



**Tartalom:**

Bevezetés  
Telefonos nap 2002.  
Információk, közérdekű szolgáltatások  
A 2001. évi statisztikánk  
Cikkek, tanulmányok a Délkeleti Régió Hírleveléből  
Tanulmány  
Könyvajánlat  
Idézetek

**Bevezetés**

Immár negyedik évfolyamába lépett az *Infó*; 27. havi lapunk jelenik meg ebben a hónapban, s most a nyolcadik különszámot tartja kezében az Olvasó.

A havi-kéthavi lapot a telefonos ügyelőinknek szerkesztjük, s ezekből a lapokból válogatva a "külső" érdeklődőknek készül a különszám. Leginkább azokkal a cikkekkel, tanulmányokkal jelenünk meg ezeken a hasábokon, amelyek bemutatják a munkánkat, vagy a szakterületünkön is hasznosítható ismereteket tartalmaznak.

2001. szeptembere óta a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetségének Délkeleti Régiója is rendelkezik egy negyedévenként megjelenő hírlevéllel. Úgy gondoltuk, hogy ezentúl az *Infó* különszámaiba ebből a periodikából is beszerkesztünk cikkeket (annál is inkább, mivel mindkét lapnak azonos a szerkesztője).

A telefonos segítői munkát, sikereinket és nehézségeinket csak szűkebb szakmai körökben ismerik, pedig ez a „mozgalom” talán az egyik legrégebbi önkéntes, karitatív szolgáltatás hazánkban.

Szeretnénk, ha módunkban állna egy kicsit többet megmutatni a munkánkból. Ezt a célt szolgálná ez a kiadványunk is, s a benne szereplő cikkek és tanulmányok.

Debrecen, 2002. május 2.

Rénes László (szerkesztő)

*Telefonos Nap*

*Infó különszám*

(VIII.)

**Telefonos Nap, 2002.**

## Információk, közérdekű szolgáltatások

- **Szomorú hír:**

A *Nyíregyházi Lelkiségegy Telefonszolgálat* áprilistól kénytelen szüneteltetni az ügyeletét. A "szomszédvár" szolgálata megalakulása óta a Magyar Vöröskereszthez tartozik. A Vöröskereszt ebben az évben jelentős állami támogatástól esett el, így számos tevékenységét korlátoznia kellett. A telefonszolgálat működtetése úgy tűnik, áldozatul esett a költségek lefaragásának. A megyeszékhely sem, és a megye sem tett eddig lépéseket arra, hogy megmentsék a telefonos szolgáltatást. Szomorú, de így nincs más lehetőség, csak a szüneteltetés.

- A **Gordon** kapcsolati **tréningek** fontos alapkészségeket nyújtanak a hatékonyabb kommunikációhoz, a társas kapcsolatok erősítéséhez, az önismeret mélyüléséhez. Többféle tanfolyamot is indítanak ebben az évben Debrecenben: szülői, női, tanári és ifjúsági tréningeket szerveznek, amelyek általában **30 órá**sak. A tanfolyam költségeit havi részletekben is ki lehet fizetni. Érdeklődni lehet: 52/715-696 és a 30/975-5693-as telefonszámokon lehet.

- **Mellrák-megelőzési centrumot** adtak át a **Kenézy kórház**ban. Korszerű mammográfiás és ultrahang készülékkel még a kitapinthatóság előtt meghatározhatók a mellben kialakult daganatok. Azt remélik, hogy az elkövetkező években akár 30%-kal csökkenhet a megyében a mellrákos megbetegedések száma. Minden 45 és 65 év közötti nőnek két évente térítésmentesen jár a szűrővizsgálat, amire névre szóló értesítést kapnak majd a kórháztól. Ez a megyében 58 ezer nőt érint.

- Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program jegyében **Életmódklubot** szerveztek a Széchenyi-kerti Református Egyházközség **Foglalkoztató Ház**ában, a Mindenki Otthonában, az István király téren. Az Életmódklub a Tócskert 40 ezer lakosának szeretne az egészséggel kapcsolatos ismereteket nyújtani, a betegségek kialakulását megelőzni. A havi egy alkalommal rendezett programokon előadásokat hallgathatnak az érdeklődők a betegségek kialakulásáról és az egészséges életmódról.

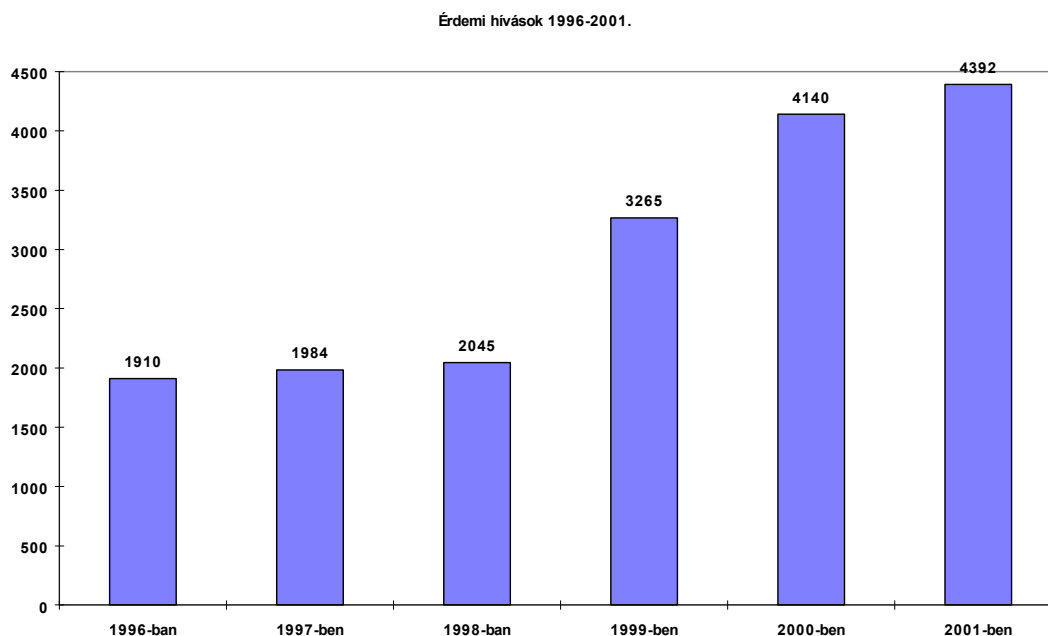
- Pszichoterápiás csoportos foglalkozásokat szervez a közelmúltban diagnosztizált **sclerosis multiplex (SM) betegek** és hozzátartozóik számára a fővárosi Uzsoki utcai kórház. A foglalkozások ebben a kórházban, márciustól kezdődően, kéthetente két órában lesznek megtartva. Az összesen 10 alkalomra szervezett terápiát klinikai szakpszichológusok vezetik. A program célja az SM betegséggel együtt járó passzivitás, az elmagányosodás, a depresszió megelőzése. A szervező a **Sclerosis Multiplex Budapesti Egyesület** (telefon: 1/388-5529 és 388-2388).

- A *Most Van Holnap Alapítvány* több éve (az Organon Gyógyszergyár anyagi hozzájárulásával) munkálkodik azon, hogy az országban minél több **Tinédzser-ambulancia** jöjjön létre. Ezeken az ambulanciákon nemcsak a tizenéves lányok nőgyógyászati problémáival foglalkoznak, hanem szívesen látják a tinédzser fiúkat is. Ma már az országban 41 ilyen ambulancia működik.

- A Szekszárd Városi Mentálhigiénés Egyesület, a Pécsi Tudományegyetem Illyés Gyula Főiskolai kara és a Babits Mihály Művelődési Ház közös szervezésében tartják meg Szekszárdon a **XIV. Családóvó Nyári Egyetemet** 2002. június 30. és július 6-a között: **Nemzedékek együttélési formái a családban** címmel. Az izgalmas programokból kiemelnénk a választható, zárt kiscsoportos tréningeket, amelyeket a hét nap öt délutánján tartanak meg. A következő kiscsoportokból lehet választani: örömtréning, családi önismereti tréning, családi kommunikáció és hatékony konfliktus megoldás, illetve közösségi kommunikációs formák vezetésének gyakorlata. A délelőttök a szakmai előadásoké. A sok előadó közül néhányat van módunk megemlíteni: Iván László professzor, Dr. Komlósi Piroska, Dr. Polcz Elaine, Dr. Kapitány Ágnes, Dr. Kapitány Gábor, Dr. Bánlaky Pál, C. Molnár Emma, Dr. Bagdy Emőke, Dr. Vekerdy Tamás, Dr. Utasi Ágnes. Az esti programok nagyon változatosak, a színházi előadástól kezdve az intézménylátogatásig mindenféle kikapcsolódási lehetőséget is kínálnak. **Jelentkezési határidő: június 5-e.** A részvételi díjakról és további információkról Dér Miklósnénál és Pócs Margitnál lehet érdeklődni (Városi Mentálhigiénés Egyesület, Szekszárd, Szent István tér 10. Tel.: 74-511-951; 74-411-133; Fax: 74-511-950).

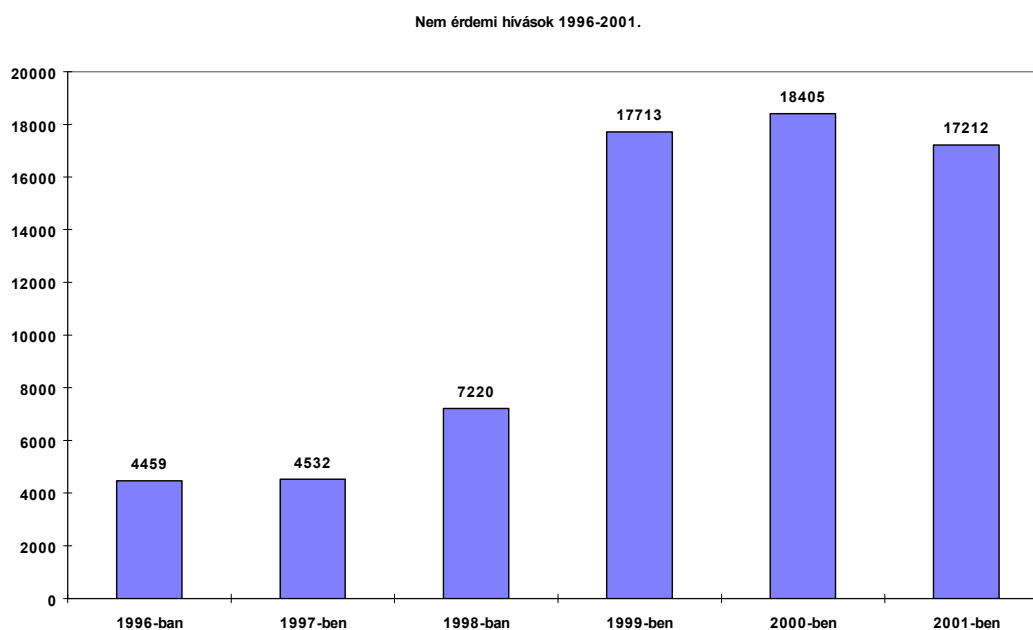
A 2001. évi statisztikánk

## 1. Érdelemi és nem érdelemi hívások összehasonlítása az előző évekkkel



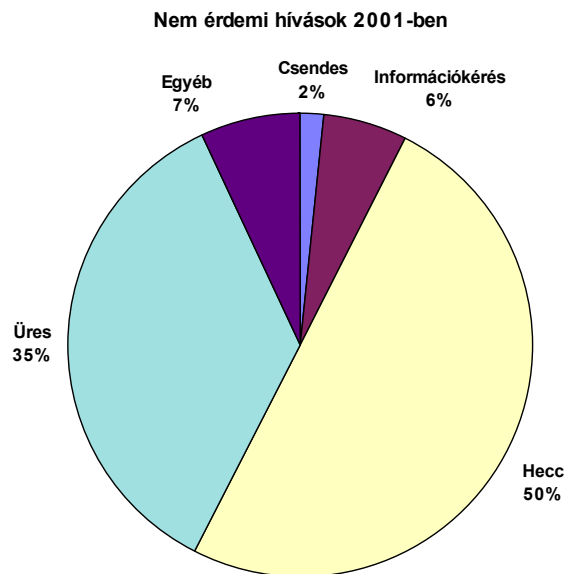
1. ábra. Érdelemi hívások 1996-2001 között.

Az első ábráról látható, hogy 2001-ben is emelkedett az érdelemi hívások száma, de megállt az a "rohamos" növekedés, ami 1999-et és 2000-et jellemezte.



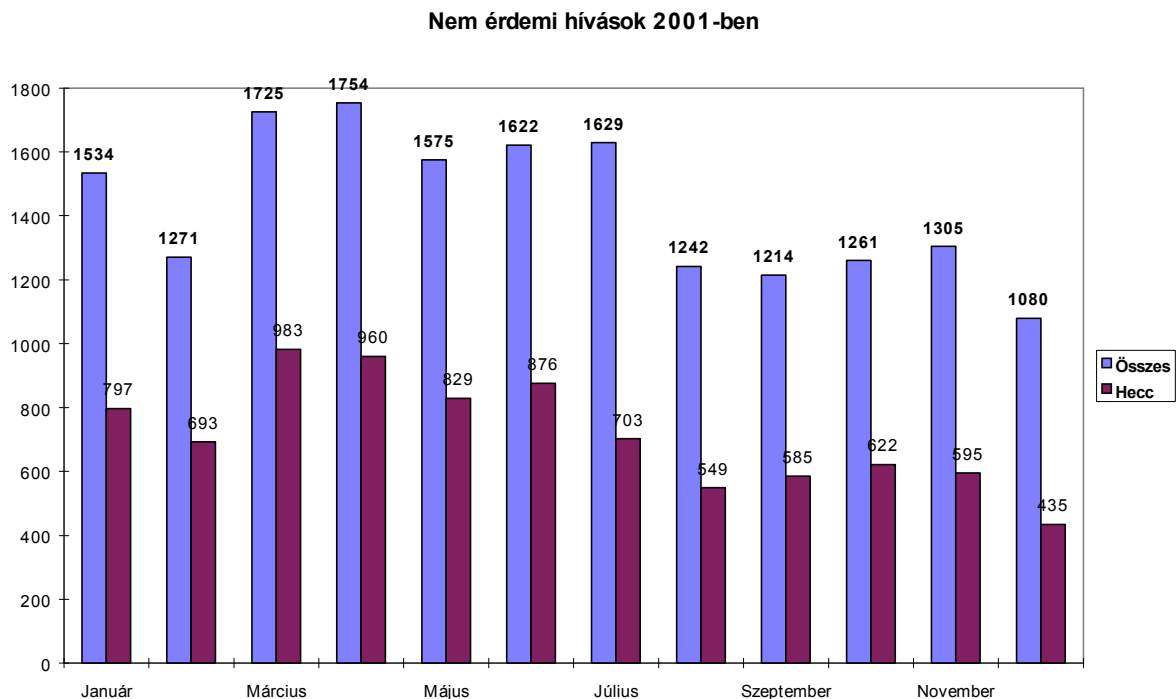
2. ábra. Nem érdelemi hívások 1996-2001 között.

A második ábra ennél még öröndetesebb: a nem érdemi hívások száma 2000-hez képest csökkent, s valamivel az 1999-es év "alá" csúszott.



3. ábra. Nem érdemi hívások típusai 2001-ben.

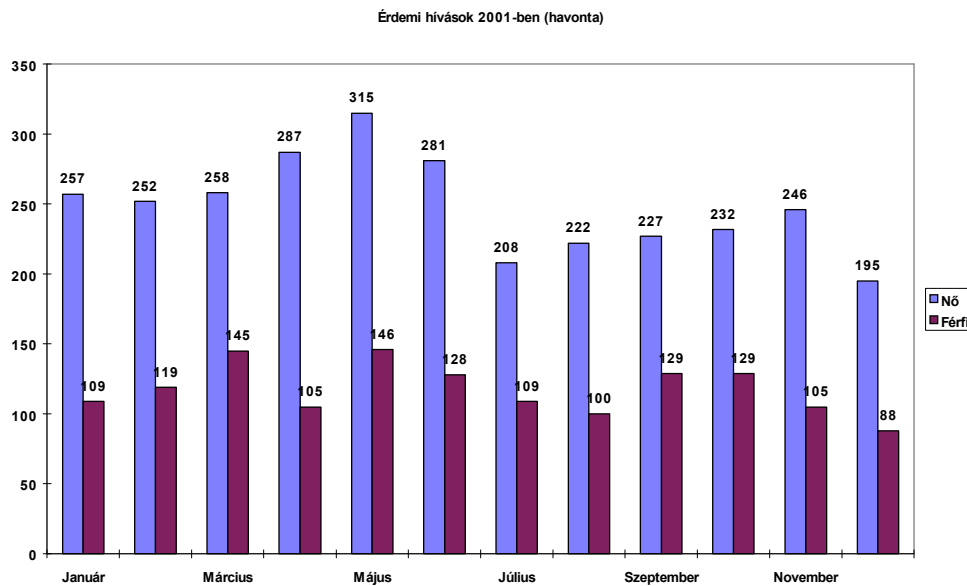
2000-ben nem érdemi hívások arányai: információkérés 4%, egyéb 8%, üres 36%, hecc 51%. Úgy tűnik, hogy számottevő változás ebben a megoszlásban nem lesz, továbbra is a hecc-vicc hívások uralják a nem érdemi hívások felét.



4. ábra. Nem érdemi hívások 2001-ben havi megbontásban (a hecc-vicc hívások és az összes hívások).

