzési központban és 1990-ben, ugyanebben a központban és a sherbrooki központban. Minden egyes megfigyelő az első vonalon valamennyi beavatkozást lehallgatott a 4 órás műszak folyamán. A megfigyelők annyi különböző műszakot hallgattak le, amennyit lehetséges volt, számításba véve az ütemtervet, hogy olyan sok résztvevőt foglaljon magába, amennyit lehetséges, és a nap valamennyi időszakát és a hét valamennyi napját is magában foglalja (azaz a montreali központban 24 órát, egy héten 7 napot). A megfigyeléseket úgy végezték, hogy az önkéntes nem vette észre. A központok etikai bizottsága jóváhagyta a hívások meghallgatását, amely gyakran az önkéntesek felügyeletének része volt, de megtiltotta a hívások felvételét.

Váltott műszakban a megfigyelő lehallgatta az összes hívást a segítők és a hívók között, csak ritka esetben utasítva vissza a hívásokat, pl. rossz szám vagy a központ adminisztrációjának újrakódolása esetén (pl. a személyzet egyik tagjának hívása esetén) vagy ha nem volt öngyilkossággal kapcsolatos. Minden hívásnál minden választ azonnal sorrendben bekódoltak, a segítők válaszlistájának felhasználásával a 20 előre meghatározott kategória egyikébe. Azonban az öngyilkos hívók kijelentéseit a beavatkozás folyamatának vizsgálatokor nem elemezték.

Elemzésünk a segítők válasza, valamennyi önkéntes kommunikációja volt, amely a két fél közötti kommunikáció során történt, mint ahogy Reid (1978) meghatározta.

A telefonösszeköttetésben csaknem valamennyi önkéntes kommunikációja rövid volt, és csak egy előre meghatározott kategóriába illett. Ritka esetben úgy tűnt, két technika-típust alkalmaztak a felmérés azonos egységén belül, de az egyik volt túlsúlyban. A későbbiek során a skálán választott kategória nem változott, tekintettel a beavatkozások során történő gyors lépést, és az ismételt meghallgatás lehetőségét is.

## **A minősítés megbízhatósága**

Egészében véve a segítők válaszlistája megbízható eszköznek bizonyult a verbális magatartások minősítéséhez. Az ebben a vizsgálatban megfigyelt 617 hívó közül 117-et (19%) kódolt be egy vagy több megfigyelő abból a célból, hogy megállapítsa a minősítés megbízhatóságát. Ez a 117 hívó 11,95 arányt képviselt, amelyre vonatkozóan két egymástól független megfigyelő 0,86 átlag megegyezést ért el ( $K = 0,80$ ). Ezek közül a hívások közül 45-öt kódolt egy harmadik megfigyelő, aki átlag 0,79 megegyezést ért el ( $K = 0,71$ ). Különbségek főleg öt kevésbé kihasznált kategóriában fordultak elő, összesen csak a teljes osztályozás 1%-át téve ki. A hívások megfigyelőinek adatgyűjtése után egy másik kutató a két központ adatbázisaiból kapott információkat mind az önkéntes segítők, mind az öngyilkos hívókra vonatkozóan feldolgozta, a demográfiai és a szituációnak megfelelő jellemvonásokat illetően.

## ***Eredmények***

### **A telefonon történő közbelépések leírása**

A 20 kategóriás segítők válaszlistáján a megfigyelt 617 hívás 66.953 minősítést hozott létre.

A 2. táblázat minden kategóriára vonatkozóan mutatja a válaszok összes számát kategória szerint. Tekintettel arra a tényre, hogy a telefonhívások 1-10 percig tartanak, ezek az összeredmények

befolyásolhatják a beavatkozási stílusok összesítő leírását a hosszabb hívások nagyobb hatása miatt. Ezért minden egyes kategória kihasználási százalékát elkülönítve számolták ki a 617 hívás mindegyikére azért, hogy minden hívásra azonos súlyt fektessenek. A 2. táblázatban a 2. oszlop hívásonkénti általános kihasználáson alapuló kiszámolt százalékok átlagértékeit mutatják. Mi itt beszámolunk a két egyesült központ összes adatával kapcsolatban átfogó megállapításokról (508 hívás a Montreáli Központban és 109 Sherbrookban). Ez a döntés abból következik, hogy néhány eltérést találtak a két központ eredményei között. Ezek az eltérések nem a kutatás elsődleges céljával voltak kapcsolatban, ami a beavatkozás specifikus stílusainak kutatása (csoport analízisen keresztül).

