

CSÜRKE JÓZSEF

Társadalmi támogatottság mentén kialakuló konfliktusok az öngyilkosság megelőzésében

A tanulmány az egyik, a lelki egészségvédelem terén megjelenő és megoldásra váró kérdéskör körülményaira vállalkozik: a hazai öngyilkossági helyzetet, valamint az ehhez kapcsolódó, különböző szintű preventív törekvéseket, s azok társadalmi-gazdasági támogatottságát elemzi. Egyúttal a társadalmi és mentálhigiénés összefüggések vizsgálatán keresztül kíván rávilágítani a különböző szinteken megjelenő egyéni és társadalmi konfliktusokra.

Magyarországon az utóbbi évtizedben a kommunikációkutatások egyik kiemelt témájává vált annak vizsgálata, hogyan miként jelenik meg a társadalom számára az öngyilkosság, illetve hogy milyen rejtett üzenetet közvetítenek a médiában a szuicídiummal kapcsolatos információk, hírek és diskurzusok. E tanulmány a folyamat lehetséges jogi és gazdasági összefüggéseivel egészíti ki a képet, azzal a törekvéssel, hogy egy teljesebb, a probléma megértésének újabb dimenzióját megjelenítő perspektívát tárhat föl.

A jelenség és társadalmi feltárásának tendenciái

Hazánkban 1995 és 1999 között az öngyilkosság aránya csökkenő tendenciát mutat, azonban továbbra is évente 3100 és 3400 között mozog azoknak a személyeknek a száma, akik szuicid cselekmény következtében halnak meg.

Befejezett szuicídiumok alakulása Magyarországon 1995–1999 között¹

A befejezett szuicídiumok elkövetői azonban egy olyan piramisnak a csúcsát alkotják, melynek második rétegét a hozzávetőleg ötvenezer öngyilkossági kísérletet elkövető képezi. E cselekményeknek nyilvánvalóan nagy a hatásuk a közvetlen környezetre (család, munkahely, lakóhely stb.). Ez, valamint az a tény, hogy hazánk 1962 óta folyamatosan az elsők között áll az öngyilkossági statisztikákban², tehát a jelenség mérete és társadalmi hatása indokolttá teszi a témáról való elmélyültebb gondolkodást.

A hazai öngyilkosság-kutatást a hatvanas években a társadalomstatisztikai és epidemiológiai adatgyűjtés jellemezte (Böszörményi, 1976; Cseh-Szombati, 1965, 1974; Kádár–Cselkó, 1972).

Az epidemiológiai adatok azonban a konkrét, az egyes egyén öngyilkossághoz vezető útjának rekonstruálásához nem tudtak elegendő támpontot adni. Az viszont világosan kirajzolódott – s egyúttal igazolta a durkheimi tételt (Durkheim, 1982) –, hogy az öngyilkosságok kialakulásában a társadalmi tényezők alapvető szerepet kapnak.

A hetvenes évek elejétől végzett szociológiai vizsgálatok erőteljesebben segítették a szuicídiumhoz vezető tényezők pontos feltárását (Buda, 1971, 1976; Kádár–Cselkó, 1973). Ettől az időszaktól kezdve kapott egyre nagyobb szerepet a hazai pszichiátriai és pszichológiai szakirodalomban is az öngyilkossági cselekmény dinamikus szemléletű elméleteinek ismertetése, jelezve az igényt, hogy az adatgyűjtés mellett az elméletalkotás, az állapot rögzítése mellett és helyett a feltárás, a leírás mellett és helyett az elemzés kerüljön előtérbe (Gálfi, 1971; Ozsváth, 1977).

A hetvenes évek végétől helyi kezdeményezések indultak meg a szuicid páciensek ellátásának javítására (Buda, 1976; Cselkó–Hárdi, 1976; Hegedűs, 1974; Kádár–Cselkó, 1973; Kézdi, 1977).

Míg a szuicídiumban meghaltakról rendelkezünk pontos statisztikai adatokkal, addig a kísérletezők számáról csak becslések alapján

¹ Forrás: KSH.

