



**MAGYAR  
LELKI ELSŐSEGÉLY  
TELEFONSZOLGÁLATOK  
SZÖVETSÉGE**

5600 Békéscsaba, Wlassits sétány 4. Tel.: 66/447-334 [www.sos505.hu](http://www.sos505.hu)

E-mail: [iroda@sos505.hu](mailto:iroda@sos505.hu)

---

**116 123  
Öngyilkosság-megelőző lelki elsősegély  
telefonszolgálatok szakmai minimumfeltételei**

**I. Technikai feltételek:**

**1. Keretek, szabályok**

A telefon felvétele kizárólag a szolgálat nyilvánosan meghirdetett működési időintervallumában lehetséges.

1., A telefont minimum két csörgés után vesszük fel.

2., Az operátor/ügyelő a „lelki elsősegély telefonszolgálat” szövegrészt is tartalmazó mondattal mutatkozik be. Jegyzőkönyvben rögzítjük a hívás kezdetének idejét, a hívó első mondatát.

3., Az operátor/ügyelő magázódik a hívóval a hatékony segítői távolság megtartása érdekében. Kivétel ez alól, ha a hívó kiskorú, ebben az esetben, a felnőtt-gyermek kommunikációban használatos beszédmód ajánlott. 16 éves kor felett a kölcsönös magázódás indokolt, 14-16 éves korig az operátor és a hívó közti megállapodás kérdése, hogy az operátor/ügyelő tegezi-e vagy magázza a hívót, aki természetesen mindig magázza az operátort.

4., Az anonimitás a hívó számára lehetőség a nyílt és őszinte kommunikációra, az operátor/ügyelő számára pedig kötelező a visszaélések elkerülése, és a szolgálat szabályainak, kereteinek védelme érdekében.

5., A beszélgetés kb. első tíz percében felmérjük a hívó problematikáját, és stratégiát készítünk a segítő beszélgetés folyamatára, kimenetelére vonatkozóan.

6., Adekvát probléma esetén a beszélgetés hossza maximum 50-60 perc. Ez idő alatt oldható a krízis, vagy felmérhető, hogy igényel-e a hívó további segítségnyújtást: mely lehet mentőküldés, esetenként és szolgálatonként személyes behívás, visszahívásban való megállapodás vagy egyéb segítő kapcsolatba irányítás.

7., Nem beszélgetünk olyan hívóval:

- akinek személyes segítői kapcsolata van (pl.: gondozóorvos, pszichoterapeuta, stb.), és aktuálisan nincs krízishelyzetben (Visszairányítjuk a segítői kapcsolatba.)

- aki a Szolgálatot nem annak céljai és szabályai szerint használja (pl. maszturbátor, provokátor, krónikus hívó).

8., Ha ilyen hívóval állunk szemben, szükséges a hívást a lehető leggyorsabban rövidre zárni, a lehetséges visszaélések elkerülése érdekében (max. 5-10 perc).

9., A beszélgetést a hívó kezdeményezi, s ő teszi le a telefont hamarabb, azonban a beszélgetés menetét az operátor/ügyelő kontrollálja/ irányítja.

10., Ha a segítő kapcsolat operátor/ügyelő és hívó között a beszélgetés után lezárul, oly módon köszönünk el, mely utal a kapcsolat végleges lezárására (pl. „*Jó éjszakát!*” vagy „*Minden jót!*”). Az operátor/ügyelő megvárja, míg a hívó kilép a vonalból, csak azután teszi le a telefont.

11., A beszélgetés menetéért, minőségért az első operátor/ügyelő a felelős. Kettős ügyelet esetén a másik operátor/ügyelő az első operátor/ügyelő munkáját segíti.

12., A beszélgetés lezárását követően az operátor/ügyelő kitölti a jegyzőkönyvet, mely tartalmazza a hívó által hozott problematikát, a beszélgetés alatt megszerzett információkat, az operátor/ügyelő által definiált problematikát, és a probléma megoldása érdekében tett lépéseket, a hívás kimenetelét és a segítség további menetét. A jegyzőkönyv tartalmazza a LESZ-Win statisztikához szükséges adatokat.

## 2. Telefonszolgálatok működésének három alapelve

A telefonszolgálatok cél- és feladatorientált szakmai szervezetek. Munkájukat három alapelv szerint végzik melyek: **önkéntesség, anonimitás, titoktartás.**

### **Önkéntesség:**

A telefonszolgálatok munkatársai professziójukat tekintve különböző foglalkozású emberek, akik felkészítésük során speciálisan képzett operátorokká, ügyelőkkel, szakemberekké válnak. Közös vonásuk, hogy magas szintű motiváltsággal rendelkeznek a szolgálat tevékenységének ellátásában, értékeinek, normáinak elfogadásában.

Az önkéntes munka nem jelenti azt, hogy az önkéntes ingyen dolgozik. Munkájáért díjazás jár.

Az önkéntes munka ebben az esetben is személyes indíttatásban gyökerezik. Ezek ismerete (pl. szakmai érdeklődés, személyes érintettség, stb.) fontos, a jó színvonalú szakmai munkát jelentősen befolyásoló tényező.

A hívók felé való hiteles, empatikus odafordulás a beszélgetések alapvető vonása, ám ez gyakran érzelmileg erősen megterhelő. Szerencsés, ha egyszerre két operátor/ügyelő ügyel, mert az érzelmi terhek így megoszthatókká válnak. Még jobb, ha ügyeleti helyzetben is kérhető szupervízió a stábvezetés valamely tagjától. A szervezet (stáb) működése során rendszeres szupervíziós megbeszélésekkel biztosítja tagjainak a megfelelő szakmai háttérrel. Emellett lehetőség nyílik az operátori/ügyelői munka során kialakuló esetleges nehéz érzések értelmezésére, feldolgozására, valamint a felmerülő kérdések közös átgondolására is. A megbeszélések konszenzusainak betartásával az operátorok/ügyelők egységes szakmai álláspontot képviselnek a hívók irányában. A stábkonszenzust a stábtagnak – egyéni véleményüktől függetlenül – be kell tartaniuk.

### **Anonimitás:**

A hívók számára az anonimitás lehetőség, mely az előítélet-mentes kapcsolat alapjául szolgál. A hívó a beszélgetés alatt annyi információt árul el magáról, amennyit kíván. Kivételt képez ez alól az akut, életet veszélyeztető állapotban történő mentőküldés, mikor értelemszerűen a hívó nevét és lakcímét meg kell tudnunk.

Tapasztalati tény, hogy krízishívások esetén a hívók gyakran bemutatkoznak.

Az operátorok/ügyelők esetében a személyükre vonatkozó minden információ visszatartása elengedhetetlen. Így válik minden, potenciális hívó számára elérhetővé, reális lehetőséggé a telefonszolgálat, és így tudjuk biztosítani, hogy a hívók számára az operátor/ügyelő minél nagyobb projekciós felületként szolgáljon, s minél több fantáziát mozgósítva árnyalja a beszélgetést és a megértést. Emellett védelmet is nyújt az operátoroknak.