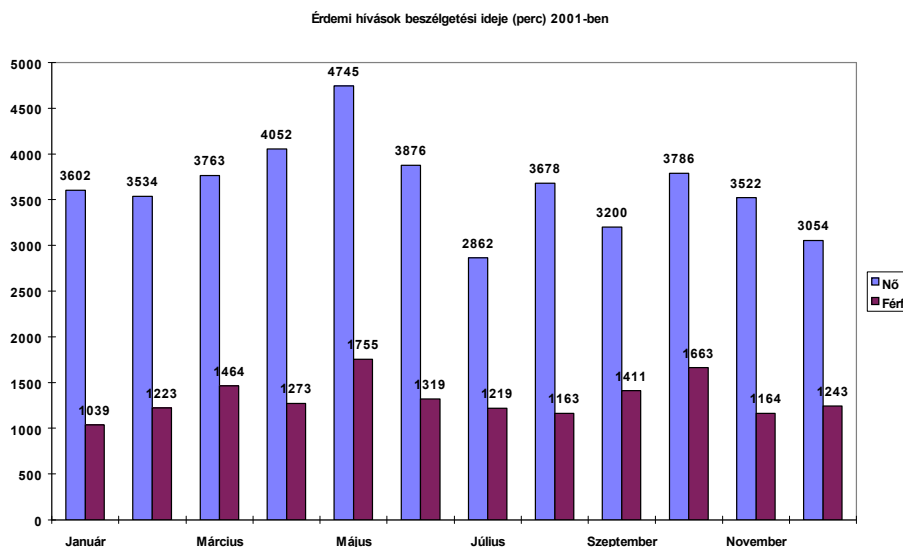
Kimagasló 2000-ben július hónap volt a nem érdemi összességében és a hecc hívásokban is (ebben évek óta hasonló tendenciát láthatunk). A tavalyi évben mintha változás történt volna, szembeötlő, hogy az év első felében jóval több nem érdemi hívásunk volt. A tendencia valószínűleg nem változott, csak egy "valami": a kijelző használata. Látható, hogy a júniustól használt kijelző június-júliusban még nem éreztette hatását, de utána egyre inkább csökkennek a nem érdemi hívások, azon belül is a hecc hívások. Minden aggodalom ellenére: érdemi hívásaink nőttek, a kijelző használata viszont a nem érdemi hívásokban csökkenést hozott, amit szeretünk volna elérni.

## 2. Érdemi hívások jellemzői 2001-ben



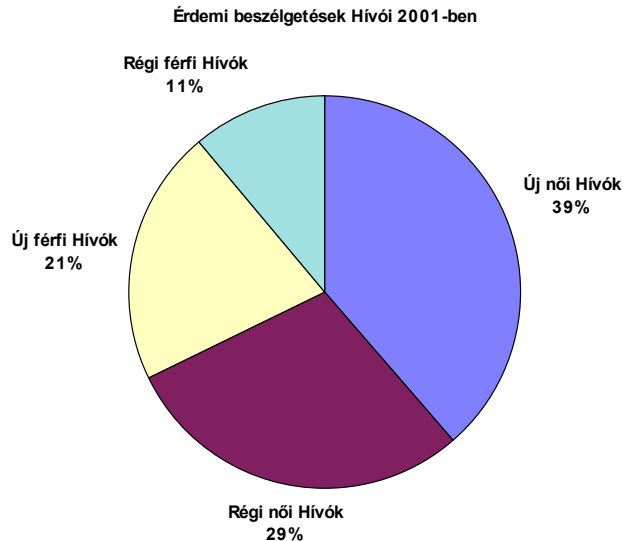
5. ábra. Érdemi hívások nemek szerint havi megbontásban.

Az 5. ábra mutatja, hogy havonként hogyan alakult az érdemi hívások száma. A nőket és férfiakat külön vettük, bár most ilyen szempontból nem elemezzük a hívások megoszlását. Az év első felében több hívásunk volt, a csúcs május (összes érdemi hívás: 461!) és az előtte és utána következő hónapok. Júliustól csökkenés következik.



6. ábra. Érdemi hívások beszélgetési ideje nemek szerint.

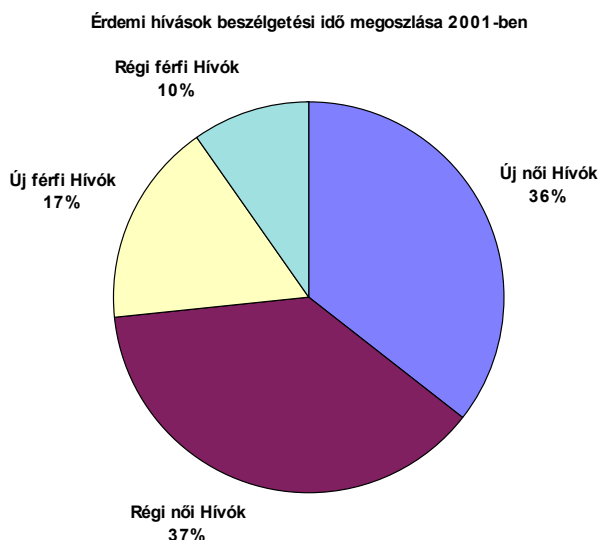
A 6. ábra miatt van haszna, hogy külön mutatjuk a nemeket, ugyanis így jól összehasonlítható a beszélgetési idő a hívások gyakoriságával: a hívások az év második felében csökkentek, viszont a női Hívóknál a beszélgetési idő arányában nem csökkent ennyire. Ha októbert nézzük, akkor látható, hogy 232 női Hívó volt, még az első 6 hónapban a legkevesebb 252, mégis októberben 3786 percet vettek igénybe, amivel a negyedik legtöbb hívási idő ebben hónapban keletkezett.



7. ábra. Érdemi beszélgetések Hívói százalékos megoszlásban.

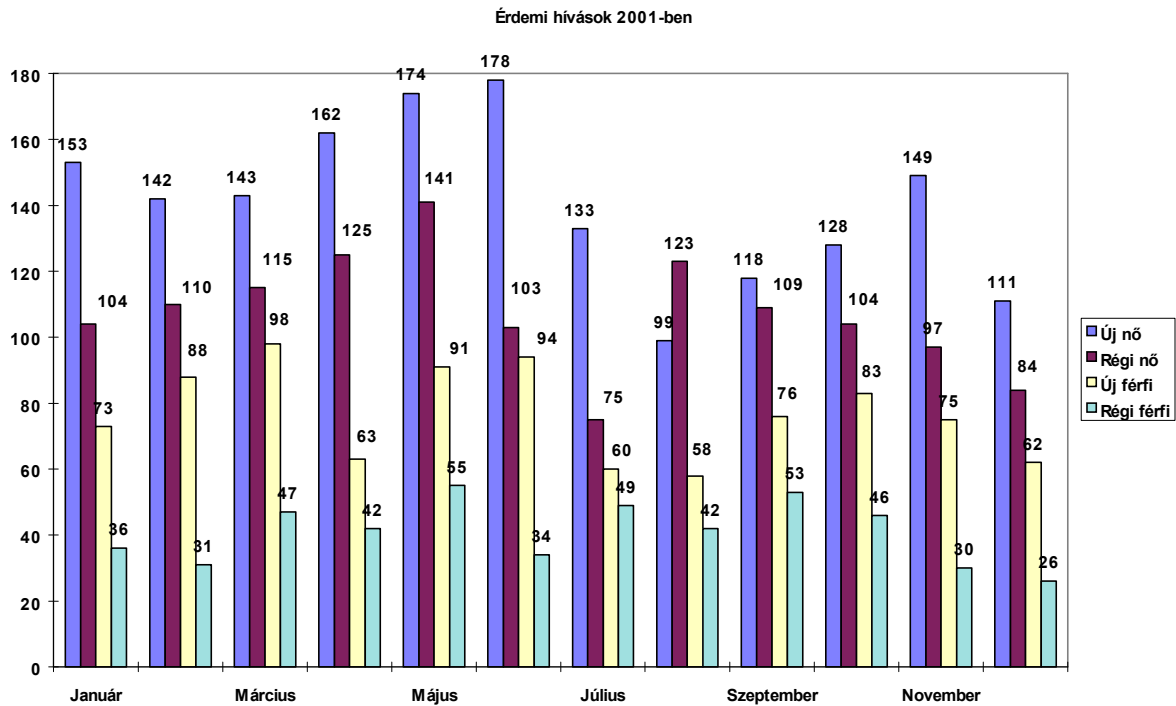
2000-ben a hívók 70%-a nő, 30%-a férfi volt, amihez képest 2001-ben két százaléknnyit javult a férfiak aránya: 32% a 68% női Hívóval szemben.

2000-ben is az új női hívók 39%, régi női hívók 31%, új férfi 18% és régi férfi 12%. Ehhez képest emelkedés van az új férfi Hívóknál (3%) és csökkenés a régi női Hívóknál (2%).

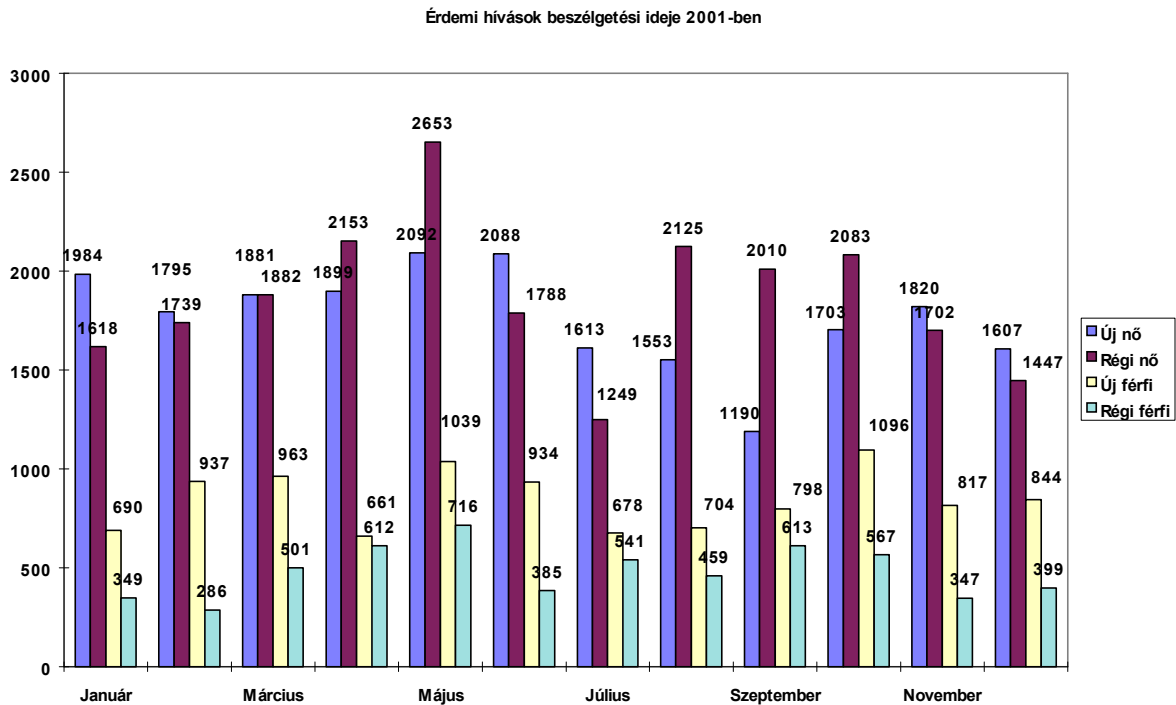


8. ábra. Érdemi hívások beszélgetési idő megoszlása.

2000-ben a beszélgetési idő megoszlása a következő módon alakult: új női hívók 34%, régi női hívók 40%, új férfi hívók 16% és régi férfi hívók 10%. 2001-ben 3%-kal kevesebb idő jutott a régi női Hívókra és ez a 3% az új Hívókra tevődött át.



9. ábra. Érdemi hívások régi-új Hívók szerint.



10. ábra. Érdemi hívások beszélgetési ideje régi-új Hívók szerint.

A 9. és a 10. ábrát érdemes együtt nézni. Könnyen levonható a tanulság: ha az új férfi Hívók többen vannak, akkor a beszélgetési idejük is több, viszont a nőknél a régi női Hívók beszélgetési ideje olykor még akkor is több,



ha a hívások arányában kevesebben is voltak az új női Hívókhöz képest. Amióta statisztikát készítünk a hívásainkról, ezt minden évben megállapíthattuk. Csak nem mindegy, hogy milyen arányban létezik ez az arányeltolódás. Már tavaly is örömmel láttuk, hogy 2000-ben, egy-két kimagasló hónapot eltekintve, csökkent a régi női Hívók beszélgetési ideje az előző évekhez képest. 2001-ben, ha nem is sokkal, de megint csökkenés tapasztalható. Ugye tudjuk, hogy a régi Hívók beszélgetési idejének mennyiségéből elég jól lehet következtetni arra, hogy egy szolgálat életében mennyire vannak jelen a krónikus Hívók?

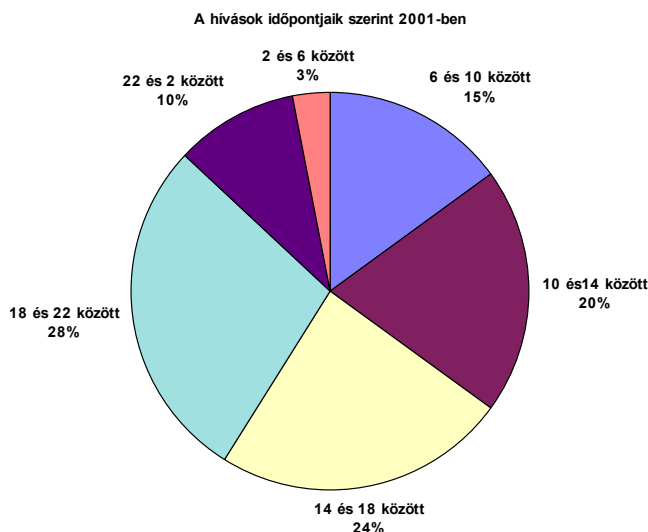
### 3. Érdelemi hívásaink átlagideje, a hívások időpontok szerint

2001-ben a következőképpen alakultak az átlag beszélgetési idők: 13,5 perc/beszélgetés átlagidő jellemző az összes hívásra. Ezen belül 14,5 perc jut a női Hívókra, még a férfiaknál valamivel több 11 percnél. A férfiaknál mindössze kb. fél perccel több jut átlagban a régi Hívókra, viszont a nőknél az új Hívók átlaga 12,5 perc, ill. a régi Hívóknál 17,5 percre emelkedik az átlag. Tehát ez a mutató is megerősíti, hogy a régi női Hívóinkra több időt fordítunk. Országos viszonylatban a mi átlagunk a legkisebbek között van, volt olyan év, amikor nálunk volt a legkevesebb átlagidő. Az időkereteket tehát összességében jól tartjuk, a régi női Hívóink többször igényelnének többet, de nem sok alkalommal "születnek" hosszú beszélgetések. Az évek során ebben is javulás tapasztalható.

Arra is kíváncsiak szoktunk lenni, hogy mikor futnak be a legtöbb érdelemi hívások.

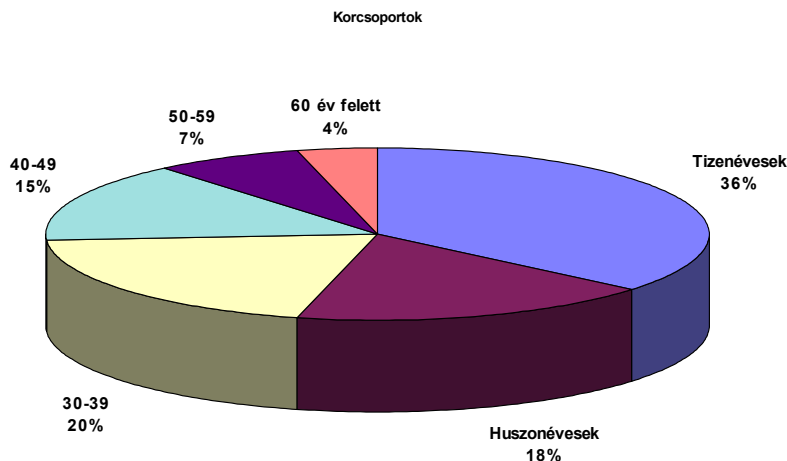
A 11. ábrán 4 óránként osztottuk fel a napot, s így 18 és 22 óra között volt a legtöbb hívás, az összes érdelemi hívás 28%-a ekkor érkezik. Tovább bontva: kimagasló 18 és 19 óra között (8%), illetve az utána következő két órában (7-7%).

2000-hez képest az esti órákban 1%-ot, a délutáni időszakban 4%-ot emelkedett a hívások gyakorisága, a reggeli időpontban viszont 5%-ot csökkent.