1.	Csend	148	0,23	1,00
2.	Befejezetlen gondolat	50	0,09	0,51
3.	Tájékozódás/ vizsgálódás	15,447	25,68	12,65
4.	Elfogadás	24,899	33,60	17,73
5.	Megnyugtató	2,424	2,74	4,43
6.	Jóváhagyás	495	0,55	1,28
7.	Szándékos félreértés	14	0,01	0,09
8.	Moralizálás	368	0,33	1,34
9.	Visszautasítás	385	0,48	2,73
10.	Reflektálás	4,542	6,79	5,93
11.	Tájékoztatás/ javaslat/ tanács	8,535	15,19	11,87
12.	Fenyegetés	30	0,05	0,59
13.	Tájékoztatás/ javaslat/ tanács	2,689	5,44	7,65
14.	Fenyegetés	13	0,01	0,16
15.	Tisztázás/magyarázat	5,599	6,71	6,72
16.	Nagyon alapos magyarázat	49	0,05	0,52
17.	Egyéni tapasztalat	221	0,18	0,69
18.	A kívülálló személyre utalás	512	0,04	0,31
19.	Kivetítés	37	0,03	0,20
20.	Tájékoztatás segítőről	957	1,83	3,39
	Összesen	66,953		

2. táblázat

A 2. táblázat azt mutatja, hogy a 4. kategória az elfogadó a legjobban használt kategória (34%). A 3. kategória a tájékozódás, vizsgálódó és a 11. kategória az információ/ javaslat/ tanács következik az összes kihasználás 26 ill. 15%-ával. Egyéb válaszkategóriák jóval kevésbé gyakoriak, mindemellett a 13. kategória kihasználása: információ (javaslat) tanács, a beavatkozási „eljárásra” vonatkozóan 5% volt. Jóval kevésbé gyakran használt kategória a 12. fenyegetés és a 14. fenyegetés, amelyeket a krízisbe való beavatkozások jellemzik: „Ha nem hagyja abba a gyógyszerek bevitelét azonnal hívom a mentőt” vagy „Maradjon udvarias a telefonban vagy befejezem a társalgást.”

### **Beavatkozási stílusok**

A 617 válaszprofil a csoportanalízis alkalmazásával elemezték az SPSS<sup>x</sup> módszerrel a 20 válaszkategória értékének felhasználásával. A csoportanalízis két csoportot mutatott a beavatkozási stílusban. 9 kategóriánál a két csoport lényegesen eltérő. Ezeket a „Rogersi stílusnak” és „direktív stílusnak” neveztük el. Ugyanezt a csoportanalízist megismételtük a hívások 18%-a nélkül, amelyeket Sherbrookban figyeltünk meg, és ez azonos két stílust hozott létre, éppen ugyanazzal a 9 jelentős

eltéréssel. Azon is aggódtunk, hogy eltérések lehetnek az egészen rövid hívások miatt, így ismét megismételtük a csoportanalízist csak 1 percnél hosszabb hívásokra alkalmazva.

Mindkét stílusnál minden eltérő segítő válasz különböző szinten volt jelen. A 391 Rogersi stílusnak (vagy nondirektív) tekintett hívásnak lényegesen magasabb átlagos kihasználása volt 3 kategóriánál: 4. elfogadó, 6. jóváhagyó és a 2. kategóriában, megerősítő. A direktív stílus több jellemvonása volt: 3. tájékozódás (kivizsgálás), 11. információ, tanács, 10. reagálás, 13. információ, tanács, 20. a segítőről való tájékozódás, és a 9. a visszautasítás. Csak ezt a 9 kategóriát lehet megkülönböztetni a két beavatkozási stílus között. Mindamellet ez a 9 kategória az ebben a vizsgálatban előforduló valamennyi beavatkozás 90%-át képviseli.