² A WHO-tagállamok adatai alapján.

nyilatkozhatunk. Az öngyilkossági kísérletekről a KSH által elrendelt, de később abbahagyott adatgyűjtés szintén nem tekinthető teljes körűnek, ahogyan a különféle kórházakban vagy klinikákon kezelt életben maradt öngyilkosok mintája sem tekinthető reprezentatívnak. Ez feltétlenül indokolttá és időszerűvé tette egy olyan, egy régióra kiterjedő, teljes körű felmérés elindítását, amelyből összehasonlítható adatok nyerhetők minden szuicid eseményről. Egy ilyen vizsgálat segítségével megalapozottabb véleményt nyilváníthatunk abban a szakirodalomban folyó vitában, hogy mutat-e eltérést az öngyilkosság miatt meghaltak és a kísérletet elkövetők csoportja, illetve hogy az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság különböző társadalmi és lélektani jelenség-e.

A *Társadalmi beilleszkedési zavarok* című komplex kutatás keretében 1984-ben teljes körű adatgyűjtés kezdődött Baranya megyében a szuicídiumot megkísérlőkről, s ez a befejezett szuicídiumok regisztrálásával párhuzamosan zajlott. A baranyai kutatás már egy másik, a korábbi időszak megközelítésmódjától eltérő paradigmában zajlott; a „világ” tanulmányozása helyett a nyelv szerkezetének tanulmányozását preferálta, s ezen keresztül kereste a valóság szerkezetének fonalait (Kampis, 2000).

A kutatási eredmények szerint a tett-kísérlet arány Baranya megyében 1:5, de a kísérletek aránya egyes becslések szerint a tízszerese is lehet a tettének (Kézdi, 1990). Ugyancsak megállapították, hogy a kísérletezők 48 százaléka járóbeteg, vagy kórházi kezelésben részesült, kedélybetegség miatt. Ez az eredmény is igazolta azt a korábbi megfigyelést, hogy a páciensek az öngyilkosságuk előtt önmagukat beteggé minősítve adnak jelzéseket a szakemberek számára is, és indirekt módon segítséget kérnek.

Magyarországon a kilencvenes évek kutatásaiban az öngyilkosság és a kultúra reflexív kapcsolata kerül előtérbe (Kézdi, 1991). Az önpusztításnak mint kódnak a jelentése nem egyéb, mint a jövő negatív módon való elővételezése, ami minden egyéni és kollektív önpusztító magatartás és cselekvés alapvető, meghatározó oka lehet. Az önpusztítás nyelvi kódja a tagadás. Ez a jel homológ-metaforikus kódként működik a *kultúra szimbolikus rendszerében*. A homológ-metaforikus kódok eredetileg nem abból a célból jöttek létre, hogy jelrendszerként működjenek, mégis azok. Alapvető jellegzetességük éppen a *negativitás*ban van, s úgy működnek, hogy a *kommunikáció résztvevői* nem tudják, hogy jeleket artikulálnak. Az, amit a homológ-metaforikus kódolás szintjén tulajdonképpen kommunikálnak, nem azonos azzal, amit ők maguk *tartalomnak* vélnék. A nyelvünkben megjelenített kultúránk a negativitást, a tagadást részesíti előnyben, ami mögött az a történelmi helyzet és tendencia áll, hogy a valóság (a létezés) nem felel meg a lehetőségeknek, s a pozitív tartalom csupán a tagadás tagadásaként ragadható meg. Az ebben a kultúrában élők elsajátítják a szorongás megszüntetésének természetes, a kultúrából következő lehetőségét (Kézdi, 1995).

Állami és civil kezdeményezések, beavatkozások a helyzet kezelésére

Az öngyilkossági cselekmény megelőzése érdekében különböző szinteken folyik mentálhigiénés tevékenység.

Ma Magyarországon a következő intézmények foglalkoznak a szuicídium valamilyen szintű megelőzésével.