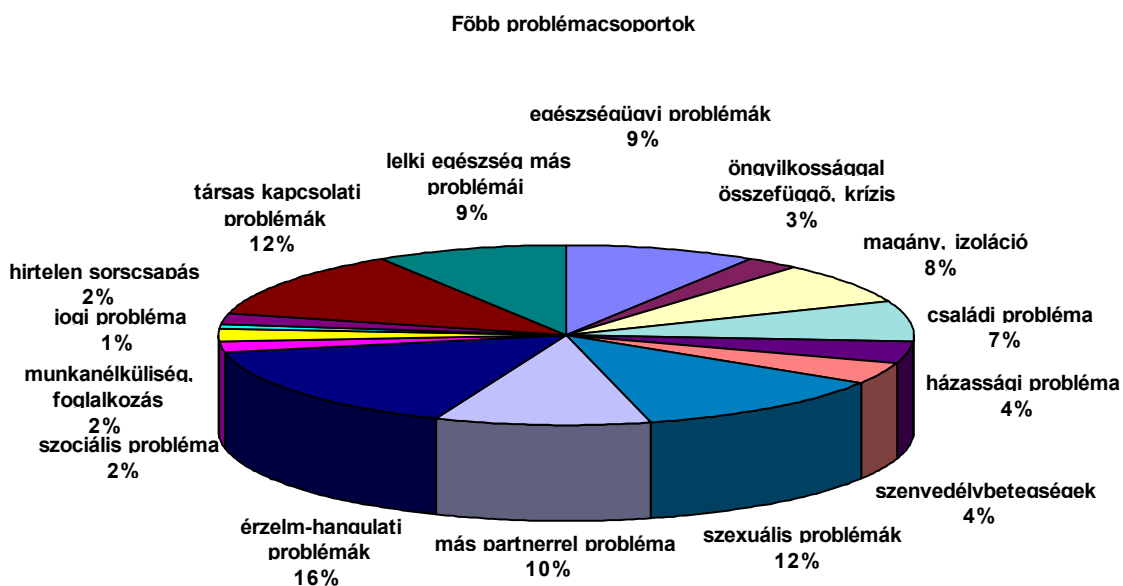
11. ábra. Érdelemi hívások időpontok szerinti megoszlása

### 4. Néhány adat a Hívóinkról



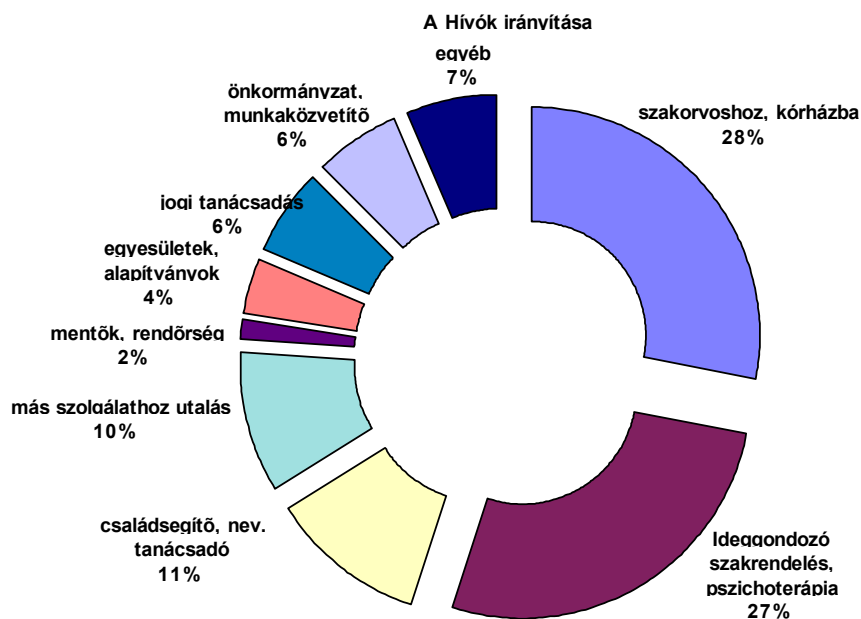
12. ábra. Korcsoportok százalékosan.

Továbbra is a tizenéves Hívók vannak a legtöbben (1573 hívás); 36%-os volt az arányuk 2000-ben is. A 40 év felettiek valamelyest emelkedtek, de a 60 év felettiak tovább csökkentek: 6%-nál soha nem volt magasabb az arányuk, 2000-ben 5%, de már tavaly 4%-ra csökkent.



13. ábra. A hívásokban megjelenő problémák csoportosítása.

A hívásokban megjelenő problémákat aszerint csoportosítottuk, ahogy a jegyzőkönyvön is kódoljuk. Továbbra is a legtöbb probléma az érzelmi-hangulati jellegűek, a társas kapcsolati problémák, szexuális és partnerkapcsolati problémák. Mindezekről tudjuk, hogy leginkább a fiatalok hívásaiban jelennek meg. 2000-hez képest növekedést tapasztaltunk a szexuális problémáknál és az egészségügyi problémáknál. Csökkent viszont az érzelmi-hangulati problémák és a magány, izoláció száma.



14. ábra. Operatív beavatkozás és irányítás megoszlása.

A 4392 érdemi hívásból 930 esetben volt szükség a Hívót valamilyen szakellátás felé irányítani. Ez az összes hívás 21%-a. 2000-ben 19%-os volt ez az arány.

A Hívóinkat legtöbbször egészségügyi ellátás felé irányítottuk, 2000-hez képest valamivel kevesebb alkalommal. 14 esetben fordultunk a mentőkhöz vagy rendőrséghez, amit operatív beavatkozásnak regisztráltunk.

Végül itt szeretnék még a krízishívásokról rövid tájékoztatást adni: 29 Hívó volt krízishelyzetben, ami akár öngyilkossággal is végződhetett volna. 8 esetben már kárt is tett magában vagy gyógyszerrel vett be a Hívó.

Rénes László

## Cikkek, tanulmányok a Régió Hírlevélből

### Van kiút

A mentálhigiéné nem csupán pszichés megbetegedések prevenciója, nem csak lelki egészségvédelem, hanem tágabb értelemben egy közösség, egy régió lelki egészségének állapota, de az az intézményrendszer is, mely ennek javítására, fenntartására hivatott. Szociológiai megközelítésben gyógyító és megelőző intézmények működése, hatékonysága és fejlettsége alapján ítélni lehet a mentálhigiéné. Az intézmények az alábbi feladatokra irányulnak:

- 1) a személyiség fejlődésének elősegítése,
- 2) az interperszonális kapcsolatok kulturáltságának fokozása,
- 3) közösségi kapcsolatok interakciós viszonyainak humanizálása,

- 4) a segítség gyakorlatának kialakítása, (fogyatékosok, hátrányos helyzetűek).

Hazánk megítélése a mentálhigiéné minden kritériuma szerint kedvezőtlennek mondható, a korábbi évtizedekben megszűnő lokális közösségek, a társadalmi rétegződés markáns változása, az elszegényedéssel együtt járó megélhetési gondok és egyfajta általánosnak mondható dezintegráltság következtében. A fejlődés irányát mutatják a nevelési tanácsadók, az ifjúságvédelmi intézmények, családsegítő szolgálatok, egy-egy célzott réteg felé irányított szolgáltatások mint a tini- vagy drogtelefonok. A szolgáltatások és lehetőségek olyan társadalmi gondokra próbálnak

megoldást keresni, mint az alkoholizmus, a fiatalkori devianciák, drogfüggőség, válás, öngyilkosság. Az öngyilkosság megelőzésében, a fenti gondok talaján kialakult krízisek kezelésében bírnak nagy jelentőséggel a *lelkiségély telefonszolgálatok*.

A lelkiségély telefonszolgálatot a fogyasztó (hívó) oldaláról megközelítve azt kell megvizsgálnunk, hogy akár hirtelen, akár hosszan elhúzódó döntési folyamatában milyen befolyásoló tényezők merülnek fel. Alapvetően valamilyen szükséglet merül fel a hívóban, akár fiziológiai, akár pszichológiai (hovatarozás, elfogadás, érzelmek). Ez utóbbit sokkal nehezebb kategorizálni, hiszen a fiziológiaival ellentétben utóbbi csak egy része másodlagos, tanult szükséglet, mint az értékelés, elismerés, tisztelet szükséglete. Másfajta felosztás (James Bayton) biogenetikus és pszichogenikus szükségletet említ, utóbbiak az érzelmi szükségletek, az egot támogató és az ego védelmét szolgáló szükségletek.

A hívó döntési folyamata tehát a következő:

- 1) felmerül a szükséglet,
- 2) beszerzi az információkat, értékeli az alternatívákat,
- 3) döntést hoz, esetleg elmarad a cselekvés.

Ha a hívó a szükséglete érdekében cselekvő lépésre szánja el magát, motiválnak tekinthető. A motívumok a feszültségcsökkentés szolgálatában állnak, a hívó alapvető célja, hogy visszatérjen egyensúlyi állapotában. A folyamat: szükségletek -

motívumok - akció - feszültség kielégítése - feszültség csökkenése.

Ezek alapján kiemelten fontos számunkra a hívó döntési folyamatának az a szakasza, melyben a számára ismert alternatívák közül választ, aszerint, milyen lehetőséget kínálnak a felismert szükséglete kielégítésére. A hívó értékelő kritériumait saját szükségletei határozzák meg. Kínálatunknak, más szóval reklámunknak olyan üzenetet kell tartalmazni, melynek ismeretében a hívó joggal feltételezheti, hogy választása problémájának legjobb megoldását szolgálja. Ha a folyamat végén elégedettség alakul ki a hívóban, tapasztalata befolyásolhatja jövőbeni döntéseit is, így hasonló esetben automatikusan elhagyja a keresés és értékelés szakaszait és újra a már megismert *lelkiségély telefonszolgálatot hívja*. A telefonszolgálat speciális volta miatt nincs lehetőségünk feed-backre, nem tudhatjuk, milyen információkat használt a hívó, s az elégedettségéről is csak szubjektíve nyilatkozhatunk. E tény ismeretében reklámunkat nem korlátozhatjuk a „piac” bármely szűk szegmensére, nincs számunkra a szűken vett értelemben célcsoport. Reklámunkkal úgy érünk célt, s itt már használhatjuk a feltételes módot-, úgy *érhetnének célt*, ha széles spektrumú, több médiumot felhasználó, nagy intenzitású kampányt tudnánk beindítani, s viszonylagos folyamatossággal fenntartani. - *Tégy jót és beszélj róla*- e mondattal foglalható össze public relations munka lényege. A szegedi lelkiségély telefonszolgálatnál a mondat első fele már megvalósult.

(Á.J., Szeged)



## A LELKISEGÉLYSZOLGÁLAT ÉS A MENTÁLHIGIÉNÉ Gondolatok a telefonos segítőmunkáról

Szeretném ezzel a néhány idézettel kezdeni a bemutatást, ami hűen tükrözi a telefonos lelki segélyszolgálatok feladatát. Ezek a sorok saját érzésemet és mondanivalómat is feltárlják.

„Virrasztott a szív égő romja mellett,  
Hogy tévedt, sújtott embertársainak  
Írányt adjon s erőt, vigasztalást.”

Vörösmarty

„Ne adj tanácsot, amíg nem kérnek föl rá.”  
Erasmus

„A hallgatás a maga idején bölcsesség  
és többet ér minden beszédnél.”  
Plutarkhos

„Ideje (van) a hallgatásnak és ideje a szólásnak.”  
(Prédikátor 3:7)

„Jobbak leszünk egy kis boldogságtól, de farkasokká válunk boldogtalanul.”  
Strindberg

## Bevezetés

Az örökletesen adott pozitív lelki képességek a lehető legteljesebb kibontakozása nem következhet be magától, azt tanulni kell. Az ember nem fogadja el ellenállás nélkül a „lelki alultápláltságot”. De sajnos az életszínvonal emelkedésével csökken az anyagi segítség iránti igény, másrészt azonban növekszik a lelki segítség szükségessége, de sajnos ez nem csak az életszínvonal növekedésével függ össze. Az igen nagyfokú a beilleszkedési nehézség a tömeges életforma változással magyarázható.

A társadalmi viszonyaink gyorsuló átalakulása, bonyolultabbá válása sokaknál belső elbizonytalanodáshoz, konfliktusokhoz, lelki feszültségnövekedéshez vezetett.

Az „érzelmileg fogyatékos” személyek csoportjába tartoznak azok, akik lelki egészségük hiánya folytán bizonyos körülmények között képtelenek életüket felelősséggel irányítani.

A lelkileg éretlen személyiség néhány jellemzője:

- az értelem és az érzelmek közötti egyensúly hiánya;
- a destruktív erők túlsúlya a konstruktívok felett;
- gyorsan támadó vagy védekező állásba helyezkedés;
- hiányzó önkritika;
- irreális elképzelések (önbecsülés, önértékelés, önbizalom hiánya);
- merev ragaszkodás az általa alkotott gondolkodásbeli, érzelmi dolgokhoz;
- türelmetlenség;
- képtelenség a lemaradásra;
- túl erős érvényesülési vágy;
- egocentrizmus;
- érdektelenség, érdeklődéshiány;
- a külső és belső realitásokat nem tudja objektíven nézni, elfogadni és befolyásolni;
- túlságosan szubjektív, kontrollálatlan, spontán reagálás;
- visszariadás az önállóságtól (függőség, döntésképtelenség);
- belső önállótlanág, hajlam a konformizmusra, hatalmi törekvés, gőg, kóros unalomvágy;
- hajlam az ambivalens gondolkodásra;
- elhárító mechanizmusok túlzott használata.

Ezen jellemzők esetén bátran elmondjuk, ebben az esetben nincs elegendő belső biztonság, lelki egyensúly. Félő, az emberek nagy lelki megterhelés, erkölcsi követelmények növekedése folytán lelki erőforrások hiánya miatt összeomlanak vagy hibás döntéseket hoznak. Aki elbotlik, nem képes felállni vagy nincs aki felállítsa. Segítség nélkül elvész, öngyilkosságba, alkoholba vagy drogba fog menekülni (ami még tovább fogja ezt a helyzetet mélyíteni és még nehezebb a kivezető utat megtalálni). A lelki egészség fejlesztése és megőrzése a lelki károsodás csökkentése pedig nem képzelhető el az úgynevezett segítő kapcsolat keretében megvalósított személyes segítség nélkül. A lelkileg egészséges ember számára is bármilyen kielégülés csak akkor jöhet számításba, ha embertársainak jó érzelmi közérzetét is eléggé figyelembe veszi.

„Semmi sincs bent, semmi nincs kint, mert ami bent, az van ott kint.”  
Goethe

Szükségessé vált a pszichológiai szaksegítség, ami sajnos hazánkban nincs kiépítve. Nincs megfelelő szakképzés a lelki problémák megoldásához. A lelki probléma fel- és megismerése, egyéni bánásmód, személyre szabott gondozás pedig szükséges. Fontos a segítő és a segítségre szoruló közötti beszélgetés helyes irányítása, bevezetése nem különben.

A segítő munka négy fázisa:

- 1.) Kedvező munkalétkör kialakítása.
- 2.) Kezdődő önkritika.
- 3.) Új felismerések szerzése.
- 4.) Felismerések megvalósítása a gyakorlati életben.

Jelen problémáról beszélek, de régen is valós volt ez. Igen sok ember érezte számkivetettnek magát, de segítség nem volt sehol.

### **„Mielőtt kezdet emel önmagára, hívja fel ezt a számot”**

Az első lépés 1885-ben született meg egy New York-i szállodában, később este egy hölgy kért segítséget, de senki nem volt elérhető. Reggelre az idős hölgy öngyilkos lett, mire Harry Warren-t egy baptista lelkészt sikerült elérni. Ennek az eseménynek a hatására kezdte meg a lelkész a lelkigondozást a világon elsőnek. Más szolgáltatások is folyamatosan jöttek létre, egyéni kezdeményezésekre és öngyilkossági szempontokból veszélyeztetett emberek megsegítésére.

Főleg egyházi kezdeményezésre alakultak meg és elsősorban karitatív jellegűek voltak.

1953 november 2-án Londonban Chad Varah anglikán lelkész tette közhírré egy napilapban, hogy Mansion House 9000 számon lehet fordulni hozzá segítségért. Nyugtalanította, hogy olyan sok az öngyilkos és semmi hatást nem ért el a medicinális és szociális terület. A hírre sok segítségre szoruló ember kereste meg. Így alapította meg Chad Varah az úgynevezett samaritánus szervezetet, amely önkéntes segítők egyesülésével jött létre. Eleinte csak az öngyilkosságok problémájával, majd különböző élethelyzetekben adódó lelki problémák megoldására is rátértek.

Az alapszabályok értelmében a segítő csapat nem tehetett különbséget vallási felekezetek tagjai között, mindenki számára segítséget kell nyújtani. Működésük lassan az egész világra kiterjedt: a gondolat, hogy tudniillik a telefon alkalmas eszköz a lelkigondozásra, gyorsan elterjedt az európai kontinensen és más földrészekeken is.

Ez a hullám szerencsére Magyarországra is eljutott, 1970-ben elsőként Debrecenben, majd 1973-ban Budapesten. Aztán gombamódon elszaporodott az egész országban, szinte majdnem minden nagyobb városban létre jött lelkisegély telefonszolgálat.

Nyíregyházán 1989 decemberében a Magyar Vöröskereszt keretében Burget Lajosné vezetésével, kb. 40 fővel indult meg a nagy munka. Igen nagy volt a lelkesedés pedagógusok, pszichológusok, lelkészek, biológusok és más területen dolgozók vetek részt aktívan a munkában. Egy „gyorstanfolyam” néhány instrukció, amit dr. Sátrahegyi Éva tett meg, és indult is a munka.

De a feladat nehezebbnek bizonyult, sokan úgy vélték, ez az, amit szeretnének csinálni, de a kevés felkészülési idő és a tapasztalatlanság rövid idő alatt szinte felére csökkentette a létszámot. Akik maradtak, azok folyamatos szupervíziókon, tanfolyamokon és konferenciákon vetek részt, így erősítve a nehéz feladatokhoz magukat.

Én magam 1995 óta vagyok tagja a lelkisegély telefonszolgálatnak Nyíregyházán. Sok év kemény munkája, tanulás értette meg velem, hogy erre a munkára igen nagy szükség van és szakképzetlenül, empatikus készség nélkül nem szabad a telefon mellé ülni.

