

PSZICHÉS HATÁS ÉS PSZICHOTERÁPIA TELEFONON ÁT

(A telefonos lelki elsősegély nyújtás pszichológiai problémái)

BUDA BÉLA

Országos Ideg- és Elmegyógyintézet¹

A tanulmány a lelki elsősegélynyújtó és krízismegoldó telefonszolgálatok pszichológiai problémáit tekinti át, abból az előfeltevésből kiindulva, hogy a szolgálatok munkája pszichoterápiás jellegű attitűd- és magatartásbefolyásolás. A tanulmány első része különböző diszciplínák és kutatási ágak ismeretanyaga és megállapításai (pl. a nem verbális kommunikáció kutatása, a telefon szociológiája, a rádiózás lélektana és szociológiája, pszichoanalízis, stb.) alapján a telefonnak, mint kizárólagos vokális csatornának kommunikációs sajátosságait elemzi. Kimutatja, hogy a telefon különösen érzékenyen közvetíti a beszélő szakember kongruenciájára vonatkozó információkat. Ismerteti azokat a kritériumokat, amelyeket a telefonszolgálatban dolgozó szakemberek képzettségének el kell érnie. Majd a tanulmány szempontokat nyújt ahhoz, hogy értelmezze a szakember a hívásokat, hogyan minősítse azokat, milyen módon percipálja a mögöttük levő pszichológiai problémákat. Terjedelemben a tanulmány leghosszabb része a telefonon át történő pszichológiai beavatkozások természetével, szintjeivel és hatásmechanizmusával foglalkozik. A szerző a következő funkciókat és szinteket különbözteti meg a telefonszolgálat intervencióiban:

1. Elirányító és információadó funkció ("diszpécser" szint)
2. Kontaktusteremtés
3. Nem-specifikus terápiás hatások
4. "Encounter"
5. Rövid-pszichoterápiás vagy krízismegoldó fázis
6. Pszichoterápiás szint

E szintek kibontakozásának a kontaktus időbeli folyamatossága ill. ismétlődése a feltétele. A szerző ismerteti az egyes fázisokban érvényesülő terápiás tényezőket. Majd a telefonszolgálatok működésének effektusára tér ki. Hangsúlyozza a telefonszolgálatok eredményességét és hasznát. A szolgálatok jelentőségét nemcsak az öngyilkosság-megelőzésben és a krízismegoldásban látja, ezen túlmenően mentálhigiénés jelentőséget is tulajdonít a szolgálatok szervezésének és működésének.

A lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok világszerte működnek, feladatuk az öngyilkosság megelőzése, és a pszichológiai krízisek elsősegélye. Ilyen szolgálatok működnek hazánkban is, nemcsak a nagyvárosokban, hanem mind több kisebb városban is. A telefonszolgálatok pszichológiai kérdéseit foglalja össze a tanulmány, elsődlegesen a telefonon át gyakorolt lélektani befolyásolás szempontjából. A tanulmány különböző kutatási ágak, diszciplínák adatai alapján ismerteti a telefonon át történő kommunikáció sajátosságait, leírja a szolgálat szakemberei számára ajánlatos kiképzési követelményeket, szempontokat ad a hívók problémáinak megértéséhez, majd részletesen elemzi a telefonon át kifejtendő pszichoterápiás hatás különböző szintjeit és mechanizmusait. A tanulmány elsődlegesen azoknak íródott, akik ilyen telefonszolgálatok munkájában részt vesznek. A leírtaknak azonban van jelentőségük a pszichoterápiás munkára vonatkozóan általában is, és a tanulmány hozzájárulhat a telefonszolgálatok létjogosultságával, munkamódszereivel, célkitűzéseivel és effektusával kapcsolatos félreértések és viták tisztázásához is.

A telefonkommunikáció és a segélynyújtó szakember

¹ A budapesti Éjjel-nappali Lelki Elsősegélynyújtó Telefonszolgálat (ÉLET) szakembereinek belső továbbképzésén tartott előadás nyomán, 1973.)

Az ötvenes évek elejétől elszaporodtak a világon - főleg a nagyvárosokban - a lelki elsősegélyt nyújtó telefonszolgálatok. Szinte hetenként szerveződik egy-egy ilyen szolgálat valahol, így számukat nyilvántartani szinte lehetetlen. Egyedül az Egyesült Államokban működő telefonszolgálatok számát kb. 200-ra becsülik, és ha számításba vennénk azokat a szolgálatokat is, amelyek csak a nap meghatározott szakaszában üzemelnek, - és nem éjjel-nappal mint ahogyan ideális körülmények között az ilyen szolgálatoknak tevékenykedniük kellene, - messze meghaladná az ötszázat az olyan telefonállomások száma a világon, amelyeket a bajbajutottak felhívhatnak, és amelytől segítséget várhatnak.

A szolgálatok különféle szervezésűek. Egyesek speciális intézetekben, kórházakban működnek, ahová a telefonon jelentkezőket szükség esetén be lehet hívni, és pszichológiai, pszichiátriai el lehet látni. Másokat emberbaráti egyesületek tartanak fenn, ezek hajlandók bárhol felkeresni a segélykérőt és számára megadni minden lehetséges emberi segítséget (szükség esetén pl. pénzt., szállást, munkalehetőséget stb.). A változatok között szinte mindenféle forma előfordul. Egy valami azonban valamennyi szolgálatban közös: a *telefon* központi szerepe. A segítség legfőbb módja az, hogy a telefonon jelentkező azonnal szakemberrel kerül kapcsolatba, aki a telefonon át megpróbál pszichológiai hatást gyakorolni, a jelentkező bajában lélektani segítséget, mintegy *elsősegélyt* nyújtani.

A szolgálatokat az *öngyilkosság megelőzésének* szándéka hívta életre. Legtöbb helyen a szolgálatok neve is magában foglalja e célt (Amerikában pl. Suicide Prevention Centereknek nevezik őket). Az öngyilkosság korszerű kutatásából ismeretessé vált az a tény, hogy az öngyilkossági tervet fontolgatók, öngyilkosságra készülők túlnyomó többsége ambivalens, viaskodik a halál gondolatával, kapaszkodik az életbemaradásért. Ismeretessé vált, hogy ez a belső küzdelem az öngyilkosságra készülöket gyakran arra bírja, hogy barátaikhoz, rokonaikhoz, gyakran idegenekhez is segítségért forduljanak ("cry for help" - lásd összefoglalóan: Buda, 1971). A segítségkérés sokféle lehet. Elég ritkán fordul elő, hogy az öngyilkosságra készülő ember védelmet kér saját destruktív impulzusai ellen. Inkább valamelyik aktuális problémájában kér tanácsot, támogatást. Belső feszültségei már túl nagyok ilyenkor, az indulatok szinte kényszerpályán zajlanak, a belső bizonytalanság igen nagy ("preszuicidális szindróma" - lásd: Ringel 1969, stb.). A segítségkérést leggyakrabban mágikus, tudattalan elvárások, fantáziák motiválják. Mivel az öngyilkosság elleni közvetlen segítségkérés a kommunikációban sokszor nem fejeződik ki nyíltan, a környezet legtöbbször nem is veszi észre, hogy miről van szó, és néha még az öngyilkosság bekövetkezése után sem tudatosul, hogy az utolsó találkozás, párbeszéd során a másik valamilyen segítséget remélt. A szakember azonban felfogja a rejtett üzenetet, reagál a segítségkérésre, pszichológiai eszközökkel megkísérelheti a belső feszültség levezetését, az indulati beszűkültség oldását. Az öngyilkosságot megelőzni kívánó szolgálatok alap gondolata az volt, hogy ez a segítségkérő szándék minél gyakrabban találja meg a szakembereket, hogy az öngyilkosságra készülők legalább egy része felvegye a telefonkagylót és ezzel lehetőséget adjon a beavatkozásra.

Hamar nyilvánvalóvá vált, hogy az ilyen szolgálatokat nem csak öngyilkosjelöltek veszik igénybe, hanem mindenféle problémás emberek, akik tanácstalanok, elkeseredettek, bajban vannak. Éppen ezért újabban mind több helyen nem öngyilkosság megelőző szolgálatoknak, hanem *krízisintervenciós* szolgálatoknak (pl. Crisis Intervention Center) nevezik őket. A szakemberek tudják, hogy nagy mentálhigiénés jelentősége van az olyan kritikus élethelyzetek megoldásának is, amelyekben még a szuicidium veszélye nem merül fel. Később, ismétlődve vagy szakszerű segítség nélkül krónikussá válva ilyen krízisekből öngyilkossághoz vezető állapotok lehetnek.

A szolgálatok alapvető munkája, a telefonon át történő lelki segélynyújtás sajátos folyamat, amelyet érdemes elemezni. A folyamat lényege *pszichológiai hatás kötött kommunikációs csatornán át*. A pszichológiai hatás *terápiás* jellegű. A folyamat - az elemzés szempontjából - több összetevőre, tényezőre bontható. Egyik tényező a kommunikációs csatorna, a telefon maga. Másik a szakember, aki a drót "segítő" végén ül és a hívásokat fogadja. Harmadik a hívó fél, a bajbajutott, segítségkérő ember és annak pszichológiai állapota. Negyedik a terápiás intervenció a szakember részéről. Végül ötödik az effektus, a terápiás intervenció következtében beálló változás. A tényezők felsorolásában, sorrendiségében érvényesült bizonyos törekvés a valós összefüggések logikai követésére, alapvetően azonban a sorrendet didaktikus szempontok határozták meg, az a megfontolás, hogy a folyamat fő

szabályszerűségeit ebben a gondolatmenetben, a kommunikációs csatorna sajátosságaiból kiindulva lehet leginkább megértetni.

1. *A telefon*

A pszichiátriában és a pszichológiában a terápiás beavatkozások általában *személyes, közvetlen kapcsolatban* történnek. A szakember és a beteg vagy kliens sokféle kommunikációs csatornán át érintkezik egymással. A terápiás beavatkozások módjait a szakemberek általában a közvetlen, személyes találkozásra vonatkoztatva tanulják meg és gyakorolják be. Az idevágó ismeretanyag és tapasztalatok háttéréből éppen ezért furcsa, sokak számára nehezen érthető helyzet, hogy a telefonszolgálatok munkájában a kontaktus csak a hang segítségével közvetített kommunikációs csatornára redukálódik.