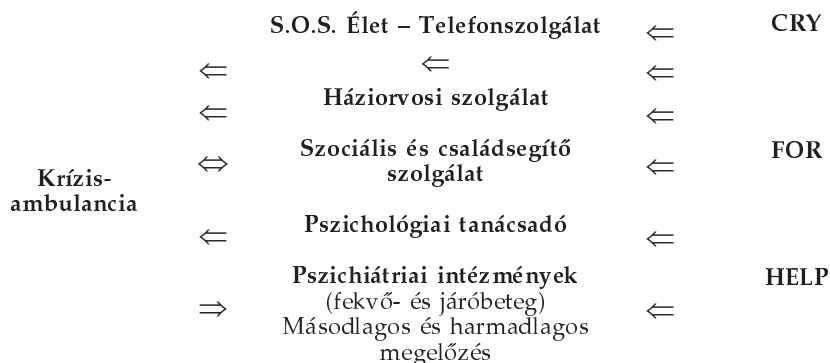
1. táblázat

Nevelési tanácsadók és gyermekideggondozók; Családsegítő intézetek; Krizisambulanciák; Pszichiátriai osztályok;	Önsegítő, illetve nonprofit szervezetek; Lelki elsősegély telefonszolgálatok; Krizisosztályok; Háziorvosi szolgálatok.
---	---

E felsorolt intézmények, szervezetek mindegyikének jelentős szerepe van a „cry for help”, azaz a segélykiáltás észlelésében, vagyis az öngyilkossági krízisben lévő személy segélykérő kommunikációjának dekódolásában.

A fentebb felsorolt szervezetek, intézmények együttműködésének, kapcsolódásának módját, valamint a különböző prevenciós szinteken való elhelyezkedését a következő ábra szemlélteti:

1. ábra



Emeljük ki ezek közül azt a két szervezettípust, amelynek szerveződését és működését elsősorban az öngyilkosság primer és szekunder prevenciója határozza meg.

Telefonszolgálatok és krízisambulanciák

Valamennyi telefonszolgálatra jellemző, hogy civil vagy egyházi kezdeményezésre alapulnak és a magányos, öngyilkossági szempontból veszélyeztetett személyek megsegítésére jönnek létre. A világ első te-

lefonszolgálatát egy baptista lelkész, Warren alapította New Yorkban, 1885-ben.

Az európai telefonszolgálatok közül kiemelendő a The Samaritans, amit egy londoni anglikán lelkész, Chad Varah által alapított, mint az első nagy-britanniai szervezetet. Ez kezdetben kizárólag az öngyilkosság megelőzésén dolgozott, később a különböző élethelyzetekben adódó lélektani problémák megoldásának elősegítését is vállalta.

Az oxfordi székhelyű szervezet, az IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Service) a következő követendő normákat határozta meg az alapszabályában (Balikó, 1990):

- Mindenki számára, aki sürgősségi helyzetben, kétségbeesett lelkiállapotban illetve öngyilkossági veszélyben van, biztosítania kell az azonnali kapcsolatfelvétel lehetőségét.
- A segítségnyújtás kiterjed a krízishelyzet teljes időtartamára.
- A személyes kapcsolatot igénylő ügyekben segíteni kell a közvetítést.
- A segítség azt célozza, hogy a segélykérő élethez való bátorságát fokozza és fejlessze a krízishelyzetek megoldására irányuló képességét.
- A segélykérő számára a titoktartás teljes mértékben biztosított.
- A segítségnyújtás vallási, ideológiai, politikai nyomástól mentes.
- A telefonszolgálat munkatársai gondos válogatást és kiképzést követően dolgozhatnak.
- Nem szabad a segítségkérőtől anyagi hozzájárulást elfogadni.
- A telefonszolgálat munkatársai bírósági vallomást nem tesznek, amennyiben ez a hívóra vagy a szolgálatra nézve hátrányos.
- A telefonszolgálatban főfoglalkozású és önkéntes szakemberek alkotnak egy munkaközösséget.
- A kiképzést követően a kezdő munkatársak munkáját a már gyakorlattal rendelkező vezető támogatja.
- A telefonszolgálat szervezeti egységei kapcsolatot tartanak olyan szakemberekkel, akikkel adott esetben konzultálhatnak.
- Az első kapcsolat a segítségkérővel rendszerint telefonon keresztül jön létre, azonban e kapcsolat szükség esetén folytatódhat más módon is. Alapvető fontosságú, hogy a kapcsolat kezdeményezése, fenntartása, lezárása, esetleges újrafelvétele a segítségkérő igényei szerint történjék. S a kapcsolat során mindvégig biztosított legyen mindkét fél számára az anonimitás.
- A kapcsolatfelvételre állandóan, a nap minden órájában legyen lehetőség.
- Ha a segítségnyújtás során egyéb intézmény együttműködése szükséges, akkor a kapcsolat csak a hívó előzetes hozzájárulásával jöhet létre.