A nevek helyett alkalmazandó számok elegendő információt biztosítanak a hívónak egy akár több beszélgetést is magában foglaló telefonos kapcsolat kialakítása során is.

( Az alkalmazandó számok: az eredeti, jelenlegi szám megtartása mellé a szolgálat kétjegyű száma is hozzáadódik: Pl. 15/27 – pl. egy debreceni ügyelő száma lehet)

A fentiek értelmében az anonimitás nem egyenlő a személytelenséggel! A hívók felé való empatikus odafordulás és figyelem mellett fontos eszköz a segítséget kérők problémáinak jobb megértésben és oldásában.

### **Titoktartás:**

Az operátorokat/ügyelőket a szolgálatban végzett munkájukkal kapcsolatban titoktartás kötelezi. A hívásokból nyert, illetve a stáb által nyújtott szupervízió elhangzott információk nem megoszthatóak a telefonszolgálaton kívül.

A hívók azonosítása, illetve az operátorok/ügyelők munkájának segítése céljából azonban a hívások fontosabb adatait, a beszélgetésekből származó ismereteket összefoglaló részletes jegyzőkönyvet kell vezetni. **Erről a hívót szükség esetén (pl. erre irányuló konkrét kérdés) lehet és célszerű tájékoztatni. (Esetleges visszaélések elkerülése, kontrollálása céljából hivatkozási alapul is szolgálhat.)**

Az anonimitás biztosítása érdekében az operátorok/ügyelők kötelesek titokban tartani szolgálatban végzett munkájukat környezetükben (pl. barátok, ismerősök, munkatársak), mivel minden egyes embernek lehetőséget kell biztosítani, hogy szükség esetén élhessen az anonim segélykéréssel, még akkor is, ha történetesen valamelyik operátor környezetében él.

### **3. Krónikus hívók**

**Krónikus hívó nem az, aki sokat vagy sokáig telefonál, hanem ha egy szolgálat a hívó problematikájának a megoldásában tehetetlen vagy nem illetékes.**

A krónikus hívó „gyártása” közös konstrukció eredménye. A hívó krónikus voltát a telefon mennyiségi és minőségi használata dönti el.

#### ***Operátor/ügyelő változók – hívó változók alapján:***

**Operátor/ügyelő:** Bizonytalan, inkompetens az elején (krónikus hívó „kialakítása”), majd frusztrálttá válik, ami fokozza az inkompetencia érzést – az előbbihez képest más módon: ineffektívnek, hatástalannak, kihasználtnak érzi magát, viszont-agressziót, feszültséget, tehetetlenséget tapasztal, ellenállása unalomban, közönyben nyilvánulhat meg. Előfordul, hogy demoralizálódik.

**Hívó:** Hívó változóknak egyre nagyobb hangsúlya az intervenciókban, fontos a személyiség szerkezet (például dependens karaktervonások). A borderline karakter nem azonos a krónikus hívóval, bár könnyebben kronicizálódhat. A borderline is lehet krízisben, mint ahogy a krónikus hívó is lehet krízisben. A borderline ambivalenciája életstratégia, nem a krízisben rejlő ambivalencia, mivel ez utóbbi átmeneti.

Krónikussá könnyebben válhat egy hívó, ha nem készül vele korrekt interjú/pszichodiagnosztikai exploráció, hisz ekkor az általa nyújtott projekciós felületre konstruálódik a beszélgetés.

A krónikus hívónak érdeke úgy beszélni, hogy ne mondjon semmit. (A hívó a kérdésekre általános válaszokat ad, az operátor egyre zártabban kérdez, s a hívó helyett próbálja kitalálni annak mondandóját.) A stábvezetőnek, a szupervizornak kell felismernie ezt a működésmódot és segítenie, hogy kialakuljon egy közös, konszenzuális reagálás, egységes álláspont a hívóval szemben. Team-munka (rendszeres stábülések, csoportos szupervízió) nélkül a krónikus hívók kezelése lehetetlen. (Ajánlott a „hívók játszmái”-nak elemzése.)

#### ***A krónikus hívó veszélyei:***

1. Foglalt a vonal – többi hívó szemszögéből
2. Frusztráció a hívóban és az operátorokban/ügyelőkben: sztereotip közlések, állandósult problematika és lélektani állapot. A megoldhatatlannak tűnő pathhelyzet a hívóra nézve is frusztráló, a kilátástalanság, reménytelenség érzése egy ördögi kör, mely egyre erősödik (erre az operátorok/ügyelők érzékelt tehetetlensége ráerősít). A frusztrációjából eredő agressziót is az operátorok/ügyelőkön és a szolgáltatón vezetni le, így kezelhetlenné válik a folyamat.
3. Az operátor/ügyelő megéli saját tehetetlenségét, ineffektívnek éli meg magát, tevékenysége nem hatékony. Veszélyes, hogy viselkedése szerepszerűvé válik, inkongruens lesz, viszontagresszió várható. Burn outhoz vezethet.

#### ***A hívó krónikussá válása:***

- telefonos kapcsolatból keletkezik, visszahívással, mely valaha adekvát volt aztán parttalanná lett
- szabálytalan időközönként telefonál, (évek, akár évtizedek óta) lehetnek ebben időszakok, melyekben sűrűbben jelentkezik
- időszakosan, kontrollvesztetten jelentkezik, majd utána nem hallunk róla
- kontrollvesztett provokátorok, maszturbátorok

#### ***Felismerése:***

- hangazonosítással
- stílus, nyelvhasználat, adatok, történetek, viszonyulásmódok – az azonosítás lehetőségei
- felismerni, hogy inadekvát a telefonhasználat; vagy akár a hívó, akár a beszélgetés hiteltelen, valami „pszeudo”

#### ***A megközelítés két szintje:***

- aktuális helyzetkezelés: kialakuláskor észrevenni, kronicizálódott hívót kordában tartani
- tartós problémakezelés: stábszinten és országosan, ügyeletről, ügyeletre praktikusán Konszenzus, melyet mindenki betart.

A fentiek alapján nemcsak a krónikus hívó, de a kronicizálódás veszélye is felismerhető, így a hívó krónikussá válása, és így a segítő telefon ártalmas, azaz visszaélésre alkalmas eszközzé válása megelőzhető. A krónikus hívó felismerésének módja is az odafigyelésben rejlik.