Pedig erről a kommunikációs csatornáról nagyon sokat tudunk. Ismereteink forrásai közül csak egyik - és nem is a legjelentősebb - a már egy-két évtizede meglévő, működő telefonszolgálatok leszűrődött tapasztalata. Számos olyan helyzet van az életben, amikor emberek között a kapcsolat vokális kommunikációs csatornára korlátozódik és más kommunikációs csatornák nem működnek, és amikor - különböző okokból - ez a reláció tudományos vizsgálatok tárgyává válik. A telefonszolgálatok szempontjából jelentős ismereteink e korlátozott kontaktusformáról a következő területekről származnak:

- a) A telefonnak mint társadalmi kommunikációs eszköznek lélektana és szociológiája.
- b) A telefon felhasználása általában az orvosi gyakorlatban.
- c) A rádiózás lélektana és szociológiája.
- d) Az expresszió (érzelemkifejeződés, pszichológiai tartalmak kifejeződése) kutatása.
- e) Az ún. vocal behavior kutatása
- f) A telefon felhasználása a pszichoterápiás praxisban.
- g) A pszichoanalitikus szituáció kommunikációs sajátosságai.
- h) A telefonszolgálatok saját tapasztalatanyaga.

E területekről a következő lényeges ismeretek említhetők:

a) A telefon régebben az emberi érintkezés eléggé mesterséges eszköze volt. Az utóbbi évtizedekben azonban felhasználása rohamosan terjedt. Egyre több a készülékek, állomások száma, a fejlett ipari országokban a lakosság legnagyobb része számára hozzáférhető a telefonhívás. Érthető, hogy a helyi beszélgetések száma mindenütt nő. A növekedés a távolsági beszélgetések terén még nagyobb. A telefon társadalmi felhasználása ma pszichológiai és szociológiai vizsgálatok tárgya is. Elég sok statisztikai adattal rendelkezünk arról is, hogy milyen társadalmi rétegek milyen típusú beszélgetéseket milyen gyakran folytatnak le. A vizsgálatok érdekes tanulsága, hogy *a telefonálás mesterséges jellegét a mai ember mind kevésbé érzi*. Könnyebben és többször folyik telefonon át érzelm teli, személyes kommunikáció. Míg régebben az érzelemszegény információcsere volt a telefonbeszélgetések jellemzője, ma ez megváltozott. A változás mutatkozik abban is, hogy *az üzleti és adminisztratív életben* is személyesebben alkalmazzák a telefon-kommunikációt. Megbeszélések, döntések történnek telefonon, sok ember feltétel nélkül megbízik a telefonon át történő hangazonosításban. Egyre több szerkezetet is igénybe vesznek természetesen arra, hogy a hangazonosítást technikailag is lebonyolítsák, és ezzel a telefonon át történő megállapodásokat, döntéseket ugyanúgy megerősítsék, mint ahogyan a levél végén megerősítő hatású az aláírás. Egyre gyakoribb, hogy értekezletek körkapcsolásos telefonon folynak, amelyben mindenki hallhatja egymást. Mindez arra mutat, hogy *a telefon a szociális érintkezés egyre közvetlenebb és személyesebb eszköze lett*, amelyet mind gyakrabban használunk.

b) A telefon ennek megfelelően az orvosi gyakorlatban is egyre nagyobb jelentőségre tesz szert. Az átlagos hívások szaporodásánál sokkal nagyobb arányban nő az orvos és a beteg közötti telefonhívások száma. Azt is kimutatták a vizsgálatok, hogy az orvos és a beteg között lezajló információcsere nagyon lényeges a telefonbeszélgetésekben, egyre lényegesebb. A telefon tehát ma

már nemcsak a segítségkérés jelzőeszköze, hanem igazi - kétirányú - kommunikációs csatorna az orvos és a beteg között.

Több oka is van ennek. Egyrészt az orvos-beteg viszony *tekintélyelvűsége* megszűnőben van. Az orvos mindinkább szükségesnek érzi, hogy információt adjon a betegnek, ha az valamiről megkérdezi, és egyre inkább vállalja magára beteg állapotáért a felelősséget és ennek jegyében sűrűbben igényli az információkat maga is, és így felhasználja a kínálkozó eszközt, a telefont. Korábban az orvosok gyakran kitértek az információcsere alól, és személyes találkozást ajánlottak. Ezt lehetővé tette számukra az orvosi rendtartás eléggé univerzális szabálya, az, hogy orvosi ténykedést csak a beteg vizsgálata alapján lehet végezni, továbbá, hogy a beteggel való bármilyen kontaktus az orvos számára erkölcsi szempontból "pièce touchée", vagyis azért az orvos felelősséggel tartozik. Az orvoslás fejlődése megváltoztatta ezt a helyzetet, noha az orvosi működés szabályzatai tételesen nem változtak. Az orvosok azonban betegeik egy részét jól ismerik, problémáikkal, szervezeti állapotukkal tisztában vannak és rendelkeznek tapasztalatokkal a betegek kooperációs készségéről is. Ennek alapján - tehát *a meglevő orvos-beteg kapcsolat talaján* - a telefonkontaktus jó lehetőség, a beteg számára fáradságot kímél meg, az orvosnak pedig az idő jobb kihasználását engedi meg. Különösen a *gyógyszerszedéssel, gyógyszerhatásokkal* kapcsolatos ügyekben alkalmas a telefonhívás, ezt mind a beteg, mind az orvos gyakran kezdeményezi. Az amerikai orvosi gyakorlatban általános, hogy az orvosok meghatározott időben fogadják a telefonokat vagy hívják a betegeket. Mindinkább elterjed, hogy a telefonbeszélgetésekért az orvosok díjat kérnek, ez a díj időarányos, tehát általában jóval kisebb, mint a vizit díja. Orvosok között végzett közvélemény kutatások mutatják, hogy az orvosok a telefon konzíliumot, tanácsot komoly orvosi tevékenységnek érzik, jó hatásfokúnak tartják, és minimális kockázatot látnak csak benne. E hatásfok felismerése tükröződhet abban a tényben, hogy egyes orvosi szociológiai vizsgálatok, amelyek az egyes lakosság-rétegek orvoshoz-fordulásaival foglalkoznak, a telefonbeszélgetéseket is számításba veszik. Említést érdemel, hogy a telefon ilyenfajta felhasználása a pszichiátriában is teret nyert. A gyógyszerzedés kérdéseit a beteggel vagy a hozzátartozókkal gyakran telefonon beszélnek meg a pszichiáterek. A depressziók kezelésében az újabb szakirodalom állandóan hangsúlyozza (pl. Davis, 1974), hogy a pszichiáternek a telefonkontaktust is fel kell vennie a beteggel, és a telefont kell felhasználni akkor is, ha a pszichiáter a családot vagy a környezetet kívánja valamilyen ügyben (pl. öngyilkosság veszélyének elhárításában) segítségül hívni.

Ez ismét a *telefon* fokozódó familiaritására mutat, és ezen belül arra, hogy *mint kommunikációs eszköz behatol az orvos-beteg kapcsolatba is*, és ott alkalmas, hatékony eszközzé válik.

c) Már speciálisabb lélektani tanulságai vannak annak az ismeretanyagának, amely a rádiózás kutatásából szűrődött le. A rádió azonban hasonlít a telefonra, hogy a kommunikáció ugyancsak a vokális csatornára korlátozódott. A rádió azonban egyirányú kommunikációs eszköz. Mint ilyen, a rádióközlés kommunikációs effektusát állítja a vizsgálatok előterébe. Először azt vizsgálták, hogy milyen képet kelt a rádióban beszélő személy a hallgatókban. Már a korai vizsgálatok (pl. Allport, Vernon, 1934) megállapították, hogy a *személypercepció a rádión át meglepően jó*, a hallgatók elég pontosan meg tudják határozni a beszélő életkorát és főbb személyes - pszichológiai tulajdonságait. Már ezek a korai vizsgálatok is tisztázták, hogy a rádió vokális csatornáján át nagyon sok *érzelmi jellegű* kommunikációs tartalmat lehet közölni, és az a hallgatóra nagyon *hatásos*. A rádiózás történetének híres eseményét, Orson Wells „Támadás a Marsról” című rádiójátékának pánikkeltő hatását is részben erre vezették vissza: a rémület, félelem, kétségbeesés hangeffektusait ugyanis a rádió nagyon élethűen közvetítette (Cantrill, 1941, 1972). Ez az esemény elindítója volt a rádióhatás nagyszabású szociológiai kutatásainak, amelyek már a propagandacélú felhasználás előkészítését tűzték ki célul. A második világháború során az ilyenfajta felhasználásának tág tere nyílt. A kutatások megállapították, hogy a perszuazív tartalmú közlések hatása .lényeges volt a közlő személyes hitelességével. A legmeggyőzőbb ilyenfajta vizsgálat Merton elemzése egy amerikai hadikölcsönjegyző kampányról, amelyben egy ismert színésznő, Kate Smith érzelmetli, mélyen átélte rádiós szereplése nagy tömegeket mozgató meg (Merton, 1957).

A rádiózással kapcsolatos megfigyelések átvihetők a telefonra is. *A telefonon át ugyancsak nagyon sok és releváns információt ad magáról a közlő fél, csupán hangján, beszédjének minőségén át. a hallgatóra gyakorolt hatás a telefon esetében is arányos a beszélő hitelességével, amely a hang*

alapján jól megítélhető. A telefon esetében is az történik, mint a rádióhallgatáskor: a hallgató figyelme kizárólag a vokális csatorna felé fordul, és abból nagyobb információmennyiséget használ, mint a szokványos, közvetlen interakciós helyzetekben.

d) Az érzelm kifejezés, az emocionális expresszió kutatása régóta foglalkozik a hangon, a beszéden át közvetített érzelmekkel, és megállapításai mindenben összecsengnek a rádiózás kutatásának állításaival. A szakemberek elkülönítik a beszéd *lexikális* részét, tehát a tartalmat, a szövegszerűen leírható közlést, valamint a beszéd formai jegyeiben és a hangban rejlő jellegzetességeket. Ez utóbbit a *vokális* kommunikációs csatorna vagy vokális közlési szféra fogalmában foglalják össze. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a vokális csatorna hű kifejezője az érzelmi állapotnak, ill. az érzelmi állapotok tükrözésén át a személyiség kvalitásainak. Az információk a szövegtől független, nem-specifikus hanghatásokon át fejeződnek ki. Ezeket az információkat mindenki érzékeli, ennek a percepció biztossága nagyobb, mint a mimikai információk felfogásának biztossága. A vokális érzelm felismerés sem tudatos többnyire, de a *kommunikációs válaszba az így szerzett információkat önkéntelenül is* beledolgozzuk. A vokális érzelm kifejezés és felismerés *kommunikációs kódja nagyrészt velünk született, biológiai jellegű.* A fejlődéslelektanilag, tapasztalatilag szerzett felismerési szempontoknak is van azonban jelentőségük. A vokális csatornán át felvett információk *tudatosítását és minősítését* azonban tanulni kell, ez részben külső szempontok segítségével történik, részben huzamos önmegfigyelés következtében alakul ki. Ilyenkor belső *átkódoló* munka folyik a pszichikumban (Knapp, 1963, 1972).