Ezek a követelmények – a lehetőségekhez mérten – a legtöbb, hazánkban működő szolgálatot is jellemzik.

A telefonszolgálatok elsődleges háttérintézményei az országban több helyen jelenlévő krízisambulanciák, krízisosztályok, ahová azok a társadalombiztosítással rendelkező személyek fordulhatnak, akik *személyes kapcsolatban* igényelnek segítséget, illetve akik számára a testközeli, személyes segítő kapcsolat nyújthat megnyugtató segítséget. Ezekben a szervezetekben, intézményekben hasonló alapelvekkel dolgoznak, mint a telefonszolgálatokban, de itt a segítséget kereső ember nem marad névtelen.

A krízisambulanciák feladatai igen sokrétűek. Egyrészt folyamatosan figyelemmel kísérik és segítik a telefonszolgálatok szakembereinek munkáját, például visszajelzést adnak, szupervíziós és konzultációs lehetőséget biztosítanak. Másrészt különböző szinteken tevékenykedő egészségügyi és oktatásügyi szakembereket képeznek ki és képeznek tovább, s ellátják azokat a klienseket, akiket a szociális és családsegítő szolgálatok a lelki krízishelyzetük miatt személyes terápiás kapcsolatba irányítottak, és azokat, akik az ambulanciát spontán keresik fel.

Ezeket a döntő többségükben munkanapokon működő, ambuláns szakellátást nyújtó intézményeket többségükben civil szervezetek támogatják, s valamely egészségügyi intézményhez kapcsolódva teremtik meg egy folyamatos krízisintervenciós ellátás feltételeit.

A vizsgálódások során feltárt és feltételezett, megoldatlan kérdések³

Az intézményeket övező konfliktusok a jellegük alapján két fő csoportba sorolhatóak, bár szoros kapcsolódásuk, összefonódásaik igen megnehezítik a szétválasztásukat. Úgy tűnik ugyanis, hogy a gazdasági támogatók körei a társadalmilag támogatott, s akár csak átmenetileg is előtérbe tolt értékek köré szerveződnek, így különválasztásuk előbb-utóbb tulajdonképpen értelmetlenné, feleslegessé is válhat.

A társadalmi és gazdasági támogatottság mentén kialakuló konfliktusok

A világon mindenütt, így hazánkban is súlyos gond az öngyilkosságok számának visszaszorítása. A társadalom számára egyre szélesebb körben nyilvánvaló, hogy az öngyilkossági cselekmény megelőzhető, és az is, hogy a sikertelen öngyilkossági cselekményt követően van lehetőség az olyan, segítő és támogató beavatkozásokra, amelyek átsegíthetik a krízisben lévő személyeket a válságos időszakokon.

³ A kutatást az OTKA T-029.194 sz. pályázata támogatja.

Az öngyilkosságok megelőzésének lehetőségeit vizsgáló esettanulmányok az alábbi prevenciók tevékenységeket tartják elvárhatónak:

1. Primer prevenció szinten: a lélektani válságban lévő személyek számára 24 órán belül biztosítani kell a szakellátást. Ez a telefonszolgálatok és krízisambulanciák feladata.