#### **4. Inadekvát hívások**

Ha a hívó részéről a hívás szándéka nem a három fő probléma (szuicid szándék vagy fantáziák; krízis; egyéb lélektani problémák) köré csoportosul, inadekvát hívásról beszélhetünk. Tehát az operátor/ügyelő részéről nem használható sem krízisintervenció, sem szuicid prevenció, sem mentálhigiénés beszélgetés. Ezekben az esetekben - a felismerést követően - a beszélgetést a lehető legrövidebb időn belül le kell zárni. **A leggyakoribb inadekvát** (bár az IFOTES szerint némelyik még adekvátnak tekinthető, mégse tartozik a hatékony telefonon történő segítségnyújtások körébe) **hívások:**

##### **1. Provokációk**

A hívás mögötti szándék **szórakozásból** történik. Például obszcén kifejezéseket használ, nevetgél, esetleg hallhatóan többen nevetgélnek a háttérben. Az operátor/ügyelő feladata ebben az esetben, hogy röviden ismertesse a telefonszolgálat célját, és határozottan kérje meg a hívót, hogy ne használja „szórakozásra” a vonalat. Amennyiben ennek nem tesz eleget a hívó, leteheti a telefont az operátor/ügyelő, ezzel megszakítva a hívást. Gyakran előfordulhat az is, hogy **maszturbálást** folytat a hívó a beszélgetés alatt. A felismerést követően a beszélgetést megszakítva azonnal le kell zárni azt, vagyis ebben az esetben az operátornak/ügyelőnek kell letennie a telefont.

**Hiteltelen hívásoknál**, illetve „fedőtörténetnél” a legfontosabb felismerési lehetőség, ha az operátorban/ügyelőben keletkező érzések nem adekvátak a hívás tartalmi részével. Ilyenkor a beszélgetés történeti és érzelmi része között disszonanciát érezhet az operátor/ügyelő. Ebben az esetben az operátornak/ügyelőnek szembesítenie kell a hívót a disszonanciával, ki lehet mondani, hogy hiteltelennek érzi a hívót, és ha ennek ellenére sem sikerül a valódi problémáról beszélnie, el lehet tőle köszönni.

##### **2. Más ügyében való telefonálás**

A hívó más ügyében kér segítséget, és ettől a szándékától az operátor/ügyelő kezdeményezése ellenére sem téríthető el. Az operátor/ügyelő részéről elsődleges cél, hogy a beszélgetést a hívóra terelje, ha ez nem sikerül, megkérjük a hívót, hogy a bajban lévő, segítségre szoruló embernek adja meg a szolgálat telefonszámát, és hívja ő maga a szolgálatot.

##### **3. Egyéb orvosi ügyeletek keresése**

Az operátor/ügyelő feladata ilyenkor, hogy lehetőség szerint adja meg az elérhető orvosi ügyelet telefonszámát, és elköszönés után zárja le a beszélgetést.

##### **4. Téves hívás**

Ha a hívó egyértelműen jelzi, hogy téves a hívás, elbúcsúzik az operátor/ügyelő, és lezárja a beszélgetést.

## **II. Elméleti alapok**

### **1. Első interjú/ pszichodiagnosztikai elemző exploráció lehetséges területei**

**Az alábbi technika a pszichoterápiás első interjúk szerkezetére épül, biztonsággal alkalmazható a lelki elsősegély szolgálatok munkájában is, természetesen a hívó problematikájához igazodva.**

Az alkalmazott eljárásnak jelentős szerepe van az adatfelvételen túl a személyesség, a hívó és az operátor/ügyelő kapcsolatának kialakításában, illetve a hitelesség megítélésében.

A beszélgetés indítása során elsősorban **nyitott kérdéseket** alkalmazunk, teret adva a hívó bemutatkozásának illetve önbemutatásának, vagyis az iránt érdeklődünk, hogy mit szeretne elmondani magáról, mi az, amit a legfontosabbnak tart. Gyakran megfigyelhető, hogy ilyenkor a hívó részéről legtöbbször olyan, korábban már elmondott, így szinte rutinszerűen ismételt sémák kerülnek elő, melyek – bár fontos információkat hordozhatnak – mégsem visznek közelebb a hívó személyiségének valódi megértéshez.

A panelszövegeken való mielőbbi túllépés érdekében, minél hamarabb igyekszünk a mélyebb és kevésbé tudatos múltbeli eseményekre rákérdezni. A hívó önreflexiós képességének gyors felmérése érdekében – akár már a második kérdésként – a saját magáról alkotott véleményét tudakoljuk, vagyis, hogyan jellemezné önmagát, milyen az alaptermészete, illetve milyen személyiségű ember is valójában.

Ezt követően lehet a **hívó által adott önjellemezés** alapján, ennek a **családi beágyazottságát** felderíteni, hogy „kire ütött ez a gyermek”, kire hasonlít, kivel azonosította leginkább magát, vagyis a hívó mely felmenője lélektani örökösének tartja magát. Ezen keresztül lépünk be a hívó családjának múltjába, feltérképezve a szülők, nagyszülők vonásait, így tulajdonképpen az anyai és az apai család lehető legmélyebb gyökereinek felderítésére törekszünk.

Ennek részletes felmérésében a személyiségvonásokon túl a földrajzi élettér bemutatása, az etnika gyökerek, a származás, a foglalkozás, a társadalmi státusz, az érték- és normarendszerek, a vallási hovatartozás és az ezekhez fűződő személyes és közösségi élmények is jelentős szereppel bírnak, hiszen ezek adhatnak megbízható alapot arra, hogy felmérjük a hívó önképének eredetét, kialakulását és differenciáltságát.

A családtagok konkrét külső és belső jellemzésén túl nagyon fontos a családban betöltött szerepük és a családi viszonyrendszerek felderítése is (ki volt a domináns a családban, ki határozta meg a család napi működését, kihez kötődnek nevezetes események, ki adott érzelmi biztonságot, családi ünnepek szerepe, stb.). A hétköznapi élet akár aprónak vagy látszólag jelentéktelennek gondolt részleteit sem szabad figyelmen kívül hagyni annak érdekében, hogy az operátor/ügyelő lelki szemei előtt a releváns kapcsolati személyek a maguk teljességében és egyediségében bontakozhassanak ki. Ez azért különösen fontos, mert az operátor/ügyelő a család imaginált világába behelyezkedve tudja legjobban átérezni a saját magához közel, vagy éppen távol álló élményeket és eseményeket. Hiszen ez ad rá lehetőséget, hogy olyan közös érintkezési pontokat tudjon találni a hívóval, melyek a valódi érzelmi azonosulás esélyét hordozzák.

Kiemelt figyelmet érdemelnek a **családi érzelmkifejezési minták**, hogyan alakultak az érzelmi kapcsolatok, kitől kapta a legtöbb szeretetet, ki volt az, akinek a közelségére és elfogadására leginkább vágyott, és esetleg sohasem kapott meg. Melyik nagyszülő állt a legközelebb hozzá, ki volt közülük, akivel kapcsolatban leginkább megtapasztalhatta a feltétel nélküli elfogadást? Vagy éppen ellenkezőleg, talán inkább ennek a hiányát élte át, vagyis

hogy sokkal inkább az elvárások és a követelménytámasztás jelent meg a családban anélkül, hogy részesült volna az érzelmi melegség és elfogadás élményében. Hogyan alakultak a családban a férfi és női szerepek, ki volt az, aki leginkább azonosulási mintát tudott nyújtani?