Sok adat mutat arra, hogy a vokális csatorna a személyiség megismerésének a mindennapi életben is fontosabb és hatékonyabb eszköze, mint bármely más, nem-verbális kommunikációs csatorna önmagába véve. A többi kommunikációs csatorna izoláltan csak korlátozott mértékű információt közvetít a vokális csatornához képest. A mindennapi interakciókban e kommunikációs csatornák tartalmait együttesen, konstellatív módon értékeljük. Ugyanakkor az ilyen helyzetekben a sokféle hír együttes és redundáns percepciójában az egyes csatornák - és köztük a vokális csatorna - specifikus tartalmi nem különülnek el, bizonyos mértékig hatásuk az összhatásukban el is mosódik.

A telefonra vonatkoztatva e kutatási terület konklúziói megerősítik a rádiózással kapcsolatban említetteket. *A telefonszolgáltatásra vonatkoztatva ebből következik, hogy a telefonon át a hívó személyiségéről, érzelmi és indulati állapotáról nagyon sokat, megtudhatunk, és a szakember számára is sok lehetősége van az érzelm kifejezésnek, érzelemadásnak.*

f) A "vocal behavior" kutatása lényegében az érzelm kifejezés vizsgálatának sajátos és diszciplinált ága. Nem a hangon át kifejeződő információs elemeket keresi, hanem a beszéd formális jegyeiben mutatkozó jeleket tanulmányozza. E megközelítésben összekeverednek a természetes emberi kommunikációban szereplő effektusok olyan szempontokkal, amelyek tudományos elméletből következnek. A "behavior" fogalmának hangsúlyozása kifejezi a megközelítés behaviorista hagyományát, vagyis a szigorú, módszeres, kevés előfeltevéssel dolgozó empirikus irányzatot. E vizsgálati ág megállapításaiból sokat megtudunk arról, hogy a vokális csatornán át történő érzelm felismerés milyen jeleken alapul. A megközelítésmód egyik jellegzetes képviselője pl. az amerikai Mahl, aki skálába szedte össze azokat a jeleket, amelyekből a beszélő érzelmi feszültségének, *szorongásának* mértékére lehet következtetni. A skálában 10 kategória van (pl. a szótévesztés, a beszéd megakadása, a kimondott szavak indokolatlan ismétlése, a hibás mondat, stb. ilyen kategória), ennek alapján a beszédet tartalomelemzéshez hasonló módon lehet vizsgálni. A Mahl-kategóriák száma és az összes kimondott szóra vonatkoztatott hányadosa kiad egy ún. beszédzavar-rátát (speech disturbance ratio), amely elég jól jellemzi a beszélő szorongásának, feszültségének fokát (összefoglalóan: Hidas-Buda, 1968, Buda, 1973). Újabb adatok szerint ez a ráta elsősorban a személyiség belső ellentmondását, *inkongruenciáját* (mely fogalomról később bőven lesz szó) fejezi ki (Buda, 1973).

A vocal behavior kutatásában számos más mikro vizsgálat is ismeretes, ezeknek során sok adatunk van pl. arról, hogy milyen hanglejtési, hanghordozási és hangsúlyozási jellegzetességek milyen pszichológiai értelmet hordoznak. Ezek az adatok még nem eléggé rendszerezettek, mindenesetre a hangon át történő érzelm felismerés biológiai kódjára vonatkoztatva sok új ismeretet ígérnek. A vizsgálatokból kitűnik, hogy a vokális csatorna működése, a "*vokális magatartás*" *metakommunikatív értékkel bír, a verbális kommunikációt minősítő hatású, és mint ilyen, szerepet játszik abban, hogy a*

kommunikációs partnerek között a tudatot mintegy megkerülő, vagy azon átható érzelmi kapcsolat jöjjön létre. A telefon és a telefonszolgálat szempontjából ennek jelentősége igen nagy.

g) A telefonnak, mint eszköznek a pszichoterápiás gyakorlatban kettős szerepe van. Egyrészt lehet a *terápiás kapcsolat hordozója, másrészt lehet a pszichoterápiás szituáció része.* Terápiás vehikulum lehet annyiban, hogy - hasonlóan a pszichiátriai vagy az általános orvosi telefonkonzultációhoz - *pszichoterápiás munka telefonon át is végezhető.* Számos körülmény teheti szükségessé ezt a fajta kapcsolatot. Ilyen lehet pl. a páciens és a terapeuta közötti nagy térbeli távolság, vagy valamelyikük akadályoztatásának esete. Rendszerint a már meglévő terápiás kapcsolat is ilyen telefonterápia bázisa. Azok szerint, akik ezzel tapasztalatot szereztek, mind a pszichoterápiás folyamat telefonon át történő folytatódása, mind pedig a kizárólagos telefonterápia hasznos, eredményes módszer (pl. MacKinnon, Michels, 1970, Lamb, 1973 és Brockopp, 1973, in: Lester és Brockopp 1973). Egyesek szerint az eljárás hatékonyságában nem marad el a közvetlen, "face to face" pszichoterápiától, különösen akkor, ha célzott terápiás akciók lebonyolításáról van szó.

A terápiás szituációnak a telefon úgy lehet része, hogy a készülék benn van a helyiségben, ahol a pszichoterápia folyik, és időnként a terapeutát hívják. A pszichoanalízis és a belőle kifejlődött iskolák azt írják elő, hogy a telefon ne legyen a terápiás helyiségben és a terapeuta munkája közben ne fogadjon telefonhívást. Ennek az előírásnak nemcsak a zavarás kiiktatása a célja, hanem az is, hogy a terapeuta személyisége minél inkább rejtve maradjon, és hogy a terápiás interakcióba ne kerüljön bele máshonnan származó információs anyag. A telefonálás közben ugyanis a terapeuta elkerülhetetlenül is személyesebben, természetesebben vagy általában rá jellemzőbben nyilvánul meg, mint a páciensével szemben. A telefonbeszélgetés anyaga pedig asszociációkat, gondolatokat, érzelmeket, fantáziákat kelthet a páciensben, és ezek mintegy kívülről kerülnek be a terápiás helyzetbe. Modern iskolák viszont éppen ezért megengedik a telefon használatát, sőt, egyes irányzatok egyenesen helyesnek is tartják, javasolják. E felfogás szerint az orvos úgyszemint képes leplezni saját személyiségét jobb tehát, ha az nyíltan megmutatkozik. A keletkező reakciók pedig terápiás anyaggá változtathatók, függetlenül attól, honnan származtak. A terapeuta ilyen feltételek között jobban rákényszerül, hogy számoljon és operáljon azokkal a hatásokkal, amelyek lényéből és egzisztenciájából eredően a beteget érik, használja ezeket "standard ingerekként". Különösen *Eric Berne tranzakcionális irányzata* javasolja azt, hogy a telefon legyen benn a terapeuta szobájában, még a csoportpszichoterápia alkalmából is, és a terapeuta fogadjon és bonyolítson le minden hívást, amelynek információanyaga nem bizalmi jellegű, nem a jelenlevő páciensre vonatkozik vagy azt nem botránkoztatja meg (Berne, 1961, 1964).

A kórházi pszichoterápiás praxisban a telefonhívásokra vonatkozóan bőséges tapasztalat van, az esetek jelentékeny hányadában a telefonhívások elháríthatatlanok. Saját tapasztalatom is az, hogy ez a terápia szempontjából nem káros, sőt, nagyon értékes pszichológiai anyagot hozhat felszínre. A páciensben - különösen a pszichoanalitikus módon kezelt páciensben - a telefon gyakran érzelmeket mozgat meg, gyakran hamar előhívja a terapeutához való viszonyulás kérdését, amiben ellenállás, indulatáttétel, pseudo-indulatáttétel stb. - később még említendő fontos problémakör - jelenik meg és válik kezelhetővé.

Míndez nemcsak a telefon terápiás használhatóságát húzza alá, hanem ismételten felhívja a figyelmet arra a körülményre is, hogy a telefonban, a vokális csatornán át a *terapeuta személyesen, pszichológiai valóságában kénytelen megnyilvánulni.*

h) A pszichoanalitikus szituáció úgy vonatkozik a telefonszolgálatok problémáira, hogy az érintkezés a terapeuta és a páciens között abban is lényegileg a hangra korlátozódik, mert a páciens fekszik, nem látja a terapeutát, hiszen az a dívány mögött ül. A hangon át történő kontaktusra való beállítódás jól futó pszichoanalízisben olyan erős lehet, hogy a páciens azokat a percek, amelyeket az érkezéskor és a távozáskor szemtől szembe tölt el együtt a terapeutával, nem érzi igazán a terápiás helyzet részének. Gyakran előfordul, hogy a páciens olyankor, amikor valami racionális, mintegy két egyenrangú emberre tartozó kérdést kíván megbeszélni, feláll vagy felül, ill. érkezéskor vagy távozáskor mondja. A pszichoanalitikus helyzet kommunikációs érdekessége abban rejlik, hogy hiába nem látja a páciens a terapeutát, mégis igen sokat tud meg olyant róla, amit nem szavakban fejez ki, és a terapeuta részéről ezek az információk a páciensre lényeges terápiás hatást is gyakorolnak. Sokszor a hatás a terapeuta számára is észrevétlen marad. A hanghordozás, a hangszín, a hangerő, a

megszólalás üteme és viszonya a páciens által közölték struktúrájához, stb. kifejezhet lényeges, többnyire metakommunikatív jellegű információkat. A terapeuta légzése, a kimondott szavak közötti szünetek vagy a terapeuta akaratlan mozgásai által keltett zaj is lényeges metakommunikatív effektusokat hordozhat.

Mindezek a telekommunikációs eszközökön, így a telefonon át is kifejeződnek és hatást gyakorolnak. Az elmondottak ismét megvilágítják néhány mechanizmusát annak, hogy a telefonon át a beszélő személyisége miért nyilvánul meg olyan közvetlenül.

i) A kb. két évtizede működő telefonszolgálatok saját tapasztalata igazolja az elmondottakat, és azt bizonyítja, hogy a telefonon át lehetséges számottevő terápiás lélektani hatást gyakorolni a hívókra, és ennek a hatásnak lehet viselkedés-befolyásoló, tünetet megszüntető eredménye, és ez alkalmas lehet krízisek enyhítésére, öngyilkossági szándék megváltoztatására is (pl. Farberow, Shneidman, 1964, Lester, Brockopp, 1973, stb.).