### **A beavatkozási stílusok meghatározói**

Abból a célból, hogy kiderítsük milyen tényezők függenek össze a telefonon történő beavatkozás stílusával, megkülönböztető analízist folytattunk azért, hogy meghatározzuk, hogy a segítőknél és a hívóknál milyen jellemvonásait kellett alkalmazni ahhoz, hogy a 2 beavatkozási stílus között különbséget tudjunk tenni. A hívó jellemvonásai 13 változót tartalmaznak: nem, életkor, beszélt nyelv (francia vagy angol), a depressziós hangulat szintje (1-től = nincs, 5-ig), rövid időtartamú öngyilkossági sürgősség (1-től = alacsony, 9-ig = nagyon magas kockázat), jövőbeli öngyilkossági kockázat (1-től = alacsony, 9-ig = nagyon magas kockázat), krónikusság (gyakori hívó), gyógyszerhasználat (pszichotropikus gyógyszerek), öngyilkosság tervezése (1-től = nincs, 6-ig = kész terv), esetleges pszichotikus állapot a hívás alatt, mérgezettség a hívás alatt, mentális egészségügyi szakemberrel kapcsolattartás, és megelőző öngyilkossági kísérlet. A hívókra vonatkozó adatokat valamennyi olyan személyre vonatkozóan gyűjtötték össze a segítők, akik a központokat hívták, kivéve a „depressziós szinteket”, amelyeket a szubjektív minősítéseken alapuló hívás során kutatók értékelték ki. Az adatokat a szisztematikus információ központi feljegyzéseiből nyerték a hívókkal kapcsolatosan.

A speciális matematikai módszerek szerint a segítő önkéntes jellemvonásai: nem, életkor és telefonon történő beavatkozás során szerzett tapasztalatai. A hívó változói: életkor, előző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági kockázat, krónikusság, mérgezett állapot és orvosság használata. A segítők esetében csak a nemet és az életkor tartották meg.

A számítások alapján a beavatkozás két stílusa a hitelesnek elismert eljárással jól megkülönböztethető. Ezekből az eredményekből megállapíthatjuk, hogy a Rogersi stílusú beszélgetéseknél, egyrészt a hívók idősebbek és kevésbé veszélyeztetettek az öngyilkosság szempontjából. Szintén kevesebb hívót lehetett krónikusnak vagy mérgezettnek tekinteni. Másrészt ezek a Rogersi beavatkozások valószínűbbek voltak akkor, amikor a hívók gyógyszerkezelt állapotban voltak, vagy előző öngyilkossági kísérletekről számoltak be. A segítők jellemvonásait tekintve azt mondhatjuk, hogy inkább idősebbek és gyakrabban férfiak. A megkülönböztető eljárás alkalmazásával pontosan tudtuk osztályozni a hívások 61%-át. Így az irányító hívások 73,5%-át osztályoztuk megfelelően a Rogersi beavatkozások 53,7%-ával összehasonlítva.

## ***Befejezés***

Az itt alkalmazott minőségi módszerek azokat a beavatkozási folyamatokat vizsgálták, amelyek érdekes információt adtak arra vonatkozóan, hogy mi történik az öngyilkos hívók és az önkéntes segítők között a telefonon történő beavatkozások során. Annak a ténynek a dacára, hogy nem tudtuk megmérni azokat a beavatkozásokat, amelyek etikai okok miatt történtek, mivel ez rendszerint a pszichoterápia és a tanácsadás során történt, megfigyelési rendszerünkkel megbízható osztályozásokat kaptunk. Továbbá olyan beavatkozás profilokat tudtunk létrehozni, amelyek értelmezték a két

intervenciós stílust. Ezeknek a stílusoknak az azonosítása bármely előző osztályozási rendszer nélkül valósult meg, mivel a csoportosítás nem ellenőrzött minta felismerési folyamattal határozták meg ezeket. Mindamellettt már leírták a pszichoterápiára és a tanácsadásra vonatkozó irodalomban a két azonosítási stílushoz hasonló megközelítéseket (Hill és Corbett, 1993). Ezeknek a stílusoknak az önkéntesekkel történő azonosítása azt mutatja, hogy vitatható relatív hatékonyságuk vagy specifikusságuk dacára a beavatkozási folyamat egészében véve nem olyan nagyon különbözik bizonyos „szakszerű beavatkozásoktól”, különösen azoktól, amelyeket Hill kategorizált vizsgálataiban (1986, 1989). A szakemberekkel és nem szakemberekkel történő beavatkozási stílusok hasonló globális mintáját már egy vizsgálatban előzőleg bemutatták a Hill (1978, 1986) folyamatosztályozási rendszer alkalmazásával.