2. Szekunder prevenció szinten: a már öngyilkosságot megkísérelt személyek számára 24 órán belül biztosítani kell annak lehetőségét, hogy szakemberrel találkozhasson, még egy olyan időpontban, amikor a krízisben lévő személy megközelíthető. Igen sok hazai és külföldi kutatás bizonyította, hogy a szakellátás hiányában a szuicid páciensek az első kísérletet követő két héten belül megismétlik tettüket.

3. Tercier prevenció szinten: itt már az a tevékenység célja, hogy a szuicid páciens a krízis után, a kezelését követően sikeresen vissza illeszkedjen korábbi környezetébe, illetve az adaptációjában korrigálni tudjon.

A telefonszolgálatok működésében kiemelkedő jelentősége van annak, hogy ez a kapcsolat mindenki számára elérhető. Ez azt jelenti, hogy a nagy-, közép- és kistelepüléseken élők is hamar kapcsolatot vehetnek fel egy speciálisan képzett szakemberrel, aki akár egy egyszeri, akár tartós, pszichoterápiás jellegű segítő kapcsolat formájában is támogatást tud nyújtani nekik. Kiemelendő, hogy a szolgálat ingyenes. A telefonbeszélgetések költségeit jellemzően a nagyobb telefontársaságok finanszírozzák, pályázatú rendszer keretében, valamint kisebb, kifejezetten a szolgálatok fenntartásának elősegítésére, civil kezdeményezésre létrehozott, nonprofit szervezetek állják a költségeket.

Mindezek mellett a telefonszolgálatoknak a következő problémákkal kell szembesülniük, működésük folyamatossága érdekében:

I. A pályázatú rendszer következtében a folyamatos működtetés érdekében évről évre meg kell küzdeniük a fennmaradásukért. Ami még inkább megnehezíti a kiegyensúlyozott és biztos alapokra fektetett munka folyamatosságát, az az, hogy a pályázat kiírói korlátozott pénzből sokakat igyekeznek támogatni, így a pályázás olykor indulatokat gerjeszthet a különböző szakmai orientációjú, magasan képzett szakemberek között is. Hiszen a támogatás elnyeréséért végzett munka küzdelemmé, harccá válik, s már kevésbé az önfenntartás vagy az együttműködés a cél, mint inkább a másik fél kiszorítása.

II. Egy másik feszültségkeltő tényező szorosan az előzőhöz kapcsolódik. Tekintettel arra, hogy ezek a szervezetek a finanszírozottságukat tekintve állami és nem állami forrásokból egyaránt fenntartják magukat, egyre inkább megfigyelhető, hogy az állam az önkormányzatok hatáskörébe utalva, azok autonóm hatás- és döntési jogkörébe rendelve kívánja fenntartani, illetve fenntartatni az ilyen jellegű szervezeteket. Azonban egyre inkább megfigyelhető annak tendenciája, ahogyan a települési önkormányzatok megpróbálnak kivonulni a lelki egészségvédelmet támogató szervezetekből. A rendszer, úgy tűnik,

oly módon változik, hogy a kormányzati szinteken elkülönített forrásokból, valamint a települési önkormányzatoknál, azok szabadon elkölthető kereteiből van lehetőség prevenciók tevékenységek támogatására, ugyanakkor az, hogy mely területekre áramlanak támogatások (pénzbeliek és természetbeniek), már sokkal inkább függ a kormányzati szinten elhelyezkedő politikai csoportosulások ideológiai elképzeléseitől, valamint a helyi kispolitikában működő lobby-tevékenységektől, mint a valós igényektől. A jelzett folyamat pedig azt eredményezheti, hogy esetleg egy adott cikluson belül bizonyos tevékenységek támogatása – esetünkben az öngyilkosság prevenciója – növekszik, majd akár néhány hónapon belül is kiderülhet, hogy már a minimális működési feltételek megteremtésére sincs pénz.