Minden szolgálat egy meghatározott cél miatt jött létre. Nemzetközi normákban is rögzített ez a cél - hármas feladatot vállalnak fel a szolgálatok:

- öngyilkosság megelőzése és megelőzni egy preszuicidális állapot kialakulását,
- krízisintervenció felvállalása,
- életvezetési problémák kezelése, lelki egészségvédelem.

A telefonszolgálat által kínált lehetőséget alacsony küszöbű mentálhigiénés szolgáltatásnak nevezhetjük, mert:

- szolgálatok állandó és ingyenes elérhetőségre törekednek,
- kommunikációs lehetőség bárki számára,
- anonimitást és titoktartást biztosítanak.

Hasonló elvek alapján működik a néhány éve megalakult gyermek és ifjúság lelki elsősegély telefonszolgálatok csoportja. Ez főleg oldaleszcens korúak és fiatal felnőttek számára nyitott segítség az angol Child-rendszer és a Plercuundeling elvei alapján. Megalapították a Gyermek és Ifjúsági Telefonszolgálatok Országos Szövetségét.

Telefonos segítségnyújtással más szervezetek is foglalkoznak. Azokat a szolgáltatásokat, amelyek nem a lelki elsősegély telefonszolgálatok „összes” alapelvei szerint működnek, rétegtelefonoknak hívjuk. A létrehozott rétegtelefonok egy-egy területtel foglalkoznak (daganatos betegek, SM-es betegek, HIV fertőzöttek, drogosok, hajléktalanok, idősek, mozgássérültek, homoszexuálisok, bántalmazott nők, terhes anyák stb.).

A lelki elsősegély telefonszolgálatok sok helyen bázisai más mentálhigiénés, prevenciós kezdeményezéseknek, ezzel egyedülálló hálózatát adják a mentálhigiénés és egészségfejlesztő műhelymunkának az egész országban. A telefonos szövetséget 9 szolgálat 1986-ban alapította meg. Ma már 36 szolgálat van, folyamatosan gyarapszik.

## Hazai tapasztalatok

Az 1998/99-es adatok azt mutatják, hogy egyre inkább szükség van a telefonszolgálatok munkájára:

Régiók	1998	1999
Nyugat-Dunántúl	5.348	8.605
Észak-Dunántúl	2.340	4.170
Dél-Dunántúl	2.856	3.861
Budapest és Pest megye	23.402	53.891
Délalföld	960	552
Kelet-Magyarország	11.390	27.939
Észak-Magyarország	10.750	20.477

1998-ról 1999-re - a váltás időszakában - a forgalomnövekedés egyértelmű és dinamikus. 1998-ban 32.475, míg 1999-re 41.392 érdemi hívás, a növekedés 130%-os volt.

Az országos szövetség adatai szerint 2001-ben 750.000 Hívó kereste a vonalakat, ebből segítő beszélgetések száma 180.000, ezekből mintegy 50.000 szuicid- vagy krízis jellegű. Sajnos a telefonos segítőmunkát állami szinten nem tartják olyan fontosnak, így a szakminisztériumi támogatások a létfenntartást éppen biztosítják. Azok a szolgálatok, amelyek nem 24 órás szolgálatot adnak, vagy legalább heti 3 napos ügyeletet nem vállalnak, csak saját erőforrásukra számíthatnak.

Sajnos a nyíregyházi szolgálat is önerőből tartja el magát, hisz nem tartozhatunk a szövetséghez, mert nem tudjuk a szervezet által megszabott 24 vagy 12 órás ügyeletet teljesíteni. Így Debrecen fedi le azt az időt, amikor itt nincs ügyelet. Debrecenben 2001-es adatok szerint 4.392, 2000-ben 4.140 érdemi hívás volt, míg 1998-ban csak 2.049.

Nyíregyházán is megfigyelhető az emelkedés, annak ellenére, hogy csak hétvégén működik, így egyre magasabb a hívások száma. 1998-ban 191 nő, 92 férfi, 1999-ben 195 nő és 111 férfi Hívónk volt. A nem érdemi hívások száma is növekvő.

## „CRY FOR HELP”

Főleg az öngyilkosság megelőzése érdekében alakult meg a szervezet és ma is ez a „legfélelmetesebb” eset. Mindig komolyan kell venni, ha valaki arról beszél, véget akar vetni az életének. Minden ember élni akar, az öngyilkossági gondolattal olyasmit akar üzeni, amit közönséges beszéddel nem lehet kifejezni. Ha telefonál, akkor már nem olyan biztos, hogy a halál az egyetlen megoldás, hiszen beszélni akar róla. Fontos a meghallgatás és főleg kérdezni arról, voltaképpen mit is akar az öngyilkossággal, mit próbál megmagyarázni. Így talán ki tudja fejezni magát, megértve szavait visszaadni neki, amit megértettünk. Talán ily módon önmagát tönkretéve lehet csak megoldani a problémáját? – Kérdéssé válhat számára ez. A Hívó szabadságának elismerése már annyi, mint visszaadni neki azt, amit kétségbevit, amitől megfosztva érzi magát. Fel kell hívni a figyelmet, csak egy élet van és a halál nem megoldás – nem ad választ a nehézségekre, csak megsemmisít. Az élet

lehetőségként létezik, míg el nem dobjuk. A hívás alatt a kapcsolat minősége a legfontosabb és ez készteti arra, hogy legyen kedve kapcsolatot teremteni újból.

„Az emberek azt hiszik, hogy az öngyilkosság révén megszabadulnak a problémáiktól. De az öngyilkosság óriási tévedés, mivel ezen az úton csak a materiális testet semmisítik meg, a problémák megmaradnak.”

Azt gondolnánk a téli, őszi idő a veszélyeztetett időszak. Ezt Montesquieu fogalmazta meg először 1784-ben: a ködös hideg országok kedveznek az öngyilkosságoknak. Ez a nézet hosszú ideig tartotta magát. Már Esquirol is felfigyelt rá az 1800-as évek elején: a melankólia és az öngyilkosság nyári időszakban gyakori az intézetében. Ezzel foglalkozott főleg az olasz iskola (Lambraso, Ferri, Morselli) az öngyilkosság bioklimatikus magyarázatával. Ferri magyarázta azt, hogy a meleg idő miatt megnövekszik az idegrendszer ingerlékenysége, sok energia gyűlik fel a szervezetben és ez vezethet a fokozott autoagresszivitáshoz. Ezt támasztja alá Leffingwell a korabeli írásában. Lambraso szerint a meleg intenzitása késztet a gyilkosságra. Marselli is átvette ezt, de ő jelentőséget biztosított a társas lélektani okokra is.

Durkheim a bioklimatikus magyarázatot nem tudta elfogadni, megvetette a szocioökonómikus teória alapjait. Joggal jegyzi meg, hogy az antik Rómában meglehetősen magas volt az öngyilkosság, mint Indiában is. De a század végére igen alacsony lett, de az időjárásban nem történt nagy változás. Így befolyásolja az eseményt: idő, hely, társadalmi helyzet, szociális helyzet, ünnepek, és ki tudja mi minden még.

*Az öngyilkossághoz három kritérium vezet:*

- a meghalás tudatos szándéka,
- egy módszer helyzete, mely kioltja az életet,
- egy módszer cselekvés sémájának megvalósítása.

## Depressziós Hívók

Potenciálisan szuicid veszélyeztetettek a depresszióban szenvedők.

*Miben segíthetünk:*

- Eltűrni a depressziót,
- Lehetőséget adni, hogy felszínre kerüljön az agresszivitás, a düh, a szenvedés, a félelem (itt fontos a meghallgatás, a könnyek visszaadják az erőt).

*Fontos:*

- meghallgatás,
- hagyni beszélni, hogy kifejezhesse érzéseit,
- meghallgatás = simogatás; + - hatásokra rákérdezni „Jól érzi magát?” „Tudna róla beszélni?”
- neme szerinti viselkedés a Hívóval, veszélyes „semlegessé” tenni,
- meghallgatás lezárása, ügyelő indítványozza - felvállalni az elválást,
- segítő saját érzéséről nem beszél – semleges marad – de ez nem lehet érzelmi üresség.

A Hívók gyakran alkoholizmusba, depresszióba menekülnének. Így igen óvatosan kell velük beszélni és soha nem előítélettel. A környezet negatív attitűdjei miatt igen gyakran magányosan élnek. Ezért szükséges: legalább mi hallgassuk meg és ne kritizáljuk. Szükséges azonban a megfelelő szakemberhez irányítani, hogy segítsünk a Hívón, ha ez telefonon már nem megoldható.

## A felvilágosítást kérő Hívók

„Nem tudja mikor indul a vonat ...?”

„Hová fordulhatnék tanácsért ...?”

Sokan csak információt kérnek, de soha nem lehet tudni nincs-e valami a kérdése mögött. Azzal, hogy a kérdésére válaszolunk ne higgyük el, a szóban forgó hívás valóban csak egy kérdésre vonatkozik. Az első kérdés lehet egy tapogatózó bevezetés, vagy egyszerűen csak egy kifogás. Próbáljunk meg, ne csak egyszerűen egy felvilágosítást adni, ha lehet nézzünk a mélyére és ne intézzük el néhány szóval. A férfiak gyakrabban kérnek felvilágosítást, mint a nők. Nekik talán nehezebb beszélni a problémáikról. Célunk, ne a hívás lerázása legyen a felvilágosítás, hanem lehetőleg alkalmat adjunk a beszélgetésre.



## Krónikus Hívók

Valamennyi szolgálat komoly feladata, hogy megoldja a krónikus Hívók ügyét.

1. Minél több egy szolgálatban az ilyen jellegű Hívó, annál több időt foglalnak el, így a szolgálat elérhetetlenné válik a szükséges Hívók számára.
2. A hívások egyre inkább frusztrációkhoz vezethetnek; felkinált problémák állandósulnak, egyre nagyobb terhelés a Hívóra: kilátástalanság, reménytelenség érzésének erősödése. Ezt előbb-utóbb majd a segítőn vezet le. A folyamat kellemetlenné válik. Csak traumatikus befejezés képzelhető el.
3. A segítő konfrontálódik a saját tehetetlenségével – frusztrálódás. A stáb konszenzusának függvénye, hogy milyen feltétel meglétekor és mikor minősít egy Hívót krónikusnak. Ebben a folyamatban mindkét fél aktívan részt vesz.

Miként válhat krónikussá a Hívó:

1. Kialakult dependencia.
  - Parttalanná vált beszélgetések,
  - Operátor frusztrálódása,
  - a beszélgetések száma végtelen, a telefonos kapcsolat lezárhatatlan – öncélúvá válás.

Kizárható a veszély, ha: a jelentkezések gyakorisága, időtartama kontrolált módon zajlik.

2. A Hívó dependenciája a szolgálatra irányul, már mindenki ismeri és tud róla a stábnál. Kialakul egy circulus vitiosus.

Nem az a krónikus Hívó, aki sokat és sokáig telefonál, hanem kronicitásról akkor beszélünk ha a Hívó problematikájának megoldásában tehetetlen vagy nem illetékesek már az ügyelők.

## Csendes Hívók

Minden szolgálatnál ismert a „néma”, „csendes” Hívó. Van, hogy azonnal leteszi, de van, hogy hosszú idő után teszi le. Nonverbálisan ugyan kommunikál; hallgat, sóhajt, tartja a vonalat.

Több oka is lehet amiért nem szólal meg:

- verbális kommunikációra való képtelenség,
- erre irányuló ambivalencia,
- büntudat,
- önvádolások megelőzése,

Egyoldalúan zárja le az ügyet, hogy később bármikori újbóli hívásra lehetősége legyen. Nagy érzelmi megterhelést ró a Hívóra a megszólalási kötelezettség és képtelenség egyidejűsége. A felelősség súlyától mentesíti a segítőt a döntésével.

De feltehetjük azt a kérdést „Nem tetszik a hangom?”; „Vajon mi történt?”

A figyelmes jelenlétet jelezze a meghallgatás, tisztelettel tegye a diszkrét és rövid közbeszólásokkal. Érezze, amíg nem beszél, addig is meggyőződjön arról, hogy úgy látjuk és fogadjuk el amilyen.

„A remény voltaképpen az ember bensőjében van. Egy belső érzés arról, hogy van segítség kívül. A segítségrenyílás minden személy állandó, maradandó szükséglete. A segítség amely 'kívülről jön', sokszor valósul meg olyan mások által, mi Te, vagy én."

Penny Proffit (Helsinki, 1988.)

„A remény valódi kezdetei ott tűnnek fel, ahol az elkeseredés és kétségbeesés kísért.”

Gabriel Marcel: Homo Viator

## Szexuális jellegű hívás

Igen gyakori az ilyen jellegű hívás. Nem az összes hívást tekintve a férfiak és a fiatalok körében gyakori. Ezek a hívások sokszor félelmet és szorongást vagy ébredő vágyakat takarnak, amiről beszélni szeretnének.

Okok:

- nem megértő környezet,

- nem megfelelő kapcsolat a szülővel,
- felvilágosítási hiány (tudatlanság),
- terhességtől való félelem,
- büntudat a vágyai miatt.

Információkérés mögé rejtőznek: pl. „Menstruáció alatt is teherbe lehet esni?”

Nem szabad válaszolni a kérdésre, hisz az a mögött rejlő problémát kell felszabadítani. Soha nem szabad kritizálni, erkölcsi normákat hangoztatni, mert ez nem a mi feladatunk.

Nem tiltani, tabukat felállítani, hanem a realitásra kell figyelmüket felhívni.

A maszturbáló Hívókat semmi érveléssel nem lehet jóra bírni, ezek illetlenségét fogalmazva meg, a kommunikációt egyoldalúan szüntessük meg.

A homoszexuálisok is gyakran telefonálnak, főleg férfiak. Mindig a kialakult vagy kialakulóban lévő identitást kell erősíteni. Irreverzibilis folyamatok visszafordításának kísérlete a Hívó személyiségét sértené, sérülne, lélektani állapotában rosszabbodást idéznék elő.

## Időskorú Hívók

Egyre több réteget ölel fel, egyedül vannak és nincs senkijük. Legtöbbször ragaszkodnak ahhoz a személyhez, akivel első ízben beszélgettek, mivel nehezen tudnak kapcsolatot teremteni, nem merik érzéseiket mások előtt feltárni, de ahhoz, hogy a segítő ne frusztrálódjon már a kezdeti időben, szerződést kell kötni szóban, hogy mennyi idő áll rendelkezésére, ezzel lehet a Hívót sértődés nélkül kötelezni az idő betartására.

## Gyászoló Hívók

Igen üresnek, kifosztottnak érzik magukat a gyászoló Hívók. Mit is lehet velük kezdeni, mit is mondhatunk nekik, akik elveszítették szeretteiket.

A tévhit ellenében beszélhetünk az elhunyról, hisz ezért hívja a szolgálatot. Hisz mások félnek ettől, de a gyászolónak erre van igénye. Talán azért tétovázunk, mert önmagunk is nehezen tudjuk elviselni a halál gondolatát. Mások halála menthetetlenül is a miénket hozza gondolatkörünkbe, ezért is akarunk másról beszélni.

## Mosoly, meghallgatás és alapelvek

Igen sokrétű és széles körű a Hívók által érintett problémák köre, de ezek a gyakoribbak, amiket kiemeltem. Ez nem jelenti azt, hogy a többi probléma nem lényeges és nem kell olyan mélyen foglalkozni vele.

A mosoly az egyetlen kincsünk lenne, de ezt itt, Európában nem tartjuk sokra, pedig nagy erőt ad. Én személyesen tapasztaltam Nyugat-Afrikában, hogy ott az embereknek semmijük sincs a kedvességük és a mosolyukon kívül. Mégis gazdagabbak nálunk. Én sok energiát nyertem öt éves afrikai tartózkodásom alatt, ezzel is segítve a telefonos munkámat. Ugyan a vonal végén nem látható a mosoly, de szerintem áthatva az embert, a hangon észlelhető. Amit sokat a Hívóim meg is jegyeznek: „Úgy érzem Ön mosolyog, most érzem az erőt, ami Önben van.”

A kommunikációs technikák hihetetlen fejlődése nagy segítség a kapcsolatteremtésben. A technika fejlődik, de az emberek közötti kapcsolatteremtés ugyanolyan nehézkes maradt, mint régen. Meghallgatni, megérteni, összetalálkozni, még ha csak egy pillanatra is, nehéz feladat maradt. Ahhoz, hogy minden egyes alkalommal újra és újra bele akarjunk élni magunkat a mások helyzetébe, igen nagy erőfeszítést igényel. A segítőnek feltétele az, hogy érdekelje embertársainak sorsa, hogy elfogadjuk különbözőségüket.

Tanuljunk meghallgatni és hallgatni egymást és kölcsönösen beszélni önmagunkról, minden álarc, egyszerűen hazugság nélkül.

Ez lenne szükséges ahhoz, hogy ne legyenek az emberek egyedül, társ és támasz nélkül.

A segítő számára fontos alapelvek:

- Nem kell egyetérteni mindig a Hívóval,
- Nem kell megváltoztatni, hisz nem ez a feladatunk,
- Szabályokat nem hághatjuk át: találkozás, látogatás, cinkosság stb.,
- Nem tehet meg mindent,

- Nem lehet mindenki kedvére tenni,
- Nem fedheti fel a névtelenséget, teljes diszkrécióját a hallottakról,
- Nem példálózhat és hasonlíthat másokhoz.