Azonban néhány specifikus technikát tekintve a hasonlóságok kevésbé nyilvánvalóak. Például mivel az öngyilkos hívó felé telefonon történő beavatkozások általában egy éppen fennálló krízis megoldásán alapulnak, kevés részletekbe menő magyarázat volt, amely a hosszú lejárátú bepillantótájékoztató terápiáknál megfelelőbb technika lehet.

Általában, egész sok tájékoztató, vizsgálódó, kutató kérdéseket találnak, még a „Rogersi” beavatkozási stílusban is. Ez feltehetően annak köszönhető, hogy az önkénteseket arra képezik ki, hogy valamennyi hívás sürgősségét vizsgálják meg, valamint a hívó erőforrásait részletesen feltárják közvetlen kérdésekkel (pl. „Tervezi-e, hogy öngyilkosságot követ el?” vagy „Hogyan tervezi az elkövetését?”, „Megpróbált valahonnan segítséget kérni?”). Ezért a Rogersi stílusú beavatkozások is némileg irányítóak voltak, azonban jóval inkább nem irányítóak, mint a direktív stílusú beavatkozások. Érdekes megjegyezni, hogy a beavatkozások egyes kategóriái azt mutatták, hogy gyakran nem tekinthetők megfelelőnek a hagyományos tanácsadási technikáknál. Például a segítők 221 esetben számoltak be saját személyes tapasztalatainak egyikéről. Néha ez olyan kijelentéseket foglalt magába, aminek az volt a célja, hogy egy empatikus kapcsolatot hozzon létre (pl. „Nekem is volt egy nehéz válaszom”), máskor pedig arról beszélgettek, hogy a segítő hogyan birkózott meg hasonló problémával (pl. „Amikor kiborulok, rendszerint felhívom az egyik barátomat, és elmegyek otthonról”). Másrészt, az olyan beavatkozásokat, mint a „moralizálás”, visszautasítás” és „fenyegetések” nyilvánvalóan ellenzik az önkéntesek kiképzési programjaiban a két központban. Mindamellettt, előfordulnak ezek a válasz típusok, bár nem gyakran. Következésképpen érdekes lehet ezeknek a válaszoknak, a szövegösszefüggéseinek és az ilyen válaszokra adott reakcióknak a minőségi elemzése.

Az önkéntesek szűrővizsgálaton esnek át képességeik kiválasztási folyamatában. 32 óránál több kiképzésen kell keresztül menniük, és azután ellenőrzik őket beavatkozásaik során, amíg úgy nem tekintik őket, hogy „készek” arra, hogy egyedül vegyék a hívásokat. Ezeknek a központoknak az önkéntesei megtanulják, hogyan becsülik fel a kockázatot és a sürgősséget, megtanulják, hogyan segítsenek, amikor valaki orvosi szükségállapotban van, és példákat mutatnak be arra vonatkozóan, hogyan kell kezelni bizonyos hívás típusokat. Kiképzésük azonban nem tanít meg egy bizonyos specifikus beavatkozási stílust. Valójában, eredményeink azt mutatják, hogy a megfigyelt beavatkozási stílusok (amelyek nem tekinthetők „pszichoterápiái” tájékoztatósnak) inkább az egész jellemvonások működésének és a hívók tapasztalatainak tekinthetők. Úgy tűnik, hogy az önkéntesek a hívó személytípus vagy a hívónak a hívás idején fennálló helyzetének természete alapján alkalmazzák telefonos „tanácsadási” ismeretüket. Valójában „válasz” osztályozási rendszerünk a hívó és a segítő közötti kölcsönhatások e folyamatának elismerésének tekinthető. Az önkénteseknek ezekhez a helyzetekhez való igazodása, saját hajlandóságukra való tekintet nélkül, hogy bizonyos stílust alkalmazzanak, a képességeikben megmutatózó rátermettségük jele lehet, hogy alkalmazkodjanak a hívók krízisének természetéhez. Tehát, folyamatvizsgálatunkban a hívók jellemvonásainak jelentősége specifikus lehet a krízishelyzeteknek megfelelően, és a pszichoterápia vagy a tanácsadás kevésbé visszaható „reaktív” helyzeteiben nem szükségszerűen ismétlődik meg. Másrészt, figyelembe kell venni, hogy a segítők esetében csak 3 változó állt rendelkezésünkre a megkülönböztető analízisük során a hívók 13 változójával szemben. Ez lehetőséget ad arra, hogy hiányozzon a hívók néhány fontos jellemvonása, még akkor is, ha végül a háromból kettőt megtartottunk. Ugyanakkor a hívók 13