A tágabb családi háttérrel kapcsolatos információkat követően a hívó **saját élettörténetére** vonatkozó adatokra térünk át.

A beszélgetésnek, interjúnak ebben a részében elsőként a hívó megszületéséhez vezető eseményeket próbáljuk felderíteni. Hogyan ismerkedett össze az apa és az anya, milyen érzelmi alapon léptek kapcsolatba, hogyan viszonyultak ehhez a nagyszülők és a tágabb család, illetve milyen érzések övezték a családban a kapcsolatukat, majd a házasságukat, mik voltak az együttélés konkrét fizikai körülményei, hogyan került sor a gyermekvállalásra, valamint, hogy milyen fantáziák és érzelmek övezték a hívó születését? Vágytak-e a gyermekre, vagy véletlenül született, voltak-e előzetes elvárásai a gyermek nemével kapcsolatban, csalódtak-e, hogy nem az elképzelésüknek megfelelő nemű gyermek született? A nemi identitás bizonytalanságának és az önkép sérülékenységének hátterében gyakran fény derül arra, hogy a hívó nem várt gyermek volt, vagy éppen ellenkező neműnek várták. Fontos kérdés az is, hogyan zajlott a névválasztás, kitől és honnan kapta a nevét és hogyan viszonyul ehhez, szereti-e vagy éppen ellenérzéseit vannak ezzel kapcsolatban? Hányadik gyermekként született a hívó, hogyan zajlott a családban a többi gyermek születése, volt-e ebben a vonatkozásban különbség a testvérek születése között? Már itt is rákérdezhetünk a testvérekhez fűződő érzelmeire: voltak-e negatív indulatai, érzett-e féltékenységet, voltak-e ennek olyan konkrét következményei, melyek ma is fájdalommal töltik el (pl. érezte-e azt, hogy a testvéreit jobban szeretik és ő emiatt a háttérbe szorul, stb.).

Előfordulhat (és már önmagában is problémákat sejtet), hogy a hívónak a születését megelőző eseményekre vonatkozóan nincsenek konkrét információi (például azért mert sohasem beszéltek erről). Ilyenkor nagyon fontos az ezzel kapcsolatos elképzeléseinek és fantáziáinak kibontása, hiszen sok esetben éppen a beszélgetés facilitáló légköre ad arra lehetőséget, hogy az addig csak rejtett – utalásokból, homályos célzásokból, vagy a szülők különös viselkedésének apró jeleiből táplálkozó - emlékfoszlányokból alakuljon ki egy tisztább kép.

A koragyermekkorai események között kiemelt szereppel bír az **anyával való kapcsolat**. Mik voltak ennek az időszaknak a legfontosabb jellemzői (mennyi ideig volt vele otthon az édesanyja, hogy kapcsolódtak a gyermeknevelésbe a családtagok, ki foglalkozott vele a legtöbbet, kitől kapta a legtöbb szeretetet, mennyire tudták kimutatni a szülők a szeretetüket, ki tudták-e fejezni szülei a testi gyengédséget, stb.). Hogyan alakultak a kapcsolati minták a családban, melyik szülőhöz kötődött inkább, kihez ragaszkodott, milyen volt a testvérek egymás közötti viszonya, illetve a szülők a testvérek közül melyiket szerették legjobban? Hogyan nyilvánult meg a szülők iránta érzett szeretete, inkább féltéssel és aggódással, korlátozással volt terhes, vagy teret adtak önállósági törekvéseinek is. Hogyan tekint vissza saját magára, mint kisgyermekre, voltak-e olyan problémák, melyek miatt „rossz gyerekek” minősítették, vagy inkább mindig is „jó kisfiú/kislány” volt?

Fontos a **közösségbe kerülés (bölcsőde, óvoda) első élményeinek felderítése** (hogyan illeszkedett be, mennyire viselte meg az önállósodás, hogy viszonyultak ehhez a szülők, hogyan jellemeznék kisgyermekkorai önmagát, stb.). A túlzott féltéssel és aggodalommal párosuló szeretet gyakran szorongáshoz, önállótlanáshoz, az önkép bizonytalanságaihoz, vagy éppen önbizalomhiányhoz és az inkompetencia érzésének kialakulásához vezethet. Hogyan emlékszik vissza a családi kapcsolatrendszerrel összefüggő első élményeire; ki irányította a családot (autoritás és dominanciaviszonyok, direkt vagy indirekt elvárások, stb.). Felderíthetők-e olyan diszharmonikus kapcsolati minták (pl. gyenge apa, domináns vagy elhanyagoló anya), ami esetleg parentifikációhoz vezethetett, vagy éppen

a szülői elvárás miatt az ellenkező nemű szülővel való azonosulás vált elvárttá (pl. amikor a fiúnak várt lányok az apával való intenzív kapcsolatuk során a fiús tevékenységeket kezdik el preferálni). Milyen volt a szülők házassága, voltak-e extramaritális kapcsolataik? A szülők társadalmi, szociális és kulturális környezetének részletes feltérképezése abból a szempontból is fontos, hogy ez gyanújeleket adhat az esetleges gyermekkori szexuális abúzus irányában (alkoholista apa vagy nevelőapa, rokonok túl intenzív részvétele a család életében, több generáció együttélése, stb.).

A következő fontos fejlődési időszak az **iskolába kerülés**. Ennek kapcsán szintén fontos a beilleszkedés, az iskolai teljesítmény felderítése (milyen tanuló volt, hogyan alakultak a kortárskapcsolatai, hogyan viszonyultak a szülei iskolai teljesítményéhez, stb.). Nagyon lényeges a szülők foglalkozása, hivatástörténete és a család intellektuális háttere is, hogy milyen (ellen)azonosulási pontokat tudtak nyújtani a hívó számára a kongruens és koherens önkép kialakulása szempontjából.

A következő kiemelt jelentőségű fejlődési fordulópont a **serdülőkor**, ennek kapcsán válik lehetővé a szexuális éréssel kapcsolatos élmények felderítése. Hogyan élte meg a serdülés testi jeleit? A saját testtel kapcsolatos érzések, az önkép fejlődése, az önelfogadás illetve a bontakozó narcizmus és ennek sérülései, a testképpel kapcsolatos zavarok nagyon jól tükröződnek abban, hogyan viszonyult serdülőkorában a testéhez és mennyire volt ezzel megelégedve. Erre vonatkozóan sokat segíthet, ha rákérdezzük arra, mit látott, amikor tükörbe nézett és ez milyen érzésekkel társult.