Feladata meghallgatni és elhallgatni, fontos a csend, az együttérzés. A névtelenség megtanít vagy újra tanít kapcsolatot felvenni, pillanatnyi megoldást nyújt, nem törődik, hogy legyen folytatás. Azonnali, ingyenes elérhetőség, egy beszélgetésre ad alkalmat, nem húzódhat a végtelenségig. A Hívót biztatni kell a kapcsolat létesítésére, tud is, ha akar, hisz most is megtette. Segítsünk elindulni, de az utat egyedül kell végigjárnia.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Sokan azt mondják a segítő kapcsolata: „Segíteni felszínre hoznia másikkal azt, amit még csak sejt.”  
Mindennek megvan a maga ideje:

- ☞ a hallgatásnak,
- ☞ hogy kimondjuk a dolgokat,
- ☞ a meghallgatásnak,
- ☞ a beszélgetésnek,
- ☞ a találkozásnak,
- ☞ az elválásnak.

Az állandó készenlétünk elfeledteti, helyesen és bölcsen használjuk-e fel időnket, milyen az életvezetésünk, tudjuk vannak határaink, amit átlépni nem lehet és szabad.

A szupervízió fontos feladata, hogy témája legyen; a beszélgetés kezdetének és befejezésének a módja, ami sok gondot okoz. Ezt a Hívóval már a kezdéskor érdemes tisztázni és akkor Ő is tudja, hogy a végtelenségig nem lehet igénybe venni a vonalat.

Lényeg tehát: segíteni a Hívót, hogy világosabban lásson, választani tudjon, de nem dönteni helyette.

Hinni és bízni kell abban, hogy mindenki meg tudja szerezni, vagy vissza tudja szerezni önállóságát.

Általunk nyújtott kapcsolat kölcsönös tiszteleten és egyenlőségen kell alapuljon!

A kompetenciahatár szigorú betartásával is a Hívót segítjük.

Elmondhatjuk, aztán volt értelme a munkánknak, fáradozásainknak és a Hívók elhiszik:

„Soha nem egészen sötét az ég”

Paul Eluard.

*Djogni Judit  
Nyíregyháza*

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Alfred Vannesse:** Hallgatástól a meghallgatásig  
LESZ Bp. 1993.
- Balikó Márta:** Tele(pszicho)fon  
(Öngyilkosság-megelőzés lehetőségei telefonon át)  
ANIMULA 1990.
- Dr. Exterdéné Zsurkai Ilona – Szarkáné Kövi Márta:** Segítő kapcsolat  
INTER TECHNO – H KFT. Bp. 1997.
- Hárdi István:** A lélek egészségvédelme  
Bp. SPRINGER 1992.
- Dr. Buda Béla:** Mentálhigiéné  
ANIMULA Bp. 1994.
- Gerevics József:** Közösségi mentálhigiéné részei  
GONDOLAT Bp. 1989.
- Szakfolyóiratok:** Szenvedély betegségek (VIII. évfolyam 2000. 3. sz.)  
Pszichoterápia (IX. évfolyam 1. sz. 2000. február)  
Pszichoterápia (IX. évfolyam 2. sz. 2000. április)  
Végeken (1998. 9.)

Mentálhigiéné és pszichoszomatika (1999. 1 évfolyam 1-2. sz.)

Network 2000. 2. (76) sz.

Network 2000. 3. (78) sz.

Infó „Segítőkéz” Lelkiségegy Telefonszolgálat  
(Debrecen, 2000. tavaszi különszám)

## A Rejtőzködő Ifjúsági Telefonos Lelkiségi Szolgálat

Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye térségében kezdetektől fogva nem működik ifjúsági lelki segély telefonszolgálat. A felmérések és igények azonban azt mutatták, nagy szükség lenne egy ilyen szolgáltatásra, hiszen a „felnőtt” szolgálathoz befutó gyerek, illetve fiatal hívások nagyban leterhelik az ügyelőket. Probléma lehet a hívó és ügyelő között felmerülő korkülönbség és a hozott probléma sajátossága is.

2000. tavaszán lépett a GYITOSZ szervezetének tagságába a Rejtőzködő Ifjúsági Lelki Segély Szolgálat. Ezt a szolgálatot a Kortársak az Egészséges Fiatalokért Egyesület működteti Debrecenben. Az egyesület 1995-ben alakult középiskolás fiatalok és mentálhigiénikus, gyógypedagógus, pszichológus szakemberek kezdeményezésére. Az egyesület célja az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés a fiatalok körében. A fiatalokban felelősségteljes magatartás kialakítása saját és egymás mentális és testi egészségének megőrzése érdekében, családi életre nevelés, AIDS megelőzés, drog-, alkohol-, dohányzás-prevenció, egészséges életmód terjesztése.

2000. év elején az egyesület lehetőséget kapott arra, hogy a Rejtőzködő néven működő ifjúsági segítővonalat - mely nem ingyenesen volt hívható - átvegye és működtesse. Ekkor az egyesület terveiben még nem szerepelt a lelki segély beindítása. A szolgálat előző működtetői azonban pénzühiány miatt nem tudták tovább finanszírozni a programot. Megszüntetni nem akarták a vonalat, hiszen a hívásokból kiderült, hogy szükség van egy ilyen szolgáltatásra. Ezért úgy döntöttek, keresnek egy olyan szervezetet, akire rá lehet bízni ezen feladatokat. Így kérték fel Gesztelyi Tamást, a Kortársak az Egészséges Fiatalokért Egyesület vezetőjét, vegye át a szolgálatot. Egy személyes találkozó alkalmával a szervezet kapcsolatba került a Gyermek és Ifjúsági Telefonos Lelki Segély Szolgálatok Országos Szövetségével (GYITOSZ) és tagszolgálatná vált. Ennek ma már 2 éve.

Az országos szövetséggel való kapcsolatteremtés után elkezdődhetett az érdemi munka. Első feladat az új segítők toborzása, majd képzése volt. Ezzel párhuzamosan azonban még jó néhány szervezési munkát is el kellett látni.

Az egyik ilyen célkitűzés a zöld vonal beszerzése. Ebben nagy segítségünkre volt a GYITOSZ, hiszen nekik már volt kapcsolatuk ezen a területen a MATÁV-val.

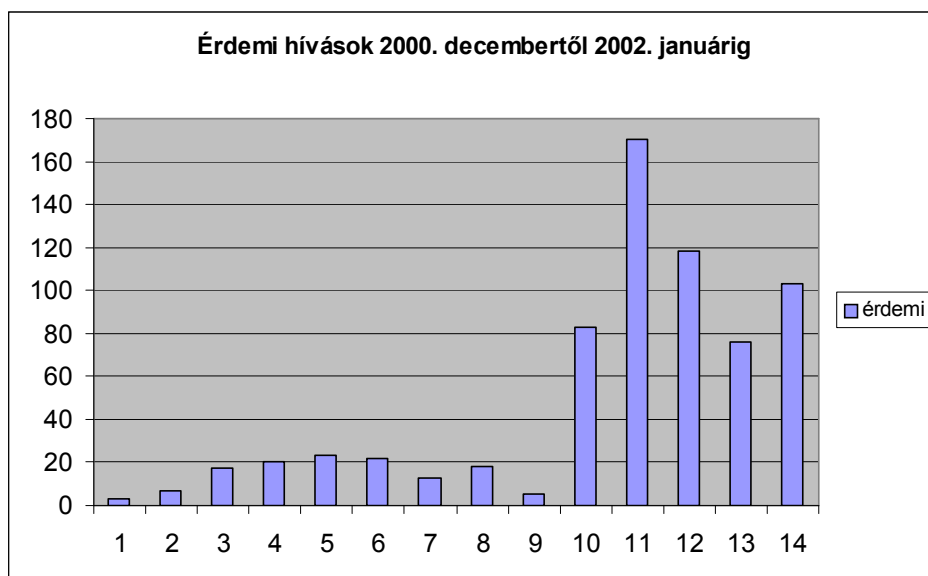
A telefonvonal beszerzésén túl a helyiség biztosításáról is gondoskodni kellett. Ezt a problémát egy már meglévő egyesületi terem révén oldottuk meg, amit az önkormányzattól kaptunk kedvezményes bérleti díj ellenében.

Ma már egy éve annak, hogy segítséget nyújtunk a fiataloknak. Kezdetben heti két alkalommal tartottunk ügyeletet hétfőn és csütörtökön 15-től 18 óráig. 2001. szeptemberétől kibővítettük ügyeleti időnket, így már a hét négy napján teljesítünk szolgálatot: hétfő, kedd, szerda és csütörtök 15-től 18 óráig. Szolgálatunk jelenleg 16 önkéntes egyetemista és főiskolás ügyelővel dolgozik, akik életkoruknál fogva közelebb állnak a hozzánk forduló fiatalok problémáihoz.

Nagyon jó kapcsolatban vagyunk más szolgálatokkal. Szolgálatunk első stábjának képzésekor munkánkat segítő szervezetek voltak a TELEMÖSZ, a sajnos nemrég megszűnt Zöld Ág Mozgó Krízis Szolgálat és a „felnőtt” (nonstop) lelki segély. A Segítőkéz Lelki Segély Telefonszolgálattal szinte mindennapi kapcsolatban vagyunk, sok segítséget nyújtottak nekünk a kezdeti időszakban és napjainkban is, így itt köszönetünket fejezzük ki a szolgálat vezetőjének, titkárnak és minden dolgozójának.

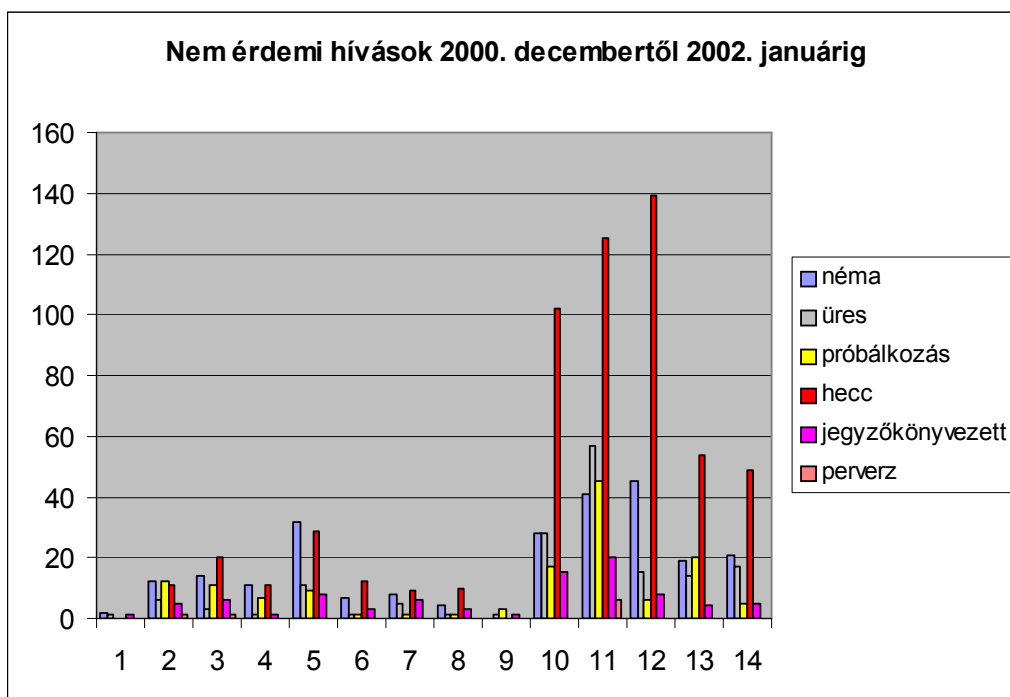
2000. november 30-tól 2002. január 31-ig összesen 176 napon ügyeltünk, 528 órában. Ezen idő alatt 1.800 hívást regisztráltunk. Az első grafikonon jól látható az érdemi hívások számának eloszlása az eddig eltelt 14 hónapban. (1. ábra)

Természetes a 10. hónapban megfigyelhető hirtelen ugrás, hiszen itt bővítettük ügyeleti időnket heti három napra. Átlagosan egy ügyeletre 3 hívással számolhatunk.



1. ábra

A következő ábrán a nem érdeemi hívások eloszlását és arányát vetettük össze. Kitűnik, hogy az utóbbi hónapokban megemelkedtek a hecc hívások, különösen novemberben figyelhető meg a mindent felülmúló 139 érdeemtelen szórakozás, melynek oka minden szupervízió és stábülésen felmerül. Pozitív tapasztalat, hogy néhány ilyen hívásnak induló beszélgetést már sikerült megfordítanunk és kiderült a telefonálás valódi oka. (2. ábra)

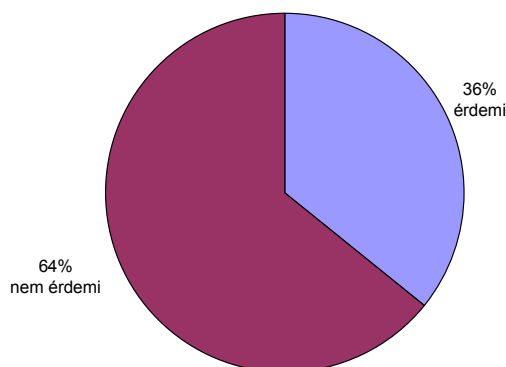


2. ábra

A hívások arányából látszik, hogy nagy részt foglalnak el a nem érdeemi beszélgetések, melyek sok esetben nagy energiát vesznek el ügyelőinktől.

Hívóink átlagosan 12-16/18 évesek, de előfordult már, hogy felnőtt hívó osztotta meg velünk problémáját. Leggyakrabban szerelmi, párkapcsolati problémákkal, iskolai gondokkal jelentkeznek a fiatalok, néha megerősítésre, néha tanácsra várva.

Érdemi és nem érdeemi hívások aránya



3. ábra

A stáb bővítése céljából ez év tavaszán újabb képzés beindítását tervezzük. Képzéseink alkalmával a résztvevők több szinten kapnak felkészítést, mint elméleti képzés, önismeret- és kommunikációfejlesztés.

Sós Judit  
programszervező

## Tanulmány

### ***Antoon A. Leenaars, Susanne Wenckstern: Az öngyilkosság megelőzése az iskolákban: a művészet, a kérdések és a csapdák.***

Az öngyilkosság világszerte fontos mentális egészségügyi probléma. Az iskoláknak és közösségeiknek átfogó módon kell reagálniuk. Caplan elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzési modelljét javasolták, mint a fiatalok öngyilkosságára való átfogó reakciót. A reakció valamennyi módjára vonatkozóan megvitatták az ezekkel kapcsolatos jelenlegi mítoszokat és tényeket. Bemutatjuk a kutatást, a klinikai megállapításokat és a további megvitatásra való felhívást. Ebben a században a gyermekkori és a serdülőkori alkalmazkodási problémákkal kapcsolatos aggodalom fokozódott, ez az aggodalom 1910-ben kezdődött, amikor Sigmund Freud speciális bizottságot hívott össze erre a kérdésre vonatkozóan. Az iskolák és közösségek természetes környezet ahhoz, hogy prevenció programokon keresztül irányítsák ezeket a problémákat. Az iskolákat és intézeteket azért hozták létre, hogy a különböző programok (pl. egészségügyi programok, nemi felvilágosítás, öngyilkosság megelőzési, alkoholizmussal kapcsolatos) és vezetési programok által segítsék a gyermek fejlődését és kezeljék, irányítsák problémáját. Ezeknek az iskolai erőfeszítéseknek számtalan oka van. Az elsődleges az, hogy az egészséggondozási rendszerek önmagukban nem tudják kielégíteni a fiatalok

valamennyi igényét. Kazdin (1990) felmérte, hogy a fiataloknak jelenleg csupán 10-30%-a kapja meg a szükséges mentális egészségügyi gondozást, és a fejlett országokban is ez a helyzet. Valószínű, hogy a szolgálatokban megmutatkozó hiányosság nem tűnik el, felhívja az iskolákat és a közösségeiket, hogy a következő évtizedekben növeljék reakciójukat.

Az öngyilkosság világszerte fontos mentális egészségügyi és közegészségügyi probléma. Serdülők, sőt gyermekek ijesztő arányokban követnek el öngyilkosságot. A fiatalok még nagyobb számban kísérelnek meg öngyilkosságot vagy életük nehézségeinek megoldásaként komolyan gondolnak öngyilkosságra. Mint ahogy 90 évvel ezelőtt Fiedman kijelentette, az iskoláknak, közösségeknek reagálni kell ezekre. *Ez a cikk iskoláinkban, közösségeinkben* az öngyilkosság irányításának, kezelésének szükségességét tekinti át, széleskörű, átfogó modellt vázol fel a probléma kezeléséhez: külön választ néhány olyan témát, kérdést és csapdát, amivel kapcsolatban napjainkban cselekedni kell. Bár a „Crisis” folyóirat sok olvasója jól ismeri az iskolákban történő öngyilkossági prevenció összetettségét, világosan ismerteti az ilyenfajta erőfeszítéseket és csapdáikat, ami a kormánytestületek, az oktatók, a hivatalok számára szükséges.

Ezért ez a cikk iskolai prevencióra vonatkozóan útmutatóként szolgál a prevenció programokkal kapcsolatos tervezőknek, hivataloknak, reformáló programokért (a felelős kormányzati és helyi testületek számára), az iskolában dolgozó adminisztrátorokért, oktatókért, a nagyobb közösségekben dolgozó egészségügyi dolgozókért, az iskolákban gondozást nyújtó mentális egészségügyi személyzetnek, akiknek fokozott kötelessége a szolgálatoknak az iskolákkal való koordinálása egy átfogó közösségi megközelítésen belül, a mindezekért felelős kormányzati és helyi testületek számára.