2. A telefonhívást fogadó szakember

A telefonról, mint kommunikációs csatornáról elmondottak legfontosabb része az, hogy a vokális szférára beszűkült kontaktusban a kommunikáló felek a hangon és a beszéd formális jegyein át nagyon jól percipiálják egymás érzelmi állapotát. Ez a telefon fogadó oldalán ülő személy szempontjából azt jelenti, hogy belső feszültségei, ellentmondásai, problémái nagy valószínűséggel kifejeződnek a hívóval folytatott beszélgetés során. Különösen kifejeződik tehát az *inkongruencia* állapota. A pszichoterápiával foglalkozó újabb kutatások, különösen a Rogers-féle iskola vizsgálatai mutatják, hogy a terápiás találkozás gyógyító effektusát leginkább az inkongruencia rontja. Inkongruenciáról akkor beszélünk, amikor a tudatos, szándékolt magatartás a tudattalan indítékokkal vagy az érzelmi alaphelyzettel ellentmondásban van, és ezt az ellentmondást a személyiség leplezni igyekszik. A leplezés a szándékolt magatartásmód erőltetésében mutatkozik. Ilyen helyzetben a kommunikatív megnyilvánulások hitelessége elvész. A mögöttes erőket a kommunikációs partner megérzi, és azokra reagál. Az inkongruencia állapota a személyiségzavarban szenvedő kommunikációs partnerre pl. a páciensre rossz hatással van, a belső zűrzavart fokozza. A pszichoterápiára való felkészítés egyik alapvető feladata tehát annak elősegítése, hogy a terapeuta lehetőleg minél *kongruensebb* legyen, magatartása, kommunikációja minél nagyobb összhangban legyen személyiségének mélyebb erőivel, folyamataival (Rogers, 1951, 1957, Katz, 1963, Tausch, 1968, Buda, 1975 stb.).

Ez a terapeuta személyiségének bizonyos érését, fejlődését igényli, távolról sem jelenti azonban azt, hogy valamilyen teljesen ellentmondásmentes, abszolút módon integrált ember legyen. A szándékolt magatartás és a személyiség mélyebb rétegeinek ellentéte minden emberben megvan, alapvetően el sem tüntethető, az én és a személyiség szükségszerű különállását, dialektikus ellentmondását fejezi ki. Az inkongruencia nem maga ez az ellentét, hanem ennek a tudatlansága, elfojtottsága, tagadása. Ha valaki rendelkezik kellő belátással saját pszichológiai folyamataira vonatkozóan, ezt az ellentmondást időlegesen ki tudja kapcsolni, vagy pedig az interakció során ki tudja egyenlíteni. Sok esetben a belső ellentmondás érzelmi elvállalása és képviselése már elegendő, ilyenkor a kommunikációs partner ezt megérti, elfogadja.

Ebből következik, hogy éppen a telefon és a vokális csatorna miatt lényeges az, hogy a telefonszolgálatok munkatársa lehetőleg kongruens kommunikációjú ember legyen. ennek érdekében megfelelő önismeretre van szüksége. Ezt az önismeretet különböző kiképző eljárásokkal meg lehet szerezni. Ilyen módszer pl. az egyéni kiképző terápia, a kiképző- vagy saját-élmény-csoportban való részvétel, a részvétel a munka során Bálint-csoportokban és szupervízióban, ill. a tanulás és az önkontroll a terápiás aktivitásra vonatkozó visszajelentések révén (pl. magnetofon felvétel, megfigyelőktől származó információk, a páciensektől kapott információk, stb.). A telefonszolgálatok vezető szakemberei eléggé egységesek abban, hogy a kellő fokú kongruencia megszerzése a telefonon át történő lelki elsősegélynyújtás ill. pszichoterápia gyakorlásának feltétele. A szolgálatra való szelekció fő elve az, hogy olyan munkatársakat ne alkalmazzanak, akinek személyiségzavara, vagy egyes pszichológiai tulajdonságai meggátolják, hogy az említett módszerekkel kongruens kommunikációra, valamint a szolgálatban kifejtett munka másik (később tárgyalandó) alapfeltételére, az *empátiára* kiképezhetők legyenek.

A kongruencia és az empátia elegendő ahhoz, hogy a segítséget kérő hívónak valamennyi pszichológiai segítséget adjanak. A hatékony segítséghez azonban *pszichoterápiai alapismeretek és készségek is kellenek*. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a telefonszolgálatban csak pszichiáterek és pszichológusok működhetnek. Világszerte van ugyan olyan törekvés, hogy főleg ilyen szakemberek üljenek a telefontól. E törekvés kissé a közvéleménynek is szól, amelyben gyakran hangot kap az a nézet, hogy a telefonszolgálat munkatársa esetleg nem ismeri fel, hogy a hívó depressziós vagy elmebeteg és ezáltal esetleg árt neki. (Érdekes, hogy ezek a nézetek nem olyanoktól származnak, akik a telefonszolgálat működését szorgalmazzák; az ilyen "aggódók" addig nem féltik a depressziósokat vagy elmebetegeket, amíg telefonszolgálat nincs, és nincs hová fordulni a bajban. Ha a telefonszolgálat telefontól pszichiáter vagy klinikai pszichológus ül, ez a kifogás elesik. Ezzel persze még nincs biztosítva, hogy a depressziót vagy a pszichózist tényleg felismerik-e, és különösen az nincs megoldva, hogy a felismerés esetén mit kell tenni. Szinte sehhol sem sikerül azonban, hogy a munkatársi gárda ilyen "abszolút" szakemberekből álljon. A legtöbb szolgálat beéri azzal, hogy a "szakember" fogalma azt fejezze ki, hogy a munkára ismereteiben és készségeiben képzett az illető, és ezt a képzettségét az alkalmazó intézmény ellenőrzi, szavatolja és fejleszti. Ilyen értelemben nagyon jó szakember lehet pl. antropológus, szociológus, szociális gondozó, gyógypedagógus vagy pedagógus, de gyakran olyan ember is, aki eléggé értelmes, nyitott, fejlődőképes, és megszerezte a munkához szükséges kellő képesítést. A lényeges tehát az, mennyire alkalmas a telefonszolgálat feladatainak megoldására valaki, és nem az, hogy milyen végzettsége, diplomája van. Sok tapasztalat van arról, hogy szükség esetén értelmes, jó jellemű és jól motivált laikusok is kiváló munkát végeznek. Különösen vallásos szervezetek telefonszolgálatában alkalmaznak sokszor ilyen embereket. Általában azonban laikusokat inkább abban hívnak segítségül, ha a bajbajutottnak személyes módon, cselekvően kell segíteni, pl. fel kell keresni, el kell intézni nekik valamit, vagy egyszerűen csak együtt kell lenni a magányos, feszült, elkeseredett emberrel ("befriending"). Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy a lelki segélyszolgálat mindig *intézmény* és nem egyedül az az ember, aki a hívásokat fogadja. A szakember kompetenciája tehát nem csak az ő személyes ügye, hanem az intézmény problémája is. A szakember munkáját kontrollálni és segíteni kell, ennek nagyon sok jó módszere alakult ki, pl. a terápiás beszélgetések magnetofon felvételeinek visszahallgatása, értékelése, szemináriumszerű megbeszélése, az érdekesebb esetek csoportdiskussziója, stb., ezek nemcsak a továbbképzés hatékony eszközei, hanem a képzésben is felhasználhatók. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy az intézményeknek szelekciós lehetősége is van, minden olyan esetben, amikor a telefonszolgálat anyagi feltételei biztosítottak és a munkája a közösség vagy a társadalom részéről erkölcsi megbecsülésben részesül, az intézmény a felelős a telefont felvevő munkatárs tevékenységéért. A szakirodalomból jól tudjuk, hogy gyakran az ilyen segélyszolgálatok jelentőségét nem ismerik fel eléggé, a munkát anyagilag nem támogatják, ilyenkor a szolgálat önkéntesekre szorul, és ez mind a szelekciós, mind pedig a kiképzési kritériumok lazulásához, és a telefonmunka hatékonyságának csökkenéséhez vezethet.

A segélykérő, a terápiás beavatkozás és annak eredményei

1. A hívó fél, a páciens

Világszerte tapasztalják, hogy a segélyszolgálatokat a legkülönbözőbb problémákkal és a legkülönbözőbb emberek hívják fel. Nagyon nehéz megállapítani és rendszerezni, hogy a hívók kik, és milyen bajok kényszerítik őket. A hívók egy része kilétét nem árulja el. Ennek érthető okai vannak, az egész telefonszolgálat célja éppen az, hogy olyan helyzetekben is lehetővé tegye a terápiás segítséget, amikor a bajbajutott vagy nem tud közvetlenül segítségért fordulni, vagy pedig anonimitását nem akarja feladni. A telefonszolgálat szakemberének különben sem első dolga a személyazonosság megkérdezése, ő inkább a bizalom légkörét akarja kialakítani a hívóval, ezt pedig az ilyen direkt kérdés először zavarná. A bajt, a problémát sem mindig lehet megállapítani. Gyakori hogy a beszélgetést megszakítják vagy megszakad, sokszor a hívó olyan belső feszültségben van, vagy olyan

felszínes várakozás irányítja, hogy a valódi problémáját inkább csak empátiásan érezni lehet, semmint megfogalmazni, minősíteni. Befolyásolja a hívók és hívások jellegét az is, hogy a segélyszolgálat léte milyen módon vált ismeretessé a közösségben. Az ilyen szolgálatok propagandája általában szelektív (mint a legtöbb propaganda, szükségszerűen, hiszen kommunikációs eszközökhöz és kommunikációs alkalmakhoz kötött), nem egyformán éri el a lakosságot. Nagyon nehéz olyan tömegkommunikációs közleményt fogalmazni, kifejezési formát találni, amelyben az öngyilkossági késztetéssel küzdőket vagy a lelki krízisben levőket közvetlenül lehet megszólítani. Rendszerint általánosabb, átfogóbb fogalmazással hirdetik a segélyszolgálatot, ezért aztán sokan fordulnak hozzá olyanok is, akik nem tartoznak bele a szolgálat célpopulációjába. Az ilyen hívásokkal is foglalkozni kell, végső soron ezekben is valamilyen - szubjektíve fontos - probléma rejtőzik.