jellemvonásából csak hatot tartottunk meg. Ezt megelőzően a hívók jellemvonásai a beavatkozások kimenetelével függtek össze. A vizsgálat hasonló hívó-jellemvonásokat alkalmazott, hogy megvizsgálja a specifikus beavatkozási stílusokkal való kapcsolataikat.

Ez a vizsgálat azt is megmutatja, hogy azoknak a nehézségeknek a dacára, hogy élő beavatkozásokat vizsgáltunk anélkül, hogy ezeket fel tudtuk volna jegyezni, ezt a feladatot sikeresen végrehajtottuk. Egy egyszerű és megbízható „műszer”, a segítők válaszlistájának alkalmazásával jó leírást tudtunk adni a két öngyilkossági megelőzési központ önkénteseinek telefonon folytatott beavatkozásairól. Ha le tudtuk volna jegyezni, és újra analizálni tudtuk volna ezeket a beavatkozásokat, nem szükségszerűen emelkedett volna megfigyeléseink minősége. Érdekes lett volna viszont bizonyos beavatkozások összefüggéseinek részletes minőségi elemzése, hogy jobban megértsük telefonos önkéntesekkel történő alkalmazásokat.

Úgy érezzük, hogy az itt közölt mennyiségi megközelítés sikeres és ésszerű módja egy nehezen megközelíthető jelenség vizsgálatának: a telefonon történő beavatkozás során a segítő és a kliens közötti kommunikációnak. Ez a megközelítés rávilágított a megkülönböztető analízis által, a hívó jelentőségére a kommunikációban is, a segítő sajátos beavatkozási stílusára gyakorolt hatására is. Az általunk alkalmazott metodológia nem mutatja a telefonon történő tanácsadás teljes bonyolultságát, mindamelllett objektív megközelítési módot ad ezekhez a kölcsönhatásokhoz, anélkül, hogy túl sok előző véleményt használnánk fel. Folyamatban lévő kutatásunkban a következő cél az, hogy megnézzük alkalmas-e ez a metodológia a telefonon történő tanácsadás technikai és beavatkozások hatékonyságának eredményfelmérései közötti kapcsolat vizsgálatára.

*Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 25. Summer, 1995  
(The American Association of Suicidology)*

## Könyvajánlat

**Peter Lauster: A társkapcsolat krízisei**  
Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

A nemek közötti harc, a napi civódások, a csalódottság és a frusztráció, a kölcsönös szemrehányások könnyen válságba sodorhatják a társkapcsolatot. 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.

**Susan Blackmore: A mém-gépezet (Kulturális gének - a mémek)**  
Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

A mém kifejezést *Richard Dawkins* használta először nagy sikerű könyvében, *Az önző gén*ben, és ezzel jókora követ hajított a genetika nem éppen nyugodt állóvizébe. Azt az ötletet vázolta fel ugyanis, hogy ha a gének az örökletes biológiai tulajdonságok másoló kódjai, akkor talán a kultúrának is vannak ilyen replikátorai, amelyek egységeit mémeknek nevezhetnénk. Szerinte szüntelenül másoljuk egymást, és a törzsféjlődés folyamán voltaképpen az utánpótlás emelte ki az embert a többi főemlős közül. Ahogy a gének a DNS-molekulákban kódolt utasítások, a mémek az emberi agyba és tárgyakba - például könyvekbe, képekbe, hidakba és mozdonyokba - rejtett másolási utasítások. Megtudhatjuk a könyvből, hogy óriási agyunk kifejlődésében és az emberi nyelv keletkezésében is döntő szerepet játszottak a kulturális gének.