Hogyan ébredt fel benne a **szexualitás** iránti vágy? Ezen serdülőkori fantáziák nyomán lehet visszalépni a pszichoszexuális fejlődés korábbi fázisaira (mik a legkorábbi emlékei a szexualitással kapcsolatban: fiúk, lányok különbözőségének észlelése és az ezzel kapcsolatos érzések, papás-mamás, doktoros játékok, egymás nemi szervének megmutatása, pisilés egymás előtt, stb.). Vannak-e a gyermekkori maszturbációra való utalások, ezek kontextusa, illetve a szeparációs helyzetekkel való összefüggése is figyelmet érdemel. Rákérdezzük az óvodás és általános iskolás érzelmi kapcsolatokra, kötődésekre, szerelmekre. Hogyan emlékszik vissza a szexuális érése első jeleire (magömlés, menstruáció) és milyen érzésekkel fogadta ezeket? Hogyan viszonyultak a családban a szexualitáshoz, illetve az intimitáshoz, milyen volt a szülők intim érzelmi kapcsolata, hogyan tükröződött ez a mindennapokban? Vannak-e emlékei a szülők szexuális életével kapcsolatban? Milyen fantáziák és érzések kapcsolódtak saját nemi érésehez és a gyermekszületéshez, beszéltek-e erről a szülei, kapott-e segítséget tőlük, hogy eligazodjon a szexualitásával kapcsolatos kérdésekben?

A szexualitás intim kérdéseinek tárgyalásában sokat segíthetnek az operátor támogató és orientáló, előítélet mentes kérdései, melyek lehetővé teszik, hogy az addig tabuként kezelt témák is kimondhatókká és megbeszélhetőkké váljanak. Ezt jól példázza, amikor a maszturbációs élményekre való rákérdezést egy olyan általános megállapítással vezetjük be, mint például: „*Serdülőkorban a szexuális érése során a legtöbb fiú vagy lány végez önkielégítést. Önnél hogyan alakult ez?*”. A serdülőkori érzelmi élet és a nemi identitás kialakulásának feltérképezésében lényeges szereppel bírnak az első partnerkapcsolatokra, szerelmekre, illetve az első szexuális élményekre és az ehhez fűződő érzelmekre, kudarcokra, csalódásokra, gátlásokra vonatkozó kérdések. Fontos a nemi éréssel kapcsolatos érzések felderítése is, hogyan viszonyult ez a kortársak körében tapasztaltakhoz, korán vagy éppen későn érőnek érezte magát a közösségben, stb. Hogyan tudta elfogadni a lelki és testi változásokat, elégedett volt-e magával, örült-e a változásoknak vagy éppen megriasztották és félelemmel töltötték el ezek?

Hasonló jelentősége van a **professzionális identitás** kialakulására vonatkozó kérdéseknek is: milyen teljesítményt nyújtott az iskolában, hogy tanult, szeretett-e tanulni; voltak-e az iskolai teljesítménnyel és a szülői elvárásokkal kapcsolatos szorongásai; voltak-e elképzelései, hogy mi szeretne lenni felnőttkorában, mik voltak a szülők elvárásai ezzel

kapcsolatban; sikerült-e a saját és szülei igényeinek megfelelni, hogyan váltak valóra az elképzelései, milyen eredmények és csalódások érték a pályaválasztás során, stb. Ezt követően hasonló részletességgel kerülhet sor a munkahelyek, illetve állások és az ezzel kapcsolatos érzelmek, sikerek és kudarcok feltérképezésére is.

A felnőtté válás folyamatának értékelésében kiemelt szereppel bír a **párkapcsolatok**, a házasság(ok) felderítése is. Az ehhez vezető érzelmi és környezeti körülményeket a lehető legrészletesebb módon kell megkérdeznünk (hogyan ismerkedett meg a partnerével, milyen érzelmeket élt át, milyen meghatározó élményei voltak vele kapcsolatban, teljesültek-e az elvárásai, hogyan alakult az együttélés, milyen volt a környezet – elsősorban a szülők reakciója, stb.). Hogyan fejlődött a párkapcsolatuk, vannak-e ezzel kapcsolatos kudarcok és megcsalások, hogy alakult a szexuális életük? Hogyan került sor a gyermekvállalásra, milyen érzelmek kísérték a terhességet és a szülést illetve gyermekük fejlődését? Hogyan hatott a gyermek születése a párkapcsolatra, sikerült-e az ehhez kapcsolódó problémákat megoldaniuk, vagy éppen a partnerek eltávolodásához vezetett. Milyen érzelmek fűződnek az anyasághoz-apasághoz, ki tudta-e személyiségét bontakoztatni ehhez kapcsolódóan, vagy inkább érzelmi zűrzavart, inkompetencia érzést és bizonytalanságot élt át? Hogy alakult a gyermekek nevelése, jelentkeztek-e konfliktusok és bizonytalanságok ezzel kapcsolatban?

A hívó érzelmi igénybevehetőségének értékelése szempontjából nagyon jelentős a **negatív életesemények**hez, illetve veszteségélményekhez kapcsolódó érzelmi reakciók, elsősorban a gyász lefolyásának és a veszteség feldolgozásának felderítése (nagy szülők, szülők betegsége, válása, elvesztése, saját korábbi betegségek, csalódások, partnerkapcsolati konfliktusok, válás, munkahely elvesztése, stb.). Az élettörténeti események megbeszélés kapcsán lehetőség nyílik burkolt próbainterpretációk alkalmazására is. Ezek a kérdésekbe mintegy beépülve többnyire a rejtett összefüggések feltárására irányulnak, egyben tesztelve a hívó önreflexiók képességét is.

Ahogy a bevezetőben már említettük, az első interjúnak, pszichodiagnosztikai elemző explorációnak az élettörténeti információk gyűjtésén kívül számos más funkciója is van. Egyrészt rögtön megszületik a **beszélgetés kontextusa** is az operátor/ügyelő nyitottsága, kíváncsisága, érdeklődése és elfogadó magatartása révén. Ilyenkor a hívó által elmondottakhoz fűzött (óvatos) próbainterpretációk segítségével a hívó arra is belátást nyerhet, hogy milyen koncepciók vázolódnak fel az operátorban/ügyelőben a hívó által hozott tünetek háttérben, vagyis közelebb kerülhet az aktuális problémáinak valódi – tudattalan természetéhez. Így kerülhet sor arra, hogy a hívó által a bemutatkozásakor elének tárt – és gyakran fedőtörténetként értékelhető - motivációs háttérrel valódi pszichológiai problémává fogalmazzuk át.

Másik kiemelt jelentőségű funkciót jelenti a **kapcsolat megalapozása**, amit a bizalom, feltétel nélküli elfogadás, odafordulás, nyitottság, kíváncsiság, az intimitás botránkozásmentes facilitálása biztosíthat. A segítő érdeklődésen alapuló kíváncsiság biztosítja a preödipális szükségletek (feltétel nélküli elfogadás, biztonság, szimbiotikus kapcsolati vágy) felkeltését, megerősítését és legitimálását is. A reménytelenség a krízisállapotban a szuicidalitás egyik legerősebb előrejelzője. Az operátor/ügyelő pusztán érdeklődésével is felkeltheti a reményt a hívóban.