A hívások egy kisebb hányada biztosan hibásnak, zavarónak tekinthető. Ilyenek a szolgálattal való tréfálkozás, a tettetett problémák elmondása, agresszióvezetés (a szolgálat szidalmazása), vagy a szexuális célú hívás. Az utóbbiról az amerikai szakirodalomban olvashatunk, leírják pl. hogy a hívó szexuális tárgyú beszélgetést kezdeményez a (többnyire nő) telefonoperátorral, és eközben maszturbál (Farberow, Heilig, Litman, 1965, Tabachnick, Klugman, 1965). Van olyan tapasztalat is, hogy az ilyen "telefonbetyárok" hívásait is érdemes komolyan venni, mert ők is a szolgálat potencióális kliensei; többször előfordult, hogy a hívást pszichoterápiásan kezelő szakember elérte, hogy a tréfálkozás abbamaradt, és a hívó súlyos személyes problémái kerültek szóba. Valószínűleg nem véletlen, hogy ki érez késztetést arra, hogy éppen a lelki segélyszolgálattal viccelődjék. Feltehetően a motiváció abból ered, hogy a hívó így hártja el magától a segítségkérés szükségletének érzését. A „telefonmaszturbátor” esetében pedig nyilvánvalóan nagyon magányos és beteg emberről van szó.

A telefonszolgálatnak mindenesetre differenciálnia kell a hívók között, és legtöbb energiát azokra kell fordítani, akik ténylegesen krízisben vannak. A nem odaváló hívásokat lehetőleg röviden, udvariasan be kell fejezni. (Komoly gyakorlati kérdés, hogy ez mikor és hogyan történjék.)

A hívás alapján a szakemberben kialakul valamilyen *kép* a hívóról és annak problémájáról. Bár a telefonon át nagyon sok diagnosztikai következtetés alakítható ki, a szakember akkor jár el helyesen, ha nem a klasszikus diagnosztikai kritériumokban gondolkodik, hanem elsődlegesen *empátiásan* viszonyul a hívóhoz. Arra kell törekednie, hogy beleélje magát annak helyzetébe, átvegye annak szempontját, időlegesen a hívó logikai és érzelmi premisszái szerint gondolkodjék. Ennek részben a probléma mélyebb megértése a célja, részben pedig a terápiás kommunikáció létrehozása, amelynek az empátia a feltétele. (Az empátiáról összefoglalóan lásd: Buda, 1975.) Az empátiás megközelítésben világosan előtűnik a krízis, a probléma súlyossága, a személyiség érzelmi-indulati beszűkültsége, az önértékelés sérülése, az önmagával szembe fordított agresszió. Az empátiás megközelítésben a figyelem kitüntetetten fordul a hívó hangjának és beszédmódjának metakommunikatív információanyaga, és a verbális kommunikációban megbúvó rejtett, mögöttes közlések felé (Buda, 1975). A telefonszolgálatban működő szakember *nem rendelkezik a hívó fölött*, ez az egyik alapvető különbség a közvetlen terápiás helyzettel szemben. A cél tehát az elsősegély, a hívó motivációjának befolyásolásán át, a pszichológiai kontaktus fenntartásával és erősítésével. Ezért van az empátiának elsődleges fontossága, és ezért kevésbé lényeges a diagnosztikus gondolkodás. Anonim hívó esetében a pszichózis megállapítása valamilyen intézkedést igényel, erre pedig ritkán van lehetőség. Ismeretesek olyan segélyszolgálatok, amelyekben gondozókat lehet kiküldeni a hívó lakására, néhol a rendőrség segít abban, hogy a hívó állomás kilétét megállapítsák. A legtöbb helyen azonban a rendőrséget vagy a mentőket lehet mozgósítani csupán, ha a hívó felfedi kilétét. Kétségtelenül ez is hozzátartozik a segélyszolgálatok munkájához, a nemzetközi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy az esetek csak kisebb része ilyen, a legfontosabb akciók tér *a telefonkapcsolaton át történő pszichés befolyásolás*, ebből a szempontból pedig a szakember leginkább az empátiának veszi hasznát.

Az empátia segítségével kapott kép a hívóról *pszichodinamikai* jellegű, vagyis azt igyekszik kifejezni, hogy melyek a hívóban kialakult *konfliktus* összetevői, hogy milyen vágyak, igények milyen akadályokkal, belső vagy külső normákkal ütköznek össze. Fontos az is, hogy a szakember a hívó problémáit *folyamatszerű* természetükben értse meg, vagyis felismerje a hívó cselekvéseit, törekvéseit mozgóerő *trendjeit*. Ehhez kell a konfliktus történeti kialakulásának bizonyos ismerete

is. Fontos annak megértése, hogy a hívó miért érzi magát zsákcúzában, miért nem talál kiutat, mi akadályozza ebben.

Ezt a képet sokféle módon lehet koncipiálni. A mindennapi józan gondolkodás is ad szempontokat ehhez. A megértett összefüggések megfogalmazhatók "novellaszerűen", egyszerű szavakkal. Ez a terápiás akció szempontjából éppen olyan jó lehet, mint a szakszerű leírás valamilyen pszichológiai rendszer terminusaiban, sőt ha valaki nem azonosult eléggé az alkalmazott gondolatrendszerrel, még jobb is, mert az inkongruencia a terápiás gondolkodás szintjén is nagyon zavaró lehet. A különböző pszichológiai rendszereket, amelyek az egész személyiséget állítják elméleteik középpontjába [pl. a mélylélektani iskolák, a tranzakcionális elmélet, az ún. non-direktív vagy „client-centered” irányzat (Rogers), az egzisztencialista személyiséglélektan stb.], elvileg egyenértékűnek tartom a hívó problémájának koncipiálásában. Szükséges azonban, hogy a hívóról alkotott kép fogalmilag és elméletileg összhangban legyen azoknak a terápiás akcióknak fogalmaival és elméleteivel, amelyeket a szakember később alkalmaz. A kép jelentősége ugyanis az, hogy kiindulási alapot adjon a terápiás tevékenység megtervezéséhez.

2. A terápiás beavatkozás

A pszichoterápiás munkában nagyon sok az ösztönszerű, a gyakorlatban, tapasztalatban kialakult, reflexió nélküli megnyilvánulás. Ez sokszor nagyon jó lehet, nagyon hatékony módon alkalmazható, jó eredményekhez vezethet. A pszichoterápia előző szakember generációjában gyakran említették, hogy a pszichoterápia nemcsak tudomány, hanem művészet is; ilyenkor az effajta készségre gondoltak, ami a medicinában egyébként máshol is megvan (szoktak pl. beszélni a sebész "művészetéről", vagy a belorvos kórismező "megérzéseiről"). A telefonszolgálat munkájában az empátia hangsúlya, továbbá a kongruencia követelménye még inkább bátorít arra, hogy a szakember elvállalja a szavakban nehezen megfogalmazható és indokolható terápiás késztetéseit és eljárásait, és bízjon spontaneitásában. Ha a segélyszolgálat intézményes kontrollja munkáját jónak találja, ez ellen nem lehet kifogás. Helyes azonban, ha a szakember arra törekszik, hogy akcióinak indokait, elveit tudatosítsa, kifejezni tudja. A hatékony terápiás munkában mindig van implicit rend, koncepció, és ez bizonyos odafigyelés, gyakorlás után (mely a szükséges önismeretnek amúgy is feltétele) meg is fogalmazható. Az explicitté tett koncepciók azután meggyorsítják a fejlődést a terápiás munkában, mind több összefüggés megértését, meglátását teszik lehetővé.

A terápiás tevékenység több szintben és formában zajlik. Nyers, általánosító rendszerezésben a következő módon látszik leírhatónak:

a) Elsődlegesen és felszínesen a szakember tevékenységének *elirányító* és *információadó* (mondjuk - a szemléletesség kedvéért - *diszpécser*) funkciója van. A hívást fel kell venni, nagyjából el kell dönteni a jellegét, ki kell szűrni a nem odavaló jelentkezéseket, ezeket le kell bonyolítani úgy, hogy ne sok idő teljen el velük, de a szolgálat humánus arculata ne károsodjék (vagyis azért kifejeződjék a segítőkészség, a társadalmi átlagnál nagyobb megértés és tolerancia, - ez a szolgálat "public relations" érdeke) stb. A hívások egy részében a jelentkező tényleges segítséget kér, állapota azonban integrált, nincs krízisben, elsősorban információt, ésszerű tanácsot akar. Ilyen esetekben az eligazítást, tanácsot meg kell adni. A tapasztalat szerint a legtöbb ilyen kérés arra vonatkozik, hogy különböző pszichológiai problémában hová lehet fordulni, hol lehet szakszerű segítséget kapni. A segélyszolgálatok jó működésének és a közösségben való meggyökerezésének jelét szokták látni abban, ha nem közvetlenül a bajbajutott kér tanácsot, hanem az, aki közelében van, aki azonnal segíthet (pl. családtag, munkatárs, szomszéd, rendőr stb.). Ilyen módon a szolgálat hatókörébe kerülnek azok az esetek is, akik már arra sem lennének képesek, hogy a telefont felvegyék. Ilyen esetekben racionális, szakszerű tanácsot kell adni, az ilyen információadásban a pszichoterápiának gyakran nyoma sincs.

b) A bajban levő hívóval, a valódi "klienssel" kapcsolatban az elsődleges feladat a *kontaktusteremtés*. Ez nagyon lényeges, ennek többféle vetülete van, benne van az a cél, hogy a hívó egyáltalán tartsa a kagylót és beszéljen, de az is, hogy érezze, figyelnek rá, valaki törődik azzal, amit ő mond, megérti, ami neki fáj, és próbál segíteni. Kezdetben ez érzelemadással, visszajelző és bátorító szavakkal, elakadás esetén biztatással, kérdéssel fejezhető ki, kb. ugyanúgy, mint a mindennapi emberi

érintkezésben. A hívó gyakran irritált, türelmetlen, igényei túl nagyok, sértődékeny, - ezt türelemmel és szeretettel kell fogadni. Gyakran ez a kontaktus próbája, a krízisben, magányban levő ember gyakran öntudatlanul is "arra játszik", hogy eltaszítsa magától az embereket (ez az életben általában sikerül is neki), feltétel nélküli elfogadást követeljen.

c) A kialakult kapcsolat talaján lebonyolítható a legegyszerűbb terápiás fázis, a *nem-specifikus terápiás hatás* kifejtése. Ez rendszerint azonos a terapeuta *tájékozódásának* szakaszával, ekkor alakul ki az említett kép arról, mi baja van a hívónak, és akkor körvonalazódnak az első elképzelések arról, hogy mit lehet vele tenni. Azért nem-specifikus ez a fázis, mert a terápiás reláció általános, mindenütt jelenlevő effektusai érvényesültek ilyenkor. (Ezekre csak az utóbbi években fordult a tudományos figyelem, lásd pl. Bergin, 1966. stb.) Ugyanakkor ezek az effektusok nem kicsik és nem lebecsülendők! Nagyon komoly eredményeket lehet elérni velük, és gyakran önmagukban elegendők, hogy súlyos, potenciálisan veszélyes kríziseket megoldjanak. Csak éppen bizonyos önállósággal, önkéntelenséggel jönnek létre ezek az effektusok, a terapeutának nem kell nagyon megdolgoznia értük, inkább a megfelelő terápiás magatartással a feltételeik biztosítását kell elérnie, és arra kell vigyázni, el. ne rontsa ezeket a hatásokat.