**Ronald J. Comer: A lélek betegségei. Pszichopatológia**

Osiris, Bp. 2000.

Az 1998-as, harmadik angol nyelvű kiadás (az 1992-es első kiadás után) gyorsan megjelent magyarul, a szerkesztő, Boross Ottília fordításában. A könyv első részében - A pszichopatológia a tudományban és a klinikai gyakorlatban - e tudományág történetéről és az abnormalitás pszichológiai, biológiai és szociokulturális modelljeiről, valamint a diagnosztikáról szól.

A Szorongás és hangulatzavarok című rész öt fejezete a főbiáktól az öngyilkosságig tárgyalja a különböző hangulatzavarokat. A lélek és a test betegségei című részben egyebek mellett külön fejezet foglalkozik a szexuális élet és a nemi identitás zavaaraival.<sup>24</sup>

**Szerb Antal: A királyné nyaklánc**

Magvető, Bp. 2001.

Páratlanul érdekes világ elevenedik meg a regény lapjain: a forradalmat megelőző, pusztulásra ítélt, pazarló, fényűző, intrikákba és társasági multságokba merülő francia "rokokó" világa. A történet Marie Antoinette hírhedt gyémántjai körül bonyolódik. A meghökkenítő kalandok sorozatában bíborosoktól szélhámosokig ágaznak szét az udvari cselszövészek szájai, s az emberi sorsok váratlan fordulatai egy következő nagyobb változásra utalnak. Az író játékosan könnyed és mégis metsző iróniával vázolja fel az okokat, amelyek végső soron az ancien régime bukásához vezettek, s megnyitották az utat a forradalom előtt.

**Peter Schneider: Sigmund Freud (1856-1939)**

Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

Einstein mellett Freud a múlt század talán legnagyobb hatású gondolkodója. A pszichoanalízis megteremtőjeként nem csupán a pszichológia területén vált megkerülhetlenné a munkássága. A művészetekre, különösen az irodalomra gyakorolt hatása óriási volt, nélküle számtalan műalkotás nem - vagy nem így - jött volna létre. A Freud-jelenség rendkívül összetett. Tanait sokan vakon követték, sokan vulgarizálták, elvetették, felülmúlták, ahogyan az történni szokott, de hatása, személyisége ma is eleven.

A Magyar Könyvklub új sorozatában már több művészről kaptunk portrét (Bach, Lennon, Oscar Wilde), s most egy tudósról olvashatunk igényes szerkesztésben, feldolgozásban. Az életrajz és a tudományos munkásság leírása mellett a sokszínű háttérrel is megismerkedhetünk: az egyidejű események krónikájával, levélrészletekkel és barátságok történeteivel.

**Szilágyi István: Kő hull apadó kútba**

Magvető, Bp. 2001.

Komor, baljós hangulatú hegyek között fekszik Jajdon, a nevében is fájdalmas város. Egy asszony minden éjjel köveket gyűjt kosarába és a kútba önti súlyos terhét. Vállát, kezét sebek borítják, de a régen kiszáradt kút egyre követeli az áldozatot. Ilka csak akkor nyugodhat meg, ha teljesen betemeti a tátongó mélységet és vele együtt egész fájdalmas múltját. A történet a 20. század első felében, a nagy kivándorlások idején játszódik, feloldhatatlan ellentét van a jajdoni polgárok és a hegyekben élő parasztok között, mintha csak az ókori spártaiak és "körüllakók" elevenednének meg Erdélyben. De öröknek tűnő a feszültség polgár és kereskedő, paraszt és városlakó, gazdag és nincstelen között, eközben Jajdon is lassan, de megállíthatatlanul halad a pusztulás, az enyészet felé.