## 2. Krízisdefiníció – alapfogalmak

A *caplani krízisdefiníció* szerint pszichológiai értelemben vett krízis akkor alakul ki, amikor a személy:

- kénytelen a veszélyeztető körülményekkel szembenézni;
- ezek vagy ezeknek fenyegető közelsége mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára;
- ezeket sem megoldani, sem elkerülni vagy kikerülni nem képes;
- s főként nem az adott személyt jellemző szokványos problémamegoldó eszközökkel és a mobilizálható potenciális pszichológiai energiával.

A krízis önmagában nem tekinthető betegségnek; *Janus-arcú jelenség*. Mivel magában rejti a rendszer felbomlásának, betegség kialakulásának lehetőségét (korábbinál alacsonyabb személyiség-szervezettségi szinten való működést); ugyanakkor a megújulás és a személyiség magasabb fejlettségen történő integrációjának esélyét is hordozza.

### ***A krízisek típusai***

- 1) *Fejlődési/pszichoszociális krízis (Erikson)*: Az emberi fejlődés különböző szakaszaiban megjelenő természetes krízishelyzetek, a következő szakaszba lépés feltétele ezek teljesítése. Leghangsúlyosabbak a serdülőkori, életközép és az időskori fejlődési krízisek.
- 2) *Akcidentális krízis (Caplan)*: Külső, provokatív tényezők hatására létrejövő krízisek.
- 3) *Krízismátrix (Jacobson)*: Az egyén életének bizonyos időszakában a fejlődési és az akcidentális krízisek egyszerre jelen lehetnek, ami fokozott veszélyeztetettséget jelent, mert jelentősen igénybe veszik, vagy akár ki is meríthetik az egyén megküzdő kapacitásait.

### ***A krízis dinamikája***

A krízis időben behatárolt (6-8 hét), meghatározott lefolyást mutat, jellegzetes szakaszai vannak, jól körülírt kimeneteli lehetőségek jellemzik.

### ***Az öngyilkossági krízis közös jellemző (Schneidman):***

- 1) ***Ok***: megoldáskeresés
- 2) ***Cél***: tudatos átélés megszüntetése
- 3) ***Stimulus***: az elviselhetetlen lelki fájdalom
- 4) ***Stresszor***: frusztrált pszichológiai szükséglet
- 5) ***Emóció***: reménytelenség és kiüttlanság
- 6) ***Attitűd***: ambivalencia
- 7) ***Kogníció***: beszűkültség
- 8) ***Motívum***: menekülés
- 9) ***Interperszonalitás***: szándék kommunikációja
- 10) ***Megnyilvánulás***: tartósan rögzült megoldási minták

A ***krízis dinamikája*** folyamatjellegű, ezért számos lehetőség nyílik a beavatkozásra. A folyamat három lépcsője, a mérlegelés, az ambivalencia és a döntés. Pszichodinamikus faktorok (mint az agresszió gátlása, szociális izoláció) és különböző szuggesztív elemek (mint

a családban elkövetett öngyilkosság, média hírei, filmélmények, stb.) járulnak hozzá a mérlegeléshez és okozzák az ambivalenciát. A döntési folyamat során indirekt („cry for help”) és direkt (előkészületek a cselekvésre, „vihár előtti csend”) szuicid jelzések észlelhetőek, amik felismerése döntő jelentőségű az öngyilkosság megelőzésében.

A *krízis első szakaszában* a stresszre adott szorongással jelzett készenléti állapot mozgósítja a szokásos problémamegoldó eszközöket. Ha ez nem vezet eredményre, a feszültség tovább nő, és aktív erőfeszítések szükségesek a megoldás megtalálásához a második szakaszban. Sikertelenség esetén a harmadik fokozatban újabb eszközökkel igyekszik a személy a helyzet megoldására, de ezek egyre éretlenebbek. Még megoldódhat a helyzet, ha a külső körülmények megváltoznak, vagy az egyén átminősíti a helyzetet, esetleg eredeti célját módosítja. A negyedik szakaszban az alkalmazkodóképesség végképp kimerül, az egyén *krízisregresszió* állapotába kerül, melynek során képtelen alkalmazni korábbi hatékony válságmegoldási módszereit: vagy öngyilkosságot követ el, vagy pszichotikus reakció lép fel.

### *A krízis lehetséges kimenetelei*

- 1) *Megoldás*: Legkedvezőbb kimenetel. A személy megoldja a helyzetet, vagy a kiváltó tényező megszűnik. Kreatív a krízis, ha a személyiség egyensúlya a korábbinál magasabb szinten áll helyre, a probléma-megoldó kapacitás és az önbizalom nő.
- 2) *Kompromisszum*: Ismétlődő krízisek melegágya, mert a személyiség alkalmazkodik egy új, számára korábban elfogadhatatlan élethelyzethez.
- 3) *Ineffektív megoldás*: Szorongásos-depressziós tünetképzés, karakteropatiás életvezetés, pszichoszomatikus zavarok, szenvedélybetegségek.
- 4) *Dezorganizáció, összeomlás*: Öngyilkosság és pszichózis.

### *A kríziskommunikáció sajátosságai*

- **„cry for help”**: Minden ember jelzi indirekt vagy direkt módon öngyilkossági szándékát a tett elkövetése előtt. Az öngyilkossági kísérlet is CFH kommunikációnak értékelhető. **Az öngyilkosságot elkövetők nem meghalni, hanem másképp élni szeretnének. Minden öngyilkossági kísérletnek segélykérő funkciója van.**
- *Beszédaktus-elmélet (Austin)*: A beszéd önálló társadalmi jelenség, bizonyos kijelentések önmagukban is cselekvésnek minősülnek.
- *Tagadás jelensége (Kézdi)*: A magyar kultúrában a tagadást preferáljuk, azaz előszeretettel használunk negatív formulákat pozitív állításkor (pl. jó: „nem rossz”, elismeréskor: „ez nem semmi”, stb.). Az öngyilkosságról vagy semleges témákról való tagadó jellegű beszédaktus maga is öndestruktív cselekmény, ami értelmezhető segélykérés-ként. A közvetlen szuicidális veszélyben alapvetően jellemzi a verbális viselkedést a tagadás. Ennek felismerése célja lehet az öngyilkosság-megelőzésre létrehozott szervezeteknek.
- *Preszuicidális szindróma (Ringel)*: Az öngyilkosságot megelőző lelkiállapotot jellemző triász: **dinamikus beszűkülés, öngyilkossági fantáziák, gátolt és saját személyre irányított agresszió.**
- **„Utolsó csepp” ismérvei (Bakó Tihamér)**: Öngyilkosságot megelőző, preszuicidális traumák: tárgyvesztés, szégyen, bűntudat, narcisztikus sérelem.