Számos ilyen nem-specifikus terápiás elem van a gyógyító párbeszédben a terápiás interakcióban, valószínűleg mindet nem is ismerjük még. Egyik a *placebo-tényező*. A hívást mindig mágikus várakozás is vezérli, a bennük megnyilvánuló hit gyakran el is éri, hogy az igény bizonyos teljesülését éli át a hívó. Az odafigyelést, a megértést, a pár jó szót ez nagyon felerősítheti, és a hívó úgy érzi, kapott valamit. A másik a kimondás, az elmondás *tisztázó, belátást fokozó* hatása. Ősi tapasztalat, hogy a gondolkodásban, átélésben jól érthető, természetesnek tűnő dolgok új megvilágításba kerülnek, ha az ember másoknak próbálja elmondani őket. A magányos töprengés gyakran kényszerpályákon zajlik, a hibás előfeltételezések így mindig erősebbek lesznek, és a gondolkodó én bizonyos következtetéseket mindinkább elfogadni kényszerül. Az öngyilkosság előtti állapotban, amelyre az érzelmi és indulati beszűkülés, a befelé forduló agresszió a jellemző, ez típusos formában mutatkozik meg. Az önkezü halál, a problémás, megoldhatatlan helyzetből az öngyilkosság árán való, kimenekülés vágya és célképzete mindig erősebbé válik, egyedüli kiútnak tűnik. A gondolatok bűvös körét gyakran már az is képes megszakítani, ha az öngyilkossággal való vívódó ember valakinek elmondja gondolatait, érzéseit. A kimondott szó már magában is másként cseng, mint ahogy a belső beszédben, gondolkodásban. A hallgató néhány kérdése, közbeszólása, amely esetleg csak az összefüggések jobb tartalmi megértésére vonatkozik, már elegendő lehet ahhoz, hogy a beszélő ezekből visszajelentéseket, új szempontokat kapjon. Mindenféle pszichoterápiához ez köznapi tapasztalat, ebből ered a kimondás, a verbális közlés alapszabálya. A telefonszolgálat munkájában ez a nem-specifikus hatáselem még erősebb azáltal, hogy a beszélő is és a hallgató is anonim. A beszélőnek nem kell törődnie azzal a benyomással, amelyet interakciós partnerében kelt. A közvetlen, "face to face" interakcióban ez mindig: probléma, és ez még hosszantartó pszichoterápiás folyamatban is gondot okoz, néha. A szociális viselkedésnek ugyanis egyik fontos közvetlen mozgatója az *impressziókeltés*, a saját személyről való előnyös kép kialakítása (Goffman, 1959). A depresszióba került, mindentől szabadulni, menekülni kívánó ember gyakran már nem is tudja vállalni, hogy valakinek szemtől szembe elmondja érzéseinek és gondolatainak zűrzavarát, mert annyira fél attól a visszajelentéstől, amit az interakcióban önmagáról megrajzolt negatív kép jelent. Néha megfigyelhető, hogy ha a krízisben levő ember ilyen közvetlen feltárulkozásra kényszerül valakinek, aki nem szakember, és aki nem őszinte segíteni akarással fogadja közléseit, még rosszabb állapotba kerül, a krízis csak mélyül benne.

A már említett "cry for help" jelenség gyakran e mechanizmuson át válik az öngyilkossági cselekmény közvetlen elindítójává; a segítséget kérő ember nemcsak nem kap segítséget, hanem még - saját közlései nyomán - jobban szembetalálkozik saját nyomorúságának torzképével, és ez megerősíti benne az elhatározást: ennek végét kell vetni. A telefonszolgálatok esetében ez a tényező kikapcsolódik, az ismeretlen hallgatónak könnyebb feltárni a súlyos bajokat. *A telefonszolgálatok egyik terápiás specifikuma ez, és egyben szervezési létjogosultságuk egyik pillére.*

A harmadik nem-specifikus elem a *katharzis* lehetősége. Az öngyilkosságra készülő ember gyakran magányos, nincs olyan emberi kapcsolata, amelyben sokféle frusztrációjának feszültségét levezethetné. Sérelmeit, meghiúsult terveit, be nem teljesült vágyait gyakran senkinek sem mondhatja

el. Emiatt néha óriási feszültség, indulati töltés gyűlik össze benne. A telefonbeszélgetésben ez levezetődhet. Sírás, kiabálás, agresszív vádaskodás, átkozódás előfordul a hívók közléseiben, ez többnyire ilyenfajta feszültség levezetés. Néha ez önmagában képes - legalább egy időre - oldani az érzelmi-indulati beszűkülést, csökkenteni az agresszió motivációs töltését. *Ezt a hatást is nagyban megkönnyíti az anonimitás, a kapcsolat személytelensége.* A közvetlen terápiás kapcsolatban csak később teremődnek meg az ilyenfajta feszültség levezetés lehetőségei.

A nem-specifikus terápiás hatások kifejtéséhez önmagában nem szükséges a szakértelem. Józan, élettapasztalattal rendelkező, segítőkész laikusok is létre tudják hozni ezeket a hatásokat.

d) A specifikus terápiás hatások első fokozatát "encounter" fázisnak nevezhetnénk. Az encounter szó találkozást jelent, a német Begegnung fordításaként jelent meg az angolszász szakirodalomban, Moreno hatására. Eredetileg azt fejezte ki, hogy az interperszonális kontaktus kialakulása létrehozhat sajátos, felfokozott élményt, a másik emberrel való különleges találkozás élményét. Ennek hatása jótékony, néha terápiás arra, aki bajban van, aki személyiségzavarokkal küzd. Később a fogalom jelentésgazdagodáson ment át, az amerikai egzisztencialista lélektan egyik központi kategóriája lett, és nagyon gyakran vált használatossá az amerikai pszichológia ún. "harmadik irányzatában" ("third force"), amelyet Rogers, May, Maslow, Böhler és mások neve fémjelez, és amelyet humanista irányzatúnak is szoktak nevezni. Legutóbb a különböző, sajátos élménymodalitásokat, és nagyon intenzív pszichológiai hatásokat ígérő csoportmódszerekben ("encounter groups" - ezek közé tartoznak az ún. maraton csoportok és nem verbális kommunikációt középpontba állító csoporteljárások) jelent meg a fogalom, ismét kissé kiterjesztett értelemben.

Az eredeti fogalomhasználat valós pszichológiai tapasztalatot fejez ki: lehetséges olyan párbeszédet, interakciót kialakítani, amely az egyik félben maradandó nyomokat hagy, amely alkalmas arra, hogy előnyös, a személyiséget integráció felé segítő pszichológiai folyamatokat indítson el. Vannak módszerek, amelyek az ilyenfajta lelki "találkozások" valószínűségét növelik. A "találkozásra" azonban a kliensnek is alkalmasnak kell lennie. A szakember tennivalóját legjobban a *Rogers-féle terápiás változók* (Rogers, 1957, 1961, 1963) fejezik ki. Ha a szakember képes a nagyfokú *kongruenciára*, ha a *feltétel nélküli pozitív elfogadással viszonyul* partneréhez, és ha megfelelő *empátiával* képes azt megérteni, és empátiásan szerzett megértését megfelelően, terápiás módon *vissza is tudja tükrözni* az interakcióban, a beszélgetés a partnernek különleges élménnyé válhat. A telefonszolgálat esetében ennek minden feltétele megvalósítható, ha a szakember erre kellően felkészült, sőt, e feltételek érvényesülését még megkönnyíti az, hogy a vokális kommunikációs csatorna nagyon alkalmas a kongruencia közvetítésére, mint erről bőven volt szó. Az elfogadás, az empátiás megértés élménye az elkeseredettség, az érzelmi zűrzavar, a kiüttlanság állapotában szimbolikusan azt az üzenetet tartalmazhatja, hogy a hívó nincs egyedül, van még reménye arra, hogy segítőkész embereket talál. A kongruencia tiszta, egészséges együttérzést enged meg, lehetővé teszi a vigasztalást, bátorítást egyszerű eszközökkel, a legalkalmasabb lélektani pillanatokban. A *legfontosabb terápiás erő azonban az empátia*. Terápiás hatása több síkon érvényesül. Egyrészt az empátiás megértés és ennek adagolt kifejezése a *legjobb explorációs módszer*. A szakember minden közlése csak azt a közlési motivációt erősíti meg, ami a hívóban egyébként is dolgozik. Nincs szükség kérdésekre, és nem kell tartani attól a veszélytől, hogy a szakember valamivel akaratlanul eltereli vagy megzavarja a közlést. Az empátiás megközelítés sokkal inkább "bábamesterség" („techné maieütiké”), mint az ismert szókratészi módszer, a kérdezés, mert valóban úgy segíti megszületni a mondanivalót, mint a jó szülész a gyereket, nem húzza-vonja, nem erőlteti, hanem a természetes szülési folyamatokat segíti, az akadályokat hártja el azoknak útjából. Másrészt az empátiás beszélgetés a *katharxis legjobb elősegítője*. A beszélgetés a legközvetlenebbül, leggyorsabban jut el az érzelmi feszültséghez, a konfliktusos indulathoz, és a leghamarabb hozza be őket a kommunikációs folyamatba. Harmadsorban a *legjobb feedback technika* is az empátiás megközelítésben rejlik. A visszajeletésnek ugyanis nemcsak az a lényege, hogy pontosan tükrözi vissza a személyiség különböző állapotait, összefüggéseit. Lélektani értelemben visszajeletésről csak akkor beszélhetünk, ha a kapott információt a személyiség be is fogadja. Ez pedig csak akkor lehetséges, ha az tartalmában, szemantikájában, formájában úgy megfogalmazott, amilyen a befogadó kognitív rendszere, és csak annyi új információt tartalmaz, amennyit a befogadó énje képes és hajlandó integrálni. Ismeretes, milyen hatékony védekező mechanizmusok működnek az énbén minden olyan

információval szemben, amely feszültséget keltene, amely az én kialakult belső rendszerét, operációs módjait kérdőjelezné meg. Az empátiás megértés a kliens, a telefonszolgálatok esetében a hívó belső ütemének rendjében halad, és ami a közlés egy-egy szakaszában megérthető, az rendszerint nyugodtan vissza is csatolható, mert annak elfogadására a személyiség érett.