III. Jelentős konfliktusforrás a szolgálat társadalmi értékeinek igazolásában az is, hogy hazánkban a prevenciók céllal működő szolgálatok, szervezetek – de még azok az állami intézmények is, amelyek megelőző tevékenységet vállalnak – alulfinanszírozottak. Eklatáns esete ennek az a tény, hogy a szuicid pácienseket ellátó intézményekben az orvosok az öngyilkosságot elkövető személyek kórlapjaira kénytelenek egyéb, nem valós kórisméket is felírni, mert ha hitelesen regisztrálnának, vagyis krízisintervencióról beszélnének, nem kapnának megfelelő összegű állami juttatást a gyógyításhoz. Ez természetesen eltorzítja a statisztikákat is.

IV. A médiakutatások (Osváth–Fekete–Takahashi, 1998; Fekete–Osváth, 1996), amelyek többek között internetes szövegeket⁴, újságcikkeket, rádió- és televízió-beszélgetéseket, illetve hírműsorokat⁵ elemeztek, kimutatták, hogy az öngyilkossági cselekményekről szóló beszámoló: *egyrészt* igen elfogadók a szuicid személyek problémamegoldó stratégiájával kapcsolatban, *másrészt* szinte olykor népszerűsítik azt a módszert, ahogyan a szuicid személy az életét kioltotta, *harmadrészt* pedig az események háttérében olyan élethelyzetet, életvilágot vázolnak fel, amit lehetetlen túlélni, és amelyen reménytelen változtatni.

Meglátásom szerint a kommunikációkutatással foglalkozó szakem-

4 Kapcsolódva Szakadár István szociológus előadásához (Szakadár, 2000) a mentálhigiénés projektek is egyre inkább használják a PC és az internet nyújtotta lehetőségeket, melyek a lelki egészség támogatása és megőrzése terén két fő területen jelennek meg. Egyrészt, elsősorban az USA-ban jelentek már olyan CD ROM-os adatbázisok, amelyek egyfajta interaktivitást tesznek lehetővé, a felhasználó által megjelölt lélektani nehézségekre való „rákereséssel” van lehetőség a probléma kezelésének, terápiás lehetőségeinek megismerésére (sőt, olykor diagnosztizálására). Másrészt egyre több olyan internetes honlappal találkozhatunk, amelyek fenntartói pszichológusok, szociális munkások, lelkesek, akik vagy folyamatosan várják a felhasználók megkereséseit, s e-mail-en vagy IRC-rendszeren keresztül válaszolnak a feltett kérdésekre, vagy általában 24 órán belüli személyre szóló választ ígérnek.

5 Finnországban hozzávetőleg 10 éve foglalkoztatnak mentálhigiénés szakembereket minden televízió-csatornánál, akiknek feladata az adás előtti időszakban megvizsgálni a műsorban elmondani kívánt szövegeket, s szükség szerint átalakítani azokat olyan formába, amelynek mögöttes, sugallt információtartalma nincs, illetve oly módon kommunikálja a szuicid cselekményeket, hogy hangsúlyozza a változtatás, segítségkérés lehetőségét, sőt annak konkrét formáját is megajánlja.

berek számára igen nagy feladatot jelenthetne e kedvezőtlen hatású folyamatok mérséklése, átformálása.

V. A tanulmány utolsóként említett észrevétele az öngyilkosság-megelőzés és annak társadalmi-gazdasági támogatottsága mentén létrejövő konfliktusok sorában azon az 1997. évi ombudsmani jelentésen alapul, amely ismét feltárta, hogy sajnálatos módon a hatályos jogszabályok vonatkozó részeiben is egy meggyökeresedett szemlélet uralkodik, amely szerint az öngyilkossági cselekmény elkövetését elmebetegségnek⁶ kell tekinteni.