A veszélyeztetettség megítéléséhez támpontot nyújtó jegyek: önmegsemmisítő gondolatok, önkézü halálra készülődés, öngyilkosság a családban, felbomlott családi háttér, tárgyvesztés, szociális nehézségek, alkohol- ill. drog-fogyasztás.

- *A krízis pszichopatológiai jellemzői:* A tudat, az észlelés, az érzékelés, a gondolkodás, a figyelem fókuszált, beszűkült. Az aktuális hangulat és élménymód hatására átértékelődnek az élmények, vagy emlékezetkiesések jelentkehetnek. Tagadás, disszociatív mechanizmusok aktiválódhatnak. Ambivalencia, kognitív torzítások, negatív énkép, jövőkép és a világról alkotott negatív elképzelések jellemzőek. Kiüresedtség, jövőtlenség, reménytelenség érzése, önvádások, bűntudat gyakoriak. Halállal, meghalással, öngyilkossággal vagy annak terveivel kapcsolatos fantáziák jelennek meg. Alacsony fekvő hangulat, síráskényszer, érzelmi labilitás. Figyelem- és koncentrációzavar. Szuggesztibilitás, fokozott befolyásolhatóság. Alvás-és étvágyzavarok, fogyás, korai ébredések jellemzőek. Regresszivitás, feszültség, izgatottság, nyugtalanság vagy gátoltság, anergia, amotiváció. Pánikézés, társuló szomatikus tünetek (heves szívdobogásérzés, nehézlégzés, torokszorítás, fejfájás, zsibbadások, hasi panaszok) megjelenhetnek. A magatartás hirtelen megváltozása; agitáció vagy hirtelen nagy lelki nyugalom („vihár előtti csend”) jelezhetik a döntés megszületését az ambivalenciát követően.

***A krízist provokáló leggyakoribb életesemények (Holmes):*** házastárs halála, válás, elszakadás a házastárstól, fogság, közeli hozzátartozó halála, súlyos sérülés, betegség, házasság, terhesség, gyermek születése, szabadság, ünnepek

A magyar kultúrában az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdrendszer megengedő, elfogadó, heroizáló, elítélő egyszerre, így a lélektani krízisek gyakran szuicidális válságot is jelentenek.

### ***Öngyilkossági rizikófaktorok (Rihmer):***

- 1) *Elsődleges rizikófaktorok:* pszichiátriai betegségek, megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkosság az elsőfokú rokonok között, CFH kommunikáció, (alacsony szérumkoleszterin, csökkent központi idegrendszeri szerotoninaktivitás)
- 2) *Másodlagos rizikófaktorok:* kora gyermekkori veszteségek (pl. szülő halála, válás, stb.), izoláció, súlyos testi betegség, munkanélküliség, komoly anyagi problémák, súlyos negatív életesemények, dohányzás
- 3) *Harmadlagos rizikófaktorok:* férfinem, serdülő fiúk és idős nők, érzékeny időszakok (tavasz, premenstruum, a nap első harmada)

***Protéktív tényezők az öngyilkosság szempontjából:*** jó szociális és családi háttér, terhesség, születést követő első év, nagyobb gyerekszám, gyakorló vallásosság, pszichiátriai betegségek kezelése.

### ***Krízisjegyek a telefonban:***

#### ***a hívó...***

...éjfél után telefonál, gyakran bemutatkozik („cry for help” jelenség) az anonimitás ellenére, beszűkült (nem veszi észre, hogy álmosak vagyunk, stb.), fokozottan befolyásolható, dependens, regresszív

...első mondata sokszor impressziókeltő, ambivalens

...haláltól, megőrüléstől való félelemről, megszűnésre utaló vágyáról (pl. hosszú, mély alvás), öngyilkossági fantáziákról, konkrét tervekről számol be – mindez érzelmi síkon is hiteles!

...sokszor hétköznapi, látszólag egyszerű eseményt említ pl. veszekedés, bukás a vizsgán, stb. – utolsó csepp a pohárban, mint kioldó effektus!

#### **az operátor/ügyelő...**

...hiteles, empatikus odafordulás, értő odafigyelés, bizalmi légkör, intimitás megteremtése – a csend itt inkább eltávolít, időszakos hümmögés jól tesz a kapcsolatnak, melegséget sugárzó hangszín

...aktív technikával vezeti a beszélgetést a hívó aktuális probléma-megajánlásához és életvezetési nehézségeihez alkalmazkodva – hívó narratív identitása alakul, új öndefiníció jön létre – időszakos összegzése a hívó által elmondottaknak én-integráló jelentőséggel bírhat

...rövid tisztázó kérdésekkel segíti a folyamatot

...segíti kimondatni a hívóval a büntudatát, ami a hívást eredményezte

...segíti a hívót agressziójának kifelé fordításában

...figyel a hívó állapotában bekövetkező változásokra – megnyugszik, monologizálás helyett valódi párbeszéd, általánosítás csökken, „itt és most” helyzetre kezd fókuszálni az aktuális érzelmek kifejezésével; vagy lelassul a hangja, elkentté, kásássá válik (pl. gyógyszeről), hirtelen váltásra érdemes rákérdezni, gyanús zörejekre is

#### **a hívás kimenetele lehet...**

...személyes behívás, személyes kapcsolatba történő irányítás nappali szolgálathoz (pl. krízisambulancia), mentőküldés, telefonos kapcsolat/visszahívás

#### **veszélyek...**

...projektív identifikációs folyamatok révén az operátor/ügyelő átveszi a hívó tehetetlenségét és megbénul, fontos a kellő önismeret az operátorban/ügyelőben keletkező érzések detektálása és megkülönböztetése miatt, team-munka

...az operátor/ügyelő túlinvolválts lesz, nappali identitása előtérbe kerül pl. tanácsot ad, annak mentén gondolkodik – túlterhelődik a kapcsolat, a hívó összezavarodik, vagy manipulatív viselkedésformákat vesz fel

### **3. Speciális témák a telefonban**

- **Néma hívások:** A krízishívást eredményező ambivalenciából adódóan sok érdemi hívást előz meg kapcsolat-kezdeményező, úgynevezett néma hívás vagy próbálkozás. Az operátor/ügyelő ilyen esetben „hallgatom... figyelek... akkor tudok segíteni, ha megszólal” biztató mondatokkal igyekszik szóra bírni a hívót. Ha nem megy, akkor öt perc után elbúcsúzik tőle és biztatja, hogy telefonáljon újra, amikor meg tud szólalni. Végül leteszi a kagylót.
- **Gyász a telefonban:** Komplikált gyász kivételével a gyászfolyamat egy, illetve több beszélgetésben menedzselhető. Komplikált gyász (elhúzódó gyászfolyamat, depressziós tünetek kialakulása, stb.) esetén azonban személyes segítség szükséges.
- **Addiktológiai problémák a telefonban:** Addiktológiai problémák megoldására a telefonos lelki elsősegélynyújtás nem alkalmas. A tartós javulás elérése érdekében személyes segítségre van szükség.
- Ittas emberrel – kivéve, ha krízisben van és „bátorságot ivott” – nem beszélgetünk. Addiktológiai problémák esetén a beszélgetés célja a hívó személyes kapcsolatba történő irányítása.
- **Pszichiátriai betegek a telefonban:** Gondozott pszichiátriai beteggel nem beszélgetünk (a beszélgetést igyekszünk rövidre zárni), hanem a kezelőorvosához irányítjuk vissza. Krízisben krízisintervencióba vonjuk, s az esetleges szuicid veszélyt a szolgálat vezetője jelzi a kezelőorvos felé. Gondozásba még nem vett, de gyaníthatóan pszichiátriai betegségben szenvedő embert személyes kapcsolatba

irányítunk. A telefonszolgálat nem lehet kiegészítője egy négyszemközi terápiás kapcsolatnak!