### **Az öngyilkosság megelőzése művészet**

Az öngyilkosság megelőzése művészet, nem pedig technológia. Az öngyilkossági krízisre azonban iskoláinkban az egyének túl gyakran ennek a közegészségügyi problémának a megfelelő megértése és a cselekvés előre elrendezett, átfogó megtervezése nélkül reagálnak. Néha megkísérlik újból feltalálni a keretet, a spanyol viaszt! Elkövetik azokat a hibákat, amelyeket az irodalom már jól dokumentál. Ilyen esetben, jól lehet, jobb, ha semmit sem tesznek, és az iskola sem tesz semmit, ha nem a gyermekkori és serdülőkor problémákat magukra hagyják. Ilyen szituációkban az iskolák tulajdonképpen *gátolhatják* a fiatalok fejlődését, sőt elősegítik az öngyilkosságot. Viszont, ha elfogadják az öngyilkosság és általában az alkalmazkodás összetettségét a fiataloknál, csak akkor játszhatnak aktív szerepet az iskolai öngyilkosságok megelőzésében - mint ahogy már 90 évvel ezelőtt dokumentálták. Az iskolákban ésszerűen elkezdett ilyen átfogó prevenció program a következőket foglalja magába:

1. A fiatalok öngyilkosságának és öngyilkos magatartásának teljes számát *világszerte* csökkenteni.
2. A boldogtalan, nagyon depressziós fiatalok nagy számát csökkenteni. Mint ahogy korábban Kazdin (1990) beszámolt róla, a klinikai segítséget igénylő fiataloknak csupán 10-30%-át részesítik valójában ebben a gondozásban. Ezért megkérdezhetjük: hány öngyilkos fiataalt nem is ismertek fel veszélyeztetettnek?
3. Van egy lehetséges *befolyásolhatósági* vagy *követési* tényező és a rákövetkező „fertőzés” (contagion). Az irodalomban dokumentált iskolákban *történő* után követésre (postvention) utalva Leenaars (1985) jegyezte meg ezt a tényt, s azt követően kutatással támasztották alá.
4. Az iskolák segítséget kérnek. Ezért az lenne a bölcs dolog, ha a legtájékozottabb szakemberek (pszichiáterek, pszichológusok, oktatók stb.) segítenének.
5. Meglepő ok: az öngyilkosság túlélői. Iskoláinkban túl sok fiatalnak okoz traumát a velük egyidős társaik öngyilkossága. Következésképpen *ésszerű* az öngyilkossági *prevenció*. A fontos kérdés nem az, hogy megtegyük, hanem az, *hogyan* tegyük.

### **Prevenció - Intervenció - Posztvenció**

A mentális egészségügyi és a közegészségügyi problémák klasszikus megközelítése Caplan nevéhez fűződik, aki elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenciót különböztetett meg. A prevenció e



három módjára legáltalánosabban használt fogalmak a prevenció, intervenció illetve a posztvenció. A reagálás mindhárom módjának helye van ésszerűen körültekintő módon az öngyilkos fiatal megsegítésében. Röviden, a széleskörű reakciónak ez a három módja a következőkre vonatkozik:

1. A prevenció általánosságban a jó mentálhigiéné elvével függ össze. Olyan stratégiákat foglal magába, amelyek megjavítják az öngyilkossághoz vezető körülményeket: *tesz valamit mielőtt* az esemény bekövetkezne. Az öngyilkosság megelőzés az elsődleges megelőzés által a legtokéletesebb. A prevenció oktatás. A fiatalokat oktatni kell az öngyilkossággal kapcsolatban. Az ilyenfajta oktatás kifejezésre juttatja, hogy az öngyilkosság többdimenziós betegség, nagyon bonyolult, csaknem egyenértékű az emberi szenvedés megelőzésével.
2. Az intervenció az öngyilkossági krízis vagy probléma kezelésével és gondozásával függ össze. A másodlagos prevenció az *esemény folyamán tesz* valamit. Az *öngyilkosság* biológiai, neuropszichológiai, társadalmi, kulturális aspektusokkal együtt járó esemény. Nyilvánvaló, hogy az öngyilkosság nem kizárólag orvosi probléma, és sok ember szolgál életmentő közegként. Mindazonáltal, szakképzett emberek, pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások pszichiátriai ápolók stb. elsődleges szerepet játszanak a beavatkozásban. Viszont az iskolákban történő posztvencióra, beavatkozásra egyaránt igaz, hogy a közösségi kapcsolatok fejlesztését fogják igényelni. Az iskolai prevenció közösségi prevenció.
3. Posztvenció, a Shneidman által bevezetett kifejezés azokra a dolgokra utal, amit az esemény megtörténte után végeznek el. A posztvenció az öngyilkosságot elkövetett személy túlélőinél jelentkező traumatikus utóhatásokkal foglalkozik. Az elhunyt hozzátartozóinak nyújt mentális egészségügyi és közegészségügyi szolgáltatásokat. Valamennyi szükséglet szenvedő túlélő: gyerekekkel, szülőkkel, tanárokkal, iskolatársakkal kapcsolatos munkát magában foglalja. Mint ahogy kezdetben kijelentettük ezekben a törekvésekben az iskolarendszerek különösen kritikus erőt képviselnek.

A következőkben felvázolunk néhány részletet, mítoszt, kérdést és csapdát, ami minden egyes törekvésben megmutatkozik.

## Prevenció

A prevenció általában a jó mentálhigiéné elvével függ össze. Az iskolákban ez oktatást jelent. Ez azonos az iskolák általános céljával, nevezetesen az ifjaink oktatásával.

Az öngyilkosságra vonatkozó mostani népszerű meghatározás az, hogy az öngyilkosság egyszerűen egy külső esemény vagy „stressz” következménye: pl. egy barát visszautasítása, vagy egy népszerű énekes hatása miatt következik be. Bár gyakran szerepel az öngyilkosságban helyzeti tényező, ennél az öngyilkosság jóval több. Ennek illusztrálására egy klinikai példát mutatunk be:

Egy autóban halva találtak egy 16 éves fiatalembert, aki szén-monoxid mérgezés miatt halt meg. Az emberek meghökkentek: „Miért ölte meg magát ez a felső középosztálybeli fiatalember?” A szülők kiderítették, hogy öngyilkossága napján a barátnője visszautasította őt. Ez volt az ok: amikor egy fiatalembert visszautasítanak a szerelemben és így van, megölheti magát. Néhány barát és a tanárai úgy tudták, hogy problémái voltak az iskolában. Így ez volt az ok. Megint mások, hogy az apja alkoholista és goromba. Így ez az oka. Az orvosa úgy tudta, hogy örökbe fogadták, és a napokban emiatt borult ki. Ezt gondolta igazi oknak, Míg mások úgy tudták....

Maga a fiatal ugyanilyen gyakran egyetlen esemény miatt elvakult. Itt halálosan öngyilkos emberekről beszélünk. Az a tinédzser, aki azon a ponton van, hogy az apja puskájával golyót röpít a fejébe, vagy aki arra készül, hogy beveszi az édesanyjának felírt pirulákat, az elhatározás pillanatában a legkevésbé van tudatában az ok *lényegével*, ami miatt így cselekszik. A serdülők tudatos érzékelése egy kritikus aspektus. De azért egyszerűen el kell fogadni, hogy a perspektíva nem csak a végletekig leegyszerűsített, hanem suicidogén, azaz, pusztító, ártalmas, iatrogén. Egyszerűen a *fájdalom* teszi

lehetővé a fiatal számára, hogy tökéletes és pontos feleletet adjon az eseményre. Az öngyilkosság összetett, bonyolultabb, mint ahogy a gyermek vagy serdülő tudata tudja.

Sajnálatos, túl gyakran, a serdülők - de a szülők, tanárok, orvosok, pszichológusok is - készek arra, hogy osztozzanak a félreértésben, téves értelmezésben. Valójában széles körben elterjedtek a mítoszok. Ez addig megy, amíg a következőt jelentik ki: „az öngyilkosság normális”. Az öngyilkosság nem normális dolog. Nagy patológia jele. Mást állítani - mint ahogy a késői 70-es és 80-as években történt - nemcsak csapda volt, hanem kárt okozott a prevenciók erőfeszítéseknek.

Íme *néhány téves értelmezés és a mi reakciónk* velük kapcsolatban:

1. Az öngyilkossági prevenciónak nincs helye az iskolákban. Válasz: Ez egy rendszer bevezetésének kérdései: általános vonatkozása rávilágít az ilyen programok bevezetésére és kifejlesztésére, amit az iskolai személyzet és más személyek folytatnak. Dyck (1990) a következőket jegyezte fel: „Egyes oktatási osztályok, iskolai testületek, sőt egyes iskolai adminisztrációk különböző okok miatt ellenzik ezeknek a programoknak az iskolákban történő bevezetését, közülük néhány inkább képzelt dolgokra, mint tényekre alapozza a véleményét, míg mások jogosak, és komoly, körültekintő megfontolásnak kell ezeket alávetni. Az iskolai bevezetésre vonatkozó stratégiák a kormány által létrehozott kötelező prevenciók programokat, sajátos iskolai testületek általi bevezetést és bár kevésbé hatékony, a helyi iskola általi bevezetést tartalmazzák. Azoknak a klinikusoknak, szakembereknek, akik el akarják érni a bevezetést, mielőtt elérnék ezt, fejleszteniük kell szakképzettségüket. Az ilyenfajta szakképzések hihetőséget, öngyilkossági prevenciók képzést, oktatásban való részvételt, konferenciákat, kutatást stb. foglalnak magukba. Túl gyakran előfordulnak olyan személyek, akik megpróbálják az iskolákban a bevezetést elérni, és korlátozott képzettséggel és jártassággal rendelkeznek, közülük néhány maga is suicidogén, (azaz előidéző, elindító).
2. Az öngyilkosságról való beszélgetés öngyilkosságot okoz. Válasz: Ez képzelt dolog. Természetesen, a szenzációhajhászás szenzációhajhászást okoz. A kérdés *nem* az, hogy beszélünk-e az öngyilkosságról, hanem az, *hogyan* beszélünk róla. A szóban történő megvitatás elősegíti az öngyilkos személy nyíltságát, beavatkozáshoz vezet. Az öngyilkosságról való beszélgetés, és valamennyi mentális egészségügyi problémáról való beszélgetés, a mentális és egészségügyi és közösségi szakképzettség javulásához vezethet, növeli az önbizalmat, csökkenti az iskolai hibát, növeli az önkontrollt, csökkenti a depressziót stb. minden fiatalnál.
3. A programok nem költség-hatékonyak. Válasz: Hisszük, hogy a programok költség-hatékonyak lehetnek, lehetővé teszik, hogy az illető világosan megértse a célt. A prevenció oktatni akar, megismerni a kulcsokat, az erőforrásokat, stb. Nem akarnak beavatkozni. Ezért a költség-hatékonyaság kérdése, ha valaki ezeket a kifejezéseket akarja alkalmazni, megegyezik az egész neveléssel, oktatással: tanulnak a gyermekek, tinédzserek? Úgy gondoljuk, hogy igen. Az ilyenfajta programok még kevésbé kockázatos emberekre vonatkoznak, egészségügyi stratégiákat is létrehozhatnak.
4. Ha van programjuk, az iskolák beperelhetők. Válasz: Ellenkezőleg, az iskolai személyzetnek körültekintő és megfelelő módon kell tevékenykednie. Az USA-ban a minisztériumnak a fiatalkori öngyilkossággal foglalkozó „különítménye” (ami amerikai/kanadai szépítő kifejezés egy szociálisan alkalmatlan egészszre), megállapította, hogy az iskolák kitűnő lehetőséget nyújtanak nagyszámú fiatal elérésére. A „különítmény” azt a következtetést vonta le, hogy az iskoláknak fontos szerepe van a fiatalok problémáinak kezelésében. Valójában, tovább kell mennünk, és ki kell jelentenünk, hogy az iskoláknak „ésszerűen körültekintő emberek” módjára kell cselekedniük. Ebben az esetben egy 14 éves fiú szülei beperelték az iskolát hanyagsága miatt, arra panaszkodva, hogy az iskolának kötelessége öngyilkossági prevenciók képzést nyújtani, és hogy az iskola elmulasztotta ezt. A bíróság az esetet elfogadhatónak tartotta, mondván, hogy beperelheti, mert indíthat valaki az iskola ellen nem körültekintő magatartása miatt. Egy olyan esetben, amikor az

iskola adminisztrátorai engedélyeztek egy speciális „Nerd Day”-t, és ami néhány ember jelentős visszaélését, durva bánásmódját eredményezte, tanácskoztunk, és gondoltuk, hogy jelentős nyomást gyakorolt egyesekre, és hozzá járult öngyilkossági döntésükhöz. Egy ilyen napon kísérelt meg öngyilkosságot ez a fiú, és csak azért élte túl, mert gyors orvosi segítséget kapott. Körültekintőek voltak az iskola munkatársai? Mit kellett az iskolákban az erőszakosságot illetően elviselni? Az iskolák az egészség elősegítői-e, nem pedig az erőszak hozzájárulói? Végül, hatékonyak-e a programok vagy valójában „fertőző betegségeket” okoznak? A „fertőző betegségek” kérdése azért merül fel, mert amióta Goethe (1774) kiadta az Ifjú Werther szenvedéseit, megjelentek olyan riportok, amelyek arról beszélnek, hogy az öngyilkosságot okoz. Philips (1974) volt az első ebben a században, aki az öngyilkossági arányokról beszámoló média hatását bizonyította be, ez azonban csupán szenzációs média történetekről való megállapítás volt. Most már jól megállapított tény, hogy a nyomtatásban megjelent riportok és az elektronikus média, amelyek hírességekről szólnak, sok „alakúak”, ismételve, nyíltak, a címdalton dicsőítik az öngyilkosságot és ezek az öngyilkosság növekedéséhez vezetnek. Úgy tűnik az emberek úgy gondolják, hogy a prevenciós program során az öngyilkosságról való beszélés hasonló növekedést vagy éppen fertőzést hoz létre. A médiában megszólaló riportok nem azonosak a prevenciós programokkal. Valóban, ami a prevenciós programokat illeti, nincsenek megbízható adatok, amelyek azt mutatnák, hogy az oktatási program fertőző hatást okoz. Azért írtuk a „megbízható” kifejezést, mert megbízhatatlan kutatók, pl. Shaffer és kollégái a következő üzenetet hagyták meg világszerte nyomtatásban: „Az iskolai öngyilkossági prevenciós programok veszélyesek lehetnek.” Az üzenet „átgyúrta” a világot - sok iskolai igazságszolgáltatást, illetékességet és politikust beleértve az USA-ban. Ennek eredményeképpen a programokat betiltották. Ez azért sajnálatos, mert Shaffer (1991) nem arra mutatott rá, hogy az öngyilkossági prevenciós programok ténylegesen veszélyesek, mindössze arra mutatott rá, hogy néhány férfi, aki megelőzően öngyilkosságot kísérelt meg, úgy gondolta, hogy barátai nem szeretnék a programot. Ez várható, mivel mint ahogy Clark (1991) megjegyezte, a pszichológiailag károsodott emberek nyilvánosan nem szeretnek hiányosságaikkal szembe kerülni”. Shaffer vizsgálatának számos hiányossága volt, a következőt beleértve: csak két programot vizsgált meg, a felmérés problematikus volt, az önbeszámoló alkalmazása, az előzetes és utána történő vizsgálat eltért egymástól. A kutatás lényegében kimutatta, hogy a prevenció segít, bár további vizsgálatra van szükség.

### **Beavatkozás (Intervenció)**

A beavatkozás az öngyilkossági krízis vagy probléma kezelésével és gondozásával függ össze. Sok ember, az iskolákban lévők is beleértve, életmentő közegként szolgálhat. Gyakran az iskolákon kívül, szakszerűen képzett emberek is elsődleges szerepet játszanak a beavatkozásban. Nemcsak az öngyilkossággal kapcsolatban, hanem az öngyilkos emberek kezelésével kapcsolatban is gyakoriak a félreértések. Gyakoriak a nagyon primitív megoldások. Ez részben annak a képzelten dolognak az eredménye, hogy az öngyilkosságot kizárólag stressz eredményezi. Még a fiataloknál is általánosan állandó, az öngyilkosságnál és az öngyilkos magatartásnál azonban az, hogy nem egy esemény váltja ki, hanem összetett megbirkózási minták. Az öngyilkos fiataloknak elviselhetetlenül nagy fájdalmuk van, legyengültek, és képtelenek megbirkózni az élet követelményeivel. Az öngyilkosságra csupán mint stresszre koncentrálni, durván alulértékeli azt a patológiát, amivel ezek a fiatal emberek szembenéznek, - és ténylegesen hozzájárul annak a segítségnek a későbbi hiányához, amiben ezeket a fiatalokat nem részesítik. Az igazság az, hogy ezeknek a fiataloknak hosszú lejáratú, sokfajta vizsgálatra, nem pedig rövid lejáratú tanácsadásra és egyéb gyermekes, naiv megoldásokra van szükségük. Bár a szakemberek központi szerepet játszanak az öngyilkos fiatalok kezelésében, másoknak ugyanilyen értékes szerepük van. Valójában a szülők kritikusan közreműködnek. Nemcsak a szülőket kell bevonni a beavatkozásba, hanem a testvéreket, barátokat, tanárokat, iskolatársakat, lelkeseket, idősebbeket, orvosokat, - bárkit, akik közvetve vagy közvetlenül szolgálnak, hogy a fájdalmat megszüntessék. Érdemes megemlíteni, hogy a fiatalok öngyilkosságára adott egyszerű általános primitív válasz chimera (agyrém, illúzió), egy képzeletbeli, nem létező fogalmi koholmány.