Az "encounter" fázisban érvényesül az a terápiás erő, amelyet Franz Alexander "*korrektív emocionális élmény*" elnevezéssel (corrective emotional experience) írt le. Ennek lényege az, hogy a genuin, empátiásan viszonyuló szakemberrel való interakcióban a páciens rádöbben arra, hogy az interakcióval kapcsolatos félelmei, gyanakvásai, bizonytalanságai, amelyek megszokott, mindennapi emberi kapcsolatai nyomán alakultak ki benne, és amelyeket most a terápiás találkozásra rávetít, érvénytelenek, szükségtelenek. Ez szimbolikusan azt az élményt váltja ki, hogy nemcsak elhúzódoó, értetlen, őt bántó és nem szerető emberek vannak, hanem az emberi kapcsolatok szférájában van remény egészségesebb relációkra. Ez éppen az öngyilkossági gondolattal küzdő ember számára fontos, sokszor "létfonosságú" élmény, akinek fő krízisproblémája a magára maradás, az elszakadás a többi embertől (Alexander, 1956).

Az "encounter" fázis lebonyolítására is alkalmas lehet olyan laikus is, aki érett, kongruens ember. E fázis azonban inkább szakemberek munkáját igényli. A szakemberek képzettségében ugyanis benne van az önfejlesztés készsége, így a szakember hosszabb-rövidebb fejlődési folyamatban elérheti, és továbbfejleszheti azt, ami a laikusok egy részében megvan, de öntudatlanul hat, és valószínűleg nem fejlődik tovább.

e) Egy következő fázis a *krízisterápiás* vagy *rövid pszichoterápiás* fázis. Krízismegoldás vagy rövid pszichoterápia lehetséges telefonon át is. Ehhez az előző fázisok megfelelő kibontakozása, érvényesülése szükséges. Ennek talaján lehetséges a hívó problémáit oly mélységig áttekinteni, amely már *terápiás terv*, terápiás stratégia és taktika (Buda, 1974) kidolgozását teszi lehetővé. Ennek keretében elindítható olyan beavatkozás, amely a belső konfliktus vagy zavar magvát vagy tünetképző mechanizmusát veszi célba. A fázis célkitűzése nem lehet személyiség szerkezeti vagy karakterfejlődési problémák megoldása, mert ehhez folyamatos és apró lépésekben haladó munka kell. Szemléleti szempontból a cél meghatározásában irányadó a modell, amely Bálint Mihály ismert hasonlatában fejeződik ki, amely szerint a rövid pszichoterápia úgy hat, mint a faúsztatás megakadásakor az olyan beavatkozás, amely kimozdítja a megakadt, a többi szálfá útjában álló rönköket. Bálint Mihály szerint a rövid pszichoterápia mindig *fókuszált* pszichoterápia is, valamilyen akció célra irányított (Bálint, Ornstein, Bálint, 1972). A krízisben levő emberek esetében a cél a krízis megoldása, a megakadt, holtpontra jutott folyamatok újraindítása. A rövid pszichoterápia egyébként is a krízisterápia lényege. A krízisterápia ezen kívül még magában foglal konkrét segítségeket is, a telefonterápiában erre többnyire csak olyankor kerülhet sor, ha a szakembernek sikerül rábírnia a hívót a személyes jelentkezésre:

A rövid pszichoterápiának a telefonszolgálat munkájában többféle célja lehet. A preszuicidális szindrómában levő emberekben a beszűkülést kell feloldani, és az önmaga ellen fordított agresszió energiáját kell valahogyan levezetni. Ha ez a leírt előző szakaszokon át nem érhető el, akkor specifikus rövidterápiás célt kell keresni, mögöttes mechanizmusokat kell célba venni. Ilyen annyira sokféle lehet, hogy közelítő felsorolásuk is csak külön tanulmányban lenne feloldható. E téren a rövid pszichoterápia irodalmára utalok (Bellak, Small, 1965, Wolberg, 1965, Greenwald, 1967, Nelson et alii, 1968 stb.). Két általános szempontot hangsúlyozni kell, a rövidterápiás munkának a páciens fantázia- és vágyvilágát, valamint interperszonális kapcsolatainak főbb sémáit érintenie kell, továbbá el kell érni, hogy a páciens saját helyzetének és kapcsolatainak megértésében közeledjék a valóságelvhez, és annak keretében el tudja fogadni közvetlen környezetének álláspontjait is. A páciensben tehát *pszichológiai változásnak* kell történnie. Az alkalmazott terápiás módszerek lehetnek analitikus jellegűek, de történhetnek más módszerekkel is. A *paradox technikának* a telefonunkban is van terük, ha a szakember alkalmazásukban megfelelően képzett.

A rövid pszichoterápiánál nagyobb pszichoterápiás beavatkozásra a telefonszolgálat keretében ritkán van lehetőség, de nem is ez a feladat, a telefonszolgálat lelki elsősegélyt nyújt, és a személyiséget mélyebben érintő zavarok másfajta intézményes megoldást igényelnek. Előfordul azonban, hogy egyes bajbajutottak ismételtel jelentkeznek, és problémáik megbeszélése így folyamatszerűen folytatódik. Néha a rövid pszichoterápiás effektus eléréséhez is szükség van erre, és a szakembernek a

hívót erre biztatnia kell. Ha a hívások folyamatos terápiás munkát engednek meg, elvileg a klasszikus pszichoterápiát megközelítő tevékenység is elképzelhető. Ilyen esetekben ugyanis terápiás kapcsolat alakul ki, tere van az indulatáttételnek is.

A telefonon át kifejtendő terápiás akciók szempontjából meg kell említeni néhány mozzanatot, amelynek a pszichoterápiában jelentősége van. Ilyenek a következők:

Ellenállás: A koncepció használata a telefonmunkában szükségtelen. A hívó ambivalenciájára, a segítségnyújtással szembeni aktív ellenhatására sokkal nagyobb mértékben kell számítani, mint a közvetlen pszichoterápiás tevékenységben. Az ellenállás tehát természetes közeg, és inkább hiányát kell különlegesnek tartani, semmint jelentkezését. Az egész telefonterápia elsődlegesen az ellenállásnak szól, amely az intrapszichés problematika kifejeződése.

Indulatáttétel: A telefonon át történő terápiában nagyon ritkán nyilvánul meg, kibontakozásához folyamat kell. Csak olyan esetekben jelentkezhet, ha ugyanazzal a hívóval azonos szakember folyamatszerűen foglalkozik. Az indulatáttételt a rövid pszichoterápiás akciókban nem lehet úgy felhasználni, mint egyes rövidpszichoterápiás módszerekben (pl. Malan et alii, 1963). Indulatáttétel-szerű megnyilvánulás - amelyet a magam részéről szívesen nevezek *pszeudo-indulatáttételnek* - gyakran jelentkezik. Ez a szakember személye iránti érdeklődésben és a szokványos interperszonális kapcsolatsémák - mint pl. barátság, szerelem - felajánlása, kifejezése formájában nyilvánul meg. A Mastroianni és Sophia Loren főszereplésével készített nevezetes olasz film, A pap felesége című is ilyen ál-indulatáttételt mutatott be a telefonszolgálatban dolgozó pap és a szerelmi bánata miatt öngyilkosságot megkísérlő fiatal nő között. A terápiából induló barátságnak, szerelemnek - megítélésem szerint - nem indulatáttétel a mozgatója, hanem részben ellenállás (a terápia érzelmi feszültségének valamilyen strukturálása, megoldása), részben pedig primér szükségletkielégítés (a magányos ember kapcsolatigényének kielégítése). Ez azért fontos, mert míg az indulatáttétel feldolgozása terápiás erővé tehető, és a páciens személyiségének központi problémájához lehet eljutni segítségével, az ál-indulatáttétel inkább zavaró hatású, és legfeljebb csak arra jó, hogy a kontaktus fennmaradjon. Az ál-indulatáttétel viszont csalódás, pszichotrauma lehetőségét rejt magában, ez a krízisben levő ember számára a szó szoros értelmében életveszélyes lehet, ezért kifejlődését lehetőleg meg kell előzni, de ha mégis létrejön, nagyon óvatosan kezelendő.

Interpretáció: Az értelmezés a telefonmunkában sokkal ritkábban alkalmazandó eszköz, mint más terápiaformákban. Csak a rövidterápiás fázisban, jól kidolgozott, már csaknem tudatosuló összefüggések kifejezésére érdemes használni. Előbb az értelmezés vagy hatástalan, vagy káros a kontaktusra mert a hívóban olyan érzést kelt, hogy őt félreértik. Túl korai értelmezés traumatikus is lehet.

Tanács: A munka jellegéből adódóan sokkal gyakrabban kell vállalni a tanácsadást, mint a szemtől szembe folyó pszichoterápiás munkában. Legjobb, ha a páciensben érlelődő, ésszerű, a problémához képest adekvát terveket, gondolatokat fejezzük ki a tanács formájában. Alapelv, hogy olyat tanácsolni, amelyet a páciens kivihetetlennek tart, és ezt értésünkre is adta, nem szabad. Ugyanis ez is csak a meg nem értést, az elutasítást fejezi ki a hívó felé. Bizonyos egyszerű, elemi, racionális tanácsok a bajbajutott számára szükségesek, hiszen ilyenkor a viselkedés olyan szintre regrediálódik, amelyen a személyiség már elemi feladatokat sem tart megoldhatónak. Így pl. helyes tanácsolni minden olyan kontaktusfelvételt, amelyben a páciens ténylegesen segítséget kaphat (pl. rendeléseket, intézményeket, segélyszolgálatokat, szociális ügyekkel foglalkozó hivatalokat stb.). Olyan esetekben, amikor a hívó orvosi vagy közvetlen pszichiátriai ellátásra szorul, mindig szükséges a megfelelő információk és tanácsok megadása. A tanácsot azonban megfelelően időzíteni kell, és csak a már megkezdett öngyilkossági cselekmény esetében szabad attól eltekinteni, hogy a tanácsadás előtt a telefonterápia fázisait megpróbálják lebonyolítani.

Visszakérdés: Analitikusan képzett kezdő pszichoterapeuták "foglalkozási betegsége" a visszakérdéses technika, amelyben a beteg minden közlését, kérdését újabb kérdéssel hártják el. Szemtől szemben folyó munkában, amikor a szituáció a terapeuta kontrollja alatt áll, ez a technika sokszor eredményes, bár könnyen ritualizálódik, és az értelmesebb beteg hamar átlát rajta. A telefonmunkában azonban ez a kontaktust zavarja. A kliens kérdésére tehát nem célszerű azt válaszolni, hogy miért kérdezi ezt, hogyan gondolja ő stb. Az explorációban sem helyesek a kérdések (hogy érti azt, nem gondolja-e, hogy... stb.). A telefonmunkában - mint említettük - ehelyett az empátiás meg-

közelítés a célszerű, ill. olyan interakciós technika kialakítása, amelyben a szakember genuin, nagy fokban kongruens tud lenni.