- **Kamaszok a telefonban:** A kamaszok speciális ellátást és operátori/ügyelői attitűdöt igényelnek. Ambivalencia, érzelmi beállítódás, fokozottabb kritikusság, gyakori minősítések jellemzi őket. A serdülőkori krízis gyakran cselekvésben nyilvánul meg. 14 éves kor alatt tegezzük őket, míg ők magáznak minket; 14-16 éves korig az előző beszédmódban vagy kölcsönös magázódással folyik a beszélgetés (a hívóval történt megegyezés alapján); 16 éves kor felett magázódunk.

### *A lelki elsősegély telefonszolgálatok együttműködése az ellátórendszerekkel*

- A lelki elsősegély telefonszolgálatok akut szuicid veszély esetén **mentőt** küldhetnek. Ehhez a hívó adatait illetve tartózkodási helyét kell megtudniuk. Jelezniük kell a hívó felé, hogy a saját érdekében mentő érkezik. A mentős behatolásának útját (ajtó kinyitás, kutya megkötés, stb.) a hívónak biztosítani kell. A hívóval a beszélgetést addig kell folytatni, míg az Országos Mentőszolgálat munkatársa oda nem ér, s át nem veszi tőle a kagylót.
- A telefonszolgálat kompetenciáját meghaladó hívások esetén (pl. pszichiátriai betegek jelentkezése a telefonban) a hívót **személyes segítség** (pszichiáter, pszichológus) felé kell irányítani. Ez vagy a telefonszolgálat nappali társintézménye felé történik vagy a területileg illetékes pszichiátriai gondozóba. Ebben az esetben fontos a hívónak lediktálni a javasolt intézmény elérhetőségét (megkérjük a hívót, hogy írásban rögzítse az adatokat).
- Gondozott pszichiátriai beteg krízisben történő jelentkezését a **gondozóorvos** felé a szolgálat vezetője jelzi.
- Szükség esetén a szuicid veszélyben levő hívót – amennyiben a telefonos segítség nem elégséges neki - a telefonszolgálat operátora/ügyelője ügyeleti időben személyes segítségben részesítheti, vagy a területileg illetékes **pszichiátriai osztályra** bekísérheti. Ebben az esetben a hívó érkezését az osztály felé jeleznie kell.

## **III. Ajánlott irodalom**

### **Irodalomjegyzék**

- Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): Mindennapi kríziseink – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Léleken Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó 2009.
- Argenlander, H.: Az első pszichoterápiás interjú, SpringMed Kiadó Kft, Bp, 2006.
- Bakó T.: Verem mélyén – Könyv a krízisről. Budapest, Cserépfalvi Kiadó 1996.
- Balikó M.: Tele(pszicho)fon (Öngyilkosság-megelőzés lehetőségei telefonon át). Budapest, Animula Kiadó 1990.
- Buda B.: Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át. Magyar Pszichológiai Szemle, XXXIII. 6. 530-542, 1976.
- Buda B.: Terápiás hatáslehetőségek a segítő telefonbeszélgetésben
- Kézdi B.: A telefon: eszköz és módszer. Magyar Pszichológiai Szemle, XXXIII. 6, 580-584, 1976.

Kézdi B.: Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban; In: Buda B., Füredi J. szerk.: Az öngyilkosság a szociálispszichiátria szempontjából. Budapest, Animula Kiadó, 99-113., 1986.

### **Kiegészítő irodalomjegyzék**

Austin, J.: Hogyan cselekedjünk a szavakkal? In: Pléh Cs., Terestényi T. (szerk.): Beszédaktus – kommunikáció – interakció. Budapest, Tömegkommunikációs Kutatóközpont, 1989.

Buda B.: Az öngyilkosság – Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Budapest, Animula Kiadó 1997.

Buda B., Füredi J. (szerk.): Az öngyilkosság pszichés háttere – esettanulmányok. Budapest, Medicina Könyvkiadó 1987.

Caplan, G.: Principles of Preventive Psychiatry. New York, Basic Books, 1964.

Durkheim, E.: Az öngyilkosság – szociológiai tanulmány, 2. kiadás. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1982.

Erikson, E. H.: Identity: Youth and Crisis. New York, W.W. Norton, 1968.

Farberow, N. L., Shneidman, E.S.: The Cry for Help. New York, McGraw-Hill Book Company, 1961.

Fekete S., Osváth P.: Az öngyilkosság – Az örökléstől a kultúráig. Pécs, Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 2004.

Fekete S.: Első találkozás krízispácienssel. In: Kállai J., Gál B. (szerk.): Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban. Janus/Osiris, Bp, 1999.

Herman, J.: Trauma és gyógyulás. Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület, 2003.

Holmes, T. H., Rahe, R. H.: The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11:213-218, 1967.

Jacobson, G.: Time-limited crisis therapy. American Journal of Psychiatry, 121:1176-1182, 1965.

Kézdi B.: A negatív kód – Kultúra és öngyilkosság. Pécs, Pannónia Könyvek 1995.

Kézdi B.: Öngyilkosság, kultúra, jel – Mentálhygiéne (kézirat)

Kézdi B.: Tagadás és öngyilkosság. Psychiatria Hungarica, 3:15-23. 1988.

Rihmer Z., Fekete S.: Öngyilkosság. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 670-678, 2009.

Ringel, E.: A preszuicidális szindróma (öngyilkosság előtti tünetcsoport) tünettana. In.: Andorka R., Buda B., Füredi J. (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Budapest, Gondolat Kiadó, 367-381, 1974.

Shneidman, E. S.: A Multidimensional Approach to Suicide. In: D. Jacobs, H. N. Brown (eds.): Suicide. Understanding and Responding. International Universities Press, Madison, 1989.

Szabó P.: Krízisintervenció. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 679-688, 2009.

Telkes J.: Válság, változás, változtatás. A kríziskoncepció jelentősége a mentálhigiénés gyakorlatban. In: Gerevich J. (szerk.): Közösségi Mentálhigiéné. Budapest, Gondolat Kiadó, 101-112, 1989.

Viorst, J.: Szükséges veszteségeink. Budapest, Háttér Kiadó 2002.