Pl. egyetlen gyógyszernek, csodaszerként való felírása ilyen chimera. Az egyszerű reakció kutatása ostoba, bolond és nem valóságos elképzelés. Ennek illusztrálása íme három példa egy közhasználatú „szakácskönyv” koholmányból:

1. Az öngyilkosságot és az öngyilkos magatartást könnyű megjósolni. Válasz: Az öngyilkossági statisztikai ritkasága és a jósló műszerek (mérő eljárások, tesztek) tökéletlensége óriási nagy számú hibás eredményekhez vezet, ezért valójában a „jósló műszereket” kevésbé használják a klinikusok. Az USA-ban az Országos Mentális Egészségügyi Intézet kiértékelte az öngyilkosság megjóslásának és felmérésének kutatási területét, és azt a következtetést vonta le, hogy néhány vagy egyetlen teszt sem felhasználható.
2. „Az öngyilkosság nem elkövetésére” vonatkozó megállapodások a prevenció legjobb eszközei. Válasz: Az „öngyilkosság nem elkövetésére” vonatkozó megállapodások primitív írásos formák, fokozottan alapos vizsgálat hatáskörébe tartoznak. Kevés az irántuk való túlzott bizalom, felhasználhatóságukra vonatkozó bizonyíték. Gyakran az írásos megállapodásokat inkább a kezelőorvos saját megnyugtatóására használja, klinikai értéke nincs. Nem lehet alternatíva a szakszerű kezeléshez. Gutheil, (1989) egy bírósági ügyvéd megjegyezte, hogy jogilag a megállapodások értelmetlenek. Természetesen, ez alatt nem azt értjük, hogy az olyan verbális megállapodások mint „ha öngyilkossági gondolata van, hívjon fel” nem használhatók fel; csupán nyílt alkalmazásuk rossz. Az írásos megállapodás nem egyező azzal a szándékkal, amit Drye, Goulding és Goulding (1973) akart, amikor évekkel ezelőtt bevezették a megállapodások fogalmát.
3. A kortársakkal való tanácskozás - különösen azért, mert a tinédzserek előnyben részesítik a tinédzserekkel való beszélgetést - a kezelés legjobb módja. Válasz: Ez tévedés. Nem azt mondjuk, hogy az igazán öngyilkos fiatalok nehéz helyzetét nem irányítják, nem tudják kezelni. A kortársakkal való tanácskozás nem azonos a pszichoterápiával. Nincs olyan kutatás, ami megállapítaná, hogy az egykorú tanácsadók olyan kezelési gondozást nyújtanának, mint amire az öngyilkos fiataloknak szükségük van. Másrészt, az egykorú társak, tanárok, az útmutató tanácsadók nagymértékben segíthetnek a felismerésben, a támogatásban. Az a tény, hogy a tinédzserek előnyben részesítik a tinédzserekkel való beszélgetést, egyfajta védekezés, az elviselhetetlen fájdalom, és a vele való megbirkózásra képtelenség kifejeződése.

Az öngyilkos gyermekek és serdülők kezelése összetett és sokféle. A kezelés magában foglalja, de nem korlátozódhat a következőkre: krízis-beavatkozás, pszichoterápia, családterápia, pszichofarmakoterápia, kórházi kezelés, és az iskolai beavatkozás a közösségi kapcsolat kialakítását igényli. Nem lehet valamennyi veszélyeztetett fiatalot az iskolarendszer korlátozott eszközeivel kezelni, még akkor sem, ha van iskolai pszichológus az iskolában. Egyedül az iskola nem tudja a fiatal öngyilkossági problémáját kezelni, éppúgy, mint ahogy az orvosszakember sem. A közösségben szakemberek széles körére van szükség ahhoz, hogy a veszélyeztetett fiatalok bajait kezelni tudja. Nincs egyszerű *taktika*.

A meghatározás szerint, az öngyilkos fiatalokkal végzett intervenciók erőfeszítések, a beavatkozási munkák a krízishelyzet felmérését, és kezelését foglalják magukba. Az iskolai személyzetten kívül, sok mentális egészségügyi és közegészségügyi szakembert kell felkérni, hogy egy életmentő közegként szolgáljon. Az öngyilkossági kockázat felmérése egyike a legnagyobb kihívásoknak. A beavatkozás alapos felmérésen alapszik. A krízis beavatkozásnak, akár krízis személyzet, akár az iskolák mentális egészségügyi szakemberei végzik, a krízis meghatározás szisztematikus folyamatának és a problémamegoldásnak az alkalmazásával azonnali és tájékozott reakciót kell adnia az öngyilkos gyermekekre vagy tinédzsere.

Ha a fiatal már akut öngyilkossági krízisben van, a gyermek vagy serdülő egyedülálló, sajátos igényeinek megfelelően, sok pszichoterápiai megközelítést lehet alkalmazni. Nyilvánvaló, hogy az öngyilkos ember mély fájdalomban van, ezért az a szabály, hogy pszichoterápiára van szüksége, hogy elviselhetetlen fájdalmát elviselhetővé tegye, és közelebb vigye az élet nehézségeinek hosszúlejárátú megoldásához. A speciális kezelési formák közötti válogatásban, a klinikusnak a betegre vonatkozó tényezők sorát kell különös figyelembe venni: életkor, nem, egészségügyi állapot, kulturális kérdések,

stb. Ha már tudjuk, hogy az öngyilkosság többszörösen meghatározott: *sok tényező*, a biogenetikai tényezőket is beleértve, váltja ki, közreműködik a kockázat kialakításában. Néhány esetben a gyógyszeres kezelés nélkülözhetetlen.

Az alkalmazott kezelési modellre való tekintet nélkül bizonyos klinikai, jogi és etikai kérdésekkel kell szembenézni az öngyilkos beteggel végzett prevenciós munkában. Pl. ha a gyermek öngyilkos magatartását az iskolában mutatja ki, kinek kell a kockázatot felmérni? Vagy mivel a beavatkozás az iskolai személyzetnél többet is magába foglalhat, ki a felelős az iskola és a mentális egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolatok kialakításáért? Mivel a fiataloknál fennáll az öngyilkosság lehetősége, a gyakorló szakembereknek, különösen a pszichiátereknek és pszichológusoknak szükségük van az iskolákban történő felmérésre és intervencióra vonatkozó világos útmutatásokra. Jogilag és etikailag a szakembernek ésszerűen és körültekintően kell cselekednie. Klinikailag viszont figyelembe kell venni a kiszámolt kockázatot, pl. amikor gyermek a kórházból való elbocsátás után visszatér az iskolába.

Az öngyilkos emberekkel folytatott beavatkozásra vonatkozó kutatás a fiataloknál nem létezik. A jövőbeli kutatásnak gondos intervenciós vizsgálatokat, kezelési kutatást és irányított és ellenőrzött pszichoterápiai és pszichofarmakológiai kísérleteket kell magában foglalnia.

Az intervencióra vonatkozó kutatás hiánya ellenére van egy kutatással alátámasztott taktika, amelyet különösen a fiataloknál hasznosnak mutattak ki: a halálos eszközökhöz való hozzáférés megszigorítása. Ennek a szemléletnek a gyakorlatban való alkalmazása az, hogy „el kell dugni a fegyvert” egy olyan öngyilkossági helyzetben, amikor tudva lévő, hogy egy illető le akarja magát lőni és fegyver áll rendelkezésre. De ugyanezt az elvet bármelyik módszerre (pl. gyógyszer túlzott adagolás) lehet alkalmazni.

## **Posztvenció**

A posztvenció az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet vagy bármilyen más trauma megtörténte utáni cselekedeteket foglalja magába. A posztvenció a traumának a túlélőkre gyakorolt hatásával foglalkozik. Az iskolák különösen fontos szerepet töltenek be az ilyen posztvenciót létrehozó törekvésekben. Már Freud leírta 1917-ben, és azóta más kutató is alátámasztotta, hogy az öngyilkosság a túlélők számára jelent traumát. Sok különféle, szokatlan traumatikus esemény létezik, pl. a súlyos bűncselekmények, gyilkosság, balesetek, katasztrófák. Az öngyilkosságot sem lehet a szokványos emberi magatartások közé sorolni, és mint más traumák, ez is a legtöbb emberben a szorongás feltűnő jegeit kelti.

A traumás stressz-zavar a katasztrófa esetén megjelenő természetes viselkedés mintákra és érzelmekre utal. Figley határozta meg a poszttraumás stressz-zavart. (PTSD), mint a katasztrófa és közvetlenül az utána történtek emlékével kapcsolatos tudatos és nem tudatos viselkedések és érzelmek. Semmi esetre sem mondhatjuk azonban, hogy minden vagy a legtöbb túlélő produkálja ezeket a jellemzőket olyan mértékben, hogy azt zavarnak lehessen címkézni.

A PTSD-t leginkább egy heurisztikus minősítésnek tekinthetjük, mivel az iskolákban, közösségekben előforduló öngyilkosságok és más traumák túlélőinek reakcióit foglalja össze. A poszttraumás reakció a következőket foglalja magába: a trauma újbóli átélése (pl. visszatérő emlékképek, visszatérő álmok, asszociációk az esemény újbóli megjelenésével kapcsolatban). Csökkent érzékenység a külvilág történéseivel szemben (pl. érdeklődés csökkenése, elidegenedés, beszűkült érzelmi élet), sok más tünetek, pl. depresszió, levertség, fokozott éberség, alvászavarok, bűntudat, memória, koncentráció zavarai, az emlékeket felkeltő események kerülése, az eseményt szimbolizáló történésekre erősödő tünetek.

Egy öngyilkossághoz vagy más traumához alkalmazkodni meglehetősen nehéz, akár a pozitív, akár a negatív válaszokat tekintve. Freud a pozitív válaszok közé sorolta az emlékezést, ismétlést és az újra átélést, míg a negatívok közé a felejtést, elkerülést, fóbiát és gátlást. Sajnálatos módon az öngyilkosságot vagy más traumát követő negatív válaszok túl gyakoriak sok áldozatnál, még a felnőttek között is, akiktől azt várnánk, hogy tanárok és pszichológusokként támaszai legyenek a gyerekeinknek. Gyakran egyszerűen megtagadják: „Ne beszélj az öngyilkosságról, mert annak újabb

öngyilkosság lesz a vége." Szilárd meggyőződésünk, hogy mint azt a vietnámi áldozatoknál dokumentálták, ez a hozzáállás csak súlyosbítja a traumát.

Wilson, Smith és Johnson szerint azonban, fontos tisztában lennünk azzal, hogy egy öngyilkosság áldozatai az események kudarc-sorozatába kerülhetnek:

A nyomasztó és lesújtó traumáról beszélve, az ember kockáztatja, hogy további megbélyegzést kap; a trauma megbeszélésének sikertelensége növeli a védekező elkerülést, így növelve a depresszió és az azzal váltakozó erőteljes képek megjelenésének és a többi PTSD tünetek az előfordulási valószínűségét.

Fontos megjegyeznünk, hogy a PTSD eredetileg a felnőttek traumára adott reakcióit írta le, Eth és Pynoos azonban meggyőző érvekkel szolgált arra nézve, hogy ez gyerekekre és kamaszokra is fennáll. Valóban felfedezhetőek törvényszerűségek abban, ahogy a gyerekek a nem szokványos traumatikus eseményekre reagálnak. Hasonló megfigyeléseket figyelembe véve az APA módosította a definícióját, és bele vette a gyerekeket és a tinédzsereket.

Az öngyilkosságra és a traumára összetetten kell reagálni az iskolában. A posztvenció sokrétű és időbe telik - pár hónaptól egy egész életen át tartó folyamatig - mindenesetre több, mint 3 vagy 6 óra. A PTSD munka nagy kihívás. Mivel az itt rendelkezésre álló hely korlátozott, hadd ismertessek a máshol bemutatott posztvenció lépésekből.

Az ilyen programok lényeges elemei alapvetően a konzultáció, krízis intervenció, közösségi kapcsolattartás, felmérés és tanácsadás, oktatás, médiával való kapcsolat és utánkövetés. Ezek a feladatok a történetek utáni feszültségek oldására szolgálnak, és nem a hisztéria keltést célozzák meg. A posztvenció terén is elterjedtek a *téveszmék*, csakúgy, mint a megelőzés és intervenció szakaszaiban. Kezdjük a manapság legelterjedtebbekkel:

1. „*A posztvenciónak nincs értelme*”: Annak illusztrálására, hogy ez nem igaz, a szakirodalomból mutatunk be egy esetet. Hazell és Lewin elcsépezt frázisa volt: a posztvenciónak nincs értelme. H. és L. a posztvenció értékelésére két iskolában vizsgálták az öngyilkosságokat, a posztvenciót csoportos tanácsadásként értelmezve (azaz kikérdezés). A posztvenció azonban nem egyenlő a csoportos foglalkozással. A csoportos foglalkozás egy összetevője lehet a posztvenciónak, bár meggyőződésünk, hogy az egyéni munka megfelelőbb a PTSD, depresszió vagy más kóros válasz kockázatának kitett egyének esetében. Bár ők kizárólag az öngyilkosság kockázatát vizsgálták, a modellkövetés csak egyike a sokkhatás következményeinek. A Hazell és Lewin által vizsgált csoportfoglalkozás szintén problémás, mert 20-30 gyereket figyeltek csoportonként 90 percig. Ezt nem hogy posztvencióként nem lehet értelmezni, de még csoport terápiként sem. Úgy gondoljuk, hogy talán jobb semmit nem csinálni egy öngyilkosság után, mint kikérdezni 90 percig a fiatalokat. Mindössze annyit sikerült bizonyítaniuk, hogy egy pár órás csoportfoglalkozás, kikérdezés, nem egyenlő a posztvencióval. Ez a fontos eredmény gyakorló szakembereknek is sok fejtörést okozott. A posztvenciót alapos kutatásra kell építeni. Láthattuk, hogy ugyanez a helyzet az öngyilkosság megelőzés terén is az iskolákban. A következtetéseket módszertanilag hiányos korlátozott vizsgálatokból vonták le. Már az 1980-as évek elejétől ösztönöztük az alapos kutatómunkát ezen a területen.
2. „*A posztvenció egyenlő a gyászoló lelki támogatásával*”. Válaszunk: aki e szerint cselekszik, kudarcra van ítélve a munkája. A lelki támogatás beletartozhat a posztvencióba, de a kettő nem azonos. A trauma kezelése több, mint tanácsadás, akár a gyászra összpontosít, akár más viselkedésre.
3. *A többi frázis röviden*: „Posztvenció egyenlő a kikérdezéssel.” „Ne beszéljünk a traumáról, el fog múlni.” „Ne aggódj - megmentünk.” „Minden ember ugyanúgy reagál - majd mi megmondjuk, hogy ők mit fognak csinálni.” „Posztvenció egyenlő a megelőzéssel.”

Végezetül, hatékonyak-e a posztvenció erőfeszítései? Több információra van szükség a posztvenció gyakorlat kialakulásához. Jobb lett volna, ha nem teszünk semmit a Carrolton-i gyilkos öngyilkosság után Georgiában? 1999. január 8-án, a carroltoni középiskolában Jeff Miller lelőtte barátnőjét, Andrea Garrettet, majd magával is végzett. Ezt követően az iskolában pánik tört ki. Jobban tettük volna, ha nem nyújtunk segítséget a diákoknak? Vagy jobban tettük volna, ha a skót Dunblane-i és Colorado állambeli Littleton-i iskolai mészárlás után nem teszünk semmit?

Vannak tanulmányok, amelyek szerint hasznos a posztvenció, bár általánosságban kevés a PTSD-t célzó szisztematikus kutatás, olyan pedig egyáltalán nincs, amelyik az iskolák ilyen téren végzett összetett erőfeszítéseit vizsgálná. Azok a kutatások, amelyek az ilyen folyamatokat vizsgálják, kizárólag a kikérdezés módszerére szorítkoznak, amelyet mi és más kutatók is, vitathatónak tartunk. Annak ellenére, hogy a kutatás még ebben a stádiumban tart, meg kell kérdeznünk, hogy mit tegyünk egy trauma bekövetkeztekor az iskolákban, közösségekben. Ez a kérdés a megelőzésre és az intervencióra is vonatkozik.

Végezetül, Wenchstern és Leenaars közölt egy esetet, amelyben a tanár nem engedélyezett semmilyen programot, aminek végzetes következményei lehetnek, azaz modellkövetés az iskolában. A tanár egyszerűen megtagadta a programot mondván: „Nem akarnak ötleteket adni nekik.” Ebből az esetből az a tanulság, hogy egy tanár vagy iskolai adminisztrátor egyszerűen nem dönthet erről egyedül. Ez mentálhigiéniai vagy közegészségügyi szakember feladata. Körültekintő irányelvekre és eljárásokra van szükségünk az öngyilkosságok és traumák kezelésénél az iskolában ill. közösségekben.

## **Bevezető**

Talán furcsán hangzik a összefoglaló megjegyzéseket bevezetőnek nevezni, ami általában egy fajta bemutatkozóként szolgál, de az írásunk csak bevezető lehet egy összetett öngyilkosság megelőzést - megelőzést, intervenciót, posztvenciót - kutató tanulmánynak az iskolákban, közösségekben. Bevezető a jövőbeli próbálkozások elé.