Eklatáns esete ennek a megközelítésnek az Országos Mentőszolgálatról szóló 55/1997. (XII. 27.) N. M.-rendelet, amely kimondja, hogy az öngyilkosságot elkövető személyek kezelésekor az elmebetegekre vonatkozó rendeleteket kell alkalmazni, miután az öngyilkosságot elkövető személy sürgősségi ellátására vonatkozóan nincs sem speciális szabályozás, sem külön előírás. Az Országos Mentőszolgálat hatályos Szervezeti és Működési szabályzata az öngyilkosok ellátására vonatkozó önálló részt nem tartalmaz. A tárgyhoz legközelebb álló szabályozott kérdés itt is az elmebetegekkel kapcsolatos eljárás rendje.

Záró gondolatok⁷

A dolgozat szerzője úgy véli: ezeknek a felsorolt problémáknak jelentős a szerepük az öngyilkosság mint társadalmi probléma kezelésében. Úgy tűnik ugyanis, hogy azok a szabályozatlanságok, amelyek ugyan egy joghézag következményének is, de tájékozatlanságból, információhiányból adódó, negatív hatásrendszernek is tekinthetőek – úgy vélem – valójában a társadalom részéről egy kollektív hátrítási folyamat megnyilvánulásai.

A helyzet rendezése mindenképpen egy átgondolt, részben törvényi szinten megfogalmazott és realizált háttérrel, részben pedig az

⁶ Mindezt Esquirol francia elmeorvos 1900-as évek elején megalkotott „pillanatnyi elmezavar” koncepciója támasztja alá, amely kifejti, hogy az öngyilkosság akkor is a zavart elme megnyilvánulása, ha egyéb tünetek nincsenek, mert az ember veleszületett hedonizmussal rendelkezik, amely ellentmond minden öndestrukciónak. Ha ez bekövetkezik, akkor az természetellenes, tehát betegség. Ha az elmezavar pillanatnyi, akkor viszont érthetővé válik, miért nem érzékelhetőek az öngyilkosságot megelőzően elmekórra utaló jelenségek. (Durkheim, 1982; Buda, 1977; Kézdi, 1995)

Esquirol teóriájának erőteljes hatása nemcsak a közvéleményben, de többnyire rejtett formában az öngyilkosokkal hivatásszerűen foglalkozók (orvosok, pszichiáterek, pszichológusok, egészségügyi dolgozók) körében is érzékelhető, ami elsősorban érzelmi okokra vezethető vissza. A szakemberek az élet mindenáron történő megővésére tesznek esküt, s ez az attitűd identitásuk részévé válik. Az öngyilkos jelenség ennek ellentmond, így racionalizálniuk kell e tettet. Azon túl a „pillanatnyi elmezavar” koncepciója hosszú távú felmentést ad mindenkinek, aki egyébként sokszor okkal, büntudatot érezne valaki öngyilkossága miatt. A szuicídium ténye ugyanis mindenkit megrettent, érzelmi reakciókat vált ki, amelyek kínzóak, kellemetlenek, s csak a sorsszerűség, kiszámíthatatlanság, megakadályozhatatlanság adhat megnyugvást. (Kézdi, 1995)

⁷ Köszönöm Dr. Mocsári Ilona értékes reflexióit.

ilyen jellegű mentálhigiénés problémák megértéséhez szükséges ismeretek és tudás átadásával képzelhető el, hogy azután ennek mentén, ezt erősítve jelenjenek meg a különböző, lelki egészséget elősegítő tevékenységek.