3. Az eredmény

A lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok hatékonyságának lemérése még nem történt meg. Mondhatnánk: természetesen nem történt meg, hiszen még a sokkal jobban ellenőrizhető közvetlen pszichoterápia hatékonysága sem tisztázódott kellőképpen. Ismeretesek azonban vizsgálatok, amelyek a hatékonyságot mégis igyekeztek megközelíteni, pl. visszajelentéseket kértek a hívóktól, néhol kérdőíveket küldtek ki nekik. Másutt a telefonterápia után mód nyílt a hívók személyes explorációjára, vizsgálatára. Világszerte szokás, hogy a hívókat biztatják, hívják fel a szolgálatot később, számoljanak be arról, mi van velük, hogyan sikerült a problémákat megoldani. Sok adatunk van tehát, amely a *szolgálat hatékonyságát valószínűsíti*. Igen valószínű, hogy a telefonbeszélgetés a preszuicidális szindrómában levők számára komoly segítség, és ha létrejönnek a rövid pszichoterápia feltételei, az effektus nem marad el attól, amely a közvetlen találkozásban elérhető.

A telefonszolgálatok kritikusai gyakran hangoztatják, hogy a szolgálat a letális, öngyilkossági cselekedetekre készülöket nem éri el, és hogy a hívók között nagy számban vannak nem szuicidális esetek is. Ezek a kifogások igazak. A telefonszolgálatok munkájának értékét azonban ez nem csökkenti. A nem szuicidális krízisben levők többnyire még olyan stádiumban vannak, hogy nem értek el az öngyilkossági "megoldás" fázisába, de lényegében haladnak arrafelé. Ha ők segítséget kapnak, az öngyilkosság *prevenciója* érdekében mégis történt valami. Az öngyilkosok "elszánt" részének kapcsolatba kerülése a szolgálattal pedig annál nagyobb valószínűségű, minél hosszabb ideje működik a szolgálat a közösségben, minél nagyobb a szolgálat tekintélye, és minél több a kapcsolata más ellátó intézményekkel. Már volt szó róla, hogy jól működő szolgálatokat igénybe vesznek olyanok is, akik az öngyilkossal kapcsolatba kerülnek.

Nyilvánvaló, hogy az öngyilkosság megelőzésében és a krízismegoldásban a szolgálatok igazán hatékonyak akkor lehetnek, ha egy ellátó *szervezetben, rendszerben* működhetnek. A hívók egy részét el kell irányítani, ehhez szükség van olyan intézményekre, ahol azokat biztosan fogadják és megfelelő segítségben részesítik. Szinte szükségszerű, hogy a szolgálat rendelkezzen *ambulanciákkal*, ahová a hívókat be lehet rendelni, és *szociális gondozókkal*, akiket a hívóhoz ki lehet küldeni. Megfelelő kórházi háttér is igen fontos.

Véleményem szerint az öngyilkosság megelőző telefonszolgálatoknak a közvetlen tevékenységen túlmenően egyéb jelentőségük, fontosságuk is van. Így pl. világszerte az a tapasztalat, hogy az ilyen szolgálatok az öngyilkosság- és kríziskutatás központjai, amelyek nagyon értékes *tudományos munkásságot* fejthetnek ki. Nagy tapasztalatra tehetnek szert különböző pszichológiai problémák és páciénstípusok kezelésében. Alkalmask lehetnek *szociológiai adatgyűjtésre, elemzésre* is, mert a telefonszolgálatok információs anyagának tükrében egy sor társadalmi jelenség körvonalai világosan felismerhetők. Legfontosabbnak azonban azt a *szimbolikus jelentőséget* tartom, hogy a telefonszolgálatok léte és működése nagyon elevenen felveti egy-egy vidék, város vagy ország *mentálhigiénés problémáit*, az ellátásban mutatkozó hiányosságokat és nehézségeket, és szinte követel azokra valamifajta megoldást. Bizonyos fokig tehát ezek a szolgálatok a pszichés problémákkal foglalkozó szakmák lelkiismereti őrpontjaivá válnak. Ez pedig nagyon fontos, hiszen a világon csaknem kivétel nélkül minden társadalom húzódozik attól, hogy a mentálhigiénében rejlő óriási problémákkal szembenézzen. Szükség van tehát arra a kihívásra., amit a segélyszolgálatok jelentenek mind a gyógyító szakmák felé, mind általában a közvélemény felé.

Éppen ezért nagyon fontosnak tartom, hogy a telefonszolgálatok hazánkban is megindultak. Sajnálatos, hogy eddig a hivatalos szervek eléggé szűrmarkúan, bizonytalanul támogatták őket. El kell érni, hogy ez megváltozzék, és a most még szerény keretek között, a munkatársak lelkesedésére építve dolgozó telefonszolgálatok kellően fejlődhessenek, és átfogóbb ellátási rendszereket hozhassanak létre maguk körül a krízisben levők segítésére.

Budapest, 1975. július 17.

IRODALOM

- ALEXANDER, F.: 1956, *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton, New York
- ALLPORT, G. W., P. E. VERNON: 1934. (1933), *Studies in Expressive Movements*. Macmillan, New York
- BALINT M., P. H. ORNSTEIN, E. BALINT: 1972, *Focal Psychotherapy. An Exemple of Applied Psychoanalysis*, Tavostock Publ. London
- BELLAK, L., L. SMALL: 1965, *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York
- BERGIN, A. E.: 1966, Some Implications of the Psychotherapy Research for the Practice. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 71.No.4. 235-246.
- BÉRNE, E.: 1961, *Transactional Analysis in Psychotherapy. A Systematic Individual and Social Psychiatry*, Grove Press, New York
- BLOOM, S. W.: 1963, *The Doctor and His Patient. A Sociological Analysis*. Russell Sage Foundation, New York
- BROCKOPP, G. W.: 1973, *The Telephon Call: Conversations Therapy in: Lester, Brockopp (eds.) 1973, Ch. 8. 111-116.*
- BROCKOPP, G. W., D. LESTER.: 1973, *The Obscene Caller: Responding to the Masturbator. In: Lester, Brockopp (eds.): 1973, Ch. 12. 157-174.*
- BUDA, B.: 1971, *Az öngyilkosság. Orvosi Hetilap, 112. Évf. I. Társadalmi tényezők, statisztikai adatok, 22.sz. 1262-1267 II. Hazai statisztikai adatok, általános társaslélektani szabályszerűségek, 29.sz. 1691-1695 III. Pszichológiai szabályszerűségek, 35.sz. 1943-1946 IV. A megelőzés lehetőségei és módszerei, az öngyilkosságveszély orvosi pszichológiai ellátása, 39.sz. 2327-2332*
- BUDA, B.: 1974, *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei, MRT Tömegkommunikációs Központ, Budapest*
- BUDA, B.: *Az empáthia jelensége és jelentősége a pszichiátriában. Magyar Pszichológiai Szemle XXXIII. 107.old.*
- BUDA, B.: 1975, *A közvetlen emberi kommunikáció promotív aspektusa. Magyar Pszichológiai Szemle, XXXII. 397.old.*
- CANTRIL, H.: 1941, *The Invasion from Mars*, Princeton University Press, Princeton
- CANTRIL, H.: 1971, *Támadás a Marsról. MRT Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest*
- DAVIS, J. M. (ed.): 1974, *Depressions: A practical Approach. A Total Learning System. USV Pharmaceutical MFG. Manati, P. R.*
- FARBEROW, N. L., E.S. SHNEIDMAN (eds.): 1964 (1961), *The Cry for Help*. McFraw-Hill, New York
- FARBEROW, N. L., S. M. HEILIG, R.E. LITMAN: 1965. *Training Manual for Telephone Evaluation and Emergency Management of Suicidal Persons*, Suicide Prevention Center Inc. Los Angeles
- COFFMAN, E.: 1959, *The Presentation of Self. Everyday Life*, Doubleday, New York
- GREENWALD, h. (ed.): 1967, *Active Psychotherapy*. Atherton Press, New York
- HALEY, J.: 1963, *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York
- HIDAS, GY., BUDA, B.: 1968, *A csoportpszichoterápiás folyamat vizsgálata az interperszonális kommunikációselmélet szempontjai szerint (második közlemény). Magyar Pszichológiai Szemle, XXV. Köt. 1-2.sz. 104-122*
- KATZ, R. L.: 1963, *Empathy: Its Nature and Uses*. The Free Press, New York
- KNAPP, P. H. (ed.): 1972, *Non-Verbal Communication in Human Interaction*, Holt, Reinhart, Winston, New York
- LAMB, CH. W.: 1973, *Telephone Therapy: Some Common Errors and Fallacies, in: Lester, Brockopp (eds.) 1973, Ch. 7. 103-110*
- LESTER, D., G. W. BROCKOPP (eds.) 1973, *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, Charles C. Thomas, Springfield III.
- MALAN, D. H. et alii: 1963, *A study in Brief Psychotherapy* Tavostock Publications, London
- MACKINNON, R. A., R. A. MICHELS: 1970, *The Role of the Telephone in the Psychiatric Interview, Psychiatry, Vol. 32., 82-93*

MERTON, R. K.: 1957, (CEC.ED.) Social Theory and Social Structure, The Free Press, New York
NELSON, M.C. et alii: 1968, Roles and Paradigms in Psychotherapy. Grune and Stratton, New York
RINGEL, E. (hrsg.): 1969, Selbstmordverhütung. H. Huber, Bern-Stuttgart
ROGERS, C. R.: 1951, Client-Centered Therapy. Houghton Mifflin, Boston
ROGERS, C. R.: 1957, The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, Journal of Consulting Psychology, Vol. 21. 95-103.
ROGERS, C. R. 1963, (1959), A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. In: S. KOCH (ed.): Psychology, jA Study of a Science, Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context, McGraw-Hill, New, 184-256.
TABACHNICK, N., D. J. KLUGMAN: 1965, No Name- A Study of Anonymus Suicidal Telephone Caqlls. Psychiatry, Vol. 28. 79-87
TAUSCH, R.: 1968, Gesprächspsychotherapie (2. Aufl.) Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe Göttingen
WOLBERG, J. R. (ed.) 1965, Short-Term Psychotherapy. Grune and Stratton, New York.