<sup>24</sup> Dr. Szilágyi Vilmos ajánlása (Magyar Szexológiai Szemle (20001/1. szám))

**Benedek István: Ady Endre szerelmei és házassága**

Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

A könyv főszereplője nem Ady Endre, hanem a felesége: Csinszka. Érdekes, különleges egyénisége dacára Csinszka csak Ady által kerülhetett az általános érdeklődés látószögébe, ezért e könyv minden szava mögött kimondatlanul is ott van Ady Endre súlyos egyénisége és nagyszerű költészete. Ady versei nem ötletszerű ihletésűek: mindegyikben ott munkál a közélet vagy a magánélet valamilyen drámája. A Csinszka-versekben ezek a motívumok éppúgy nyomon követhetők, mint a Léda-versekben. Az utóbbit az irodalomtörténészek számtalanszor feldolgozták, Csinszka ellenben a megbotránkozó vagy megbocsátó értékelések közt szinte elveszítette valódi jelentőségét. Ezt a hiányosságot igyekszik pótolni a szerző, összekapcsolva azokkal az életrajzi és lélektani elemekkel, amelyek Ady és a nő viszonyában a tárgyilagos ítékezéshez elengedhetetlenek. Ady költészetét nem lehet elválasztani sem a magánéletétől, sem a közéletétől, sem futó vagy tartós szerelmi kapcsolatainak hősnőitől. Ezért találja itt az olvasó adatszerűen összegyűjtve mindazt, ami Ady szerelmeivel és ezeknek kapcsán a költészetével összefügg.

**Walter Salmen: A klezmer zene és eredete**

Park, Bp. 2001.

A kelet-európai zsidó közösségek hozták létre a klezmer zene jellegzetes formáit, alakították stílusát. Életük számos rituális eseményéhez szervesen kapcsolódott az effajta zene. Öt évszázados fejlődése nyomán a 20. század elején élte virágkorát, amikor a jiddis kultúra is virágzott Közép- és Kelet-Európában, de a holokauszt és a migráció miatt el is tűnt. Különösen gazdag a kötet illusztrációs anyaga; a könyvhöz CD mellékletet is készítettek, amit külön meg lehet vásárolni, ha a zenéről nemcsak olvasni szeretnénk, hanem hallani is kívánjuk a klezmer napjainkig tartó fejlődését.

**Idézetek**

Az embernek nem lehet megmondani, melyik úton járjon. Hisz tanítással, imával, böjtöléssel, sőt evéssel is lehet szolgálni Istent. Mindenkinek arra kell ügyelnie, hogy a szívére hallgasson, és aztán a választott úton kell haladnia lelke minden erejével.<sup>25</sup>

Amíg szeretni tudsz, fiatal maradsz.<sup>26</sup>

Nincs felemelőbb érzés annál, mint egy önmagunkon túlmutató ügyért harcolni - olyasmért, aminek a részesei vagyunk ugyan, de korántsem csak a mi létünk körül forog.<sup>27</sup>

Lesem önmagamra leső magamat.<sup>28</sup>

A boldogság szempontjából nem sokat számít, hogy mit akarunk, az számít egyes-egyedül, hogy mit érünk el.<sup>29</sup>

<sup>25</sup> Martin Buber

<sup>26</sup> Pabló Casals

<sup>27</sup> Dave Weinbaum

<sup>28</sup> William Wharton

<sup>29</sup> Robert Musil

A tökéletességet csakis az egyedi kutató érheti el, kizárólag abban az értelemben, hogy mindenről beszámol, amit képes volt meglátni.<sup>30</sup>

Ami a legrosszabb, úgy istenigazából, az még odébb van.<sup>31</sup>

Az élet minősége elsősorban két tényezőtől függ: milyennek látjuk a munkánkat, és milyen a kapcsolatunk más emberekkel.<sup>32</sup>

A léleknek örökös fennmaradása nem volna elegendő a végtelenség megszemplélésére és mindennek a megismerésére.<sup>33</sup>

A legtöbb ember gyilkos: embert ölt önmagában.<sup>34</sup>

*infó III. évfolyam, 9. szám.*

*Lezárva: 2001. október 22-én, Debrecen.  
"Segítőkéz" Lelkisegély Telefonszolgálat  
4024. Debrecen, Varga u. 1.*

*Kozma Ferencné, © Rénes László ®*

---

<sup>30</sup> Georg Simmel

<sup>31</sup> Umberto Eco

<sup>32</sup> Csíkszentmihályi Mihály

<sup>33</sup> Flammarion Cammille

<sup>34</sup> Stanislaw Jerzy Lec