Bibliográfia

- Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Budapest (11–60. és 423–434.)
- Balikó M. (1990): Telepszichofon (Öngyilkosságmegelőzés lehetőségei telefonon át). Animula Kiadó
- Buda B.: Az öngyilkosság, I, II, III, IV; Orvosi hetilap 1971/122.
- Buda B. (1976): Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át; In: Magyar Pszichológiai Szemle XXXIII. 5.,6. (429–440. és 530–542)
- Buda B. (1977): Az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásai. In: Világosság 1977/10.
- Buda B. (1978): Az öngyilkosságról. A lélektani események. In: Élet és tudomány 1978/33. A megelőzés 1978/35. A társadalmi-lélektan szemszögéből 1978/31. A társadalmi okok 1978/29.
- Buda B. (1980): Az öngyilkosság fogalmi meghatározása. In: Cseh-Szombathy L. (szerk.): Tanulmányok a TBZ köréből. Budapest. Statisztikai Kiadó.
- Buda B. (1986): Az öngyilkosság szociálpszichiátriai alapkérdései. In: Buda B.–Füredi J. (szerk.): Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Budapest. Animula Kiadó.
- Buda Béla – Füredi János (szerk.) (1987): Az öngyilkosság pszichés háttere. Medicina, Budapest.
- Cseh-Szombathy L.: Az öngyilkosságok vizsgálata. Statisztikai Szemle 1965/43.
- Cseh-Szombathy L. (1974): A statisztikai módszerek alkalmazása az öngyilkosságok vizsgálatában. In: A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Bp., 408.
- Durkheim, E. (1982): Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Fekete S. – Osváth P. (1996): The Internet – a new source of data on suicide, depression and anxiety, Satellite Symposium on „Suicidal behaviour”. Előadás, Budapest.
- Gálfy Z.: „Tenni kell valamit az öngyilkosság megelőzésére”. Egészségügyi felvilágosítás 1971/12.
- Hárdi I. (1992): A lélek egészségvédelme. Springer Hungarica K. 48–73.
- Kampis Gy.: A hálózatelvű gondolkodás. Előadás, elhangzott: Kommunikációkutatás: helyzetkép és perspektívák előadásorozat keretében. Pécs, 2000. április 3.
- Kézdi B. (1976): A krízisintervenció szerveződése telefonon keresztül. In: Orvosi Hetilap, 118. 1473–1477.
- Kézdi B. (1976): A telefon: eszköz és módszer. In: Magyar Pszichológiai Szemle, XXXIII. 6.
- Kézdi B. (1985): A lélektani krízis és szuicídium összefüggései. In: TBZ Tájékoztató Bulletin, VI. Bp.
- Kézdi B. (1986): Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda B.–Füredi J. (szerk.): Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Animula Könyvek, Bp., 1986.
- Kézdi B. (1987): A tagadás igenlése. In: Kortárs. X.
- Kézdi B. (1988): Tagadás és öngyilkosság. In: Psychiatria Hungarica. III. évf. 15–23.
- Kézdi B. (1991): Kultúra és önpusztítás. In: Műhely. 4.
- Kézdi B. (1991): Kultúra és önpusztítás. In: Műhely. 4. (38–44.)

Csürke: Társadalmi támogatottság mentén kialakuló konfliktusok...

- Kézdi B. (1995): Negatív Kód. Pannónia Kiadó, Pécs.
- Kézdi B. (1999): A mentálhigiéné paradigmáiról. In: Bagdy Emőke (szerk.): Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Budapest, Animula Kiadó.
- Kolozsi B. (1992): Deviancia. Gondolat, Budapest.
- Osváth P. – Fekete S. – Takahashi Y.: Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök a médiában. Magyar–amerikai–japán összehasonlító vizsgálat. In: *Psychiatria Hung.* 13. (4) (405–413.)
- Ozsváth K. (1977): Orvosi pszichológiai és pszichiátriai alapismeretek. In: Pécs, Oktatási segédanyag,
- Ozsváth K. – Kóczán Gy. (1988): Az öngyilkossággal szembeni beállítódás vizsgálata és befolyásolhatósága. In: *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról.* Budapest. Kossuth Kiadó
- Szakadát I.: Ong, text, hipertext és adatbázis: mit használhatunk fel a torontói iskola gondolataiból a jelenkor digitális kultúrájának leírásakor? Előadás, elhangzott: *Kommunikációkutatás: helyzetkép és perspektívák előadássorozat* keretében, Pécs, 2000. március 27.
- Takács V. (1986): Egyéni és társadalmi tényezők kölcsönhatása az öngyilkossági cselekményben. Szakdolgozat, Pécs,
- Telkes J. (1990): Válság, változás, változtatás: A kríziskoncepció jelentősége a mentálhigiénés gyakorlatban. Kézirat.
- World Health Statistics 1993–1994.