A fiatalok öngyilkossága egy mentálhigiéniai és közegészségügyi probléma. Több tanulmányra és eszmecsere-re lenne szükség. Melyek a lényeges kérdések és melyek a mondva csináltak. Sok más fontos kérdés is van. Most legalább a következőket fel kell tennünk:

- Egyetértünk-e abban, hogy az öngyilkosság probléma?
- Támogatják-e az iskolák és közösségek a probléma megoldását?
- Meg tudnak-e egyezni a megelőzés, intervenció és posztvenció minimális lépéseiben?
- Milyen alapvető gondoskodást tegyenek meg az iskolák? Ezek ugyanolyanok, különbözőek és/vagy különlegesenek, mint máshol (pl. a kórházban)?
- Milyen minimális és ideális összekötő kapocs szükséges a közösségek és iskolák között?
- Tegyük-e kötelezővé a megelőző lépéseket?
- Hogy értékeljük az oktatási program megtérülő komponensét?
- Hogyan fejleszthetjük az öngyilkosság kockázatának felismerését?
- Milyen instrukciók, készségek szükségesek az iskolai személyzet részéről ahhoz, hogy szűrni tudja az egyéneket öngyilkosság szempontjából?
- Melyek azok a beavatkozások, amelyek hatékonyan használhatók fiataloknál? Van-e egyáltalán bizonyítékunk arra nézve, hogy a tanácsadás segít?
- Melyek az iskolai posztvenció leglényegesebb összetevői? Úgy tűnik, hogy legalább az alábbiakat tartalmaznia kell: konzultáció, krízis intervenció, közösségekkel kapcsolattartás kialakítása; felmérés és tanácsadás, oktatás, médiával kapcsolat és utánkövetés. Melyek a minimálisan szükségesek és melyek kívánatosak?
- Miben különbözik az iskolai posztvenció a gyászoló lelki támogatásától? Mi a közös bennük? Hogyan értékelhetjük a megelőzési erőfeszítéseket?
- Végül, van-e valamilyen, az öngyilkosság irányába ható hatása a megelőző erőfeszítéseknek? Ha igen, hogy lehet kimutatni? Mit lehet tenni?

További kutatás szükséges a fenti kérdésekben, de legalábbis a következőket kellene tisztázni a jövőben:

elméleti részét ismertetni; a célokat világosan kifejtteni (rövid és hosszú távú); várható változás(ok); a célok és a programok további részletes leírása; mit kell mérni; a mérőeszközök standardizálása; célpont(ok) tisztázása; a kivitelezés világos vázlata; az elemzés kifejtése; a különböző álláspontok összehasonlíthatóvá tétele.

A fiataloknál végzett öngyilkosság megelőzés elméletének tisztázása gyakran hiányos; pedig ez rendkívül fontos lesz a jövőben. Az öngyilkossággal foglalkozó terület egészét át kell alaposan gondolni.

Goldney szerint például a megoldandó feladathoz igazodva kreatívnak kell lennünk és újító ötletekkel és módszerekkel kell megközelítenünk az öngyilkosság megelőzést.

Az 1910-es találkozót minél hamarabb meg kellene ismételnie egy nemzetközi bizottságnak. Jelen pillanatban egy átfogó öngyilkossággal foglalkozó program létrehozásáért küzdünk az iskolákban és közösségekben.

*A Crisis c. folyóirat tanulmánya (1999/3. szám)*

## Könyvajánlat

**Patty Howell, Ralph Jones: Ötcsillagos házasság**

***Amit a jó párkapcsolatért tennünk kell***

Magyar Könyvklub, Bp. 2002.

Milyen egy ötcsillagos házasság? Különleges és dinamikus kapcsolat, s benne mindkét fél arra kötelezi el magát, hogy szeretettel, gondoskodással és bizalommal olyan életet teremtsen maga körül, amely mindkettőjük épülését, boldogságát és meglegedését szolgálja. Ilyen egyszerű? Megfogalmazni ilyen egyszerű, persze megvalósítani sokkal nehezebb. De nem lehetetlen. Az amerikai pszichológus szerzőpár egyben házaspár is, tehát náluk hitelesebb tanácsadót nem is kívánhatnánk. Az utóbbi években elsősorban házaspárokkal foglalkoznak. Párterápiát és házaspárokból szervezett csoportoknak "Ötcsillagos házasság" tréningeket tartanak nagy sikerrel. Többször jártak Magyarországon, és szívesen találkoznának magyar párokkal is. Könyvük igazi amerikai önségítő könyv. Mindig a pozitív megoldásra és a problémák *megoldhatóságára* koncentrálnak. Ez néhány európai számára ugyan túlságosan derűs élethezért tűnik, nekünk, magyaroknak azonban olyan nagy hiányunk van ebből, hogy érdemes időnként - egy-egy könyv erejéig - "beoltanunk" magunkat ezzel a szérummal is. Az Ötcsillagos házasság nem lélekelemző, csak lélekértő könyv; nem a traumákra, hanem az öngyógyításra és a kapcsolatgyógyításra irányítja a figyelmet. Könnyed, derűs olvasmány, melyben ügyesen elrejtve megtalálhatók a kevésbé derűs élethelyzetek megoldási kulcsai is.

A könyv első része 16 fontos alappillért mutat be, amelyek a párkapcsolatot megerősítik és harmonikussá tehetik (ilyen pillérek pl. a célok kitűzése, az együttlévő meghallgatás, konfliktusok és viták megoldása, bocsánatkérés és megbocsátás stb.). A második rész pedig a pillérek használatára ad tanácsokat.

**Széchehy Orsolya (szerk.): Szexuális gyermekbántalmazás a családban**

Animula, Bp. 2001.

A könyv angol nyelvű eredetijét a londoni Tavisock klinika adta ki a CIBA Alapítvány támogatásával és 16 angol szakember közreműködésével. A magyar olvasók tájékozódását a hazai nézetek és jogszabályok részletes ismertetése segíti, részben lábjegyzetek formájában, részben pedig a függelékben.

Szerkezetileg a könyv négy részből és 17 rövid fejezetből áll. Az első rész olyan általános problémákkal foglalkozik, mint a szexuális visszaélés előfordulására hajlamosító rizikótényezők, családi jellegzetességek, rövid és hosszú távú hatások. A második rész a kezelés általános elveit, a harmadik pedig annak részleteit veszi sorra. Ezek a fejezetek vázolják a szakemberek és a családi hálózat viszonyait, a vizsgálati és terápiás intézmények



megszervezését, a kezelés teendőit és módszereit stb. A negyedik rész a megelőzéssel, ezen belül a neveléssel, az önszorgító csoportokkal és egyéb segítő hálózatokkal foglalkozik, s végül esettanulmányokat közöl.

Az előszóból kiderül, hogy a kötet írásai a CIBA Alapítvány kutatócsoportjának munkái. A csoport 1981 és 1984 között dolgozott ezen a témán. Megállapításaik tehát már közel 20 évesek, így korántsem újszerűek. Számunkra mégis meghökkenítő, és ráébresztenek, mennyire el vagyunk maradva az incesztuózus viszonyok feltárása és leküzdése terén.

Bevezetés helyett "A könyv szándékáról és tartalmáról" tájékoztat az angol szerkesztő, majd áttekintést ad a könyv lényeges mondanivalóiról, amelyek három téma köré csoportosulnak: hogyan lehet felismerni, kezelni és/vagy megelőzni a családon belüli szexuális visszaéléseket. Különös hangsúlyt kap a megelőzés, amiben döntő szerepet játszhat az iskolai (és otthoni) szexuális nevelés. Ugyanis - ahogyan erre egy lábjegyzet utal - hazánkban még az ilyen visszaélések előfordulási arányairól sincsenek megbízható adatok, mert "hivatalosan nem gyűjtik az ilyen esetek adatait" (12. old.). Amerikai adatok szerint (Finkelhor, 1980) a nők 19%-a és a férfiak 9%-a számolt be gyermekkorban átélt szexuális traumákról. (...)

A szexuális visszaélések túlnyomó többsége nem derül ki, mert az érintettek gondosan eltitkolják, félve a büntetéstől. Sok múlik azon, hogy a szakemberek (orvos, pedagógus stb.) elég fogékonyak-e bizonyos testi vagy viselkedésszerű jelekre, amelyeket a könyv elég részletesen ismertet. Igen szemléletesen mutatja be azokat a családi jellegzetességeket is, amelyek hajlamosítanak az incesztusra.

A kötet második és harmadik része a büntető beavatkozások helyett elsődlegesen szociális, segítő és terápiás beavatkozásokat javasol, és ezek megszervezését körvonalazza. Ezzel kapcsolatban nagyon tanulságosnak tűnik a könyv végén bemutatott négy eset, amikor a különböző szakmai szervezetek eltérő közbelépése más-más eredményekhez vezetett. A 15. fejezet a különböző szakemberek (orvos, pedagógus, szociális munkás, pszichológus, nevelési tanácsadó stb.) szerepét mutatja be.

A megelőzéssel kapcsolatos fő következtetésük, hogy az hatékonyabb lenne, ha maguk a gyermekek többet tudnának a szexuális abúzusról és annak elhárításáról. Ennek biztosítására pedig elsősorban a pedagógusokat kellene felkészíteni. A legfontosabb tudnivalókat és javaslatokat a kötet végén 34 pontban foglalják össze.<sup>1</sup>

### **Szilágyi Gyula: Melegfront** Magyar Könyvklub, Bp. 2002.

Szexuálszociográfia a homoszexuális férfiak szexuális szokásairól, életéről, párválasztásáról és a melegekkel kapcsolatos társadalmi attitűdökről. A speciális szexuális orientáció speciális személyiségbeli és beilleszkedési gondokkal jár, s ezek megoldása nagyon sok esetben komoly konfliktusokhoz, különleges életviteli stratégiák kialakulásához vezet. A szűkebb és tágabb környezet pedig ellentmondásosan viszonyul a meleghez. Nehéz eldönteni, hogy melegnek lenni valóban csak szexuális orientációnk egyik alternatívája, vagy annál lényegesen több: az ember sorsát meghatározó tényező. A könyv szándéka, hogy segítsen a kérdés megválaszolásában.

Szilágyi Gyula szociológus. A legklasszikusabb irodalmi szociográfiát műveli: interjúkat készít. Nem kommentál, nem ítél el és emel fel semmilyen jelenséget. Felmutat az egyén és a társadalom szempontjából is lényeges viselkedési módokat. Írt a heteroszexuálisokról is nagy sikerű Tiszántúli Emanuelle című könyvében, és a leszbikusok világáról is készül szociográfiát írni.

### **Vitéz Ferenc: "Szent Antal megkísértése"** **Holló László életregénye** Csokonai Kiadó, Bp. 2002.

Vitéz Ferenc nem először nyúl a Holló-témához: műkritikusként gyakran találkozott Holló László művészetével, örökségével, ezek fel-felbukkanó hatásával. Négy éve "Lángból riadó angyal" címmel albumban írt verses asszociációkat Holló grafikáira.

A regény fokozatosan "lendül bele". A mozaikos technikával összeillesztett, idősíkokat tologató, életképi, anekdotikus, monografikus szövegrészek preconcepciós hőskölteményt csinálnak az első fejezetből, ezzel reális éltető talajától szakítják el a művészt, s kedvetlenítik el az olvasót. Szerencsére a folytatás más, egyre kiegyensúlyozottabb, összeszedettebb. Azokon a részeken élethű, élvezetes igazán, ahol az író eltávolodik hőstől annyira, hogy minden írói szubjektivitástól mentesen tud szólni róla, Hollóról az emberről, aki viaskodik magával, környezetével, pályája torz "oldalhajtsaival". Így abba a valós milióba helyezi őt, mely hitelessé teszi a krónikát, méltóvá magához a művészhez, aki számára olyan fontos volt mindig a realitás.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Szilágyi Vilmos ajánlata (Magyar Szexológiai Szemle, 2001/2-3. szám.)

<sup>2</sup> Szikszay Tamás kritikája (Debrecen Újság)

**Arkagyij és Borisz Sztrugackij: A kárhozott város**  
Magyar Könyvklub, Bp. 2002.

A Város az égbe nyúló, megmászhatatlanul sima Fal és a feneketlen Szakadék közé szorítva éli mindennapinak igazán nem mondható mindennapjait. Lakói - németek, amerikaiak, oroszok, japánok, kínaiak, svédek és még ki tudja, hányféle náció fiai-lányai - sokat vitatkoznak arról, vajon a Földön vagy egy másik bolygón, esetleg egy másik galaxisban vannak-e. Csak azt tudják, hogy valamennyien önként vállalták (ki az életét mentve, ki lelkesedésből, esetleg pusztán kíváncsiságból), hogy részt vesznek a Kísérletben. Csakhogy a Kísérletről sem tudnak, nem is tudhatnak semmit, hiszen ha tudnák, miről van szó, az befolyásolhatná viselkedésüket. Így viszont lassan megszokják a legképtelenebb dolgokat, a Várost váratlanul ellepő majmokat, a helyét önkényesen változtató Vörös Épületet, az abszurdnál abszurdabb rendelkezéseket, hiszen ki tudja... A Kísérlet az Kísérlet. A tudományos-fantasztikus irodalom klasszikusainak számító szerzők nevét a műfaj magyar rajongói is jól ismerik. Az ő írásuk nyomán született Tarkovszkij világsikert aratott filmje: a Stalker is. A kárhozott város című regényük nagyon sokáig nem jelenhetett meg, a szovjet rendszer talán nem szerette volna, ha az olvasó megtudja, miről is szól a Kísérlet...

**Joanne Harris: Csokoládé**  
Ulpius-ház, Bp. 2001.

Ismeretlen, titokzatos fiatal nő, Vianne Rocher érkezik a kis faluba, Lasquet-be, és megnyitja "csokoládézóját" - a kenyérsütő kávézóval kombinált csokoládéboltot. Végre van egy hely, ahol elszuttoghatók a titkok, megszellőztethetők a sérelmek, kipróbálhatók az álmok. Amikor Vianne húsvétra csokoládéfesztivált szervez, a falu egész közösségét megosztja...  
Íme az első olyan regény, amelyben a csokoládé elfoglalja a maga méltó helyét. A tartalmas, okos és franciásan pajzán könyv valamennyi érzékszervnek irodalmi ünnepet kínál. Izgalmas, fordulatos és szenvedélyes történetből nem hiányzik a cselszövés, a titok és a szerelem sem. A regényből a közelmúltban készítették sikeres filmet Juliette Binoche és Johnny Depp főszereplésével.

## Idézetek

Az ember eleve a természet része, még akkor is, ha megkülönbözteti magát tőle, azért, hogy kihasználhassa.<sup>3</sup>

Annak oka, hogy több embert öl meg az aggodalom, mint a munka, az, hogy több ember aggodalmaskodik, mint dolgozik.<sup>4</sup>

Az újabb időkben annak az elképzelésnek a hangsúlyossá válása, hogy az ember egyedül van a halálban, párhuzamos annak az érzésnek a felerősödésével, hogy egyedül van az életben is.<sup>5</sup>

Legjobb módszere a tanulásnak az, ha az ember kiismeri, milyen hibákat lehet véteni egy probléma megoldása során.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> A. J. Toynbee

<sup>4</sup> Robert Lee Frost

<sup>5</sup> Norbert Elias

<sup>6</sup> Teller Ede

A kezdeti kis tévedés a végén már nagy lesz.<sup>7</sup>

Ahol a csönd és a tudatosság találkozik, összeolvad és eggyé válik, ott van a fogékonyság.<sup>8</sup>

Értsék meg az emberek, hogy valahányszor megfenyegetnek, megaláznak egy másik embert, főleges fájdalmat okoznak vagy parancsolgatnak neki, vagy elutasítják, kóros lelki jelenségeket okozó erővé válnak, ha mégoly kicsivé is. Ismerjék föl, hogy mindenki, aki kedves, segítőkész, előzékeny, pszichológiailag demokratikus, odaadó, melegszívű, valójában pszichoterápiás erő, ha mégoly kicsi is.<sup>9</sup>

A tudatosság megköveteli, hogy itt és most éljünk, nem pedig máshol, a múltban és jövőben.<sup>10</sup>

Partnert találni nehéz, megtartani nehezebb, s ha nem megfelelő, kulturáltan szakítani a legnehezebb.<sup>11</sup>

Mindannyian rügyek vagyunk egy hatalmas fán, mely az univerzumot jelképezi. Ez a fa a gyökerein keresztül minden embert összeköt. Mindannyian meg tudjuk tanulni azt a bölcsességet, hogy hogyan szeressük, gondozzuk és neveljük ezt az értékes életet, amit kaptunk. Ha minket jól gondoztak, akkor mi is képesek leszünk megfelelően gondozni másokat.<sup>12</sup>

A mindennapok hordalékából kell kimosni életünk maroknyi aranyát.<sup>13</sup>

Ha az emberi agy olyan egyszerű lenne, hogy megérthetnénk, akkor olyan egyszerűek lennénk, hogy nem tudnánk megérteni.<sup>14</sup>

Életed legfontosabb pillanata  
a jelen pillanat,  
legfontosabb embere,  
akivel most kell leülnöd beszélgetni.  
Legfontosabb tette a szeretet.<sup>15</sup>

---

<sup>7</sup> Arisztotelész

<sup>8</sup> Osho

<sup>9</sup> A. Maslow

<sup>10</sup> E. Berne

<sup>11</sup> Dr. Németh Endre

<sup>12</sup> Virginia Satir

<sup>13</sup> Déry Tibor

<sup>14</sup> Emerson Pugh

<sup>15</sup> Eckhart mester, XIV. szd.

**infó** III. évfolyam, 8. válogatás különszám.

*Lezárva: 2002. május 2-án, Debrecen.*

*"Segítőkéz" Lelkiségegy Telefonszolgálat*

*4024. Debrecen, Varga u. 1.*

*e-mail: debrecen27@sos505.hu*

*Az Infó megjelenését támogatta: Magyar Országgyűlés Társadalmi Szervezetek Bizottsága*

*Dr. Kálmánchey Albert, Kozma Ferencné, © Rénes László ®*